

Innovationer inom digitala tjänster för psykisk hälsa

- Utveckling och hinder

Mårten Blix[©] och Amanda Dahlstrand*

2021-06-30

Sammanfattning

Digitala tjänster för psykisk hälsa har funnits åtminstone sedan början av 2000-talet, men ökade markant i Sverige från 2018. Privata vårdgivare i primärvården började då erbjuda offentligt finansierade videosamtal eller chat med psykolog till patienter i hela landet. Vår genomgång av data från tre regioner där majoriteten av vårdgivarna är etablerade visar att psykologbesöken ökat från ca 2 500 i månaden i början av 2019 till nästan 40 000 i månaden i slutet av 2020. Tjänsterna vänder sig i huvudsak till myndiga och den största gruppen användare är i åldrarna 20–35. Kvinnor använder tjänsterna i mer än dubbelt så hög utsträckning som män. Intervjuer med företrädare för vårdgivarna visar att tjänsterna har utvecklats från enbart videosamtal till internetförmedlad kognitiv beteendeterapi baserat på hemuppgifter som genomförs i appar. Det finns även redskap för egenvård tillgängliga, både i form av information om psykisk hälsa på de privata vårdgivarnas hemsidor, samt självskattningstester och offentliga egenvårdsprogram för t.ex. oro vid covid-19. Genom digital vård skapas mängder av underutnyttjad data om detta nya fenomen. Sveriges Kommuner och Regioner samlar vissa data kring utgifter och diagnoser men förmedlar inte någon helhetsbild av utvecklingen eller av kvaliteten. Varje region och vårdgivare har vissa data, men resultatdata kring dessa nya skattefinansierade tjänster finns inte hos någon offentlig aktör eller myndighet. Det saknas en mekanism för att bygga upp nationell kunskap kring digital vård och en läroprocess för vad som fungerar väl, trots att tjänsterna är nationellt tillgängliga. En av våra slutsatser är att en myndighet borde få huvuduppdraget att samla in data, som redan existerar hos vårdgivarna, och sprida kunskap om *best practice*. En ytterligare slutsats är att osäkerheten om framtida ersättningssystem och regelverk leder till betydande investeringsosäkerhet, vilket i förlängningen riskerar att hålla tillbaka utvecklingen och göra det svårare för Sverige att nå det övergripande målet att vara bäst på e-hälsa till 2025.

[©] Institutet för Näringslivsforskning (IFN), epost marten.blix@ifn.se.

* London School of Economics and Political Science (LSE), epost V.a.Dahlstrand-rudin@lse.ac.uk.

Vi är tacksamma för kommentarer och synpunkter på alla delar av texten från Nasim Farrokhnia. Vi vill även rikta ett tack till Björn Ekman, Barbro Fridén, Birger Forsberg och Roger Molin för värdefulla kommentarer.

1) Inledning

Psykisk ohälsa är inte som andra åkommor. Ofta saknas synliga ärr, eller skador, samtidigt som tillståndet kan försvåra allt från arbete, skolgång till social gemenskap. För Sveriges del uppskattar OECD att personer med mild till måttlig psykisk ohälsa har cirka tio procentenheters lägre sysselsättningsgrad (OECD 2015, s. 33). En bedömning är att nästan en femtedel av Sveriges befolkning lider av ångestsjukdom eller depressionssjukdom (Gustavsson m. fl. 2011), vilket innebär en uppskattad samhällskostnad på cirka 1% av BNP enbart för dessa två sjukdomskategorier.¹ Inkluderar man fler kategorier av psykiska sjukdomar stiger kostnaden till cirka 3.5% av BNP (OECD 2015, s. 31).

Psykologisk behandling av psykisk ohälsa genom digitala verktyg öppnar för fler möjligheter att minska samhällskostnaderna samt att hjälpa fler av de drabbade. Med samma antal behandlare (psykologer, psykoterapeuter) kan fyra gånger fler patienter få behandling med internet-kognitiv beteendeterapi (KBT) jämfört med KBT ansikte mot ansikte (Lindefors m. fl. 2017), vilket kan leda till kortare väntetider för patienter. Digitala verktyg för *egenvård* av psykiska besvär som inte ännu är psykisk sjukdom kan vara en skalbar lösning för att öka psykisk hälsa.² Minskad psykisk ohälsa innebär även en mindre belastning på anhöriga, som ofta drabbas indirekt.

Digitala läkarkontakter har ökat mycket snabbt sedan 2016 och representerade 2020 cirka 11% av alla primärvårdskontakter (SKR 2021). Utvecklingen av digitala psykologtjänster har även den varit snabb. Sedan 2018 har möjligheterna för vuxna att ta del av olika former av psykoterapi via internet vuxit markant i Sverige. Det finns numera minst åtta vårdgivare som erbjuder digital psykoterapi, främst i form av KBT via appar.

I denna rapport beskriver vi utvecklingen av privata digitala tjänster för bedömning och behandling av psykisk ohälsa på primärvårdsnivå samt diskuterar centrala policyåtgärder för att stärka kunskapsuppbyggnaden och främja innovationer. Med innovationer avser vi inte främst nya terapier, då internetförmiddad KBT funnits sedan en tid tillbaka och även studerats inom vetenskaplig litteratur. Snarare avser vi utvecklingen av plattformar, arbetsprocesser och rutiner som i Sverige har spelat in i den snabba ökningen av psykologbehandling via appar de senaste åren.

Vi kartlägger de alternativ för digital behandling av psykisk ohälsa som genomförs av psykologer och psykoterapeuter på primärvårdsnivå. Vi fokuserar på privata vårdgivare som har avtal med *minst* en region (d.v.s. ersättningen förutom eventuell patientavgift betalas av regioner) och erbjuder tjänster till patienter i *samtliga* regioner. Vi ger en översikt över vilka tjänster som finns tillgängliga, beskriver volymerna av användning, samt egenskaper i termer

¹ Gustavsson et al 2011 inkluderar direkta sjukvårdskostnader, andra direkta kostnader samt indirekta produktivitetsbortfalls-kostnader. Vi har beräknat kostnaderna (från Tabell 6 och 7 i Gustavsson et al 2011) som en andel av BNP 2010.

² I likhet med svenska myndigheter använder vi begreppet psykisk hälsa för att omfatta skalan mellan "psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd" (FHM, 2021). Psykisk ohälsa omfattar psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Psykiska besvär är t.ex. nedstämdhet, oro eller sömnbesvär, men de uppfyller inte kriterierna för en psykiatrisk diagnos. Psykiatriska tillstånd är diagnosticerad psykisk ohälsa. I många fall vet inte patienten om den har psykiska besvär eller ett psykiatriskt tillstånd – detta måste bedömas av vårdpersonal. Vi diskuterar både triagering och egenvård i olika avsnitt nedan. Se vidare www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa

av ålder och kön hos brukarna. Beskrivningen av närtidshistorian inkluderar förutsättningarna för hur den nuvarande utvecklingen kommit på plats. Vi berör översiktligt det befintliga kunskapsläget och dess tillämpning i de e-tjänster som erbjuds. Vi utvärderar inte den medicinska effektiviteten i de metoder som används och hänvisar istället till forskningslitteraturen. Vårt huvudsakliga fokus är på de snabbt växande digitala behandlingarna av psykisk ohälsa i svensk primärvård.

Metoderna bakom denna rapport är:

- sammanställning och bearbetning av data från de tre regioner där merparten av vårdgivarna är, eller har varit, etablerade;
- intervjuer av ledare inom företagen som erbjuder digital psykoterapi;
- en översiktlig genomgång av litteraturen, både inom forskning och policyarbete.

Vi kan konstatera att tjänsterna är under mycket snabb utveckling och förändring. Befintliga tjänster utvecklas och nya tillkommer. Därtill är det troligt att pandemin har orsakat ökad psykisk ohälsa. En vetenskaplig studie baserat på 230 000 covid-19 patienter i främst USA finner att cirka en tredjedel har fått en psykiatrisk diagnos inom sex månader efter virusinfektionen (Taquet m. fl. 2021). I Storbritannien larmar intresseorganisationen för psykiatriker att 1,7 miljoner fler personer har sökt hjälp under pandemin samt att antalet barn som blivit remitterade till vård mot psykiatriska tillstånd ökat med 18% under april till december 2020 (Royal College of Psychiatrists 2021). Det finns anledning att befara en motsvarande ökning i Sverige. Vi beskriver således ett område inom digital vård som växer i betydelse.

Den snabba utvecklingen ger upphov till flera centrala frågor för hur Sverige på bästa sätt ska utnyttja digital teknik för kvalitativ och kostnadseffektiv behandling av psykisk ohälsa. Vi identifierar följande områden där politiker behöver se över regler och rutiner:

1. Data och statistik:

Statistik om digital vård och digitala psykologmöten i privat regi har blivit allt mer fragmenterade i regionala silos. Om statistiken inte centraliseras, exempelvis till en myndighet eller flera myndigheter, försämrar möjligheterna att vidareutveckla kunskapen eller att skapa processer för kvalitetsförbättring nationellt. Det blir även allt svårare att få överblick över utvecklingen. För att veta vilken vård som ger effekt bör resultat mätas och publiceras för alla tjänster som är offentligt finansierade.³ Detta kan enkelt göras genom att data som redan finns hos de digitala vårdgivarna offentliggörs, exempelvis (1) förändring i patienters värde på standardiserade skattningsskalor såsom GAD9 efter jämfört med innan behandling (2) andel patienter som triageras bort innan behandling, och varför (3) andel patienter som genomgår och avslutar en hel behandling och (4) hur många kontakter som utgör en hel behandling. Exempelvis kan data levereras till det redan existerande Svenska Internetbehandlingsregistret. Det räcker inte med att data finns, den måste också följas upp och leda till ett strukturerat förbättringsarbete.

2. Tjänsternas utveckling:

(a) Triageringen bör utvecklas och samordnas mellan utförare för att guida användarna till rätt vårdnivå. Samordning mellan fysisk läkarbedömning och digital psykologisk behandling bör finnas.

³ Detta borde visserligen gälla även fysisk vård, men då tjänsterna är nya och mindre beforskade är det särskilt viktigt för digital vård.

(b) Man bör prioritera uppmuntran till forskning och utvärdering för att bygga kunskap och erfarenhet inför rekommendation och utökning av digitala tjänster för barn och ungas psykiska hälsa, då dessa inte är rekommenderade av Socialstyrelsen i nuläget. Unga är mycket vana vid digitala verktyg, och psykisk ohälsa hos barn och unga kan leda till men för livet i form av missad skolgång och sämre social tillvaro.

3. Ersättningsmodeller:

(a) ska vara långsiktigt förutsägbara för att ge en tydlighet om vad som gäller, vilket underlättar för privata företag att investera i ny teknologi och innovationer.

(b) ska inte uppmuntra fler behandlingstillfällen utan vara inriktad mot den vård som ger mest effekt.

(c) Ersättningsmodellen bör även främja förebyggande insatser och uppmuntra till självhjälpsverktyg som har mycket låg kostnad. Man bör skapa incitament för att utveckla tjänster som kan skalas upp, däribland digitala självhjälpverktyg, som när de väl existerar, har låg marginalkostnad. Detta inkluderar givetvis även pilotprojekt som genomförs i offentlig regi som bör kunna testas i andra regioner.

Rapporten är organiserad som följer. I avsnitt 2 diskuterar vi bakgrunden till utvecklingen av digital psykologvård. I avsnitt 3 illustrerar vi utvecklingen av företagen och volymerna av psykologbesök. I avsnitt 4 beskriver vi de digitala tjänsterna som finns tillgängliga. Avsnittet som följer beskriver några egenskaper hos brukarna i termer av ålder, kön och diagnoser. Avsnitt 6 beskriver strukturförändringar som möjliggjort utvecklingen, och avsnitt 7 tar upp hur digitala verktyg skapar möjligheter till nya behandlingsformer. Slutligen diskuterar vi slutsatser med särskilt fokus på aspekter som är viktiga för att stärka innovationskraften i Sverige inom denna sektor.

2) Bakgrund

2a) Teknikutveckling

Tekniken för videosamtal har funnits relativt länge och började populariseras efter 2003 med exempelvis Skype. Digital distansvård har egentligen funnits under en lång period i Sverige och utvecklades i offentlig regi redan under 1990-talet vid Glesbygdsmediciniskt Centrum i Storuman (Region Västerbotten 2019). Glesbygdsmediciniskt Centrum var framgångsrikt och rönt uppmärksamhet, såväl i Sverige som internationellt. Emellertid gick det trögt att sprida tekniken och arbetssätten till övriga landet, även om det finns enskilda exempel på innovationer inom offentlig vård. Region Stockholm började erbjuda KBT-behandling via internet år 2007 genom enheten Internetpsykiatri, en tjänst som fortfarande finns tillgänglig för patienter från hela landet men behandlar betydligt färre patienter än de nya privata tjänsterna. Det är oklart om det då saknades ambitioner att sprida erfarenheterna till andra vårdgivare eller om byråkrati satte hinder i vägen.

Privata vårdgivare öppnade dörrarna för digitala primärvårdsbesök med läkare i mitten av 2016. Redan de första månaderna ökade användningen av de somatiska tjänsterna i snabb takt och ökningen kom sedan att bli dramatisk (Blix och Jeansson 2018). Ungefär två år senare, i början av 2018, registrerades de första digitala behandlingarna med psykologer hos dessa vårdgivare. Därefter har omfattningen av dessa behandlingar vuxit snabbt och påminner om utvecklingen med digitala läkarbesök. Redan innan dess erbjöd vissa regioner behandlingar via nätet och idag erbjuder i stort sett alla regioner sådana metoder (SibeR 2020).

2b) För- och nackdelar med den digitala psykologvården

En av de främsta fördelarna med digital vård är den förbättrade tillgängligheten, inklusive kortare väntetider. Patienter slipper dessutom resor till vårdcentraler, vilket kan vara särskilt viktigt i glesbygden eller för personer med rörelsebegränsningar. Det innebär mindre förlorad arbetstid, vilket är av stor samhällsekonomisk betydelse. För behandlaren innebär det bättre möjligheter att styra den egna arbetstiden, särskilt för de som jobbar deltid. Genom en så kallad digital anamnes där patienten fyller ett anpassningsbart frågeformulär i förväg kan vårdmötet effektiviseras. En konsekvens är att patienten lättare kan slussas till rätt vårdtyp eller behandlare. Därtill får behandlaren information i förväg och vårdmötet kan därmed undvika att upprepa administrativ information och istället fokuseras på vårdbehovet.

Behandlingar av psykisk ohälsa i primärvården har också de ovan nämnda egenskaperna, men därtill är den förbättrade tillgängligheten av ännu större betydelse. Väntetiderna för att träffa en psykolog på vårdcentralen har varit långa, och under 2020 var det *färre än hälften* av Sveriges vårdcentraler som uppfyllde vårdgarantin för att få en bedömning av psykolog inom 3 dagar (Väntetider i vården, 2021). Enligt våra intervjuer går det hos de digitala vårdgivarna mycket snabbare. Ofta kan bedömningen ske samma dag som patienten söker vård. Forskning tyder på att utfallen ofta blir bättre med tidig hjälp (Clark m. fl. 2018). Eftersom psykisk ohälsa är förknippat med stigma kan det även vara en fördel att patienten kan söka hjälp från en trygg plats, ofta från det egna hemmet.

