

## SOCIALA INNOVATIONER I VÄLFÄRDEN

Förutsättningar för ett E-hälsokonto

Vivian Vimarlund



# Sociala innovationer i välfärden

Förutsättningar för ett E-hälsokonto

Vivian Vimarlund

# UPPDRAG VÄLFÄRD

*Sociala innovationer i välfärden: Förutsättningar för ett E-hälsokonto*

Författare: Vivian Vimarlund

Kontakt:

**Entreprenörskapsforum**

Örebro universitet, 701 82 Örebro

Tfn: 019-33 37 00

E-post: [info@entreprenorskapsforum.se](mailto:info@entreprenorskapsforum.se)

**Fores**

Bellmansgatan 10, 118 20 Stockholm

Tfn: 08-452 26 60

E-post: [brev@fores.se](mailto:brev@fores.se)

**Stiftelsen Leading Health Care**

Box 45180

104 30 Stockholm

Tfn: 08-586 175 00

E-post: [info@leadinghealthcare.se](mailto:info@leadinghealthcare.se)

Form: Cecilia Kusoffsky

Sättning: Klas Håkansson, Entreprenörskapsforum

Tryck: Scandbook AB, Falun 2014

ISBN: 978-91-89301-63-4

Fritt tillgänglig med vissa rättigheter förbehållna

Uppdrag Välfärd syftar till största möjliga spridning av de publikationer som ges ut. Därför kan de laddas ned utan kostnad på vår webbplats [www.uppdragvalfard.se](http://www.uppdragvalfard.se). Vår hantering av upphovsrätt utgår från Creative Commons Erkännande-Ickekommersiell-Ingå bearbetningar 2.5 Sverige (läs mer på <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/se/>). Det innebär i korthet att det är tillåtet att dela, det vill säga att kopiera, distribuera och sända verket, på villkor att Uppdrag Välfärd och författare anges, ändamålet är icke-kommersiellt och verket inte förändras, bearbetas eller byggs vidare på.

# Förord

I takt med att svenskarna lever allt längre och befolkningen ökar, ställs också den svenska välfärden inför allt större utmaningar. Prognoser som pekar på ett framtida gap mellan kostnader och intäkter, liksom mellan utbud och efterfrågan på vård och omsorg, är förhållandevis lätta att göra. Hur dessa problem ska lösas är emellertid en betydligt svårare uppgift.

I utvecklingen av nya tjänster inom välfärden är en idé att inkludera den enskilde individen i produktionen och såväl uppmuntra som tilllåta sociala innovationer. E-hälsotjänster är en sådan typ av sociala innovationer, vilka har vuxit fram för att förbättra livskvalitet samtidigt som de kräver nya arbetsprocesser och referensramar.

Rapporten Sociala innovationer i välfärden belyser ännu inte uppmärksammade aspekter som kräver att organisationer inom vård och omsorg anpassar sitt utvecklingsarbete. En social innovation som E-hälsa lyfter en diskussion om vilka utmaningar hälso- och sjukvården står inför och hur olika intressenter uppfattar möjligheterna att delta och agera i utvecklingen. Finns det incitament att investera i utveckling av E-hälsotjänster? Är investeringarna långsiktiga och ekonomiskt hållbara? Vem ansvarar för att införa de nya processerna? Frågor som måste besvaras för att vi ska kunna klara utmaningarna vi står inför.

Rapporten är framtagen som en del i forskningsprogrammet Uppdrag Välfärd som initierats av undertecknade organisationer vilka representerar olika forskningsperspektiv. Det är när perspektiven möts som vi verkligen kan säga något meningsfullt om hur en kvalitativ välfärd kan organiseras. Med ett kompletterande marknadsperspektiv tar vi ytterligare ett steg i att belysa produktionen av välfärdstjänster. Det är vår bestämda förhoppning att Uppdrag Välfärd ska bidra till att förändra den svenska diskussionen om välfärden. För välfärden är värd en bättre debatt.

Vi vill tacka Vivian Vimarlund som har genomfört studien. Vi vill också tacka alla som har varit delaktiga i arbetet med färdigställandet av rapporten: våra forskningsledare Maria Adenfelt och Anna Krohwinkel,

Annemarie Brandt som hållit samman administrationen, Ellinor Bokedal Cardell samt den kunnige refereegranskaren. Tack också till referensgruppen som uppmuntrat arbetet inom ett viktigt framtida område i välfärden. Författaren svarar för de slutsatser, policyrekommendationer och den analys som presenteras.

Stockholm, maj 2014

Andreas Bergström, vice vd Fores

Pontus Braunerhjelm, vd Entreprenörskapsforum

Hans Winberg, generalsekreterare Stiftelsen Leading Health Care

# Innehåll

---

Sammanfattning	7
1. Inledning	11
1.1 Syfte	13
1.2 Metod och tillvägagångssätt	14
2. Från innovation till sociala innovationer	17
2.1 Entreprenörens roll för social innovation	19
3. Implementering av innovationer inom hälso- och sjukvården	
har medfört komplexa utmaningar	23
3.1 Innovationer som syftar till att underlätta och effektivisera informationsförsörjning på mikronivå	25
3.2 Innovationer som syftar till att effektivisera inter- och intraorganisatorisk kommunikation, processer och sättet att tillhandahålla tjänster	25
3.3 Innovationer som ger upphov till sociala innovationer och virtuella miljöer	27
4. Tjänster och E-hälsotjänster	29
5. Från idé till verklighet	33
5.1 Ett hälsokonto: tekniska egenskaper och generiska funktionaliteter	34
5.2 Det svenska hälsokontot "HälsaFörMig"	38
6. Utmaningar som kommer med införandet av sociala innovationer	41
6.1 Vårdkonsumenten	42
6.2 Vårdgivaren	45
6.3 Entreprenörer och företagare	47
7. Vad hindrar implementering av sociala innovationer som E-hälsotjänster? – Komplexa frågor utan enkla svar	51
7.1 Ska infrastruktur och kärntjänster betalas av offentliga eller privata aktörer?	52
7.2 Kan asymmetrisk information korrigeras?	54
7.3 Hur ska tjänsteutbudet definieras?	55
7.4 Vilka affärsmodeller ska gälla?	56
7.5 Regelreformerna är ännu inte färdiga	60
7.6 Mognadsgrad och big data	61
8. Slutsatser och reflektioner	63
9. Avslutande kommentarer och framtida studier	69
Referenser	75

---



# Sammanfattning

---

Svensk sjukvård står inför stora framtida utmaningar då invånarantalet ökar och befolkningen blir allt äldre vilket i sin tur ger ett ökat vårdbehov. Fram till år 2030 beräknas behovet av hälso- och sjukvård ha ökat med ungefär 50 procent, vilket kräver åtgärder från individnivå upp till nationell nivå. Invånarna kommer fortsatt att efterfråga offentligt finansierad samt jämlik, effektiv och tillgänglig vård av hög kvalitet.

Den snabba utbredningen av sociala innovationer såsom ett hälsokonto ställer organisationer inom hälso- och sjukvården inför nya förutsättningar för att bedriva sitt utvecklingsarbete. Att studera sociala innovationer och dessas potential är därmed en aktuell företeelse som kräver en diskussion om vilka utmaningar hälso- och sjukvården står inför idag, utveckling av området samt hur olika intressenter uppfattar möjligheterna att delta och agera på denna nya marknad. Att investera i sociala innovationer såsom ett personligt hälsokonto åt alla invånare öppnar upp för nya diskussioner kring frågor som rör både efterfrågan och utbud, exempelvis om ett hälsokonto och dess tillhörande E-hälsotjänster är en kollektiv vara, finansierad av hälso- och sjukvården, eller en privat tjänst som bör finansieras av den enskilda individen.

En plattform för uppkoppling av E-hälsotjänster kan stimulera till att omsätta idéer till kommersiell nytta, alltså driva fram innovationer som sprider sig i samhället genom följdinnovationer och imitationer. Det kan också bidra till en ökad öppenhet, bättre tillgänglighet samt ett mer innovativt samhälle.

Det krävs dock att företag/entreprenörer upplever att det finns incitament att investera i utveckling av E-hälsotjänster och att investeringarna är långsiktiga och ekonomiskt hållbara. En viktig fråga är dock hur införandeprocessen kommer att designas och vem som ansvarar för denna.



En annan viktig aspekt är vilka åtgärder som ska vidtas om några tjänster upplevs som ineffektiva eller olämpliga.

Även om inkastningen av sociala innovationer inte nödvändigtvis behöver mätas i kronor och ören, är det motiverat att identifiera effekter för organisationen och individen samt för leverantören av tjänsten: effekter som oftast associeras med mål och visioner samt med en generell användning av en sådan teknik, till exempel ökad välfärd, ökad patient-säkerhet, tjänstekvalitet eller god hälsa för medborgarna.

Det kan konstateras, i denna studie, att det finns flera aspekter som inte är belysta ännu och som påverkar utvecklingen av en bättre fungerande E-hälsotjänstemarknad och därmed en framgångsrik implementering av sociala innovationer:

- Det finns inga beslut om vilka tjänster ska kategoriseras som bastjänster, bitjänster, stödtjänster eller plustjänster.
- Det saknas tydliga affärs- och finansieringsmodeller.
- Det finns inga tydliga regler kring vilken säkerhets- och kvalitetsnivå tjänsterna ska ha.
- Det saknas information om processer, aktiviteter, metoder för att hantera frågan kring big data.
- Det saknas information om hur avvikelshantering med rapportering av säkerhetsproblem ska göras i de fall där det förekommer felaktig registrering av information med medföljande effekter för datakvalitet.
- Det finns inte tillräcklig information om regler och förutsättningar, exempelvis ekonomiska, sociala, administrativa eller branschspecifika regleringar, som ska gälla för att marknaden ska växa snabbt.
- Det saknas information om vad individer efterfrågar, deras preferenser, aktörers beteende samt om det finns någon betalningsvilja.
- Det finns ingen information om eventuella likheter eller skillnader avseende säkerhetsaspekter mellan hälsokontot och andra redan existerande IT-baserade plattformar, som exempelvis tjänsteplattformen.

Givet att E-hälsotjänstemarknaden kommer att öppnas upp, finns det en rad frågor att diskutera vid en generell implementering av ett hälsokonto som i sin tur kan ha policyimplikationer, exempelvis:

*Hur entreprenörer ska engagera sig i utveckling av E-hälsotjänster*

Eftersom E-hälsotjänster verkar vara en sorts erfarenhetsvara är krav på tjänstekvalitet en utmaning som behöver tydliggöras. God tillgång till information är därmed en förutsättning för att entreprenörer ska kunna engagera sig i den framtida utvecklingen av olika typer av innovationer. Vidare är det också relevant att riktlinjer och krav på kvalitet och säkerhet av de tjänster och produkter som ska utvecklas är definierade för att entreprenörer ska vilja engagera sig.

### *Vilka prissignaler, tjänsteerbjudande och regler som kommer att gälla*

Vilka tjänster som ska ingå i ett tjänstepaket och vilka som ska betalas av tredje part allt den enskilde individen kommer att avgöra både utformning av affärsmodeller och företagets beteende. Vidare kommer det vara viktigt att tjänsterna utvärderas utifrån de mål och effekter som varje tjänst förväntas tillföra hälso- och sjukvården och individen. I grunden handlar det om en jämförelse mellan olika alternativa, och många gånger likande lösningar. Det handlar också om att kunna identifiera de specifika mervärden som en tjänst kommer att ge och att definiera vilka tjänster som ska klassas som bastjänster, bitjänster, stödtjänster respektive plustjänster.

Paradoxalt nog beskrivs E-hälsoområdet som en ny växande marknad. Denna studie visar dock det finns många obesvarade frågor, vad gäller funktion och utveckling av denna marknad, som kräver djupare undersökning. E-hälsotjänsteproduktion är något som företag redan idag kan erbjuda på den privata marknaden i form av appar, dock ej integrerade. Det som är nytt är att invånare kan samla all sin hälsoinformation på en plats, i en tjänst, tillsammans med information från hälso- och sjukvården.

E-hälsotjänstemarknaden och sociala innovationer är frågor som väcker mycket uppmärksamhet. Ambitionen att stimulera marknaden genom en infrastruktur såsom ett hälsokonto är en bra början men så länge inte priskonkurrens, differentiering och kvalitetsfrågor diskuteras såväl som principer för certifiering, tjänsteutbud, med mera, är det svårt för leverantörer att förstå de möjligheter som kommer att uppstå. Vidare är det svårt att konkurrera om de lösningar som produceras inte svarar upp mot kundernas efterfrågan eller mot praktikers förväntningar på kvalitet och tillförlitlighet. En viktig förutsättning för att utveckla marknaden för E-hälsotjänster är därmed att företag har goda möjligheter att utveckla sitt erbjudande. Regleringar av olika slag, till exempel, patientdatalagen

och avgifter kan vara motiverande ur ett välfärdssynsätt för att ge alla rätt till god offentligt finansierad vård. Avsaknad av information om individers benägenhet att betala för att få tillgång till ett hälsokonto och dess tillhörande E-hälsotjänster gör det svårt för företag att utveckla ett tjänsteerbjudande. En annan viktig fråga är om det finns planer på att göra E-hälsotjänsterna tvingande för alla individer. Om så är fallet kan det finnas oönskade effekter som kan göra att investeringen inte blir lönsam, exempelvis att användaren inte använder sig av tjänsten. Samma effekt kan uppstå om det finns ett stort antal användare som inte uppfattar sig ha den tekniska mognad som behövs för att hantera de E-hälsotjänster som kommer att finnas tillgängliga via hälsokontot.

Sociala innovationer genom E-hälsotjänster är ett område som redan nu har en substantiell storlek och betydelse för vår ekonomi, och som dessutom är i tillväxt. E-hälsotjänster är en avgörande faktor för att hälso- och sjukvården ska kunna hantera framtidens utmaningar. En ogynnsam ekonomisk utveckling kan innebära ett hinder för fortsatta investeringar i såväl teknik som i att hitta nya arbetsformer och processer i offentligt ägda organisationer. Sociala innovationer har utpekats som ett viktigt verktyg för att uppnå en mer ekonomisk, social och miljömässig hållbar utveckling och för att lösa stora samhällsutmaningar. Det gör att allt fler länder vill dra nytta av potentialen i olika typer av sociala innovationer som inte alltid primärt är motiverade av ett vinstintresse.

De slutsatser som presenteras i denna rapport avseende policyimplikationer vid generell implementering av ett hälsokonto kan generaliseras även till andra typer av sociala innovationer där sociala behov inte bemöts på marknaden eller av offentlig sektor (till exempel gräsrotsinitiativ). Eller där gränserna mellan sektorer har suddats ut och tvärsektorielt samarbete mellan intressenter från offentlig, privat och social ekonomi krävs för att bidra till att förbättra vad som saknas - eller inte fungerar - i samhällsstrukturen och där det traditionella samhällssystemet inte klarar av att bemöta framtidens utmaningar på egen hand.

Rapporten är framtagen inom ramen för projektet Uppdrag Välfärd och författad av professor Vivian Vimarlund, professor i Informatik vid Internationella Handelshögskolan i Jönköping (JIBS) och vid Linköpings universitet. Vivian Vimarlund är också Associate Dean of Research på JIBS och vetenskaplig sekreterare för SFMI (Svensk förening för medicinsk informatik). Hon har även arbetat som gästforskare på SRA i USA och är aktiv medlem av AMIA (American Medical Informatics Association).

# Inledning

# 1

Svensk sjukvård står inför stora utmaningar vilket beror på en rad faktorer, såsom ett ökat invånarantal och en åldrande befolkning. Vårdbehovet förväntas öka och då främst inom området geriatrik.<sup>1</sup> Beräkningar visar att behovet av hälso- och sjukvård kommer att öka med ungefär 50 procent fram till 2030 (SKL 2005). Under de senaste fem åren har det i Sverige genomförts satsningar med fokus på att bygga framtidens hälso- och sjukvård med hjälp av innovativa IT-baserade applikationer, så kallade E-hälsotjänster,<sup>2</sup> för att tillgodose befolkningens behov av en jämlik, effektiv och tillgänglig vård av hög kvalitet.<sup>3</sup> Tidigare fokus på utveckling av teknikbaserade tjänster och produkter såsom patientjournaler ersätts nu med fokus på införande av E-hälsotjänster som kan ge patienten en starkare ställning (Socialstyrelsen 2011). Utgångspunkten i satsningarna har varit att innovationer, i form av specifika E-hälsotjänster eller tekniska IT-baserade plattformar som används för att samla och tillhandahålla olika typer av E-hälsotjänster, ska bidra till förändringsprocesser, både administrativa och arbets- eller serviceinriktade med ökad samverkan

1. Kroniska sjukdomar som kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och reumatiska sjukdomar kommer fortsättningsvis att kräva komplexa och samordnade vårdinsatser från olika vårdinstanser och vårdgivare, och livsstilsrelaterade sjukdomar som diabetes och fetma kommer fortsättningsvis att kräva stora resurser inom sjukvården.
2. Begreppet E-hälsotjänster har blivit mer eller mindre generaliserat i Sverige och används idag för att beskriva alla sorters tjänster och system som utvecklas med hjälp av IT-baserade tillämpningar och som möjliggör utveckling av elektroniska patientjournaler, distansmedicin (telemedicin), personliga kroppsburna och bärbara kommunikationssystem, hälso- och sjukvårdsportaler och många andra IT-baserade verktyg som bidrar till sjukdomsförebyggande, diagnos, behandling, hälsoövervakning och råd om levnadsvanor.
3. Strategin för Nationell eHälsa (tidigare benämnd Nationell IT-strategi för vård och omsorg) med syftet att bidra till "bättre vård och omsorg för individ och samhälle".

mellan organisationer. Detta förväntas i sin tur leda till ökat vårdtagarinflytande, individualiserad vård, ökad säkerhet för vårdtagare och ökad förmåga för vårdgivare att leverera god hälso- och sjukvård samt service.

Vård- och omsorgspersonal förväntas med hjälp av E-hälsotjänster få tillgång till aktuell och individbaserad information som säkerställer hög kvalitet och säkerhet, samtidigt som det underlättar deras dagliga arbete. Att stärka patientens ställning i vården med hjälp av E-hälsotjänster förutsätter dock goda möjligheter att kunna ta del av personlig vård- och omsorgsinformation, samt möjlighet att följa och påverka vårdprocesserna. Det ställer också krav på tillgång till säkra och tillförlitliga verktyg som möjliggör interaktivitet, lagring, delning, överföring och bearbetning av information i realtid mellan vårdgivare och vårdtagare samt mobil åtkomst till tjänsterna (Afrin et al 2008).

En bredare användning av E-hälsotjänster kan dock vara dubbelverkande. I takt med att fler E-hälsotjänster utvecklas och implementeras ökar också trycket på produktivetsförbättringar, samt kraven på kvalitet och tillgänglighet. En ökad användning av E-hälsotjänster leder till ökad tillgänglighet och nya kunskaper, men samtidigt väcks nya frågor om rätten till information och individens integritet (Lessig 2006, Zittrain 2008), strukturella förändringar och utveckling av nya marknader, regler vid interaktion med privata entreprenörer samt organisatoriska och samhällsliga effekter vid utveckling av individualiserade tjänster.

I Sverige har innovation inom hälso- och sjukvården ofta varit liktydigt med nya tekniska lösningar eller med möjligheter att använda informationssystem för att söka, förmedla och lagra information från olika källor i syfte att tillhandahålla vårdinformation. Innovationsarbetet inom hälso- och sjukvården handlar dock inte bara om att införa nya typer av produkter och tjänster eller sätt att exploatera nya marknader. Det handlar också om att tillfredsställa nya behov och att skapa nya sätt att inkludera enskilda individer samt att ge dem plats och en roll i produktionen av tjänster som ökar välfärden (OECD 2011). Dessa tjänster benämns ofta som **sociala innovationer**.<sup>4</sup> Sociala innovationer innebär att komplexa sociala utmaningar bemöts genom att nya och innovativa tjänster identifieras och tillhandahålls som förbättrar livskvaliteten, ger upphov till nya kompetenser, nya former för deltagande för både producenter och konsumenter

---

4. Begreppet social innovation brukar definieras som initiativ som strävar efter att möta samhällets utmaningar, och som innefattar innovativa idéer och metoder för hur samhällsproblem ska lösas på nya sätt (Centrum för socialinnovation, Stanford).

och samtidigt medför nya former att arbeta, som nya processer och nya referensramar (OECD LEED 2013).<sup>5</sup>

## 1.1 Syfte

Den snabba utbredningen av sociala innovationer såsom E-hälsotjänster, som kan ge vårdtagaren en starkare ställning och samtidigt öka välfärden, skapar nya förutsättningar för organisationer inom hälso- och sjukvården att bedriva sitt utvecklingsarbete. Att studera sociala innovationer och dessas potential är därmed ett högaktuellt ämne som kräver en diskussion om vilka utmaningar hälso- och sjukvården står inför idag, hur området kan utvecklas samt hur olika intressenter uppfattar möjligheterna att delta och agera på denna nya marknad (COM 2014).

I denna rapport presenteras en analys av förutsättningar och utmaningar som uppstår vid implementering av sociala innovationer. Rapportens syfte är att bidra till en diskussion om förutsättningar och utmaningar för implementering av sociala innovationer såsom E-hälsotjänster. Mer specifikt diskuteras hur en teknisk plattform, ett så kallat hälsokonto, kan användas för att bygga och/eller koppla olika typer av E-hälsotjänster. Trots den växande debatten om betydelsen av E-hälsotjänster för att stimulera innovativa organisatoriska lösningar, affärsmöjligheter och samhällsnytta genom bättre hälsa och vård, finns det dåligt med empiri och kunskapsläget är svagt vad gäller de förutsättningar och utmaningar som sociala innovationer kan medföra för hälso- och sjukvårdens organisationer, samhället och marknaden.