Digital vård generellt sett har många fördelar, men även vissa begränsningar i vilka medicinska diagnoser som är lämpliga att ställa då många kroppsliga undersökningar försvåras. Digital behandling av psykisk ohälsa genom terapi har samma fördelar i termer av ökad tillgänglighet som digital läkarkontakter men i våra intervjuer med vårdgivare lyfter man fram att psykologisk vård har färre avigsidor än somatisk digital vård eftersom kroppslig undersökning normalt inte ingår i *behandlingen*. Dock noterar vi att Socialstyrelsen rekommenderar en kroppslig undersökning som en del av *bedömningen* av personer som söker vård för flera psykiatriska symtom⁴. För dessa fall behövs en starkare koppling mellan digital och fysisk vård än vad som i nuläget erbjuds av många privata vårdgivare, åtminstone i bedömningsfasen. Sedan kan behandlingen utföras digitalt.

En begränsning är att barn och tonåringar ofta inte nås av de digitala tjänsterna som vi kartlägger, då de flesta tjänsterna riktar sig till personer över 18 år (se vidare avsnitt 6). En av anledningarna till detta kan vara att Socialstyrelsen ännu inte innefattar internetförmedlad terapi i sina rekommendationer för behandling till barn och ungdomar eftersom kunskapsläget är begränsat. Vissa företrädare för företagen som vi intervjuat har ännu inte utvecklat tjänsterna för barn och unga, något som kanske skulle förändras om Socialstyrelsens rekommendationer uppdaterades. Andra erbjuder vård även för barn och unga, men volymerna är små jämfört med användare i åldrarna 20-35.

Mot bakgrund av de stora samhällskostnaderna förknippade med psykisk ohälsa är det en stor fördel att barriären för att söka och få effektiv behandling minskar.⁵ Samtidigt finns en risk

⁴ Socialstyrelsen rekommenderar en somatisk anamnes av personer som söker vård för depression och ångestsyndrom, och detta bör genomföras av en läkare, inte av en psykolog.

⁵ Se vidare avsnittet om forskningsstöd samt behov av mer data om resultat.

att utgifterna därmed skenar och tränger ut annan vård om befolkningen börjar använda tjänsterna bortom vad som är medicinskt motiverat. Hälso- och sjukvården ska vara behovsbaserad. I våra samtal med företrädare för regioner där vårdgivare är etablerade framkommer att diagnos är ett krav för att få skattefinansierad ersättning för behandling. Men självklart behöver patienterna först bedömas, eftersom de i många fall inte själva kan avgöra om de lider av psykisk ohälsa eller ej. Vi har även ett avsnitt om triagering, vilket är processen där patienter ska slussas till rätt vårdnivå. Slutligen har vi ett separat avsnitt om egenvård av psykiska besvär, men i övrigt fokuserar vi på vård av diagnostiserade psykiatriska tillstånd, eftersom det är detta som de nya tjänsterna fokuserar på, då det finns krav från de betalande regionerna att all vård ska knytas till en diagnos.

2c) Vad tycker patienterna?

Den skarpa ökningen i antal besök visar att patienter är intresserade av denna typ av vård. Det vore värdefullt med data om andel patienter som fullföljer en behandling, och även data om andelen som får minskade psykiatriska symtom, men sådana data har inte funnits att tillgå (se diskussion nedan i avsnitt 3b och 5b om behovet av data). De vårdgivare som har en tydlig digital profil, och dit personer söker sig via appar, har naturligtvis en selektion av användare som kan förmodas vara mer positiva till digital vård än övriga befolkningen. I våra intervjuer med vårdgivare framkommer att patienter uttrycker att det är tidssparande och förenklar vardagen att kunna ha sina vårdmöten hemifrån eller från en annan, egenvald, plats. Dock finns det skillnader mellan olika patienter. Vissa av de vårdgivare vi intervjuat säger att vissa patienter uppger att ett fysiskt besök känns mer värdefullt än ett digitalt, och anser att en behandling som utförs via chatt inte uppfattas som kvalitativt lika bra. Detta skulle kunna påverka hur patienter är motiverade genom behandlingen. Detta kan även innefatta den äldre patienten, som inte är lika bekväma med teknologin.

3) Vårdgivarna och ökad användning av digitala vårdtjänster

3a) Kraftig ökning av digital vård av psykisk ohälsa i primärvården

Det finns en mångfald av alternativ för den som vill ha digital hjälp för psykisk ohälsa. Dels finns det vård i offentlig regi, till exempel erbjuder de flesta regioner KBT online (eKBT eller iKBT) via 1177s plattform Stöd och Behandling. Patienter från hela landet kan även använda Region Stockholms Internetpsykiatri KBT-behandlingar via nätet, som funnits sedan 2007 och som från 2021 också är kopplade till plattformen Stöd och Behandling. Den data som finns publicerad (Lindfors m. fl. 2017) visar att antalet besök hos Internetpsykiatri fram till år 2015 var relativt litet – mindre än 8 000 per år⁶ - i jämförelse med antalet hos digitala privata vårdgivare år 2019 och 2020.

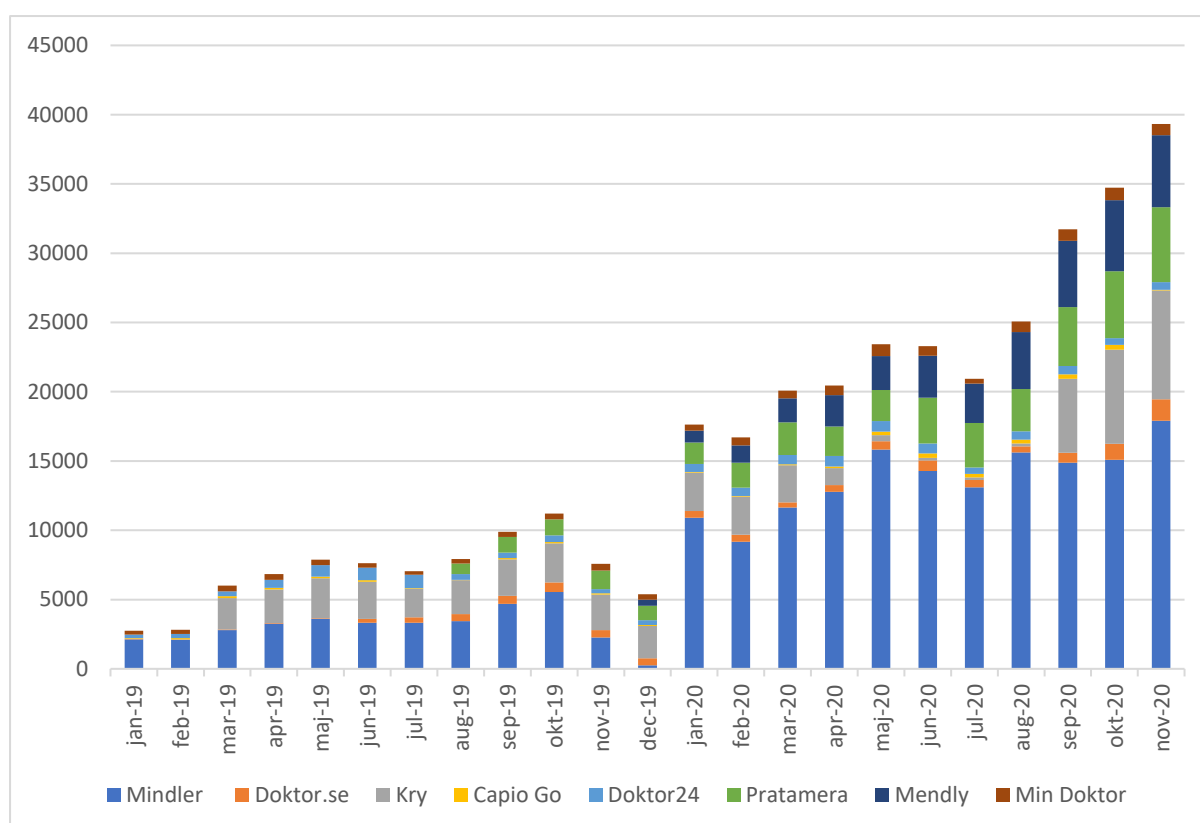
Det finns åtminstone 9 privata företag som bedriver psykologisk vård med digital kontakt som huvudalternativ. Användningen av de digitala terapitjänster som vi studerar har ökat snabbt under 2019 och 2020: Figur 1 visar en cirka femtonfaldig ökning av besök per månad från januari 2019 till november 2020.⁷ Antalet besök var i genomsnitt cirka 7 300 per månad

⁶ Internetpsykiatri hade knappt 400 behandlade patienter för depression och mindre än 400 patienter för tre andra diagnoser sammanlagt under året 2015 (Lindfors m. fl. 2017). Dessa siffror gäller alltså antal patienter, medan Figur 1 gäller antal besök, men om man antar att varje patient genomför 10 moduler/sessioner (vilket är antalet hos Internetpsykiatri enligt Lindfors m. fl. 2017) så blir det knappt 8000 besök hos Internetpsykiatri totalt under 2015.

⁷ Det som mäts är antalet besök, inte patienter. Observera att en patient ofta genomför mer än ett besök.

under 2019 och 24 400 besök per månad under 2020, det vill säga cirka 87 000 per år hos privata vårdgivare under 2019 och 290 000 under 2020.

I Sveriges Kommuner och Regioners (SKR 2021) sammanställning av digitala *läkarkontakter* framgår att Kry mer än dubbel så stor mått som antal besök jämfört med sina två närmaste konkurrenter (doktor.se och Min Doktor). När det gäller digitala psykologkontakter är bilden dock en annan. Figur 1 visar att Mindler under nästan hela perioden har dominerat antalen besök. Det är ett företag som renodlat ägnar sig åt psykologtjänster⁸ och inte medicinska tjänster. Några privata digitala vårdgivare har vuxit snabbt. En förklaring till detta kan vara kortare väntetider hos de privata vårdgivarna. Den genomsnittliga väntetiden från egenanmälan till start av behandling var 30 dagar 2008–2015 hos Region Stockholms Internetpsykiatri (Lindefors m. fl. 2017), medan väntetiden hos de privata vårdgivarna är kortare, och ofta finns det tid samma dag eller vecka som patienten söker vård.



Figur 1. Antal digitala besök med psykolog, psykoterapeut och kurator/samtalsterapeut. Summa av utom- och inomlänbesök.

Källor: Region Jönköping, Stockholm och Sörmland. Materialet är sammanställt av rapportförfattarna. Anm.: Nedgången i besök i nov och dec 2019 beror på omstrukturering hos en enskild aktör (Mindler) och är inte ett fel i data.

Tabell 1 listar privata vårdgivare som erbjuder offentligfinansierade tjänster över hela landet. De flesta vårdgivarna startade med enbart läkartjänster digitalt, och majoriteten var då etablerade i Region Jönköping under större delen av 2016–2018. Många vårdgivare flyttade sedan etableringsort till Sörmland, då patientavgiften var 0 kr i denna region. Vårdgivarna

⁸ Vi kallar dem psykologtjänster även om vissa vårdgivare även anställer psykoterapeuter eller kuratorer som behandlare, se Tabell 1.

Mindler (i region Stockholm) samt Mendly och Pratamera (i Region Sörmland) är enbart inriktade på psykologtjänster och erbjuder inte kontakt med läkare.

Tabell 1. Vårdgivare som erbjuder digitala psykosociala tjänster, och som även används av patienter utanför hemregionen⁹:

Vårdgivare	Läkare	Psykolog	Psykoterapeut	Kurator el. dyl.
Kry	X	X		
Mindoktor	X	X		
Doktor.se	X	X	X	
Doktor24	X	X		
Mindler		X		
CapioGo	X	X		
Mendly		X	X	X
Pratamera	X	X	X	X

Anm.: Tabellen är sammanställd av rapportförfattarna och inkluderar (så vitt vi kan bedöma) samtliga företag som erbjuder digitala primärvårdstjänster för olika typer av psykisk ohälsa över hela landet. Det finns även ett specialiserat företag som enbart erbjuder behandling av insomni, Learning to Sleep.

3b) Fragmentering av kunskap och statistik om digital vård

Förändringar i etableringsort, ersättningssystem och utveckling som följd av pandemin gör att det under de senaste åren blivit betydligt svårare att sammanställa volymerna digitala besök. Självklart är pandemin den del i detta då många fler vårdcentraler börjat expandera digitala besök. Sådana digitala besök fångas dock inte längre upp genom att sammanställa digitala utomlänspatient-besök. Det mest utförliga exemplet är Sveriges Kommuner och Regioners (SKRs) rapporter om digitala utomlänsbesök (SKR 2020, 2021), vilka bygger på data om utomlänsbesök från enbart två regioner som då hade flest digitala vårdgivare (Sörmland och Jönköping).¹⁰ Fokus i dessa rapporter är på de ekonomiska aspekterna av utomlänsvård för läkare (inte psykologtjänster). SKRs datainsamling för digitala psykologtjänster inkluderar inte den största aktören, eftersom den är registrerad i Region Stockholm som är exkluderad ur SKRs rapport. Visserligen ger sammanställningen värdefull information men SKR understryker begränsningarna och noterar att ”sammanställning utger sig inte för att ge en komplett bild av förekomsten av digitala vårdtjänster... Det är INTE en nationell översikt.” (SKR 2021 s. 2).

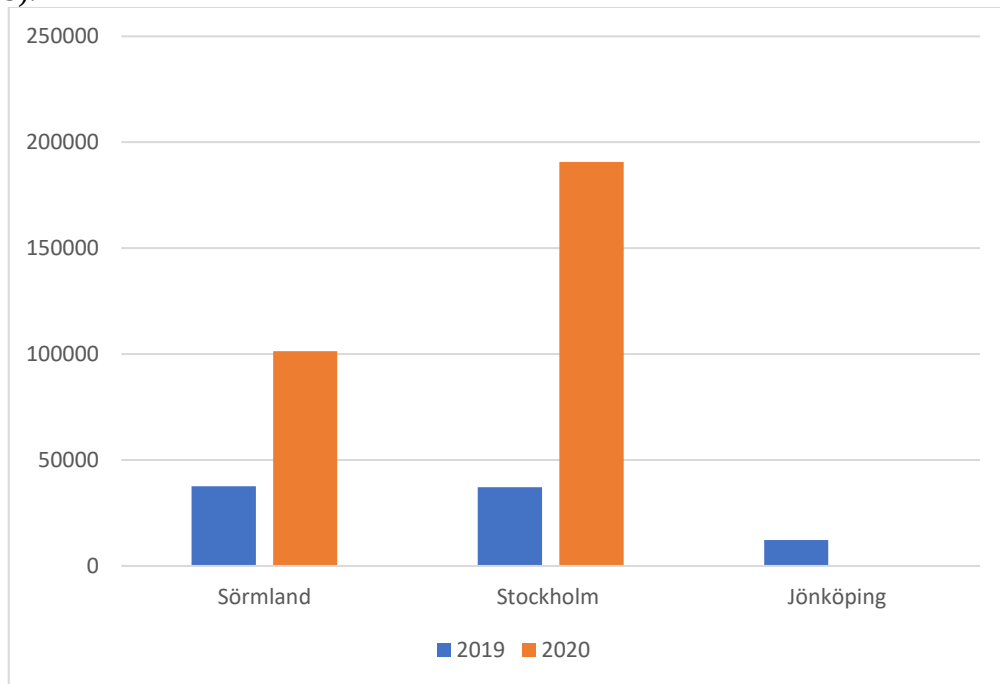
En annan följd av att data inte centraliseras är att det saknas en mekanism för att bygga en nationell kunskapsbas om digital vård och etablera *best practice*. Tabell 2 visar de olika datakällor som finns för primärvård, som skulle kunna innehålla data om de digitala privat utförda men offentligt finansierade tjänsterna, men som i de flesta fall *inte* innehåller denna data. Data om svensk primärvård behöver visserligen också förbättras, men detta är av ännu större vikt när det gäller snabbt växande tjänster som är nya och behöver studeras mer.

Att läsa den digitala vårdkartan har blivit svårare efter att en del vårdgivare har blivit digifysiska, dvs. kombinerat digital vård med listning av patienter vid nya vårdcentraler.