Det finns idag inga vetenskapliga publikationer som visar vad det empiriska utfallet blir vid implementering av tekniska infrastrukturer, såsom ett hälsokonto, i Sverige. De rapporter som finns avgränsar sig till att analysera möjligheter att implementera ett hälsokonto (Vimarlund, Keller och Lindholm 2011) och till att undersöka alternativa affärsm modeller som kan användas för att lansera IT-baserade plattformar såsom "Mina vårdkontakter" (Vimarlund 2013). De erfarenheter som finns på det nationella planet avgränsar sig till att summariskt beskriva hur den nationella

---

5. I OECD rapporten fastställs det att: "The distinction between economic and social innovation made inside the definition seeks to make clear that the final goal of economic innovation is different from the main goal of social innovation that is the improvement of the quality of life of individuals and communities, which, on the contrary, is not the articulated goal of economic innovation. Social innovation is often the consequence of a market failure. If markets intervene later, this does not mean that the innovation is no longer social".

tekniska plattformen, den så kallade tjänsteplattformen, underlättar informationsöverföring samt säkrar och effektiviserar integration mellan olika IT-system inom hälso- och sjukvården (se SKL:s hemsida om beskrivning av tjänsteplattformen, [www.skl.se/E-samhället](http://www.skl.se/E-samhället)) eller till att presentera erfarenheter från att introducera tjänsten "Min patientjournal" på nätet i form av icke vetenskapliga rapporter (Lyttkens, Eklund, och Pettersson, 2014).

Rapporten inleds med en redovisning av den metod som använts, samt en beskrivning av de teoretiska utgångspunkter som tillämpats vid diskussionen kring förutsättningar och utmaningar vid implementering av sociala innovationer såsom ett hälsokonto. I nästa steg diskuteras de satsningar på IT-baserade innovationer som har gjorts i Sverige och dess effekter för verksamheter och individer. Sedan beskrivs vad ett hälsokonto är för något. Vidare presenteras vårdtagares, vårdgivares och företagare/entreprenörers syn på de utmaningar och förutsättningar som ett hälsokonto står inför idag. Rapporten avslutas med en redogörelse för de hinder och förutsättningar som måste övervinnas för nå en fungerande marknad för sociala innovationer.

## 1.2 Metod och tillvägagångssätt

Tidigare studier som har genomförts i syfte att undersöka utmaningar som ett hälsokonto och dess tillhörande E-hälsotjänster medför för vårdgivare, vårdtagare och entreprenörer, baseras på internationella erfarenheter och är inte direkt överförbara till svenska förhållanden (Vimarlund och Koch 2010). I denna rapport används data från 21 intervjuer genomförda under 2012 med vårdproducenter, entreprenörer och personer i ledningsposition i landstingen. Syftet med intervjuerna har varit att få förståelse för de utmaningar och förutsättningar som bedöms som viktiga för att stimulera marknaden för E-hälsotjänster samt främja användandet av tekniska infrastrukturer som länk mellan olika E-hälsotjänster (Vimarlund och Koch 2011, Vimarlund och Koch 2012).

I studien används också två rapporter som producerats under 2011 respektive 2012 på uppdrag av Cehis och Socialstyrelsen (Vimarlund et al 2009; Vimarlund et al 2011). Dessa inbegriper omfattande litteraturgranskningar avseende E-hälsa, E-hälsokonto och E-tjänster, och genomfördes med syfte att studera implementering av E-hälsotjänster respektive möjligheter att implementera ett hälsokonto i ett landsting. Vidare används också en rapport skriven på uppdrag av SLL under 2012 där ett antal affärsmodeller för tillhandahållande av E-hälsotjänster via ett E-hälsokonto föreslogs

(Vimarlund, Keller, Lindholm och Ivarsson 2012). Ytterligare en rapport används som har producerats inom ramen för projektet Mina vårdflöden, där affärsmodeller inom E-hälsa har kartlagts och applicerats på några av de E-tjänster som utvecklats i projektet (Wass och Vimarlund 2013). Studierna som refereras i denna rapport har genomförts av forskargruppen i Informatik vid Internationella Handelshögskolan i Jönköping där två doktorander, Sofie Wass och Bertil Carlsson, under ledning av författaren till rapporten, bedriver sin forskning kring E-hälsotjänster, affärsmodeller och sociala innovationer inom vård och omsorgssektorn.

Vidare har det under september 2013 genomförts tre intervjuer med representanter från Apoteket Service AB, Socialstyrelsen och Vinnova med syfte att beskriva vilka visioner och mål som finns kring ett generellt tillhandahållande av ett hälsokonto. Intervjuerna har genomförts av Eva Maria Nerell, doktorand i Informatik från Linköpings universitet som också är anställd på Socialstyrelsen.

En svårighet vid analys av förutsättningar och utmaningar vid sociala innovationer såsom ett hälsokonto och de E-hälsotjänster som kan erbjudas i framtiden till den enskilda individen, är att det saknas kunskap om hur företag och individer kommer att organisera samarbetet kring sociala innovationer, vilka principer som ska tillämpas och vad som begreppet E-hälsotjänster utifrån ett socialinnovationsperspektiv innebär för aktörerna.





# Från innovation till sociala innovationer 2

---

Innovation kan definieras som "införandet eller genomförandet av en ny eller väsentligt förbättrad vara, tjänst eller process, nya marknadsföringsmetoder eller nya sätt att organisera en affärsverksamhet, arbetsorganisation eller externa relationer" (OECD 2005). Innovation kan exempelvis innebära implementering av nya eller förändrade produkter, tjänster, processer, system, nya sätt att definiera ett erbjudande, nya organisationsstrukturer eller affärsmodeller som skapar nytt värde för kunderna och ekonomisk avkastning för inbegripna företag (Vincent och Norman 2010, Porter 1990).

Innovation i olika former har blivit en kritisk fråga för alla hälso- och sjukvårdsorganisationer. Ny digital information, nanoteknik, E-hälsotjänster och genteknik skapar förutsättningar för innovation och förbättring av befintliga processer (Immelt, Govindarajan och Trimble 2009). Innovation inom hälso- och sjukvården har varit den drivande kraften i strävan att balansera kostnader, kvalitet, produktivitet och ett sätt att uppnå en långsiktig konkurrenskraftig överlevnad (Zaltman, Duncan och Holbek 1973). I synnerhet har IT-baserade innovationer såsom E-hälsotjänster under de senaste åren beskrivits som en möjliggörande faktor för att införa nya typer av varor och tjänster, generera inkrementella intäkter och förbättra interna produktionsprocesser, men också för att möjliggöra en effektivare resursanvändning (Vimarlund och Koch 2012).

De flesta innovationer inom vården har varit relaterade till produkt, process eller struktur och påverkar oftast den inre och yttre infrastrukturen, samt kräver utveckling av innovativa tankar vad gäller affärs- och

ersättningsmodeller. Sjukvårdsinnovation kan följaktligen beskrivas som införandet av ett nytt begrepp, en ny idé, service, process eller produkt som syftar till att förbättra behandling, diagnos, utbildning, uppsökande eller forskning med de långsiktiga målen att förbättra kvalitet, säkerhet, resultat, effektivitet eller kostnader. Strävan efter att ha ett gemensamt och hållbart system som sätter patienten i centrum och som möjliggör att vårdgivaren har tillförlitlig och fullständig information vid beslutsfattande har diskuterats av såväl forskarsamfundet som industrin (Vinnova 2012).

Under de senaste åren har implementering av innovationer inom hälso- och sjukvården fokuserat på E-hälsotjänster som ökar människors välbefinnande och som möter sociala behov. Innovationsarbetet inom hälso- och sjukvården har därmed inte bara handlat om att söka nya svar på sociala frågor och införa nya typer av produkter och E-hälsotjänster eller om att hitta sätt att exploatera nya marknader. Det har också handlat om att tillfredsställa nya behov som inte kan levereras av dagens marknadsaktörer, skapa nya sätt av att inkludera individer samt ge dem en plats och en roll i produktionen av vårdtjänster (OECD, 2011). Parallellt med detta har det funnits en ambition att bidra till moderniseringen av vård- och omsorgssektorn och samtidigt öppna marknaden för innovativa aktörer som levererar nya välfärdstjänster i samarbete med den offentliga sektorn.

För att idéer ska bli sociala innovationer behövs flera olika aktörer: visionärer som kommer med idéer, användare och kunder som efterfrågar och allt oftare är med och skapar nya produkter, tjänster och processer, entreprenörer som driver och organiserar förverkligandet av idéer samt finansärer som tror på det potentiella värdet av idéer och skjuter till kapital samt ofta även affärskompetens. Det krävs också kompetens och kunskap om hälso- och sjukvårdens utmaningar samt kännedom om potentiella förändringar i omvärlden vad gäller trender, preferenser, behov, teknisk mognad hos användarna, benägenhet att betala för alternativa lösningar, med mera. Detta kräver vidare samarbete med och mellan privata och offentliga leverantörer för systematisk utveckling av produkter och tjänster som kan bidra till att stimulera innovationsprocessen. Framförallt krävs tydliga incitament, mekanismer, efterfrågan (inklusive standardisering av innovationsupphandling och lagstiftning), regelsystem, organisationsformer, kommunikationsrutiner mellan aktörerna samt allokering av resurser för utveckling av teknik, metoder, organisation och processer som innovationsarbetet medför (Utterback 1996).

En viktig skillnad mellan social innovation och innovation i allmänhet, är att det huvudsakliga målet med social innovation är att förbättra livskvaliteten hos individer och samhällen. Sociala innovationer är inriktade på att producera social förändring (inkrementell eller radikal) och att involvera medborgare (vårdtagare) i utformningen av de tjänster som utvecklas. Värdet av en social innovation är inte enbart något som kan kommersialiseras eller ge ekonomiskt värde till producenten. Förändringen kan medföra ett samhällsligt värde eller ge kundrelaterad eller organisatorisk nytta.

Social innovation är därmed ett resultat av gemensamma visioner och ansträngningar både från organisationer, företag och entreprenörer och inte minst individer/användare som bidrar till att innovationerna utvecklas och används (IVA 2010). En intressant iakttagelse är att sättet att kategorisera olika typer av sociala innovationer påminner om den kategorisering som görs av innovationer inom den privata sektorn (Vinnova 2013). Det kan till exempel handla om:

- a) Produkt- och serviceinnovationer som förändrar en offentlig tjänsts form och innehåll.
- b) Processinnovationer som förändrar det sätt på vilket en given tjänst produceras och utförs.
- c) Organisatoriska innovationer som förändrar organisatoriska ramar för produktion och tillhandahållande av offentlig service.
- d) Systeminnovationer som förändrar den offentliga sektorns roll och relationer till omgivningen.

## 2.1 Entreprenörens roll för social innovation

Schumpeter (1934/2008) beskriver entreprenören som den avgörande faktorn för tillväxt och utveckling, då den huvudsakliga uppgiften för denne är att identifiera och introducera nya alternativa lösningar samt att kombinera tillgängliga produktionsfaktorer och befintliga resurser på ett effektivt sätt för att utnyttja marknadsmöjligheter och konkurrera ut gamla företag (den så kallade kreativa förstörelsen). Detta ses som en grundförutsättning för tillväxt.

Entreprenören förutsätts ha förmåga att upptäcka och ta tillvara på vinstmöjligheter i ekonomin och blir en motor bakom tillväxten genom att omvandla ny kunskap till affärsmöjligheter (Holcombe 1998). Detta

leder i sin tur till ökad produktivitet och tillväxt, givet att det också finns en institutionell miljö som uppmuntrar marknader och belönar produktiva aktiviteter, samt att det finns både fysiskt kapital och humankapital att tillgå i produktionsprocessen. Inbyggt i själva idén om social innovation och i rollen som entreprenör finns en stark vilja att bidra till en bättre värld. Entreprenörer som utvecklar sociala innovationer (socialentreprenörer) förutsätts ha både starka personliga och affärsmässiga drivkrafter att göra gott (*doing good*), men också att vara goda (*being good*), även om deras finansieringsmodeller skiljer sig åt. De kan få sina intäkter från offentlig sektor, privat sektor eller använda sig av en privat och offentlig finansieringsmodell.

En social entreprenör kan därmed vara antingen en person som driver en ny form av företag som befinner sig mellan traditionella gränsdragningar för näringsliv och civilsamhälle, eller en samhällsförändrande "eldsjäl" som verkar inom en ideell organisation. Vissa författare menar vidare att denna samhällsförändrande eldsjäl kan återfinnas även inom offentlig sektor, eller inom storföretag (Asplund, Bjerke och Hjorth 2003, Larsson 2007).

I branscher med hög innovationsbenägenhet<sup>6</sup> som hälso- och sjukvården har det varit vanligt att små företag med intressanta innovationer säljs till större, etablerade företag (Gallouj och Djela 2010). I denna process spelar riskkapitalister ofta en central roll då de har god kännedom om marknaden. Inte bara som finansärer, utan också genom att aktivt bidra med nätverk som bland annat innefattar framtida kunder. Hälso- och sjukvården uppvisar dock särdrag som skiljer den från de förutsättningar som en "ideal" marknad besitter - välinformerade köpare och betalning för den konsumerade kvantiteten till ett bestämt marknadspris. Detta då hälso- och sjukvårdssystemet är uppbyggt som "ett solidariskt system". (SOU 2002:31). Vad som är ett större problem på hälso- och sjukvårdsmarknaden, och något som påverkar socialentreprenörernas roll vid utveckling av E-hälsotjänster, är förekomsten av asymmetrisk information, det vill säga att en aktör har bättre information eller kunskap (Arrow 1963) än en annan och därför kan påverka de beslut som fattas.

---

6. Fler sjukdomar behandlas och åtgärdas på ett framgångsrikt sätt med hjälp av medicinsk-tekniska lösningar, operationer ersätts i allt högre utsträckning med kateterburna interventioner, utvecklingen av de biologiska läkemedlen möjliggör nya möjligheter för individer med exempelvis kroniska sjukdomar, mm.

Ett dilemma inom hälso- och sjukvården blir därför hur informationsgapet kan minskas mellan den sociala entreprenören och producenten så att tjänster av hög kvalitet erbjuds (Akerlöf 1970).<sup>7</sup> Vore frågan enbart en fråga om bristande eller asymmetrisk information vid utveckling, implementering och tillhandahållande av sociala innovationer, skulle detta relativt lätt gå att korrigera genom exempelvis auktorisation eller licenser för de E-tjänster som kopplas eller förmedlas via exempelvis ett hälsokonto. Även om problemet med asymmetrisk information reduceras i detta sammanhang, vad gäller tjänsternas kvalitet. Detta behöver dock inte nödvändigtvis innebära att kostnaderna för vårdgivarna minskar eller begränsas, eller att informationsgapet mellan sociala entreprenörer och beställare eller huvudman minskar. Det kan i vissa fall bli tvärtom då välinformerade beställare kan komma att ställa högre krav på entreprenörer.

---

7. På en marknad med fri konkurrens antas produkter av sämre kvalitet att säljas vid förekomst av informationsgap.



# Implementering av innovationer inom hälso- och sjukvården har medfört komplexa utmaningar

# 3

Hur ett land hanterar innovationer är viktigt för den ekonomiska och sociala utvecklingen. För sjukvårdens del är ett bra innovationsklimat en förutsättning för fortsatt hög kvalitet och i än högre grad för ökad kostnadseffektivitet. En viktig aspekt i det innovationsarbete som har bedrivits inom hälso- och sjukvården är förmågan att ta upp ny teknik samt möjligheterna att utveckla nya interaktioner bland olika intressenter. Då sjukvården är skattebaserad har innovationer uppmuntrats av statliga myndigheter, ofta utan hänsyn till hur ersättningssystem har utformats för att skapa ett innovationsvänligt klimat i organisationerna<sup>8</sup>.

Utmaningarna vid implementering av innovationer inom hälso- och sjukvården är komplexa. Det handlar dels om hur produktionsorganisationens struktur är utformad eller omformas vid implementering av innovationer. Men det handlar också om hur individer (medborgare, patienter och praktiker samt entreprenörer) förändrar sitt beteende samt hur innovationen i olika dimensioner kan påverka benägenheten att använda de innovativa lösningar som utvecklats. Forskning kring

---

8. Den svenska modellen är i hög grad en decentraliserad modell där landstingen har ansvaret. Ersättningssystemen i de olika vårdorganisationerna är därmed en fråga som uteslutande beslutas inom ramen för landstingen.



innovationer har varit nära anknuten till praktisk verksamhet inom hälso- och sjukvården och ofta fokuserat på tekniska förändringar, förändringar i kunders behov eller behov av ökad konkurrens som kan påverka hela hälso- och sjukvårdssystemet (eHealth Initiative 2011). Den centrala utmaningen för det innovationsstrategiarbete som har bedrivits har varit att försöka förstå vilka behov patienter/brukare vet att de har i framtiden samt att förstå vilka behov vårdssystemet kommer att möta i framtiden (Socialdepartementet 2013).

Innovationer inom hälso- och sjukvården har främst varit styrda av interna behov och implementerats eller utvecklats i syfte att hitta lösningar på produktionsorganisationens egna problem. Det är först under senare år som innovationer har diskuterats som en möjliggörande faktor i relation till stora samhällsutmaningar.

Detta har, i sin tur, haft som konsekvens att investeringar i innovationer såsom E-hälsotjänster huvudsakligen har gjorts i form av lösningar som kan användas som komplement eller substitut till befintliga rutiner och processer (Vimarlund och Koch 2012). Innovationsarbetet har skett i olika steg och handlat om att finna nya och mer effektiva sätt att organisera sitt arbete eller att etablera nya och innovativa kommunikationskanaler. I ökande grad har sökandet efter idéer och lösningar skett utanför den egna organisationens gränser och utvecklat innovationer i samarbete med entreprenörer och industriella nätverk (det vill säga i mer eller mindre formella strukturer, tre eller fler företag emellan) eller virtuella miljöer såsom i fallet med det så kallade hälsokontot.

Den innovationsdrivkraft som har funnits inom hälso- och sjukvården kan grupperas i tre huvudkategorier (Vimarlund et al 2011):

- a) Innovationer som syftar till att underlätta och effektivisera informationsförsörjning på mikronivå.
- b) Innovationer som syftar till att effektivisera inter- och intraorganisatorisk kommunikation, processer och sättet att tillhandahålla tjänster.
- c) Innovationer som ger upphov till sociala innovationer och virtuella miljöer samt förändrar de organisatoriska ramarna för produktion och tillhandahållandet av e-tjänster.

### **3.1 Innovationer som syftar till att underlätta och effektivisera informationsförsörjning på mikronivå**

Innovationer som syftar till att underlätta och effektivisera den interna kommunikationen inom en enhet (vårdcentral, klinik) samt skapa en god informationsförsörjning på mikronivå, oavsett deras tekniska komplexitet, har i regel gjorts som komplement till befintliga arbetsrutiner för att försörja mikronivån med klinisk information. De har syftar till att minska den manuella hanteringen av information och öka den digitala användningen av denna samt skapa bättre beslutsunderlag, säkrare informationshantering samt alternativa lösningar för tjänsteproduktion för att reducera resursförbrukning och effektivisera informationsprocesser.

Investeringar i denna typ av innovationer har därmed varit inriktade på att effektivisera resursanvändningen i den lokala verksamheten. Investeringarna har i regel handlat om att införa någon form av elektronisk journal eller enkla webbaserade lösningar. Satsningarna har haft samma roll som exempelvis telefoner och fax hade tidigare. Även om de ger möjlighet att tillgå information även på distans, möjliggör de inte interaktion mellan vårdgivare och vårdtagare eller bekräftelse i realtid.

De organisatoriska och vårdtagarrelaterade nyttor som genererats har inte varit direkt relaterade till ekonomiska nettobesparingar för verksamheter eller finansärer utan är relaterade till förbättrad tillgänglighet, samt förbättrade och säkrare underlag för beslutsfattande. En utmaning för denna typ av innovationer har varit att det inte har funnits generiska lösningar som minskar investeringskostnaderna vid behov av komplementära system eller vid samarbete med andra aktörer.

### **3.2 Innovationer som syftar till att effektivisera inter- och intraorganisatorisk kommunikation, processer och sättet att tillhandahålla tjänster**

Investeringar i denna typ av innovationer har syftar till att verka för effektivisering av utförande (vårdgivares organisation) samt att skapa både vertikal och horisontell integration av hälsoinformation för att möjliggöra utveckling av en sammanhållen verksamhet. Den tekniska nivån för dessa innovationer har varit mer avancerad och oftast handlat om en typ av standardtjänster, det vill säga tjänster som är utvecklade att passa för och användas av flera organisationer. De har oftast också krävt gemensam

terminologi, klassifikationer, bildhanteringssystem samt databaser med information och kostnader för olika åtgärder. Innovationer av denna typ har oftast införts som substitut till redan existerande lösningar, exempelvis integrerade datajournaler, samordnad vårdplanering, e-recept och läkemedelshantering i samverkan med apotek och/eller nationella kvalitetsregister. De anses vidare kunna bidra till att generera innovativa kommunikationsmodeller för vård och omsorg, samt omfördelningar av interna resurser för att uppnå förbättringar avseende patientsäkerhet, servicekvalitet samt effektivisering av serviceproduktion.

Investeringar i sådana innovationer förväntas därmed ge goda möjligheter till samordning, kostnadseffektivitet och kvalitetsförbättringar, men samtidigt utmaningar i ett längre perspektiv i form av till exempel kompatibilitet mellan nya tekniska applikationer och de lösningar som vuxit upp lokalt.

En intressant iakttagelse är att samverkansvinster inte alltid verkar återfinnas hos den/de som finansierat innovationerna av denna sort. Eventuella tidsbesparingar på organisatorisk nivå, utgör en liten och ibland obetydlig vinst som inte står i relation till den totala investering som landstinget gör, åtminstone inte på kort sikt.<sup>9</sup> Paradoxalt nog har vård- och omsorgstagare begränsade möjligheter att aktivt interagera i vårdprocessen med vård- och omsorgsgivare idag, inte minst på grund av de regleringsmekanismer som finns på denna marknad. Omsorgstagare har än idag en passiv roll, även om nya E-tjänster och tekniska förbättringar införs<sup>10</sup> med syftet att sätta vård- och omsorgstagaren i centrum samt ge möjlighet till utveckling av individualiserade lösningar och därmed nya tjänster. I vissa fall avgränsas vård- och omsorgstagarens möjlighet till att interagera med sjukvården till att rapportera vissa värden eller lämna information till vårdgivaren via en databas, utan möjlighet till bekräftelse eller interaktion.<sup>11</sup>

- 
9. Det finns dock vinster för vårdtagaren som leder till att de samhälleliga effekterna blir synliga och av betydelse för den enskilde individen.
  10. I den nationella vård- och omsorgsplattformen (Mina vårdkontakter).
  11. Kvalitetsregister, till exempel, används idag passivt, det vill säga vårdtagare kan göra mätningar och rapportera olika värden men har inte möjlighet till direkt interaktion med läkare eller annan personal.