⁹ Learning to Sleep är en ytterligare vårdgivare men då de enbart inriktar sig på insomni täcker vi inte dem i rapporten.

¹⁰ <https://skr.se/download/18.2b9356b71784ab0c985cae40/1617946043424/Digitala-vardkontakter-i-prim%C3%A4rvården-2020.pdf>

Exempelvis Kry kan ha en blandning av utom- och inomlänsbesök vid sina fysiska vårdcentraler. De sistnämnda rapporteras enbart till hemregionen enligt nya beslut från vissa regioner, vilket gör det svårare att sammanställa och analysera volymerna av digitala vårdtjänster. Skiftet mot digifysisk vård och ändringar av etableringssort medför ett visst detektivarbete för den som vill få en samlad bild av hur digital vård utvecklas. Vi har samlat in data från Region Jönköping, Stockholm, och Sörmland om både inomläns- och utomlänsbesök inom den digitala psykologvården, för att täcka alla besök. Figur 2 visar i vilka regioner besöken registrerades under 2019 och 2020. Den indikerar att etableringsorten har ändrats över tiden. Vi har inte fått data från regionerna om de digitala tjänsternas kvalitet och resultat, då det verkar som om detta inte samlas in av regionerna (se vidare i avsnitt 5 b).¹¹



Figur 2. Antal digitala besök för psykoterapi per registreringsort, 2019 jämfört med 2020.

¹¹ Enligt uppgift från Region Sörmland 16 april 2021 visar att regionen inte får data om resultat från företagen, och att man ännu inte har tagit upp detta på dialogmöten, men att man planerar att ta upp frågor om resultat på kommande dialogmöten med företagen.

Tabell 2. Datakällor i sjukvården.

Databas	Ägare	Innehåll	Finns privata digitala psykologtjänster?
Väntetidsdatabasen/ väntetider i vården	SKR	Från 2019 data om primärvårdens väntetider från alla regioner.	Nej
Vården i siffror	SKR	Indikatorer från kvalitetsregister, bl.a. SibeR.	Nej
Svenska internetbehandlingsregistret, SibeR.	Region Stockholm och Västra Götalandsregionen?	Data från psykologisk internetbehandling.	Nej
SKRs sammanställning av data (Lars Kolmodin) (SKR 2020, 2021)	SKR	Rapport som kommit 2020 och 2021 (ej data för nedladdning).	Delvis; innehåller inte den största aktören Mindler.
Enskilda regioner: Sörmland, Stockholm Jönköping mm.	Regionen själv. Denna data finns inte offentligt sökbar.	Data om volymer av digital vård. Data om resultat saknas.	Ja, men uppdelad på varje region. Alla har olika datakodning.

4) Den digitala behandlingen – på olika nivåer

4a) Vårdnivå

Att få hjälp och behandling mot psykisk ohälsa har stora likheter med annan vård i primärvården. En patient kan antingen kontakta vårdcentralen, eller i vissa fall vända sig direkt till specialistvården, med en så kallad egenanmälan eller egenremiss. Nästan 80% av patienterna med depression och ångestsymtom behandlas dock på primärvårdsnivå (Socialstyrelsen 2020). På primärvårdsnivå erbjuds behandlingar mot exempelvis depression, generaliserat ångestsyndrom och stressrelaterade diagnoser. De företag som vi beskrivit i Figur 1 och som erbjuder vård i hela landet verkar enbart på primärvårdsnivå.

4b) Primärvårdsnivå:

i) Vägen in till digital psykologvård

Precis som för somatisk digital vård skapar digitala tjänster för psykisk ohälsa fler möjligheter och vägar till en första bedömning och behandling. Till skillnad från den fysiska vården går det ofta snabbt att få hjälp via digitala kanaler, med väntetider hos privata vårdgivare som räknas i timmar snarare än veckor. Under 2020, som exempel, kan noteras att 30–50% av vårdcentralerna kunde erbjuda bedömning hos psykolog på vårdcentral inom 3 dagar.¹²

¹² <https://www.vantetider.se/resultat/medicinsk-bedomning/?year=2020&month=December&intervals=undefined®ionId=0&professions=5&management=null>

Genom våra intervjuer med psykologer och ledare i företag har vi fått bilden att vissa patienter söker vård tidigare i sitt sjukdomsförlopp när de söker digital vård än när de söker fysisk vård. Detta kan vara en fördel, då många psykiska sjukdomar förvärras och påverkar livet såsom arbete och relationer mer ju längre patienten går obehandlad. Å andra sidan kan det leda till att vissa personer som inte har en psykisk sjukdom, utan mår dåligt av andra anledningar, söker vård och tar resurser.

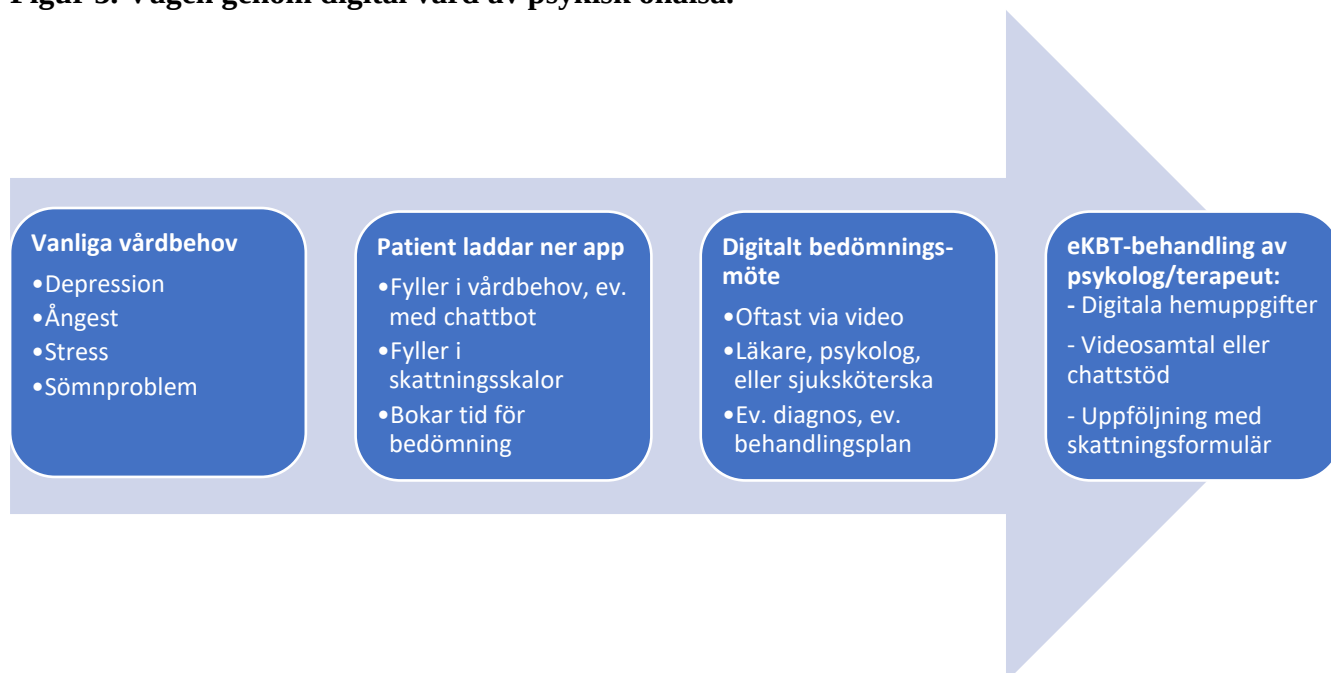
Den vanligaste första ingången till behandlingen är att patienten laddar ner appen, loggar in med BankID och fyller i uppgifter om sig själv och vårdbehovet. Det kan också förekomma att patienten svarar på ett antal frågor om hur hen mår, information som blir en del av underlaget vid den första kontakten. Det första bedömningsmötet sker sedan oftast via video, även för de tjänster som under behandlingen mest har chattkontakt med behandlaren. Se Figur 3 för en schematisk bild av vägen genom den digitala terapin.

ii) Triagering

Patienter med olika typer av problem vänder sig till de digitala vårdgivarna. Triagering av patienter till rätt vårdnivå är central i all sjukvård, men dess betydelse blir än större när tillgängligheten är stor eller ökar. I intervjuer har framkommit att en mindre andel av patienterna har alltför komplexa problem för att få hjälp på primärvårdsnivå. Det kan handla om omfattande problem utifrån blandningar av olika psykiatriska diagnoser, samt ofta även andra försvårande omständigheter i livet. Vissa har redan en lång historia av kontakt med psykiatri. Det motsatta kan också förekomma. Vissa söker hjälp för problem som inte i grunden motiverar en psykologbehandling.

De digitala vårdgivarna har i de flesta fall en triagering omfattande chattbot eller frågeformulär och/eller ett eller flera videobesök. Vissa vårdgivare börjar alltid med ett bedömningssamtal med läkare som avgör om patienten ordineras att träffa en psykolog. Andra vårdgivare anställer inte läkare, utan börjar patientens resa med 1–3 bedömningsbesök av psykolog som avgör om psykologisk behandling ska påbörjas. Det första besöket föregås ofta av formulär, t.ex. skattningsskalor, som patienten fyller i för att behandlaren ska kunna starta besöket med en bild av patientens problem. Behandlaren sätter eventuellt en diagnos. Om vårdbehov föreligger föreslår behandlaren en plan som diskuteras med patienten. Se Figur 3 som illustrerar vägen till och genom den digitala psykologvården.

Figur 3. Vägen genom digital vård av psykisk ohälsa.



iii) Typer av behandlingar

De flesta vårdgivare som vi har intervjuat (se Tabell 1) anger att de enbart erbjuder behandlingar inom kognitiv beteendeterapi (KBT) och inte inom den psykodynamiska terapiinriktningen. Man hänvisar till större forskningsstöd för att KBT fungerar, samt att Socialstyrelsen (2010, 2020) framhållit psykoterapi och särskilt KBT som förstahandsbehandling vid lättare tillstånd, som anledningen till att man valt denna inriktning. År 2020 rekommenderar Socialstyrelsen även denna terapiform via internet som ett av alternativen för vuxna som lider av t.ex. depression.

KBT är en strukturerad psykoterapiform med fokus på förändring av beteende- och tankemönster, till skillnad från psykodynamikens fokus på att utforska ursprung till problem i patientens historia. KBT stödjer patienten i att komma tillbaka till aktiviteter som den psykiska ohälsan har försvårat, samt att ersätta problematiska tankar med hjälpsammare tankar (Socialstyrelsen 2020). KBT utförs inom en kortare bestämd tidsperiod och förutsätter en patient som arbetar aktivt med sina problem mellan sessionerna.

Mer specifikt erbjuder de digitala vårdgivarna app-baserad KBT eller så kallad eKBT, vilket är en av de digitala versionerna av KBT-program och den andra är internet-baserad KBT (via hemsida, inte app). Tillsammans kan de digitala formerna kallas eKBT. I likhet med KBT baseras eKBT på hemuppgifter (samlade i så kallade ”moduler”) som utförs mellan kontakterna med behandlaren. Hemuppgifterna i vanlig KBT brukar levereras som stenciler i pappersform som patienten fyller i som stöd för till exempel beteendeeexperiment.

I internet-KBT ges hemuppgifterna istället via en hemsida som patienten loggat in på, och i app-baserad KBT ges uppgifterna inom vårdgivarens digitala applikation (app). En samlad bild från intervjuerna är att digitala uppgifter kan vara en fördel, eftersom patienten har med sig uppgifterna i mobiltelefonen. En ytterligare fördel med dessa digitala uppgifter är att behandlaren blir varse om patienten har utfört hemuppgifterna då svaren ’i regel’ loggas i appen. Behandlaren kan också i vissa fall få återkoppling om vilka uppgifter som är svåra för patienten och då erbjuda stöd via chatt eller videosamtal. Patienten har i vissa applikationer

möjlighet att skicka frågor asynkront medan hen utför uppgifterna, och behöver inte komma ihåg frågorna till nästa möte med behandlaren.

Vårdgivare erbjuder olika varianter av kontakt med behandlaren allteftersom hemuppgifterna är avklarade. Mindler och Kry har videosamtal, medan Min Doktor fokuserar på chatt-baserad kontakt med samtal enbart vid behov. För en jämförelse med den offentliga iKBT som funnits sedan 2007:

“Internetförmedlad KBT innebär i korthet elektroniskt förmedlad behandlarstödd KBT i självhjälpsformat. Patienten tar del av skrivna instruktioner och genomför därefter själv behandlingen kombinerat med regelbundna självskattningar och stöd av psykolog via ett webbaserat meddelandesystem.” – Lindefors m. fl. (2017)

Detta är mycket likt hur många privata företag levererar sina tjänster, och hur de beskrivits i de intervjuer vi genomfört, förutom att stödet sker direkt i appen och inte på webben. Skillnaderna mellan dessa ingångar till vården är därmed är minimala och saknar väsentlig betydelse. Vissa av de privata företagen har fler videobesök med behandlaren, till exempel ett besök mellan varje modul av hemuppgifter, medan andra, som Region Stockholm, enbart har ett första möte och ett avslutande möte efter 10 moduler av hemuppgifter.

De flesta vårdgivare i Tabell 1 anställer enbart psykologer som behandlare, medan Doktor.se, Mendly och Pratamera även anställer psykoterapeuter. Hos de vårdgivare som även har läkare under samma tak kan man bli internremitterad mellan läkare och psykolog vid behov. Dock ny-förskriver inte digitala vårdgivare behandlingar av antidepressiva mediciner, men de kan förnya ett existerande recept under en kortare period. Man anger att beroendeframkallande preparat inte alls skrivs ut av digitala vårdgivare. Dessa begränsningar anges vara självpåtagna av de digitala vårdgivarna.

iv) Videosamtalet

Videosamtal med psykolog liknar i stort samtal med psykolog som sker öga-mot-öga. Oftast är samtalen 30 minuter långa. Antalen samtal är ungefär lika många som i en sedvanlig KBT-behandling, eller färre, för de aktörer som använder chatt istället för videosamtal som förstahandsval. Aktörerna vi intervjuat ser få skillnader i hur behandlingen *utförs* i ett videosamtal jämfört med ett fysiskt möte, men framhåller skillnader i hur patienter – och till viss del behandlare – upplever dem. Behandlare framhåller en fördel med att man ofta kan se patienten i sin hemmiljö och därmed få en bättre bild av patientens situation. Även det motsatta kan vara informativt, d.v.s. om patienten konsekvent undviker samtal från hemmet. Ofta är dock patienten tryggare i sin egen valda miljö för samtalet, istället för att vara på behandlarens hemarena – på en klinik. Eventuellt stigma för att söka psykologvård skulle också kunna vara mindre vid digital vård. Även i våra intervjuer har flera noterat att digital vård leder till en förskjutning i maktbalansen till patientens fördel.

En inte oviktig skillnad med videosamtal är att vårdgivarna anger att det blir väsentligen *färre* uteblivna besök än vid fysiska besök, eftersom patienten undviker en resa som kan gå fel eller bli försenad. I vissa fall kan den psykiska ohälsan själv göra det svårt att resa till en mottagning.

4c) Specialistvårdsnivå

I intervjuer med en privat och en offentlig aktör inom psykiatri i Stockholm respektive Västra Götalandsregionen framkommer att cirka 20% av de totala specialistpsykiatribesöken hos den privata aktören levererades som distanskontakter (videobesök eller telefonbesök) under 2020, och nästan tre fjärdedelar av alla psykiatri-patienter hade vid något tillfälle haft en distanskontakt. En annan stor privat aktör inom den psykiatriska specialistvården erbjuder också digitala besök till många patienter. Mycket av det som nu sker via video skedde tidigare via telefon, till exempel korta utvärderingar av hur en ny medicin fungerar.