### 3.3 Innovationer som ger upphov till sociala innovationer och virtuella miljöer

Sociala innovationer syftar till att bemöta komplexa utmaningar och utveckla tjänster och produkter som bidrar till att modernisera vården. En bred användning av sociala innovationer såsom virtuella nätverk och hälsokonton förutsätter dock att det finns en teknisk infrastruktur som stödjer vertikalt integrerad hälsoinformation, att den är generisk samt att infrastrukturen är utformad som en kollektiv vara. Alltså att individer inte exkluderas från att utnyttja den och att inte heller andra individers/entreprenörers användning begränsas.<sup>12</sup> De utmaningar som denna typ av innovationer konfronteras med handlar om att skapa kunniga, aktiva och engagerade medborgare/patienter/brukare/kunder. Vård- och omsorgstagare förväntas ta egna initiativ och leta information om alternativa behandlingar och mediciner samt söka information om andra individers erfarenheter för att kunna efterfråga behandlingar, specialister eller för att aktivt kunna delta i beslutsprocesser.

Innovationer av denna typ förväntas därmed medföra både en förändring av relationen mellan vårdgivare och vårdtagare, ge upphov till innovativa sätt att tillhandahålla tjänster samt att stimulera utveckling av nya tjänster och nya affärsmodeller. Framgångsrika investeringar blir därmed en kombination av en specifik tillämpning och ett generellt förändringsarbete ämnat att skapa nytta gällande tillgång, effektivitet och kvalitet med vårdtagaren i centrum. Entreprenören ges en mer aktiv roll och innovationer används för att utveckla, förmedla och dela kunskap samt för att förändra den yttre och inre infrastrukturen. Innovationer av denna typ har karaktären av disruptiva innovationer och förväntas förändra sättet att tillhandahålla E-tjänster både i form och i innehåll.

---

12. Det ska helst inte heller finnas några "free-riders", vilket dock inte är aktuellt i en offentlig finansierad vård.



# Tjänster och E-hälsotjänster

---

## 4

Samhällsutvecklingen har medfört ett växande intresse för tjänstesektorn, och därmed lockat fler akademiska discipliner till forskning om tjänster, vilket i sin tur har medfört nya förhållningssätt, metoder och begrepp. Exempelvis visade psykologidisciplinen ett tidigt intresse för kundens perspektiv rörande förväntningar och upplevelser som ligger till grund för tjänstekvalitet. Ett annat vetenskapsfält som har intresserat sig för tjänster är design- och praktiktäna ingenjörsvetenskaper (Bullinge, Fähnrich och Meiren 2003).

Begreppet tjänster är dock inte entydigt. Vanligen definieras tjänster utifrån vad fysiska produkter är och anses vara. E-delegationen definierar tjänster som en paketerad service eller lösning som erbjuds för att tillgoda ett behov och som kan tillhandahållas via ett elektroniskt gränssnitt och som helt eller delvis utförs elektroniskt. Oavsett vilken definition som används anses en tjänst, till skillnad mot fysiska produkter, ha ett antal unika karakteristiska drag (Zeithaml, Parasuraman och Berry 1985):

- Intangibility – opåtaglighet eller immaterialitet. Det går inte att se eller ta på tjänster vilket bland annat har konsekvenser för bedömningen innan de köps.
- Heterogeneity – heterogenitet. Unika kunder deltar i processen och skapar således unika tjänster.
- Inseparability of production and consumption – samtidig produktion och konsumtion. Tjänster produceras, levereras och konsumeras

oftast samtidigt. En hårklippning är ett tydligt exempel på en samtidig konsumtions- och produktionsprocess.

- Perishability – flyktighet. Tjänster kan inte lagras eller sparas.

Palohemio, Miettinen och Brax (2004) diskuterar tre olika betydelser av tjänstebegreppet: industriella tjänster som erbjuds till kunders industriella produktionsprocesser, BTB- (Business-to-business) tjänster där begreppet används för att betona tjänster till andra företag, och tjänster som tillhandahålls av tjänstesektorn (servicesektorn). Den innebörd som används oftast vid definition av tjänster är den första, som fokuserar på tjänster som riktas mot industriers produktionsprocesser. Det förekommer dock även andra tjänstedefinitioner såsom industrinära tjänster, som utgör en överlappning av begreppet industriella tjänster och företagstjänster, och även företagsnära tjänster och som avser tjänster som skapats av den klassiskt tillverkande industrin och som efterfrågas och riktas mot densamma.

Industrinära tjänster är ett begrepp som med fördel används av parter som framhåller att den tillverkande industrin är basnäringen och den som driver utvecklingen av tjänster. Dessa tjänster står därför nära industrin och samspillet dem emellan är starkt, vilket Industrins Ekonomiska Råd framhåller i en rapport (2008). Företagsinriktade tjänster däremot är ett begrepp som överlappar med industriella tjänster, industrinära tjänster och företagsnära tjänster och som utgår från en kategorisering som tar hänsyn till vilket köparsegment tjänster i första hand riktas mot. Detta kan delas i tre olika kategorier:

- Företagsinriktade tjänster (som i första hand riktar sig till företag).
- Blandade tjänster (riktar sig både till företag och hushåll).
- Individnära tjänster som i första hand riktar sig till hushållen.

***Tjänster delas vidare in i olika kategorier beroende på om de tillfredsställer primära eller sekundära behov och kan definieras som kärntjänster, bitjänster eller stödtjänster.***

Kärntjänsten utgör kärnan i erbjudandet. Bitjänster krävs ofta för att kunden ska kunna realisera kärntjänsten. Bitjänster utgörs av den service och det tillhandahållande av varor som krävs för att kärntjänsten ska kunna fungera. Stödtjänster består av service, tjänster och varor som inte är nödvändiga för att kärntjänsten ska kunna fungera, men som tillför värde

och formar ett mer attraktivt erbjudande. Bi- och stödtjänster grupperas ibland som tilläggstjänster. Ofta är det tilläggstjänster som differentierar olika tjänster och tjänsteföretag. Ur ett produktperspektiv kan det sägas att tilläggstjänster står för "the augmented product", den förstärkta/utökade produkten som ger användaren mervärde (Grönroos 1990).

En svårighet vid diskussion av E-hälsotjänster som sociala innovationer, särskilt inom hälso- och sjukvården, är att det saknas kunskap om hur företag/näringslivet praktiskt tillämpar begreppet tjänster respektive E-tjänster utifrån ett innovationsperspektiv. Vidare verkar definitionen av tjänster och e-tjänster bero helt på vem som tillhandahåller dem. Verket för förvaltningsutveckling definierar *offentliga E-tjänster* som en service som medborgare och företag kan använda för att uträtta olika ärenden som de har hos en offentlig myndighet. Denna service/tjänst tillhandahålls på elektronisk väg till exempel med en dator, mobiltelefon eller via avancerad telefonservice. För att E-tjänsten ska anses vara offentlig krävs det att det är en offentlig myndighet, eller i detta fall hälso- och sjukvården som tillhandahåller tjänsten åt medborgare och företag (Statskontoret, 2012:13).





# Från idé till verklighet 5

---

En central utmaning för innovationsstrategiarbetet inom hälso- och sjukvården i Sverige är att både försöka förstå vilka framtida behov patienter/brukare har och vilka framtida behov de ännu inte vet att de har. Ytterligare en utmaning är att förstå huruvida innovationskrafterna ska läggas på teknik, processer i produktionsorganisationen eller nya kreativa affärsidéer. Enligt den nationella hälsostrategin ska framtida innovationer inom området fokusera på individen och på att finna nya och mer effektiva sätt att organisera vård- och omsorgsarbete, men också på nya sätt att etablera innovativa logistiska processer, nya kommunikationskanaler samt nya affärsmodeller.

Regeringen har 2012 tagit initiativ till att utveckla ett personligt hälsokonto med syfte till att öka förutsättningarna för innovation och entreprenörskap (Regeringskansliet, 2012):

*"Regeringen har tagit initiativ till att utveckla ett personligt hälsokonto på Internet. Det innebär att den enskilde har samlad tillgång till information och andra tjänster som rör deras hälsa. Ett hälsokonto förväntas innehålla listor över förskrivna läkemedel, medicinsk information av olika slag eller information om genomförda vaccinationer. Det personliga hälsokontot kan även innehålla en hälsodagbok där den enskilde kan föra in information om friskvård, egenvård, kostvanor etc."*

Hälsokontot förväntas vara ett effektivt stöd för den enskilde och för organisationen i sin strävan av att öka inflytandet för patienter och medborgare och genom att innovativa tjänster utvecklas i samarbete med externa aktörer där kreativa idéer främjas. Hälsokontot anses vara en

social innovation som ska ge spelrum för nya idéer, samt ökad flexibilitet vad gäller utformning av varor och tjänster som tillhandahålls av privata aktörer inom ramen för ett valfrihetssystem. En viktig fördel anses vara att drivkrafterna för effektivisering och kundanpassning stärks samt att konkurrensutsättning ger nya möjligheter för entreprenörer och innovatörer.

Det är intressant att notera att ingen konkret definition av ett hälsokonto har presenterats utan enbart de egenskaper som ett sådant konto borde ha. I nästa avsnitt presenteras därför en beskrivning av ett hälsokonto samt vilka grundläggande egenskaper ett sådant konto förväntas ha.

## 5.1 Ett hälsokonto: tekniska egenskaper och generiska funktionaliteter

Internationellt används begreppet hälsokonto för att beskriva ett IT-baserat system, oftast i form av en portal, som kan vara kopplat till ett journalsystem eller levereras av en vårdgivare där journalinformation från flera källor samlas. En annan intressant aspekt är att i internationella sammanhang används begreppen Hälsokonto, mHealth och Personal Health Records (patientcentrerad personlig hälsojournal) som synonymer. Vid presentation och beskrivning av sådana system poängteras vikten av att kunna använda sig av mobila och trådlösa IT-baserade lösningar samt multimedia och multimedietekniska applikationer. Den kontinuerliga tekniska utveckling som sker inom området förväntas ge nya möjligheter till att utveckla innovativa E-hälsolösningar. Sådana lösningar kan vara röststyrda funktioner för att diagnostisera sjukdomar, språkteknologiska lösningar som kan användas för att genomföra specifika tester och mätningar samt teknik som stödjer de interna processerna och arbetsflödena och som samtidigt ger patienterna möjlighet att få inter- och intraorganisatorisk information om kliniska, epidemiologiska och folkhälsovetenskapliga frågor.

Till denna definition kan det tilläggas att ett hälsokonto är en produkt som tillhandahålls i elektroniskt format, innehåller individhälsorelaterade uppgifter som förväntas hanteras och kontrolleras av patienten själv och som antas bidra till att utveckla direkta kommunikationskanaler mellan vårdgivare och vårdtagare. Som en konsekvens av detta nya sätt att interagera med vården förväntas patienten (individ) bli aktivt engagerad i beslutsfattandet vad gäller vilka hälsomål som ska uppnås, hälsöförebyggande aktiviteter att genomföra, preventiva åtgärder för att uppnå bättre livskvalitet eller i andra beslut relaterade exempelvis till kontroll och uppföljning av kroniska sjukdomar, läkemedelskonsumtion etcetera.

Oavsett vilken teknisk plattform som används för att bygga och/eller koppla till ett hälsokonto är syftet med ett hälsokonto

*"att integrera sjukvårdssystem och erbjuda ett brett spektrum av olika vårdinsatser genom att koordinera hela vårdkedjan åt patienterna, inklusive exempelvis mödra- och barnhälsovård, förebyggande vård, vaccinationer, akutsjukvård, sjukhusvård och apoteksservice" (HälsaFörMig, 2013).*

De flesta konton som idag finns tillgängliga på den internationella marknaden<sup>13</sup> är uppbyggda antingen som en portal eller som en plattform som inte är direkt kopplad till något journalsystem. Lösningarna kan klassificeras i tre typer:

- **Hårt knutna hälsokonton** som tillhandahålls av journalsystemleverantörer och möjliggör för patienten att direkt i journaler kunna boka tid samt betala olika vårdinsatser.
- **E-hälsoportaler** som tillhandahålls av en vårdgivare men levereras av en kontosystemleverantör. Kontot möjliggör för individen att samla in information från olika vårdkällor, exempelvis från olika vårdgivare eller från tredje part, såsom organisationer som producerar hälsoförebyggande aktiviteter, givet att det finns ett avtal mellan parterna om att få dela information. Administrativa funktioner såsom bokning av tid och förnyelse av recept erbjuds men det finns ännu inget gränssnitt in mot journalsystemet, vilket innebär att informationen måste uppdateras kontinuerligt.
- **Öppna plattformar** som tillhandahåller olika typer av tjänster som patienten kan administrera själv. Patienten registrerar informationen direkt i sitt konto och äger sin personliga data. Patienten kan bestämma om han/hon vill dela med sig av sin egen data till olika aktörer oavsett om de finns inom hälso- och sjukvårdsorganisationens gränser eller utanför, vilket exempelvis kan vara en familjemedlem eller en personlig tränare. Det svenska E-hälsokontot, HälsaFörMig är enligt den beskrivning som finns tillgänglig, mest likt den senaste varianten med öppna plattformar.

För samtliga konton är informationen krypterad, användaren får användarnamn och lösenord, han/hon har tillgång till sin hälsoinformation och

---

13. My Health Manager, My Health eVet, MyChart, Lucy, Health Vault, etcetera.

kan bestämma om han/hon vill dela med sig av informationen till andra aktörer. Användarnamnet och lösenordet tillhandahålls av leverantören vid registrering som användare. I samtliga fall kommer användaren åt sitt konto genom att logga in i på en webbsida. Några konton erbjuder kryptering på dokumentnivå och på disknivå i databasen.<sup>14</sup>

Vissa konton integreras med patientjournaler och hälsometriska system såsom personvågar, EKG-apparater och stegräknare och kan på så vis samla in hälsodata automatiskt. Det är även möjligt att länka information om receptbelagda mediciner till sitt konto och även följa upp hälsomål.

Det är svårt att identifiera några specifika skillnader vad gäller tekniska och säkerhetsmässiga aspekter hos de olika konton som idag finns på marknaden, då informationen inte finns tillgänglig. I princip är alla produkterna mycket lika. De erbjuder samma funktionalitet, samma typ av tjänster och tillåter användare att lagra, organisera och dela hälso- och sjukvårdsinformation i elektronisk form. Alla befintliga lösningar möjliggör samarbete med tredje part såsom apotek och producenter av hälso- och livsstilsrelaterade tjänster.

Alla konton använder sig av aktuella standarder inom området som exempelvis CCR (Continuity of Care Record).<sup>15</sup> Dokumentationen skapas normalt i XML-format och alla konton använder sig av webbläsare, ordbehandlare och CCR-läsare. Användning av CCR och XML innebär att det är lätt att exportera information till PDF-format, vilket underlättar för användaren att ladda upp, skriva och läsa dokumentationen. Användning av CCR stödjer vidare delning av informationen och säkerställer samtidigt informationssäkerhet och integritet. Redan nu arbetar mjukvaruindustrin med att utveckla mjukvara som framställer CCR-filer i bärbara enheter. Apple iPhone och andra "smarta" telefoner kommer snart kunna ha bärbara CCR-läsare.

- 
14. Tekniskt sätt använder några konton en så kallad, RSA för identifikation (en av de mest kända krypteringsalgoritmerna som karakteriseras av att använda asymmetrisk kryptering där en nyckel krypterar informationen och en annan dekrypterar den, vilket i sin tur möjliggör för mottagaren att garantera vem som är avsändare av informationen). I övrigt följs rekommendationer från begreppssystemet Snomed, HL7 (HL7, en internationell organisation bestående av experter inom hälso- och sjukvård som samarbetar för att skapa standarder för utbyte, hantering och integration av elektronisk hälsoinformation) och klassifikationskoderna i ICD10 Alla ärenden loggas oavsett i vilken form de utförs.
  15. Skapandet av standarden är en produkt utav de gemensamma ansträngningarna ifrån bland annat ASTM International och Massachusetts Medical Society. CCR är ett portabelt filformat som kodar medicinska dokument genom att använda de standards som finns tillgängliga för andra typer av system såsom EMR och EHR.

Skillnader mellan olika hälsokonton handlar oftast om hur användaren loggar in. Några konton kräver exempelvis två olika inloggningssystem: ett för inloggning via skrivbord och ett för inloggning via webb samt rutiner för autentisering. Andra kräver bara ett steg vid inloggningen. Vidare strävar de konton som finns idag efter en prestanda minst lika hög som internetbankernas. Detta innebär 24-timmars tillgänglighet och en hög teknisk säkerhet som innehåller tillförlitlig loggning, brandväggar, antivirusprogram, och intrångsupptäcktssystem (IDS). Det finns också i de flesta fall avvikelshantering med rapportering av säkerhetsproblem och regelbundna revisioner av IT-säkerhetssystemets effektivitet (eng. audit). Om detta görs systematiskt i befintliga system kan tyvärr inte besvaras idag. En intressant iakttagelse är att inte alla leverantörer av E-hälsokonton omfattas av HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) och det är svårt att veta om de följer de rekommendationer som HIPAA 1996 ger vad gäller att skapa standarder och regler för elektroniska transaktioner inom hälsovård.

Den globala marknaden för personliga hälsokonton är dock i sitt första skede. I Europa är det framförallt offentliga satsningar som dominerar. På den amerikanska marknaden finns däremot ett flertal privata aktörer som erbjuder personliga hälsokonton. De personliga hälsokontosystem som finns bygger oftast på samverkan med försäkrings- och vårdgivare. I systemet importeras uppgifter från de försäkringsgivare som de anställda är försäkrade hos och all information kan samlas på en plats och göras tillgänglig för den anställde. I samtliga fall är tanken att ett hälsokonto ska motsvara en elektronisk hälsodagbok där individen, efter läkarens bedömning, får ett utdrag från journalen skickat till sitt hälsokonto. Det är därmed individens ansvar att se till att den information som finns på hälsokontot är aktuell. Företaget som levererar tjänsten ansvarar däremot för drift, förvaltning, försäljning och utveckling av applikationerna som kontot innehåller. Några konton inkluderar redan idag även en molntjänst med åtkomst till systemet via exempelvis mobiltelefon (iPhone, Android och andra intelligenta plattformar). Det verkar inte finnas någon offentlig kalkyl på vad det skulle kosta att tillhandahålla ett hälsokonto till alla medborgare mot en viss kostnad.<sup>16</sup> Det finns ett antal generiska funktioner som ett hälsokonto förväntas ha (Tabell 1).

---

16. Enlig den information som har framkommit i tidigare intervjuer kan en licens kosta ca 50 kr/individ och år (dagens penningvärde). I beloppet ingår dock bara företagets kostnader. Eventuella kostnader för implementering, etablering och anpassning till nya rutiner samt kostnader för eventuell felanvändning av kontot ingår inte.

**Tabell 1: Generiska funktionaliteter hos ett hälsokonto**

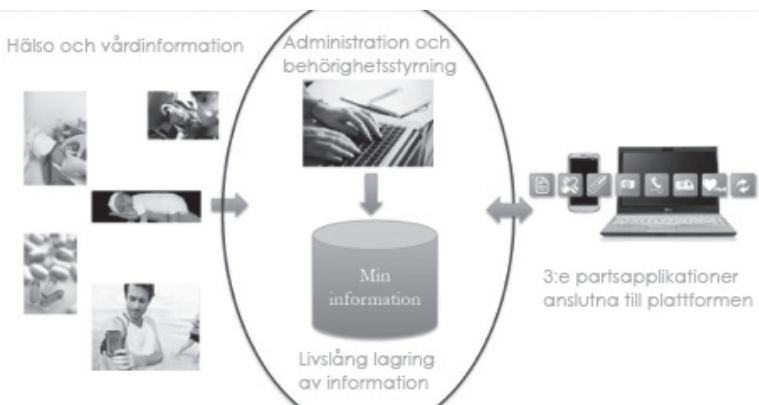
Funktionaliteter
Vårdval
Tidbokning
Påminnelser
Betala avgifter
Förnya recept
Medicinsk rådgivning
Följa remisstatus
Koppling till medicinsk journal
Importerera data från medicinska databaser (journalssystem, läkemedelslista)
Översikt av besök, diagnoser, undersökningar, planerad uppföljning
Provsvär
Läkemedelslista
Registrera (receptfria) läkemedel och vitaminer
Verktyg för läkemedelsinteraktion
Registrera allergier
Registrera vaccinationer
Registrera egna mätningar
Registrera levnadsvanor
Importerera data från hälso-metriska system, till exempel stegräknare, tum-EKG.
Rekommenderade vaccinationer
Ombudshantering
Försäkringsinformation
Pensionsinformation
Läkemedelsinformation
Vaccinationsinformation
Vård- & hälsoinformation, registrera blodtryck, längd, vikt etcetera
Vårdens kontaktuppgifter inklusive vårdgivare enligt specialitet eller geografiskt område
Hälsoöversikt inklusive information om nuvarande medicinering och sjukdomshistoria
Stöd för hälsomonitorering. Exempelvis allergier, familjens sjukdomshistoria
Kalender och förteckning över vårdkontakter

## 5.2 Det svenska hälsokontot "HälsaFörMig"

Det svenska hälsokontot skiljer sig inte från existerande marknadslösningar. Den enskilde individen ska med hjälp av hälsokontot kunna erhålla information från både vårdgivare som personen besökt eller behandlats hos, offentliga organisationer och myndigheter samt marknadens aktörer inom

hälsosystem. Det kan till exempel vara friskvårdsinformation med uppgifter som berör den enskildes hälsa och hälsotillstånd och som kan vara av värde för denne att spara individuellt. Hur den svenska versionen av hälsokontot, med namnet HälsaFörMig, ska fungera i praktiken illustreras i bilden nedan.