Intervjuerna har visat att digital specialistvård ofta har följande skillnader mot digital psykologvård på primärvårdsnivå:

- mer flexibel och anpassningsbar till patienter med flera diagnoser
- mer stöd och motivation till patienten och samtidigt mindre hemarbete
- mindre text att bearbeta och istället lättillgängligt videomaterial.

Den privata aktören som vi intervjuat inom specialistvården har även uppdrag att erbjuda psykiatri till hemlösa, samt ett uppdrag för asylsökande. Av de cirka 1 300 hemlösa patienterna har 300 (23%) haft distanskontakt istället för fysiskt besök, alltså video- eller telefonbesök. Många av dem har komplexa problem med både somatisk och psykisk ohälsa samt ibland även beroendeproblem. Företagets uppdrag för papperslösa och asylsökande innefattar även det en del digitala kontakter med patienter som kan ha upplevt djupa trauman. I den gruppen är det inte ovanligt att man delar på en telefon. Många saknar dessutom mobilt BankID. Därför används ofta andra inloggningsmetoder baserat på tvåfaktorsautentisering.

Precis som i primärvården anger de intervjuade vårdgivarna att det blir färre uteblivna videobesök än i den fysiska vården, eftersom patienten kan ta det digitala samtalet på valfri plats. Specialistpsykiatrin drabbas vanligen av många uteblivna besök eftersom patienterna i vissa fall på grund av sin psykiska ohälsa kan få det svårt att lämna hemmet. Med video kan behandlaren även se ickeverbala signaler samt om patientens mimik, utseende och hemmiljö ändrats, vilket kan vara av stor vikt i specialistvården för psykiatri. Vissa typer av besök i specialistvården lämpar sig dock sämre för videobesök, till exempel kan vissa så kallade exponeringsövningar behöva göras på plats.

4d) Egenvårdsnivå

Egenvård kan ske på patientens eget initiativ, innan kontakt med behandlare, eller efter en triagering eller bedömning av behandlare. Vissa patienter rekommenderas egenvård vid triagering eller bedömningssamtal, eftersom deras problem inte når upp till gränsen för ett vårdbehov, d.v.s. de bedöms lida av psykiska besvär snarare än psykiatriska tillstånd (för definitioner se FHM 2021). Dock kan gränsen mellan behandling och egenvård i vissa fall suddas ut när eKBT-behandlingar kan bygga allt mer på patientens hemarbete och innefatta mindre kontakt med behandlaren, något som verkar passa bättre för personer med lättare besvär som kan ta till sig informationen och är motiverade. En behandling i ett tidigare skede kan undvika förvärrande av sjukdomen. En bedömning från intervjuerna som vi genomfört med digitala vårdgivare är att behandlingen rör sig således mot prevention även om man fortfarande anser att man behandlar sjukdom.

Vissa privata digitala vårdgivare har även information och folkbildning som kan anses ligga på gränsen mellan egenvård, folkbildning och marknadsföring på sina hemsidor och i appar.

Där kan potentiella patienter läsa om definitioner av olika typer av psykisk ohälsa, och även om behandlingsformer. Patienter kan även i vissa appar göra självtest för psykisk ohälsa, t.ex. för stress, ångest eller depression. Exempelvis är formuläret för stress hos Kryss app baserat på Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ)¹³ medan självtestet för ångest är baserat på Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7). Om patienten får ett högt värde för ångest, rekommenderas patienten att boka ett möte med psykolog. Om patienten inte får ett särskilt högt värde, leds patienten vidare till råd om egenvård och en artikel om ångest och oro, med konkreta tips som patienten kan jobba aktivt med, exempelvis andningen, göra mer saker som hen mår bra av, eller beskriva det hen känner i stunden för sig själv eller en vän. Möjligheten att boka ett möte finns kvar även i detta fall.

Under pandemin har offentliga vårdgivare utvecklat internet KBT-baserade egenvårdsverktyg, som t.ex. "Självhjälpsprogram för oro vid covid-19".¹⁴ Detta treveckorsprogram erbjuds kostnadsfritt till alla som registrerar intresse via 1177, och programmet levereras via 1177s plattform Stöd och Behandling. Modulerna som arbetas igenom påminner om dem som de privata vårdgivarna erbjuder i sina appar, men då detta är ett egenvårdsverktyg finns ingen behandlare med som stöd under programmet, vilket gör att behandlingen kan skalas upp till många patienter med mycket låg marginalkostnad. Denna typ av egenvårdsprogram skulle kunna erbjudas för andra problem än oro vid Covid-19, av den offentliga vården eftersom det är en typ av allmännytta med låg eller ingen marginalkostnad utan enbart en fast kostnad vid design. Man skulle dock behöva nå ut till personer som kanske inte söker vård genom någon typ av information. Det finns exempel på självskattningsverktyg tillgängliga digitalt. Ett exempel är Region Värmlands tjänst *HurMårDu.nu* där det är enkelt att svara på frågor som kan vägleda vid frågor om fortsatt vård eller behandling. En stor fördel med självskattningsverktygen är att det är skalbara och därmed kostnadseffektiva som en första vårdkontakt vid psykiatriska symtom.

5) Evidens och utvärdering

5a) Forskningsläget och Socialstyrelsens rekommendationer

Det finns förhållandevis mycket kunskap från den psykologiska forskningen om internetbaserade tjänster för psykisk ohälsa generellt: ett stort antal kontrollerade studier är publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Den stora merparten kommer fram till att metoderna fungerar i att lindra depression, ångest och PTSD, i alla fall på kort sikt, och inte uppvisar några substantiella skillnader i resultat jämfört med fysisk vård – se t.ex. översikten i Fernandez m.fl. 2021.

En svensk sammanfattning av kunskapsläget av Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering visar att det finns en del underlag för det ovanstående för vuxna men ett otillräckligt underlag för patientgruppen barn (SBU 2013).¹⁵ Få vetenskapliga artiklar studerar appar som leveransformat av tjänsten (som kallas eKBT i tabellen nedan). Istället studeras webbläsar-baserade tjänster (iKBT). I takt med att utbredningen av digitala tjänster ökar kan det inte uteslutas att det finns skillnader mellan iKBT och eKBT. I teorin borde dock skillnaderna vara ytterst små då innehållet i modulerna ofta är identiska, och videosamtal eller chatt är möjliga i båda format.

¹³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3307433/?tool=pmcentrez>

¹⁴ Tove Wahlund vid Karolinska Institutet är ansvarig forskare för en utvärdering av detta program.

¹⁵ SBU uppdaterar för närvarande kunskapsläget och förväntas därefter publicera materialet.

Tabell 2. Forskningsstöd för behandlingar samt inkludering i Socialstyrelsen i nationella behandlingsrekommendationer

	Depression och ångest	Tvångssyndrom	SoS behandlingsriktlinjer, Vuxna	SoS behandlingsriktlinjer, Barn och Ungdomar
KBT	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
iKBT	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
eKBT	<i>Baserat på iKBT</i>	<i>Baserat på iKBT</i>	<i>Baserat på iKBT</i>	<i>Nej</i>

5b) Skattningsskalor och kvalitetsdata

Vårdgivarna använder sig av etablerade skattningsskalor såsom GAD9 för generaliserat ångestsyndrom, ofta både före och efter behandling. Före behandlingen används skattningsskalan för att avgöra vårdbehovet och sätta diagnos, och efter för att utvärdera behandlingens effekt. Dock samlar inte regionerna in data om detta, oss veterligen. Att göra en nationell uppföljning av kvaliteten hos de olika vårdgivare borde därför inte vara svårt men skulle kunna ge ett betydande mervärde för att utvärdera de nya tjänsternas effektivitet. Ett nationellt kvalitetsregister för internetbehandling, Siber, existerar förvisso redan.¹⁶ Ingen av de privata vårdgivarna är dock anslutna men några vara öppna för den möjligheten, men för att data skall kunna levereras effektivt bör det genomföras automatiskt via loggar som redan skapas i tjänsterna för att inte skapa onödigt manuellt merarbete. Ett sådant steg skulle avsevärt underlätta att skapa en brygga mellan innovation och forskning på nationell nivå. I förlängningen skulle detta kunna leda till en mekanism för att använda data för att öka kvalitén.

5c) Ett internationellt perspektiv och effekter av pandemin

I flera europeiska länder arbetar man med att förstå och skapa system för att utvärdera de hundratals appar som vuxit fram de senaste åren. Ett exempel är i Storbritannien där det statliga sjukvårdssystemet *National Health Service* (NHS) samarbetar med *Organisation for the Review of Care and Health Applications* för att utvärdera appar för psykisk hälsa.¹⁷ Ett arbete pågår internationellt med att skapa en strukturerad standardisering för digitala hälsoappar. EU-kommissionen har tagit initiativ till en specifikation för att standardisera och kvalitetskontrollera appar för psykisk- och fysisk hälsa, arbetsprocesser som nu är under utveckling av ISO och CEN.¹⁸ Figur A i Appendix visar ett förslag på kvalitetsetikett för sådana appar. Resultat planeras att publiceras i juli 2021, något som skulle kunna följas upp av exempelvis Socialstyrelsen, SBU, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys samt även forskare.

OECD har sammanställt nationella undersökningar som visar kraftiga öknings av psykiatriska symtom under pandemin. Andelen av befolkningen som rapporterar ångest har ökat mellan 5 och 30 procentenheter mellan 2019 och 2020. För Sveriges del har den andelen ökat från cirka 15% till 25% av befolkningen (OECD 2021). Vad gäller de som rapporterar depression är ökningen i Sverige ännu större, från cirka 12 % till 30 % (OECD 2021). Metodologiska skillnader gör att det är svårt att jämföra incidensen av psykiatriska symtom

¹⁶ <https://siber.registercentrum.se/om-siber/svenska-internetbehandlingsregistret-siber/p/H1q4hsPfb>

¹⁷ <https://orchahealth.com/>

¹⁸ <https://www.iso.org/standard/78182.html>

och psykisk ohälsa mellan länder men när det gäller depression har Sverige näst högst, efter Sydkorea. För exempelvis Frankrike finns månadsdata för symtom liknande depression och unga i åldern 18–24 år särredovisad. Det framgår att unga upplever högre ångest än övriga av befolkningen samt att man hade väsentligen högre förekomst av depression under de två kraftiga nedstängningar som genomfördes under våren respektive vid slutet av 2020 (OECD 2021).

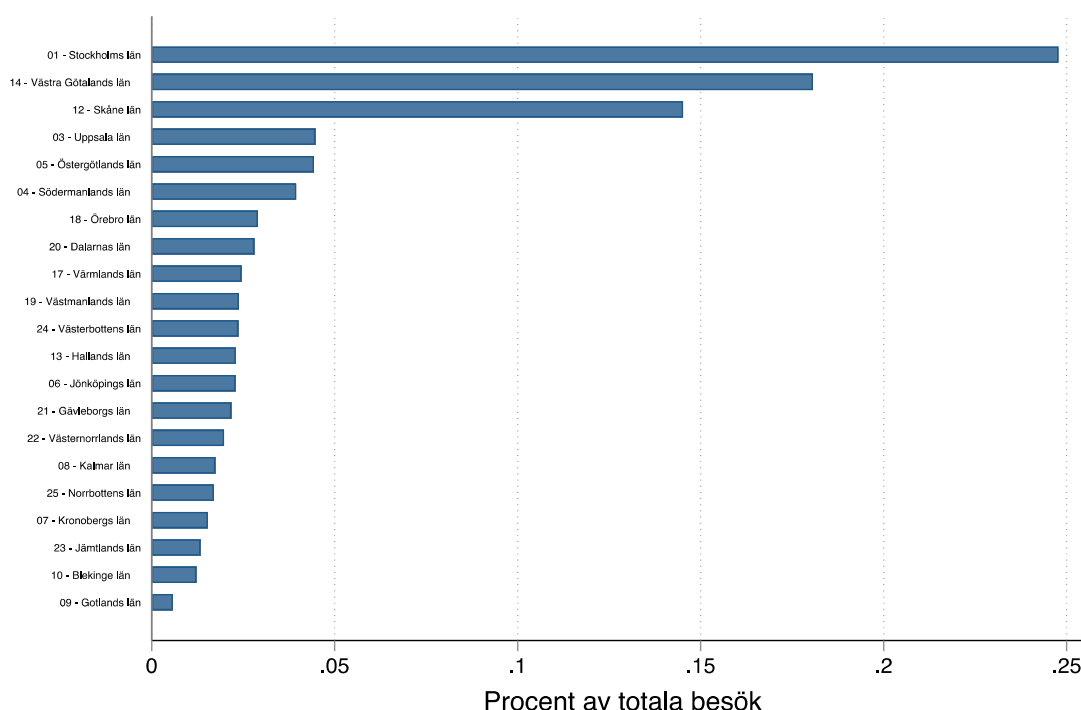
6) Vilka patienter använder de digitala KBT-tjänsterna?

Vi har samlat in data från Region Jönköping, Region Stockholm och Region Sörmland eftersom det är i dessa tre regioner som de allra flesta digitala företag är etablerade.¹⁹

Vi har sammanställt data för att belysa vilka användargrupper de nya psykoterapitjänsterna har, samt för att visa på volymökningen av användningen – samma data ligger till grund för Figur 1 och 2 i tidigare avsnitt.

i) Patienternas hemort

Figur 4 visar länstillhörigheten för patienten som genomfört ett besök hos en vårdgivare etablerad i Region Sörmland. En liten överrepresentation av regioner med stora städer kan ses, men skillnaden mot deras befolkningsandel i Sverige är inte så stor. 24,8% av besöken är från Region Stockholm, där befolkningen 2020 motsvarade 23,0% av Sveriges befolkning enligt SCB. 18,1% av besöken är för patienter från Västra Götaland, som har 16,7% av Sveriges befolkning. 14,5% av besöken är från Skåne, som har 13,4% av Sveriges befolkning.



Figur 4. Länstillhörighet för patienterna (enhet: besök). Data rapporterad från Sörmland.

¹⁹ Vi vill särskilt tacka medarbetarna på dessa regioner som hjälpt oss att skapa dataseten och varit behjälpliga med svar på våra frågor.

ii) Ålder

Användarna av digitala läkartjänster och digitala psykologtjänster skiljer sig åt.²⁰ Barn och tonåringar är inte en stor användargrupp av de digitala psykologtjänsterna, medan unga är den största användargruppen av läkartjänsterna, oftast genom föräldrarna. Flera av de digitala psykologtjänsterna vänder sig enbart till vuxna, medan några få även erbjuder behandling för barn, eventuellt med stöd av förälder. I Figur 5 kan vi se att det under 2019 och 2020 funnits mycket få digitala psykologbesök med barn och unga som patienter hos företag etablerade i Region Sörmland.