**Figur 1: Regeringens bild av hur eHälsokontot HälsaFörMig ska fungera.**



Källa: E-hälsomyndighetens hemsida, 2013.

Plattformen som hälsokontot ska vila på upphandlades under våren 2013 av Apotekens Service AB på uppdrag av Socialdepartementet. CapGemini fick uppdraget och avtalet skulle löpa över tre år med en möjlig förlängning på ett år.<sup>1718</sup>

En omvandling av Apotekens Service AB från bolag till myndighet har skett. Den 1 januari 2014 bildades den nya E-hälsomyndigheten som ansvarar för register och IT-funktioner som öppenvårdsapotek och som vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshantering. Den nya myndigheten får en nyckelroll i arbetet med att ta fram nya E-hälsotjänster i Sverige. Myndigheten driver projektet med personliga hälsokonton, HälsaFörMig, ett arbete som inleddes under

17. Läs om kriterierna för upphandlingen samt aktuell information om utfallet av överklagande på: <https://projektet.halsaformig.se/nyheter/beslut-om-upphandling-av-plattform-for-personligt-halsokonto/> [2013-12-20].
18. Det är intressant att notera att den plattform som vann upphandlingen (som alltså nu är överklagad) är Microsofts plattform HealthVault. På deras hemsida finns exempel på applikationer, dock ingen som är utvecklad direkt för den svenska marknaden. På HealthVault kan den som vill orientera sig hitta information om tekniskt gränssnitt, med mera.



det här året och som har en budget på 240 miljoner kronor under tre år ([www.projektet.halsoformig.se](http://www.projektet.halsoformig.se)).

Hälsokontot HälsaFörMig,<sup>19</sup> som det är beskrivet idag, ska göra det möjligt för vårdtagaren att spara sin egen kopia av vårddokumentation, som till exempel journaler och förteckningar över läkemedel och vaccinationer. Individen kommer alltså inte att förfoga över den originaldokumentation som finns hos vård- och omsorgsgivare, som till exempel journaler. Utöver denna information är planen att individen ska kunna ansluta tjänster som utvecklats av tredjepartsleverantörer i form av exempelvis appar och att dessa ska möjliggöra uppföljning av egenvård och friskvård exempelvis via hälso- eller träningsdagbok.

På webbplatsen för HälsaFörMig finns från hösten 2013 generell information om det tekniska gränssnittet och övriga förutsättningar för anslutning av tjänster (ospecificerat vilka typer av tjänster) såsom de etiska och tekniska krav som ställs. Apotekens Service (Myndigheten för hälso- och vårdinfrastruktur från januari 2014) tecknar också avtal med leverantörer där bland annat affärsvillkor, säkerhetskrav och krav på information till den enskilde regleras.

Hälsokontot förväntas vara ett effektivt stöd för den enskilde och för sjukvårdsorganisationen i sin strävan mot att öka inflytandet för patienter och medborgare genom att innovativa tjänster utvecklas i samarbete med externa aktörer där kreativa idéer ska främjas.

---

19. Hälsa för mig har från och med juli 2013 en egen webbplats: <https://projektet.halsoformig.se/> [2013-08-27].

# Utmaningar som kommer med införandet av sociala innovationer 6

---

Innovationsprocessen inom hälso- och sjukvården, särskilt avseende sociala innovationer, är både komplex och mångdimensionell och har sina egna unika utmaningar.

Hälso- och sjukvården är ett komplext system med många olika mål och olika intressenter med olika preferenser. Den kritiska frågan vid införandet av sociala innovationer såsom ett hälsokonto blir om det finns mekanismer som upprätthåller kvaliteten på de tjänster som produceras av entreprenörer och företag. Ytterligare en viktig faktor är om de utmaningar och förväntningar som olika aktörer har på ett hälsokonto och på de tjänster som ska ingå i kontot kommer att åstadkomma en effektiv konsumtion och produktion av tjänsterna. Ännu en viktig fråga är om de tjänster som ska ingå i kontot kommer att ge förväntade samhällliga effekter för vårdens aktörer, entreprenörer och företag, om innovationen kommer att åstadkomma nya former för deltagande i tillhandahållandet av tjänster för både konsumenter och producenter samt medföra nya former att arbeta, nya referensramar och nya tjänster som förbättrar individens livskvalitet och som moderniserar hälso- och sjukvården (se sid 23-27 förutsättningar för sociala innovationer).

I stycket nedan presenteras erfarenheter som samlats i tidigare studier avseende utmaningar och förutsättningar som tre centrala typer av aktörer i en social innovationsprocess identifierat, nämligen vårdgivare (som önskar förbättrade kliniska resultat, förbättrad diagnostik och behandlingsmöjligheter), vårdkonsumenter (som önskar förbättrat fysiologiska välbefinnande, minskad väntetid, reducerad fördröjning i behandlingar) samt företag och entreprenörer (som strävar efter att utveckla produkter som ger lönsamhet och förbättrade ekonomiska resultat). Alla dessa unika behov, önskemål och förväntningar krävs för en effektiv utveckling av sociala innovationer såsom ett hälsokonto.

## 6.1 Vårdkonsumenten

Ett generellt införande av ett hälsokonto förutsätter att vårdkonsumenten förändrar sitt beteende från att ha varit en passiv mottagande patient till att bli en vårdkonsument som interagerar med nya aktörer som kan vara både privata och offentliga. En ökad tillgänglighet till information samt möjligheter att använda sig av hälsokontot för att lagra, bearbeta och förmedla information antas vara en drivande faktor i detta sammanhang. Det som rimligen kommer att bidra till att individernas beteenden förändras är starkare köpkraft, en ökande rörlighet och framförallt en ökad tillgång till information i kombination med ökade tekniska färdigheter. Vidare kan faktorer som exempelvis köer eller specialistkompetens och även kvalitet samt kostnader leda till ett behov av att ha samlad information om sin hälsa i ett och samma konto.

Bland framtidsvisionerna finns att det ska gå att följa vårdkonsumentens väg i vården, och även att dennes anhöriga ska kunna ta del av sådan information.<sup>20</sup> För att vårdkonsumenten ska bli en aktiv aktör i sin egen vård och omsorg krävs det dock inte bara säker och tillförlitlig teknik för att lagra och registrera information. Det finns även en rad samordnings-, samverkans- och integritetsfrågor som måste lösas parallellt. Det finns också ett antal krav som rimligen bör vara uppfyllda för

---

20. På uppdrag av Socialdepartementet har Socialstyrelsen (2013) i juni 2013 lämnat en rapport om hur multisjuka äldre ska kunna följas genom vården för att se på väntetider och för att information om vårdförlopp på sikt ska kunna föras in i patientregistret. Ett förslag till en övergripande modell har lämnats för att följa väntetider och ledtider inom vården där patienter med cancerdiagnos och äldre multisjuka patienter ingått. Ett genomförande är ännu inte beslutat, socialtjänsten är ännu inte utredd.

att patienten ska ändra sitt beteende och använda sig av hälsokontot som instrument för att skapa, administrera och kontrollera hälsoinformation som sedan ska delas med andra aktörer. I tabellen nedan presenteras de utmaningar och förutsättningar som vårdkonsumenter anser vara viktiga att ett hälsokonto uppfyller/bemöter.

**Tabell 2. Utmaningar och förutsättningar ur vårdkonsumentens perspektiv**

Utmaningar	Förutsättningar
<p>Vårdkonsumenten har fullständig information om förutsättningar och konsekvenser av att ha ett hälsokonto.</p>	<p><i>Meningfull kunskap om hälsokontot och de tjänster som kan kopplas till kontot</i></p> <p>← Patienten känner att hälsokontot hjälper honom/henne att kontrollera hälsomässiga aspekter samt ger ett bra underlag om eventuella individuella sjukdomsrisiker.</p> <p><i>Skiljer sig från mängden genom tillgång till individanpassade tjänster</i></p> <p>← Förutom de egna och närståendes kontakt- och personuppgifter, bör vårdkonsumenten ha tillgång till en sorts "personaliserad tjänstekonsumtionshistorik" med tillhörande länkar till viktiga åtgärder samt med språkstöd eller anpassning för de individerna med funktionsnedsättning.</p>
<p>Vårdkonsumenten tar ansvar för sin hälsa och sitt hälsofällstånd när hon/han har tillgång till all personlig information.</p>	<p><i>Upplevt behov av att samla och styra aktualiserad och kvalitetssäkrad hälsoinformation</i></p> <p>← Ett hälsokonto ger möjlighet att samla fullständig och aktuell information om läkemedelslista, information om överkänslighet, laboratoriedata och undersökningsresultat, anamnes (sjukdomshistoria), kopior på journalanteckningar, epikriser (sammanfattande journalanteckningar från vårdepisoder med inläggning på sjukhus), vårdplaner i samverkan mellan olika vård- och omsorgsgivare och även möjlighet att överföra information från privata vårdgivare.</p> <p>← Vårdkonsumenten ska kunna hämta/ge information från ev. läkarbesök utomlands, liksom information från alternativmedicin och dess effekter, vilket ska vara aktuellt att integrera i ett hälsokonto utan att behöva betala extra utgifter.</p>

Vårdkonsumenten har god förståelse om den typ av information som finns tillgänglig via hälsokontot.

"More of anything is always better"

#### *God upplevd servicekvalitet*

- ← Information laddas ned automatiskt om aktuella behandlingsmetoder samt kompletterande information om eventuella särskilda behov från olika vård och omsorgsaktörer samt dess alternativ.
- ← Klinisk och medicinsk information måste komma från vårdgivare för att vara tillförlitlig.
- ← Klinisk information överförs till individens konto kontinuerligt och automatiskt.
- ← Kontoägaren har rätt att korrigera om den information som finns på kontot är felaktigt.

Vårdtagaren kan följa upp, kontrollera och dela med sig av sin egen hälsoinformation.

#### *Trovärdigt och tillförlitligt ekosystem*

- ← Hälsokontot ska stödja ett effektivt "informations-övertag" för uppföljning av planerade insatser inklusive information från tredje part (PT, hälsocoach mm).
- ← Hälsokontot "länkar samman" olika aktörer: läkare, sjukhus, patient och apotekare.
- ← Hälsokontot byggs så att det är användaren som kan ge rättigheter till en annan användare (permanent eller tillfälligt) att få tillgång till data och få möjlighet att granska, korrigera och begränsa åtkomst till information.
- ← Hälsokontot visualiserar vem, hur dags och under hur lång tid någon har besökt kontot genom loggningsfunktioner.