Däremot kan vi i Figur 6 se att andelen ungdomar av det totala antalet besök är något större bland besök registrerade i Region Jönköping (vilka totalt sett mycket färre än de i Sörmland och Stockholm). Vi ser framförallt en stor skillnad i antal besök för 18–19-åringar hos vårdgivare i Jönköping jämfört med näraliggande åldrar och jämfört med samma åldrar hos vårdgivare i Region Sörmland. Förmodligen beror just gruppen 18–19-åringar i Jönköping på att ungdomar i större utsträckning skaffar BankID när de blir myndiga och därför kan söka vård själv, samt att man över 20 års ålder betalar patientavgift för alla typer av besök om vårdgivaren är registrerat i Region Jönköping.²¹ Dock är minderåriga en patientgrupp med potentiell stor nytta av denna typ av tjänster. Särskilt bland unga flickor har psykiatriska symtom ökat. Minst hälften av fysiska vårdcentraler uppfyller inte vårdgarantin om en första linjens bedömning hos psykolog inom 3 dagar för barn och unga, precis som för vuxna.²²

De som är över 60 år använder de digitala tjänsterna för psykoterapi i mindre utsträckning än 20–40-åringar (Figur 5 och 6). Det är av intresse att studera dessa åldersgrupper under 2020 jämfört med tidigare år, eftersom pandemin kan antas ha gjort det ännu svårare att uppsöka fysisk terapi för äldre personer än för yngre. Gällande läkarbesök visar en annan rapport att åldersgruppen 50+ ökade sin andel av de digitala läkarbesöken under våren 2020 med cirka 6 procentenheter (Blix och Farrokhnia 2020). Till sommaren 2020 föll besöken tillbaka något men på en högre nivå än före pandemin. Vi har delat upp data om åldersgrupper för psykologbesök från Region Stockholm över tre år och vi kan inte se någon dramatisk ökning under 2020 av patientgruppen 65–74 år i Figur 7, inte heller av gruppen 45–64 år.

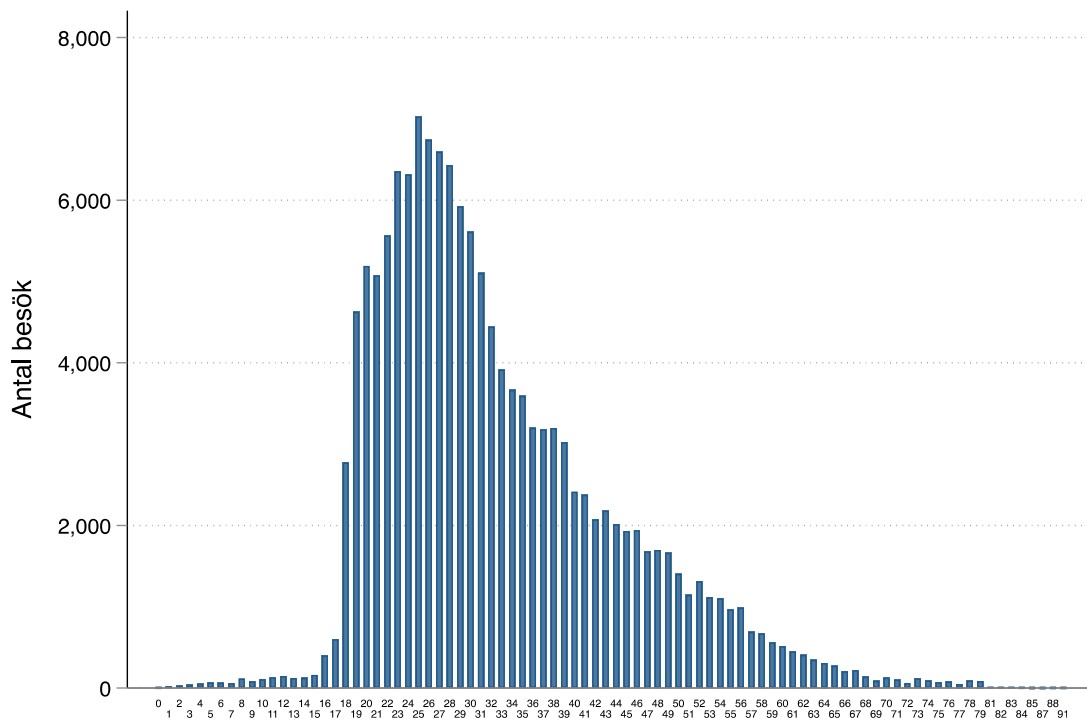
Region Stockholm rapporterar ålder sammanslaget i åldersspann av olika storlek, vilket medför att data inte är lika precis. Men i Figur 7 kan vi ändå se att gruppen 20–24 och 25–44-åringar dominerar jämfört med barn och äldre – notera att gruppen 20–24 endast innehåller 4 år, medan grupperna 25–44 och 45–64 innehåller fem gånger så många åldrar. Figur 6 visar också att även hos företag etablerade i Region Stockholm är andelen barn ytterst liten. Inga stora förändringar har skett mellan 2018 och 2020, även om det 2020 fanns några barn med i data vilket det inte fanns 2018.

²⁰ Vi kallar dem psykologtjänster även om det hos vissa vårdgivare även erbjuds besök med psykoterapeuter och kuratorer, se Tabell 1.

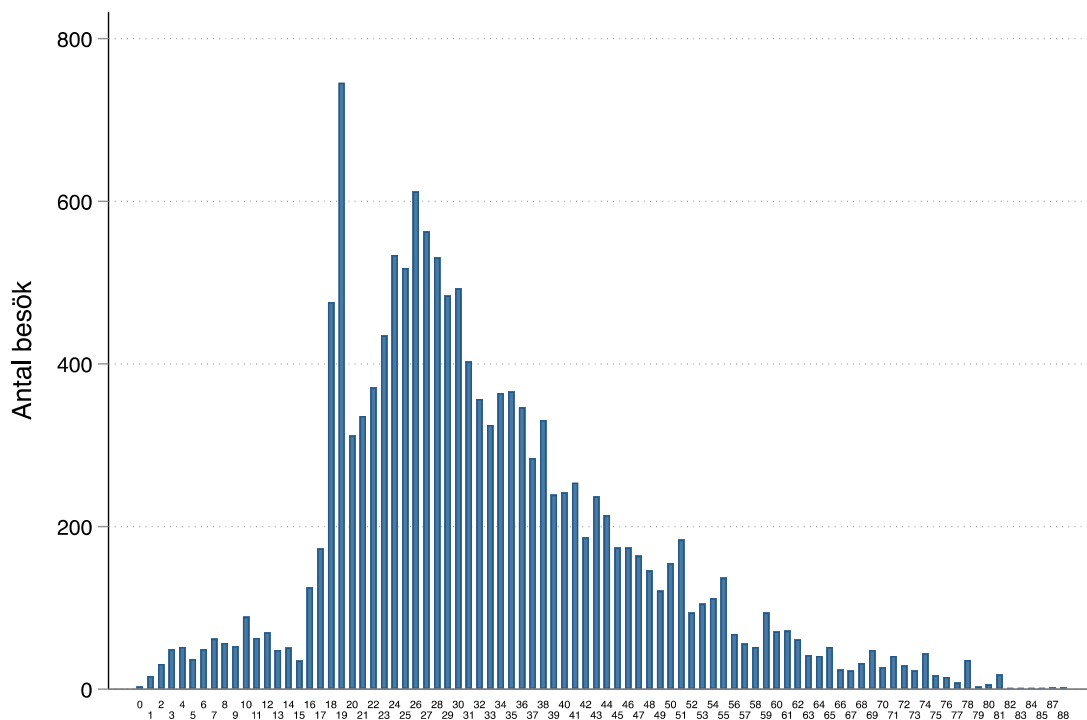
²¹ Detta är till skillnad från i Region Sörmland, där besöket är avgiftsfritt om det inte innehåller innehåller ljud och rörlig bild – se avsnitt 8b. om ersättning och patientavgifter.

²² Väntetider i vården.

<https://www.vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/Forstalinjen/?year=2021&month=Mars&intervals=undefined&management=undefined®ionId=0&professions=5>

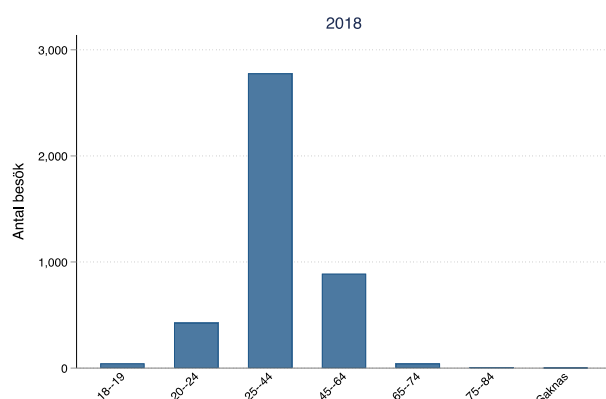


Figur 5. Åldersfördelning för digitala besök registrerade i Region Sörmland 2019–2020.

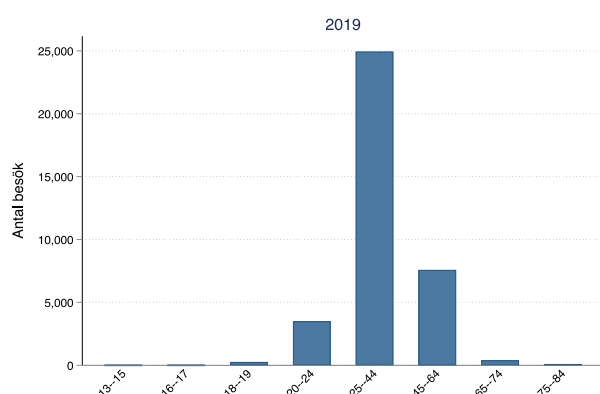


Figur 6. Åldersfördelning för digitala besök registrerade i Region Jönköping 2019–2020. Notera att skalan är annan än i Figur 4 eftersom de totala antalet besök skiljer sig stort mellan olika regioner.

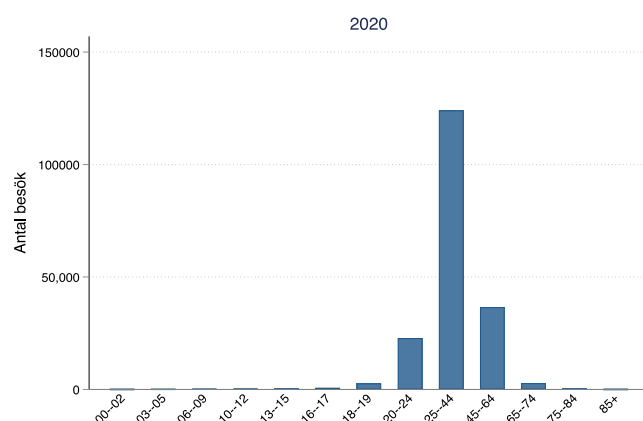
A.



B.



C.

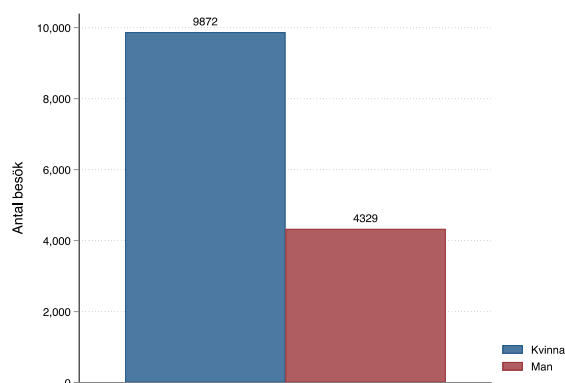


Figur 7. Åldersfördelning hos besök registrerade i Region Stockholm, 2018, 2019 och 2020. Notera att skalorna är olika eftersom antalet besök ökat stort över åren.

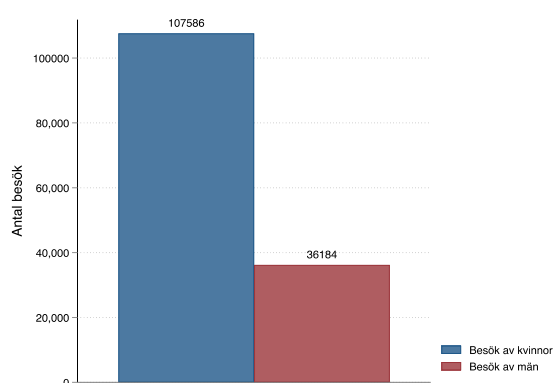
iii) Skillnader mellan män och kvinnor

För digitala läkarkontakter i primärvården utgör kvinnor den största gruppen. Samma sak gäller för digitala vårdkontakter av psykologtjänster. Gruppen kvinnor är större användare av tjänsterna än män hos vårdgivare som är etablerade i Region Jönköping såväl som i Region Sörmland (Figur 8 och 9). Män står för cirka en fjärdedel av de totala besöken. Dock kan vi i

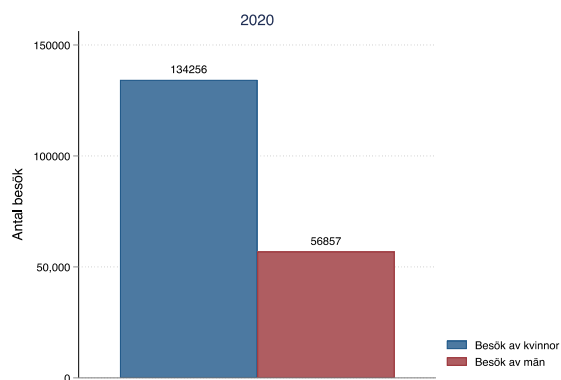
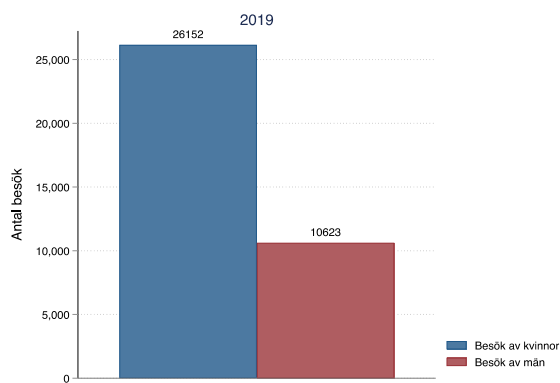
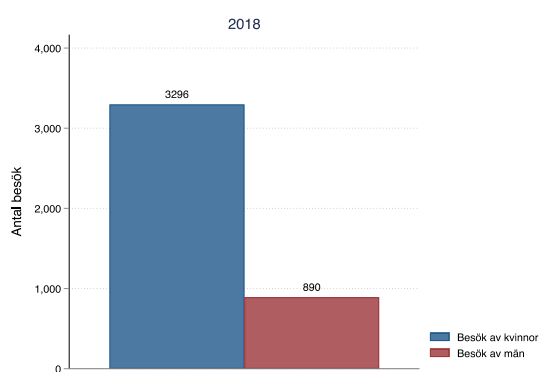
Region Stockholm (som i Figur 10 är uppdelat på åren 2018, 2019 och 2020) se att andelen män ökat: från cirka 20% av besöken 2018 till cirka 30% av besöken 2020.



Figur 8. Könsfördelning Region Jönköping, Sörmland.



Figur 9. Könsfördelning Region

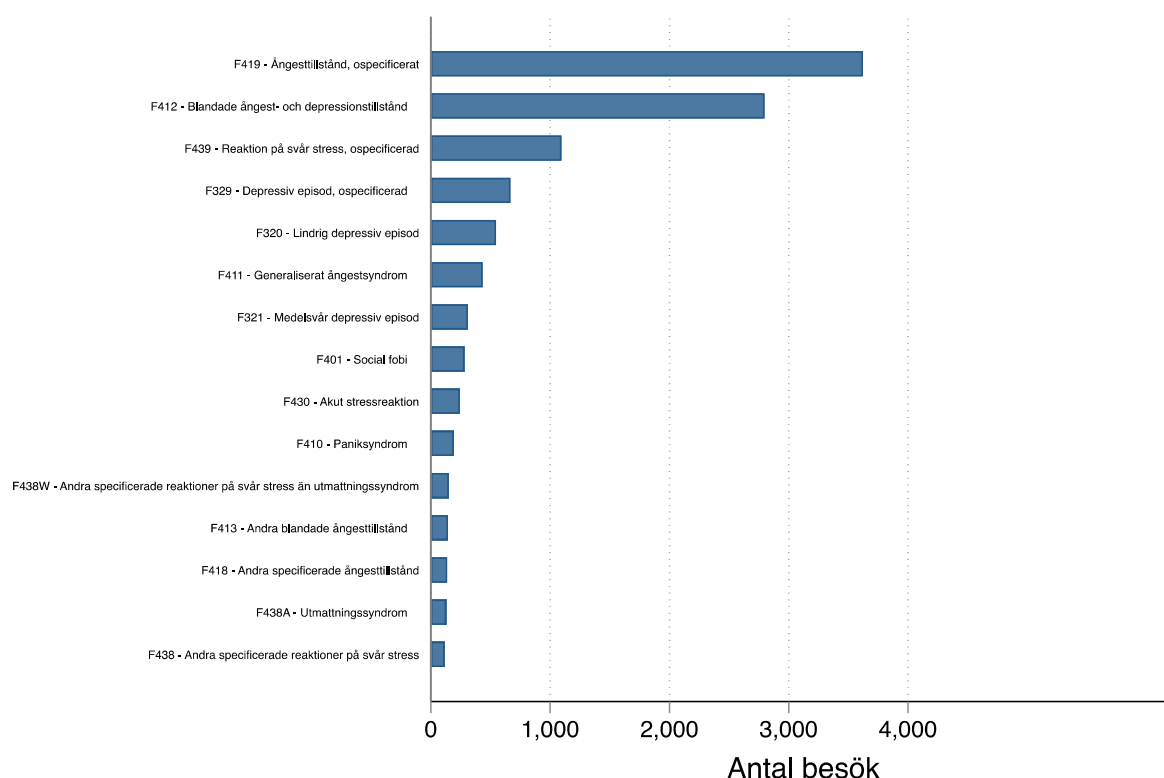


Figur 10. Könsfördelning Region Stockholm, 2018, 2019 och 2020.

iv) Diagnoser

Figur 11 visar vilka F-diagnoser som var vanligast vid digitala besök hos psykolog, psyko- eller samtalsterapeut under december 2019 till och med februari 2020. Data kommer från Region Sörmland och gäller alltså företag som var då etablerade där. Dessa figurer kan visa vilka diagnoser som är vanligast vid sökning för psykiska symtom hos digitala vårdgivare. Vi har endast tagit med diagnoser som är registrerade vid minst 100 besök. Vi ser att ospecificerat ångestillstånd (F419) samt blandade ångest-och depressionstillstånd (F412) var

de vanligaste diagnoserna under besöken. För att undersöka om diagnosernas inbördes relativa volym har ändrats under de första månaderna av pandemin kan vi jämföra Figur 11 med Figur 12, då den senare täcker mars–maj 2020. Vi kan se att besöken med alla diagnoser ökade under denna period, men trenden har även under tidigare kvartal varit starkt uppåtgående, så dessa figurer kan ensamma räcker inte för att dra slutsatser att ökningen av diagnoserna är på grund av pandemin.²³ Sammansättningen av diagnoser är lik över Figur 11 och 12, men det ser ut som att ångesttillstånd²⁴ har ökat något, från 54.4% till 62.3% jämfört med stress²⁵ som har minskat som relativ andel från 16.3% till 11.6% av de totala rapporterade F-diagnoserna från Region Sörmland.

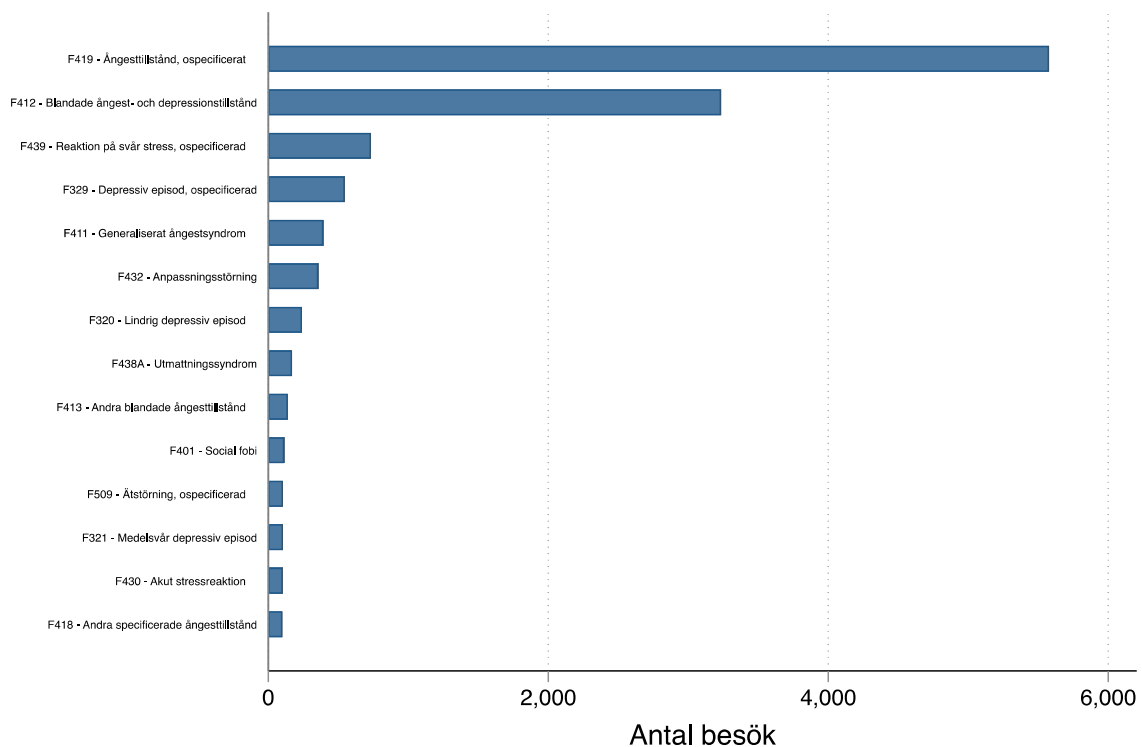


Figur 11. Före pandemin. Data från Region Sörmland: F-diagnoser (psykiatriska diagnoser) med över 30 besök december 2019–februari 2020.

²³ Mindler registrerade så få besök under nov och dec 2019 att statistiken ger sken av att vara fel. Vid kontroll har det dock visat sig stämma och bero på företagets arbete med lanseringen av nya moduler för eKBT som ledde till låga besökssiffror under denna period.

²⁴ Inräknat i ångest är F411 - Generaliserat ångestsyndrom, F412 - Blandade ångest- och depressionstillstånd, F413 - Andra blandade ångesttillstånd, F418 - Andra specificerade ångesttillstånd samt F419 - Ångesttillstånd, ospecificerat.

²⁵ Inräknat i stress är F430 Akut stressreaktion, F438A Utmattningssyndrom samt F439 Reaktion på svår stress, ospecificerad.



Figur 12. Under pandemins början. Data från Region Sörmland: F-diagnoser (psykiatriska diagnoser) med över 30 besök mars-maj 2020.

7) Strukturförändringar i teknologi och digital vård

7a) Innovationer i teknologi

Tekniken bakom digital vård via internet har funnits länge. Det är svårt att fastställa ett exakt datum då videosamtal blev enkla men när Skype lanserade sina tjänster 2003 inleddes en popularisering av IP-telefoni och senare rörliga samtal. Med iPhone-revolutionen 2006 började landskapet förändras kraftigt och digitala verktyg kom allt mer att användas av den breda allmänheten för att konsumera varor, tjänster och underhållning. I Figur 13 visar vi en schematisk tidslinje av olika händelser som varit viktig för tillkomsten av digital vård i primärvården. Vi har delat in händelser av två slag:

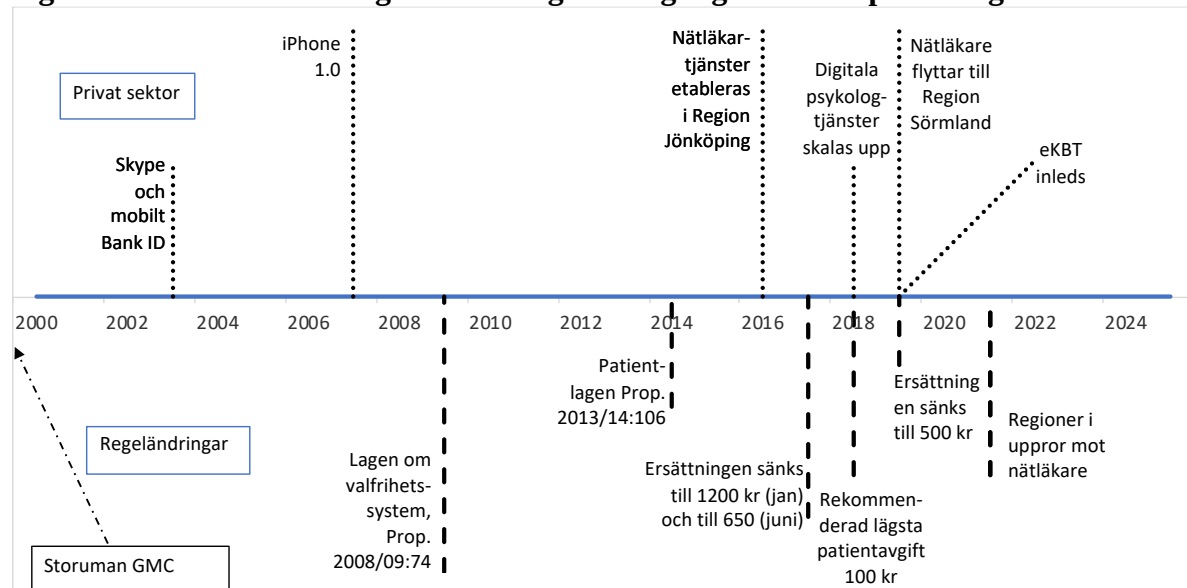
- Ändrad lagstiftning, ersättning eller regelverk (undre delen)
- Privata vårdgivare som skapar nya tjänster eller anpassar sin verksamhet för digital vård (övre delen).

En ibland förbisedd teknologi är mobilt BankID, som lanserades samtidigt med Skype, 2003. Tjänsten ägs av de privata bankerna och kom gradvis att ta över de flesta andra former av digital identifikation. Vår bedömning är att de breda användningsområden för mobilt BankID blev en viktig förklaring till dess framgångar. Därtill underlättade mobilt BankID flera tjänster kopplade till digital vård. I våra intervjuer har det framkommit att privata vårdgivare även erbjuder tjänster till flyktingar eller hemlösa, som då hänvisas till andra former av identifikation.

7b) Lagar

Det tog många år innan digital teknologi populariserades i primärvården, men när det väl skedde var utvecklingen snabb. I Figur 13 visar vi en översiktlig bild av ändrade regler och händelser för digital vård. De avgörande regelverken var patientlagen och Lagen om valfrihetssystem (2008/09:74), som gjorde det obligatoriskt för landstingen att införa valfrihetssystem. Därigenom blev det möjligt för privata vårdgivare att erbjuda *nationell* digital vård inom ramen för ett system med regionalt självbestämmande (Blix och Jeansson 2018). Inom specialistvården fanns dock inget obligatorium kring valfrihetssystem och andelen privat verksamhet är väsentligen lägre (Blix och Jordahl 2021).

Figur 13. Händelser och regelförändringar kring digital vård i privat regi.



Anm.: För källor, se listningen i Tabell B i Appendix.

7c) Ersättning från regionerna

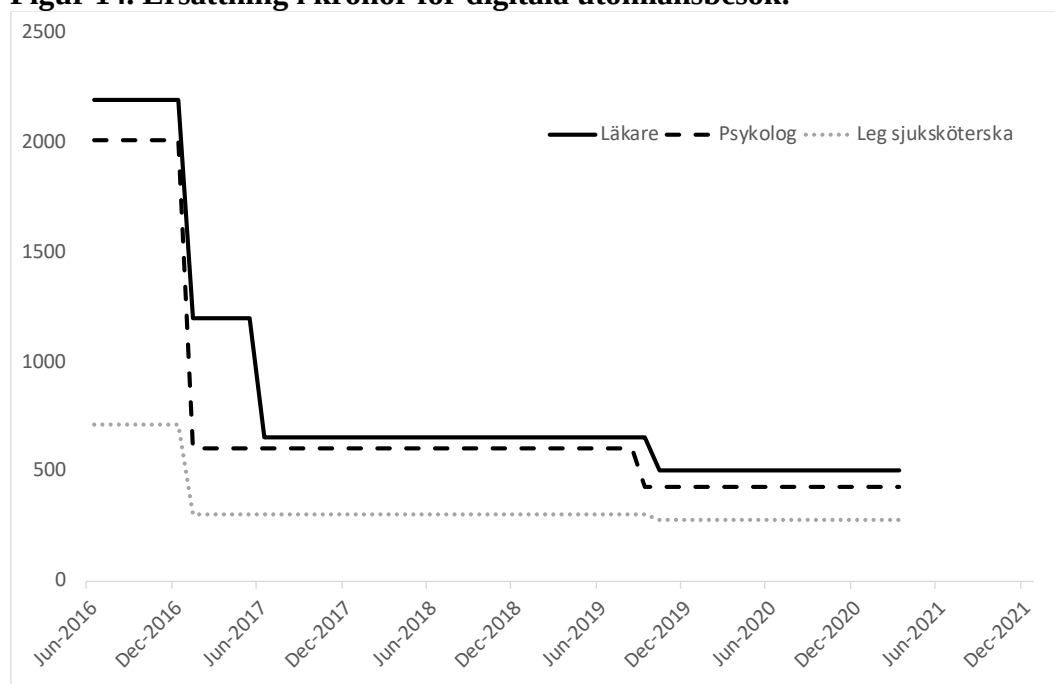
Vid halvårsskiftet 2016 registrerades de första digitala läkarbesöken av Kry och Min Doktor via Region Jönköping; nästan exakt två år senare öppnades de digitala dörrarna även för psykologbesök som sedan dess vuxit kraftigt fram till 2021. Under perioden har politiker sänkt de rekommenderade ersättningsnivåerna för läkarbesök tre gånger samt infört en rekommenderad lägsta patientavgift för digitala utomlänsbesök, se Figur 14. Den rekommenderade ersättningen för psykologtjänsterna har följt sänkningen av ersättningen för läkarbesök men har hela tiden varit på en något lägre nivå.

Inledningsvis ersattes digitala vårdbesök enligt den så kallade utomlänstaxan. För Region Jönköping var den taxan under 2016 fastställd till 2 195 kronor för att ungefär motsvara ett läkarbesök i hemregionen. Efter bara några månader med kraftigt ökade utomlänsbesök revideras ersättningen till 1 200 kronor i december 2016, en nivå som dock inte blev långvarig. I juni 2017 rekommenderade SKR att ersättningen skulle vara 650 kronor, ett belopp som gällde fram till oktober 2019 då ersättningen sänktes till 500 kronor (se även Tabell B i Appendix). För psykologbesöken sänktes den rekommenderade ersättningen vid samma tillfällen, från 2 010 kronor under 2016 till 425 kronor under 2019, se Figur 13. Även om utomlänsersättningen är omtvistad så används den fortfarande, om än i minskande grad. Exempelvis är en stor patientandel (liksom en stor andel av Sveriges befolkning, se avsnitt 6 i) boende i Region Stockholm, och då exempelvis företaget Mindler är etablerat i Stockholm

ersätts dessa patienters besök enligt inomlänstaxan. Inomlänstaxan för psykologbesök i Region Stockholm har varit betydligt högre än utomlänstaxan, vilket verkar ha skapat incitament för vårdgivare att etablera sig i Stockholm.

Ersättning enligt inom- respektive utomlänserättning har aldrig varit särskilt enkelt att förstå för utomstående. Det hela blir inte enklare av att det finns vissa administrativa kostnader som tillkommer. Region Sörmland tar ut en administrativ avgift på 5% av ersättningen för fakturering medan Region Jönköping tar 2%.²⁶

Figur 14. Ersättning i kronor för digitala utomlänsbesök.



Källor: Sydöstra (2015), Sydöstra 2016a och b, SKL 2017 samt SKL 2019. Författarnas sammanställning.

Ersättningen som regionerna betalar till de privata vårdgivarna brukar utformas så att asynkron chatsupport av psykolog under en veckas hemarbete med modulen betalas med samma pris som en halvtimmas psykologsamtal. Från intervjuerna med vårdaktörer har det framkommit att det är något billigare för vårdgivarna att erbjuda asynkron chatsupport under en vecka jämfört med 30 minuter psykologsamtal, vilket skulle tyda på att nuvarande ersättningsmodell styr mot att erbjuda mer asynkron chatt.

Från vissa privata aktörer har det framkommit att man ser en skevhet i hur digitala och fysiska vårdbesök ersätts. Eftersom fysiska vårdbesök ger en högre taxa innebär det enligt aktörerna ett tryck på psykologer som utför digital vård att behandla fler patienter per samma tidsenhet, jämfört med psykologer som utför fysisk vård. Ur kostnadssynpunkt är det rimligt att digital vård får lägre ersättning om den är billigare att producera på grund av exempelvis lägre kringkostnader såsom lokalhyra samt färre inställda besök av patienter, men om det är för stor skillnad mellan ersättningen för fysiska samtal försvagas incitamenten att ställa om till digital vård i de fall det är möjligt och önskvärt. På sikt är det även viktigt att utvärdera resultaten av fysiska och digitala behandlingar för olika diagnoser och patientgrupper, som också kan ha betydelse för att skapa ersättningssystem.

²⁶ Källa: Kommunikation med regionerna samt Stiernstedt 2019, Bilaga 6.

Från patientens perspektiv har det också skett ändringar. Från 2018 rekommenderade SKR en lägsta patientavgift om 100 kronor, med bakgrunden att samtliga regioner utom Sörmland tar ut en patientavgift på 100–300 kronor för vårdbesök (undantaget barn och äldre samt personer med frikort). I Sörmland har de fysiska besöken i primärvården länge varit avgiftsfria. Effekten var att några digitala vårdgivare lokaliserade i, eller omlokaliserade till, Sörmland. Region Sörmland har sedan dess till viss del implementerat den rekommenderade ersättningen om 100 kronor: sedan 1 juli 2019 tas en avgift på 100 kronor ut för läkar- och psykologbesök som innehåller ljud och bild, men inte andra former av digital vård, som exempelvis möte med sjuksköterska eller chat med psykolog (Region Sörmland, 2020). Detta har vissa vårdgivare ifrågasatts eftersom vårdgivare med fler chattkontakter än videokontakter blir billigare för patienten även om den totala kostnaden för skattebetalare och patient är lika stor. I slutet av mars 2021 bestämde Region Sörmland att införa samma patientavgift för alla digitala vårdkontakter, inklusive chatt eller textbaserad kontakt (Dagens Medicin 2021). Ett annat beslut var att avskaffa de avgiftsfria besöken i primärvården och införa en avgift på 200 kronor. Därmed avviker inte regionen längre jämfört med övriga riket.

8) Nya metoder under utveckling

Den huvudsakliga behandlingsformen i primärvården är via eKBT, som innefattar egna övningar, chat eller videosamtal med behandlare och uppföljning. eKBT bygger därmed vidare på etablerade behandlingar från KBT, men utnyttjar den digitala tekniken till olika arbetsmoment och nya förmedlingssätt av terapi. De största vinsterna med digitalisering är att fortsätta förbättra eKBT samt självhjälpsprogram och nå ut till fler med låg marginalkostnad. Vårdgivarna har redan tagit många steg att bättre använda digital teknik. En samlad bedömning från våra intervjuer är att det dock finns fortsatt stor förbättringspotential. Det gäller befintliga arbetsmoduler men även nya teknologier, som i dag endast används i mindre omfattning.

Virtual reality (VR) är en teknik som leder till möjligheter att testa exempelvis exponeringar i verklighetstroga miljöer. Det kan göras i olika syften och har tekniska likheter med en del underhållningsspel där användaren bär någon form av visir som skapar en känsla av fysisk närvaro i en förprogrammerad miljö. Exempelvis kan det vara möjligt att återskapa en traumatisk episod för att hjälpa patienten att bearbeta händelsen. Det går också att skapa miljöer för att bearbeta olika fobier, exempelvis mot reptiler eller för offentliga framträdanden (Nesta 2017). Ett annat användningsområde är att stärka patienten att komma ur ett drog- eller alkoholmissbruk genom att undersöka vilka faktorer som kan leda till återfall (Kuchler 2018). Ett problem med tekniken är att den ännu är ganska dyr och kan vara svår att skala upp.

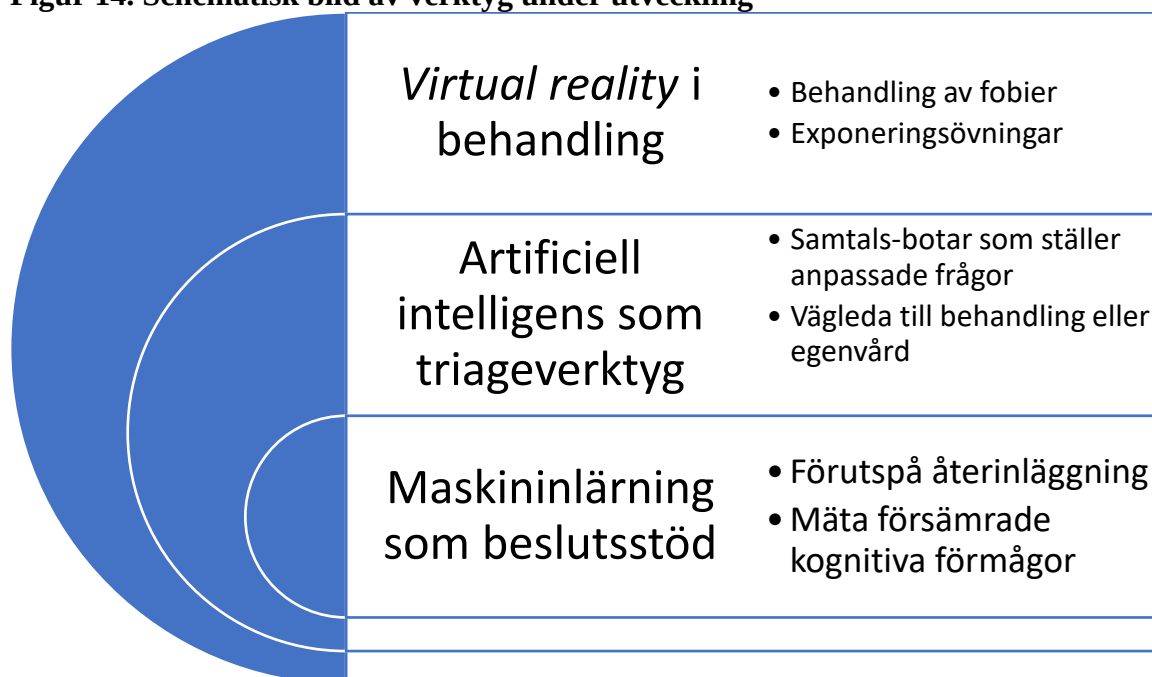
Artificiell intelligens eller maskininlärning kan användas i flera olika syften. Ett är att bedöma risken för kognitiv försämring, exempelvis på basis av hur patienten använder ett tangentbord eller skärmen på en smart telefon. Ett annat är för att analysera det talade språket.²⁷ Det pågår en hel del forskning inom maskininlärning och artificiell intelligens som kan användas som beslutsstöd till bedömningar som inte tidigare var möjliga (Blix och Levay 2018). Regioner har många egna forskningsprojekt och pilotstudier. Exempelvis studerar man hos Internetpsykiatri i Region Stockholm om maskininlärning kan användas för att förutse

²⁷ <https://futurism.com/ibm-psychosis-predicting-ai-speech>.

hur patienter kommer svara på behandling (Örn 2020). På Västra Götalands ePsykiatrienhet studerar man om maskininlärning med data från journaler kan förutspå vilka patienter som snart kommer att återinläggas, så att man kan förebygga detta genom mer stöd innan utskrivning från sjukhuset.²⁸ Som ofta med pilotstudier inom offentlig sektor är det en utmaning att lotsa framgångsrika studier till implementering på stor skala i det kliniska arbetet. Många gånger är det även svårt att koppla ihop data från olika källor och mer nationellt samarbete vore önskvärt för att öka datamängden och sprida kunskap.

Att göra en heltäckande beskrivning av nya digitala verktyg som är under utveckling för att diagnosticera eller behandla psykisk ohälsa skulle leda till en helt ny studie. Däremot illustrerat vi några exempel på teknik och metoder som är på väg att användas eller som kanske implementeras inom en snar framtid i Figur 14.

Figur 14. Schematisk bild av verktyg under utveckling



9) Slutsatser

Det har skett en kraftig ökning av digitala psykologtjänster via privata vårdgivare sedan 2018 när såväl nya som etablerade aktörer började erbjuda digitala psykologtjänster. Andelen digitala besök av de totala psykologbesöken i Sveriges primärvård är inte exakt känd, men digitala besök med yrkeskategorier som inte är läkare inom primärvården, d.v.s. inkluderande psykolog, var 4% av de totala besöken under 2020, en dubblering från 2019 då de var 2% (SKR 2021). En jämförelse med digitala primärvårdsbesök med läkare visar att de 2020 utgjorde cirka 11% av alla primärvårdsbesök, vilket också nästan dubblerades från 6,5% 2019 (SKR 2021)²⁹.

²⁸ Källa: intervju med medarbetare på ePsykiatrienheten.

²⁹ Exklusive barnhälsovård, mödrahälsovård, primärvårdsansluten hemsjukvård och slutet primärvård.

Å ena sidan har digitala vårdtjänster bidragit till att förbättra tillgängligheten till psykologtjänster, som i otaliga rapporter och studier har pekats ut som Sveriges annars högkvalitativa sjukvårds akilleshäl. Å andra sidan har finansieringen av de nya tjänsterna inneburit en krock i flera dimensioner, inte minst vad gäller finansieringen i förhållande till den fysiska vården. Det har även funnits en intensiv debatt om vilka diagnoser som går att ställa digitalt samt om den utökade tillgängligheten leder till en ökad andel enklare vårdkontakter.

Dessa debatter har en tendens att avleda fokus och uppmärksamhet på andra faktorer som är centrala för den långsiktiga utvecklingen, som att uppmuntra till innovation och att implementera ny teknik. I en internationell kontext har privata vårdgivare i Sverige varit drivande i innovationsutvecklingen av digital vård via appar och nätet, men det finns ingen naturlag som gör gällande att detta kommer att bestå.

Slutsatsen från vår genomgång är att det finns ett par övergripande aspekter som bör vara en del av de policyavvägningar som görs för en bättre samverkan mellan privat och offentlig sjukvård. För att stärka förutsättningar för innovation i Sverige krävs flera åtgärder:

- Upprätthålla förutsägbara regler för att uppmuntra till fortsatta investeringar och innovationer
- Säkerställa att kunskap och statistik om volymer, användare och resultat hos digital vård kommer hela vård-Sverige till gagn och att informationen används för att systematiskt stärka kvalitén

För det första, betydelsen av förutsägbara regler bör inte underskattas. Vårdgivare kan bli avskräckta från att investera i ny teknologi och arbetsmetoder om grundförutsättningarna snabbt kan ändras. Det gäller inte bara den mest synliga delen av vårdssystemet, som ersättningsnivåerna, utan även de olika särregler som regioner ställer på digital vård (vi har nämnt skillnader i patientavgift om psykologkontakten innehåller ljud och bild eller sker via chatt). Det är en stor skillnad om en teknisk lösning enkom tillåts i en region eller om den kan skalas upp till hela Sveriges befolkning med tio miljoner invånare. Regelosäkerhet och byråkrati ställer även till problem för anställda i den offentliga vården, som möter svårigheter att ta sina idéer och forskningsprojekt till praktisk implementering i linjen.

Ibland är det förvisso viktigt att kunna göra övergripande förändringar. Sjukvården måste kunna möta medborgarnas behov och verksamheterna behöver kunna anpassas till den teknologiska utvecklingen. Därför behöver politiker ha flexibilitet att vid behov ändra regelverk och ersättningssystem. Ibland kan det även under vissa omständigheter vara motiverat med kraftiga åtgärder och snabba beslut. Det gäller inte minst när digital vård började få genomslag i Region Jönköping under 2016. Den så kallade utomlänsersättningen var då 2 195 kronor, en mycket hög nivå. Det blev nödvändigt att sänka ersättningsnivån för att balansera kostnader mot vårdbehov. Resan mot dagens ersättningsnivå präglades dock av ryckighet och skillnader mellan utom- och inomlänsersättning för samma digitala vård. Ytterst är osäkerheten om regelverk mest besvärande för små privata aktörer, till exempel dem som kommer med nya innovationer och lösningar anpassade för specifika mindre målgrupper. Minst en vårdaktör har gått i konkurs under vår studieperiod. De stora och etablerade aktörerna har resurser att bygga egna IT-lösningar och kan anpassa sina verksamheter till förändrade spelregler. Regelosäkerheten riskerar att cementera en situation där stora vårdaktörer befäster sina ställningar medan mindre mottagningar får det allt svårare. Att skapa och upprätthålla en neutral spelplan med förutsägbara regler är viktigt för den långsiktiga utvecklingen av konkurrens och innovation inom primärvården.

För det andra är viktigt att skapa dataåtkomst för utvärdering, forskning och utveckling av produkt och tjänster. Men vår genomgång visar att statistiktillgången kring digital vård, inklusive psykologtjänster, går mot en allt större regional fragmentering. På ytan kanske det förefaller vara ett marginellt problem som mest drabbar forskare som försöker analysera och förstå utvecklingen. Den som idag vill ha en överblick över digital psykologvård måste vända sig till *åtminstone* de tre regioner som har – eller har haft – privata vårdgivare som bedriver digital utomlänsvård: Jönköping, Stockholm, och Sörmland. Alla aktörer har mer eller mindre olika definitioner och rutiner. SKR har en viss inblick i utvecklingen, främst vad gäller utgifterna för utomlänsvård, men huvuddelen av kunskapen och statistiken finns hos regionkontoren. Det är oklart i vilken mån regionerna själva tillvaratar kunskap om digital vård och vad som fungerar väl. Erfarenheterna visar att kunskapen riskerar att fastna i regionala silos. Det saknas överlag en mekanism för att sprida kunskap och *best practice* nationellt.

En typ av kunskap som i vissa fall inte ens finns hos regionkontoren utan hos företagen själva är måtten av resultat av behandlingarna. För att veta vilken vård som ger effekt bör resultaten mätas och genomsnitt publiceras för alla tjänster som är offentligt finansierade. Detta kan enkelt göras genom att data som redan finns hos de digitala vårdgivarna offentliggörs, exempelvis (1) förändring i patienters värde på standardiserade skattningsskalor såsom GAD9 efter jämfört med innan behandling (2) andel patienter som genomgår en hel behandling och (3) hur många kontakter som utgör en hel behandling. Exempelvis kan data levereras till det redan existerande Svenska Internetbehandlingsregistret.

Den bristfälliga datasituationen försvårar genomförandet av systematiskt kvalitetsarbete. Med data följer kunskap om vad som är viktigt i utvecklingen och hur vården behöver anpassas. I hur stor utsträckning fungerar digital vård i att bota lättare psykiska sjukdomar (måluppfyllelse)? Vilka använder digital psykologvård – ålder, kön, och kommundillhörighet? Finns det några mönster i hur digital vård används som föranleder ändrade rutiner och uppdaterad bäst praxis? Får vi en våg av ökad psykisk ohälsa i kölvattnet av pandemin? Den som sammanställer *samtliga* källdata har väsentligen bättre möjlighet att ställa centrala frågor om utvecklingen och medverka till en färdriktning för digital vård. Ett exempel är hur digital vård skulle kunna uppmuntra till förebyggande åtgärder, för prevention av såväl psykisk som fysisk ohälsa. Det är en stor skillnad att ha ett kunskapsunderlag som innefattar hela riket, jämfört med från en enskild region eller endast offentliga vårdgivare.

Av dessa skäl borde politikerna noga överväga att centralisera data kring digital vård till en aktör där hanteringen av kunskap och praxis är en del av det befintliga kärnuppdraget. Det är angeläget att data om volymer, användande och kvalitet blir en integrerad del av ett systematiskt förbättrings- och kvalitetsarbete. Detta borde ske hos en myndighet med ett tydligt analysuppdrag för att följa utvecklingen, samt med samverkan mellan privat sektor och sjukvårdens offentliga organisationer. Utan central kunskap om utvecklingen går det inte att styra mot något mål överhuvudtaget, än mindre mot att Sverige ska bli bäst i världen på e-hälsa.

Appendix.

A. Förslag på kvalitetsmärkning

Flag or logo

Health app quality label

App icon

App name

CEN ISO/IEC TS 82304-2

Android Apple Globe

Name app manufacturer

Benefit of the app

With this app [intended users] can [intended use] / With this app [x in 10] [intended users] [health effect] [if use]

⚠ Check [here] when app requires approval from a health professional before use.

Healthy and safe

B A

Easy to use

D C B A

Secure data

E D C B A

Robust build

A

Overall health app quality score

C B A

☒ App checked on [date]

**Figur A. Förslag på kvalitetskontroll-etikett inom projektet CEN ISO IEC TS 82304-2.
Källa: Charlie McCay, Charlie@ramseysystems.co.uk**

B. Lista av innovationer och regelförändringar

Här listar vi händelser i privat sektor och regelförändringar som vi bedömer har påverkat digitala vårdtjänsterna från 1990-talet. Fokus är på de tjänster som är synliga för patienter och på de förändringar som gjorde utvecklingen möjlig. Listan inkluderar inte den bakomliggande teknologin inom sjukvården.

Tabell B. Regelförändringar och innovationer/händelser i digital vård.

Händelse	När	Regelförändring	Innovation/bolagshändelse	Beslutsdokument eller källa
Glesbygdsmediciniskt centrum i Storuman	1990-talet		GMC arbetade tidigt med distansmedicin och utvecklade metoder för provtagning och vård. Erfarenheterna spreds dock enbart i begränsad omfattning till resten av landet.	Region Västerbotten (2019)
Skype	2003		Inte direkt förknippat med digital vård men populäriserade teknologin kring videosamtal via internet, som senare ledde till andra specialiserade lösningar	
Mobilt BankID	2003		En infrastrukturinnovation från Sveriges privata banker som underlättar identifikation av patienter.	
iPhone 1.0	2007		Smartphone revolutionen inleds och appar växer snabbt i popularitet	
Lagen om Valfrihet (LOV)	2009		Ger patienter rätt att välja vårdgivare	Prop. 2008/09:74
Patientlag	2014		Ger patienter rätt att välja vårdgivare i hela landet, samt att hemlandstinget får bekosta behandlingen. Fastställer även vårdgarantier.	Prop. 2013/14:106
Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer	2015	Reglerar ersättning fr.o.m. 1 jan 2015. Sammanfattar de villkor som måste uppfyllas för utomlänsvård samt vilka begränsningar som finns. Noterar att "vården ska ges på samma villkor som de som gäller för vårdanstaltens egna invånare." (sid 7)		SKL 2014
Start för nationella nätläkartjänster i privat regi, taxa 2195 kronor för utomlänsvård.	2016-06-01		Kry och Min Doktor erbjuder nationella digitala vårdtjänster via underleverantörer i Region Jönköping	Sydöstra 2015 samt överenskommelse om utomlänsvård
Ersättning sänks till 1200 kr (Nr 1/3)	2016-12-01	Tillämpades från jan 2017 i fem månader		Sydöstra 2016
Ersättning sänks till 650 kr (Nr 2/3)	2017-06-02	Rekommendation från SKL:s styrelse till landstingen om gemensam prissättning för digital vård enligt utomlänstaxan		SKL 2017
Rekommenderad lägsta patientavgift 100 kronor	2018-03-16	Landstingen har rätt att själv välja ersättning i primärvården men i detta beslut rekommenderas en gemensam lägsta taxa om 100 kronor mot bakgrund av att Sörmland som enda region har en avgiftsfri primärvård		SKL 2018
Digitala psykologtjänster börjar skalas upp	2018-06-01		Nätläkarbolag börjar erbjuda psykologtjänster: Mindler, Doktor.se, Capio Go, Doktor24, Min Doktor	
Min Doktor köps av Ica	2018-09-13		ICA gruppen köper 42 procent av Min Doktor	Leijonhufvud (2018)
Ersättningen sänks till 500 kr (Nr 3/3)	2019-06-14	Rekommenderade utomlänssersättningar, för att tillämpas senast 1 okt 2019		SKL 2019
Flera nätläkarbolag flyttar till Sörmland	2019-03-01		Kry i mars; doktor 24 och doktor.se i maj; Min Doktor i aug.	
eKBT börjar användas	2019-12-01		Privata vårdbolag utvecklar sina tjänster	
Kry listar patienter i Region Stockholm	2020-09-01		Kry etablerar vårdcentraler bla i Stockholm och börjar lista patienter; kritiska röster höjs	Cederberg (2020)
Regioner ifrågasätter utomlänstaxan	2021-03-01	Uppsala ifrågasätter fakturor från doktor.se från 1 mars 2021. Gotland, VGR och Halland ifrågasätter utomlänssersättningen.		Granestrand 2021; Hofbauer 2021; Pettersson 2021

Referenser

- Blix, Mårten och Charlotta Levay (2018). Operation digitalisering – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården. 2018:6. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Finansdepartementet.
- Blix, Mårten och Johanna Jeansson (2018). ["Nätläkare i primärvården – lindring eller lidande? Ekonomisk Debatt. Nr 3 2018 Årgång 46. P. 66–78.](#)
- Blix, Mårten (2019). "Risk att digital vård blir ett storstadsfenomen." *Dagens Samhälle*. 25 oktober. <https://www.dagensamhalle.se/opinion/debatt/risk-att-digital-var-d-blir-ett-storstadsfenomen/>. Åtkomst: 9 april 2021.
- Blix, Mårten och Nasim Farrokhnia (2020). "Kan digitaliseringen rädda vården? Kvartal." <https://kvartal.se/artiklar/kan-digitaliseringen-radda-varden/>. Åtkomst: 16 mars 2021.
- Blix, Mårten och Henrik Jordahl (2021). *Privatizing Welfare Services – Lessons from the Swedish Experiment*. Oxford University Press: Oxford.
- Clark, David M., m. fl. (2018). "Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data." *The Lancet*. 391.10121. Sid. 679–686.
- Cederberg, Jesper (2020). "Kry kritiserar för 'fullistning'." *Läkartidningen*. 1 Oktober. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/10/kry-kritiserar-for-fullistning/>. Åtkomst: 9 april 2021.
- Dagens Medicin (2021). "Sörmland vill införa patientavgift för alla digitala vårdkontakter." <https://www.dagensmedicin.se/vardens-styrning/digitalisering/sormland-vill-infora-patientavgift-for-alla-digitala-var-dkontakter/> Publicerad 24 mars 2021, Åtkomst 29 mars 2021.
- Fernandez, E, Woldgabreal, Y, Day, A, Pham, T, Gleich, B, Aboujaoude, E. (2021). "Live psychotherapy by video versus in-person: A meta-analysis of efficacy and its relationship to types and targets of treatment." *Clin Psychol Psychother*. Accepted Author Manuscript. <https://doi-org.gate3.library.lse.ac.uk/10.1002/cpp.2594>
- FHM, Folkhälsomyndigheten (2021). "Vad är psykisk hälsa?" Åtkomst 8 juni 2021. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa>
- Hedman, E, B. Ljótsson och N. Lindefors (2012). "Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness." *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 12:745–64.
- Hofbauer, Cathrine (2021). "Fler regioner vill sluta betala nätläkarna – vill använda resurserna till sina egna vårdcentraler." *Dagens Industri*. 13 feb. <https://www.di.se/nyheter/fler-regioner-vill-sluta-betala-natlakarna-vill-anvanda-resurserna-till-sina-egna-var-dcentraler/>. Åtkomst: 13 mars 2021.
- Granestrånd, Cecilia (2021). "Fler gör uppror mot nätläkare." *Dagens Samhälle*. 16 feb. <https://www.dagensamhalle.se/nyhet/fler-gor-uppror-mot-natlakare-35389>. Åtkomst: 13 mars 2021.
- Kuchler, Hannah (2018). "How virtual reality is being used to treat mental health issues." *Financial Times*. 10 juli. Åtkomst: 22 april 2020. <https://www.ft.com/content/1a9a4cac-83cb-11e8-96dd-fa565ec55929>.

- Leijonhufvud, Jonas (2018). "ICA storsatsar på Min Doktor – som tar över minutklinikerna." *Di Digital*. 13 sept. <https://digital.di.se/artikel/ica-investerar-335-miljoner-kronor-i-min-doktor>. Åtkomst: 9 april 2021.
- Lindfors, Nils, Samir El Alaoui och Cecilia Svanborg (2017). "Internet-KBT ger effektiv behandling." *Läkartidningen*. 114; D77R. <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/vardutveckling/2017/01/internet-kbt-ger-effektiv-behandling/>. Åtkomst: 9 april 2021.
- Nesta (2017). "Virtual Reality: Expanding the therapeutic toolkit?" https://www.nesta.org.uk/blog/virtual-reality-expanding-the-therapeutic-toolkit/?source=post_page. Åtkomst: 1 maj 2021.
- OECD (2021). "**OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19): Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response.**" <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/tackling-the-mental-health-impact-of-the-covid-19-crisis-an-integrated-whole-of-society-response-0ccafa0b/>. Åtkomst: 13 maj 2021.
- OECD (2014). Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental health care. *OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing.
- OECD (2015). Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, Mental Health and Work. *OECD Publishing*. Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264228283-en>.
- Pettersson, Erik (2021). "Region Uppsala vägrar betala nätläkare." *Dagens Samhälle*. 17 feb. <https://www.dagensamhalle.se/nyhet/region-uppsala-vagarar-betala-natlakare-35406>. Åtkomst: 2021-03-13.
- Productivity Commission (2020). *Mental Health*. Inquiry Report. Volume 1. No. 95. June 2020. Australian Government. <https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/mental-health/report>. Åtkomst: 26 feb. 2021.
- Regeringen (2019). <https://www.regeringen.se/remisser/2019/10/remisslista-sou-201942-digifysiskt-varldval/>. Åtkomst: 9 april 2021.
- Region Västerbotten (2019). <https://www.regionvasterbotten.se/forskning/glesbygdsmedicinskt-centrum-i-storuman>. Åtkomst: 8 april 2021.
- Region Sörmland (2020). Avgifter för besök och behandling i Primärvård. Avgiftshandboken. 2020-01-01. Åtkomst: 29 mars 2021. <https://samverkan.regionsormland.se/contentassets/1992cd09f5e44e039c61ac1a0dc581cf/avgifter-for-besok-och-behandling-i-primarvard-20200101.pdf>
- Royal College of Psychiatrists (2021). <https://www.rcpsych.ac.uk/news-and-features/latest-news/detail/2021/04/08/country-in-the-grip-of-a-mental-health-crisis-with-children-worst-affected-new-analysis-finds>. Åtkomst: 9 april 2021.
- SibeR (2020). Svenska Internetbehandlingsregistret. <https://siber.registercentrum.se/>. Åtkomst: 1 mars 2021.
- SKR (2021). Delredovisning av primärvårdens digitala utbud 2020. <https://skr.se/download/18.2b9356b71784ab0c985cae40/1617946043424/Digitala-vardkontakter-i-prim%C3%A4rvarden-2020.pdf>. Åtkomst: 15 april 2021.

- SKR (2020). Digitala utomlänskontakter 2019. Lars Kolmodin.
- SKL (2019). ”Rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården m.m.” Bilaga. DNR: 18/05148. *Sveriges Kommuner och Landsting*. 14 juni.
<https://skr.se/download/18.71dfc29d16bc118c79d62f5/1562328895540/Digitala-vardtjanster.pdf>. Åtkomst: 12 mars 2021.
- SKL (2018). ”Patientavgifter vid digitala vårdmöten.” Meddelande från styrelsen. Nr. 5/2018. Ärende: 18/01267. *Sveriges Kommuner och Landsting*. 16 mars.
- SKL (2017). ”Rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården.” Bilaga 1. Brev till landstingsstyrelserna och regionstyrelserna. Nr. 5/2018. Dnr: 17/02367. *Sveriges Kommuner och Landsting*. 27 april.
- SKL (2014). *Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer*. Sveriges Kommuner och Landsting. <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-176-1.pdf>. Åtkomst: 12 mars 2021.
- Socialstyrelsen (2010). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning. Artikelnr 2010-3-4.
- Socialstyrelsen (2017). ”Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna till och med 2016.” Artikelnr 2017-12-29.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2017-12-29.pdf>
- Socialstyrelsen (2020). ”Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning.” Artikelnr 2020-9-6936.
- SBU (2013). ”Internetförmiddlad KBT-behandling vid depression och ångestsyndrom.” Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).
<http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBUutvarderar/internetformeddla-psykologisk-behandling-vid-angest--och-forstamningssyndrom/>. Åtkomst: 9 april 2021.
- Stiernstedt, Göran (2019). Digifysiskt vårdval - Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet. SOU 2019:42.
https://www.regeringen.se/4ad5e9/contentassets/6e378658462844798630946d5bf12fc3/digifysiskt-varval-_tillganglig-primarvard-baserad-pa-behov-och-kontinuitet.pdf
- Svenskt Näringsliv (2020). ”Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42)” Remissvar.
https://www.svensktnaringsliv.se/bilder_och_dokument/a0cxwl_remissvar-sou-2019-42-svensktnaringslivpdf_1139338.html/Remissvar+SOU+2019+42+SvensktNringsliv.pdf. Åtkomst: 9 april 2021.
- Sydöstra (2017). Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen. Protokoll. 2017-06-02. SVN 2017-11.
https://plus.rjl.se/info_files/infosida43664/Justerat_protokoll_SVN_20170602.pdf. Åtkomst: 2021-03-13.

- Sydöstra (2016a). Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen. Protokoll. 2016-12-01. https://plus.rjl.se/info_files/infosida43664/protokoll_20161201_justerat.pdf. Åtkomst: 2021-03-14.
- Sydöstra (2016b). Priser och ersättningar för Sydöstra sjukvårdsregionen 2017.
- Sydöstra (2015). Priser och ersättningar för Sydöstra sjukvårdsregionen 2016. Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen. 3 dec. https://plus.rjl.se/info_files/infosida41089/prislista_2016_ver_5.pdf. Åtkomst: 2021-03-14.
- Taquet, Maxime, John R. Geddes, Masud Husain, Sierra Luciano och Paul J Harrison (2021). "6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records." *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00084-5)
- Örn, Peter (2020). "Behandling online allt mer individanpassad." 22-12-2020. Psykologtidningen. <https://psykologtidningen.se/2020/12/22/behandling-online-allt-mer-individanpassad/>. Åtkomst: 9 april 2021.