Ytterligare en faktor som är väsentlig för att öka vårdkonsumentens benägenhet att använda ett hälsokonto, är det faktum att individen antas ha fullständig information om förutsättningar för och konsekvenser av att ha ett hälsokonto. Här finns idag implicit ett antagande om att individen fattar rationella beslut och att han/hon är helt medveten och väl införstådd med vilka konsekvenser som delning av information med aktörer utanför hälso- och sjukvårdsområdet kan innebära och hur detta kan påverka honom/henne.<sup>21</sup> Individer som föredrar säkerhet framför osäkerhet har en

21. Ekonomisk forskning inom området nationalekonomi antar oftast att människor i huvudsak drivs av materiella incitament och fattar ekonomiska beslut på ett rationellt sätt. De antas då göra bedömningar av tillståndet i ekonomin och av effekten av sina handlingar. Detta synsätt har formaliserats i den "förväntade nyttoteorin", som har som utgångspunkt att individen agerar för att maximera sin nytta.

aversion gentemot risk och kan föredra det säkra alternativet framför det osäkra. Detta kan innebära att riskavera individer inte väljer att aktivt använda hälsokontot om de upplever att det kan finnas risker för att informationen hamnar i felaktiga händer oavsett om detta är avsiktligt och oavsiktligt.

Diskussionen kring möjligheter och fördelar med ett hälsokonto för individen har oftast avgränsat sig till effekter som bygger på att vårdkonsumenten styr efterfrågan på hälso tjänster och service och att han/hon har god förståelse för de typer av tjänster som kan erbjudas redan innan de köps. Det finns dock också en annan sida av myntet, nämligen producenten (vårdgivaren).

## 6.2 Vårdgivaren

Det finns idag ännu inga publikationer som behandlar vårdgivares inställning till de förändringar i kommunikation och interaktion som införandet av ett hälsokonto innebär för den svenska sjukvården. Dock har den medicinska professionen varit kritisk till journal på nätet (Murphy 2012). Det är därför inte självklart att vårdgivare uppfattar hälsokontot på samma sätt som beslutsfattare eller vårdtagare. Det är inte heller självklart att vårdgivare uppfattar de förändringar som det ökade patientinflytandet för med sig i vårdprocessen som fullständigt optimalt. Detta gör att analysen av införandet av ett hälsokonto inte blir fullständig och att ett generellt införande av ett sådant konto kan leda till oönskade effekter som kan påverka effektivitet och produktivitet parallellt med en ineffektiv användning av vårdens resurser.

Några utmaningar och hinder för vårdgivarna vid implementering och användning av ett hälsokonto som har rapporterats i internationella studier och som har indikerats som ett potentiellt hinder för exportering av hälsoinformation från patientjournaler till hälsokontot av vårdgivare redovisas nedan.

**Tabell 3. Utmaningar och förutsättningar ur vårdgivarens perspektiv**

Utmaningar	Förutsättningar
<p>Samtliga bedömningar och diagnoser delas med patienten genom hälsokontot.</p>	<p><i>Termer och begrepp</i></p> <p>← Patienten bör kunna förstå alla koder och medicinska termer som ingår i det medicinska fackspråket.</p> <p>← Patienten har rätt och antas ha färdigheter för att få del av klinisk information (diagnoser, tester etc.) och utan hjälp att förstå de kliniska termerna.</p>
<p>Labbtester och diagnostiska tester delas med patienten via hälsokontot.</p>	<p><i>Testresultat delas med patienten</i></p> <p>← Testresultat bör delas med patienten så långt lagen tillåter. Det är viktigt att läkaren kan se över resultaten innan de släpps till patienten, så att möjlighet finns att kommentera resultaten eller framföra dem muntligt vilket är särskilt viktigt vid vissa livshotade sjukdomar.</p> <p>← Tydliga rutiner behövs för hur och hur ofta uppdateringar av uppgifter ska ske och vem som ansvarar för att informationen är aktuell innan den tillgängliggörs.</p>
<p>Alla patienter ska kunna ge åtkomst åt andra till sina hälsokonton.</p>	<p><i>Delad åtkomst till patientens data</i></p> <p>← Hälsokontot byggs så att det är användaren som kan ge rättigheter till en annan användare att få tillgång och åtkomst till information. Även om ansvaret ligger helt hos individen, behövs tillförlitliga autentiseringsmekanismer.</p> <p>← Ungdomar under 18 år är ett undantag eftersom särskilda lagar gäller när de söker vård för till exempel könssjukdomar, graviditeter och preventivmedel.</p>
<p>Hälsokontot bör inte vara knutet till särskild klinik utan fungera överallt.</p>	<p><i>Datainhämtning</i></p> <p>← Patienterna vill ha koordinerad vård från alla vårdgivare och information från olika källor ska samlas. Hälsokonton bör därför stödja datainput från externa källor inkl. omsorgsorganisationer.</p> <p>← Hälsokontot ska spärra spam och reklam vid inhämtning av data från externa källor samt följa upp de krav på nationella standarder som finns för överföring av information.</p>

## 6.3 Entreprenörer och företagare

Hälsokontot beskrivs idag som en möjlighet för nya entreprenörer som vill utveckla och erbjuda E-hälsotjänster och kommer onekligen att ha en central roll i hälso- och sjukvårdens innovationsprocess genom att skapa förutsättningar för "positivt" entreprenörskap,<sup>22</sup> det vill säga sådant som skapar samhällsekonomisk nytta, givet att det institutionella ramverket av regelverk inte påverkar företagens agerande och möjligheter negativt.

Utifrån tidigare samlad empiri kan konstateras att företagsrepresentanter och entreprenörer identifierar ett antal frågor som verkar vara hämnande för utveckling av E-hälsotjänster och en hälsotjänstemarknad. Några av de viktigaste frågorna som företagare och entreprenörer lyfter upp som hinder för en hållbar utveckling av marknaden för E-hälsotjänster visas i tabellen nedan (Tabell 4).

**Tabell 4. Utmaningar och förutsättningar ur entreprenörers och företagares perspektiv**

Utmaningar	Förutsättningar
Den offentliga styrmodellen	<p>En öppen marknad som möjliggör att många kan konkurrera</p> <p>← Regler för offentlig upphandling bör utformas för att premiera och stimulera innovation.</p> <p>← Information om regelstruktur, kvalitetskrav och kvalitetskontroll samt alternativa betalningsprinciper bör finnas tillgänglig.</p>
Asymmetrisk information.	<p>Tydliga riktlinjer för certifiering och klassificering av tjänster</p> <p>← Vilka typer av tjänster som ska ges i offentlig regi och vilka som ska lämnas till marknaden har inte diskuterats.</p> <p>← Vilka standarder och krav som ska gälla för att koppla upp tjänsten till hälsokontot verkar inte ha diskuterats.</p> <p>← Principer och normer för certifiering av leverantör måste utvecklas. Det är otydligt vem som har ansvaret för att förmedla information om användandet av hälsokontot och dess möjligheter.</p>

22. Notera att entreprenörskap inte är detsamma som att starta ett nytt företag.



Alla patienter ska kunna ge åtkomst åt andra till sina hälsokonton.

*Ny syn på att göra affärer*

*Inte tillräckligt tydligt hur konsumenterna ska nås.*

← *Det verkar inte finnas en betalningsvilja hos individen.*

← *Det finns inga studier som belyser individers preferenser avseende hälsokontot.*

← *Vad som påverkar efterfrågan av E-hälsotjänster och vilka samfinansieringsmöjligheter i samarbete med exempelvis stora läkemedelsbolag, försäkringsbolag, arbetsgivarorganisationer mm har inte belysts.*

De finns många osäkerheter som påverkar företags benägenhet att idag utveckla innovativa E-hälsotjänster som på sikt kan kopplas till ett hälsokonto. Att inte veta om tjänsterna som ska kopplas till kontot ska vara privat eller offentligt finansierade är ett problem. De flesta företagsrepresentanter/entreprenörer nämner att den offentliga vårdens styrmodeller är ett generellt problem för att samverka och utveckla E-tjänster som sedan kan säljas på marknaden. Reglerna för offentlig upphandling beskrivs som ett hinder för social innovation. Upphandlingsreglerna beskrivs inte som primärt utformade för att premiera och stimulera social innovation eller för att skala upp lösningar från pilotprojekt till kommersialisering.<sup>23</sup> Det upplevs av många leverantörer som att upphandlingar efterfrågar samma eller liknande lösningar som vid tidigare upphandlingar. Vidare verkar få leverantörer veta hur de ska göra för att utveckla E-hälsotjänster i enlighet med de krav som ska finnas och menar att det behövs mer och tydligare information kring detta.

Den information som finns idag är mycket summarisk och säger bara att tredjepartsleverantörer kommer att behöva uppfylla de etiska och tekniska krav som ställs och att de behöver ansöka till eHälsomyndigheten om anslutning till HälsaFörMig. Vidare står det på myndighetens hemsida att "eHälsomyndigheten tecknar avtal med leverantören, där bland annat affärsvillkor, säkerhetskrav och krav på information till den enskilde regleras" (Projektet.halsaformig.se/for-utvecklare, 2014). Även om det pågår

23. Även då E-hälsol leverantörernas kunder är privata leverantörer av hälso- och sjukvård, påverkas de indirekt av lagen om offentlig upphandling, då denna i många fall ställer krav på vilka IT-lösningar och system som privata vårdgivare ska använda. CeHis har dock nyligen utformat rekommendationer som säger att upphandlingar av privat vård inte ska vägledas av val av IT-system.

ett arbete via eHälsomyndigheten, finns det än så länge ingen samlad information om de etablerade tekniska standarderna, vilket blir en nackdel ur ett kommersiellt perspektiv.<sup>24</sup>

Det kan konstateras att entreprenörer och företagare upplever att det saknas kunskap och konkret information om förväntningar och visioner för att utveckla de E-hälsotjänster som kommer att efterfrågas i framtiden. Vidare nämner flera företagsrepresentanter och även entreprenörer att avsaknad av information gör att affärsmodeller inte kan tas fram och att detta leder till svårigheter att skapa konkurrens. Alternativa betalnings- eller finansieringsformer är en fråga som inte har ett tydligt svar, vilket leder till att det är svårt att veta om det går att skapa konkurrens och differentiering mellan olika potentiella E-hälsotjänsteproducenter.

---

24. Idag finns det information att hämta hos Microsoft HealthVault, men detta finns det ingen publik information om.



# Vad hindrar implementering av sociala innovationer som E-hälsotjänster?

– Komplexa frågor utan enkla svar

# 7

Sedan början av 90-talet har det funnits en tydlig tendens av att "liberalisera" eller avreglera olika områden inom hälso- och sjukvården. Motivet för detta har varit att öka effektiviteten och stimulera drivkrafterna för tjänsteinnovation (Lag om valfrihetssystem.2008:962; Berlin och Carlström 2013). Att öppna upp E-hälsotjänstemarknaden, som tidigare har varit förbehållen den offentliga sektorn, så att privata aktörer kan träda in och konkurrera eller helt ta över, förutsätter att konkurrensen om konsumenterna sker i termer av upplevd kvalitet på tjänsterna, att offentlig insamlad information om privata aktörer ska finnas tillgänglig (EU Directive, 2013), samt att en teknisk infrastruktur finns och är möjlig att använda på ett kommersiellt intressant sätt för företag och entreprenörer.

Hur konkurrens påverkar investeringar i innovationer som E-hälsotjänster beror också på om det är fråga om tjänste- eller processinnovation, det vill säga om innovationerna leder till nya och bättre tjänster eller om dessa möjliggör att existerande tjänster kan produceras till en lägre kostnad.

Rimligen kan antas att företags benägenhet att investera i E-tjänster kommer att vara beroende av att transaktionskostnaderna för att utveckla avtal med och mellan olika aktörer inte är för stora. Det måste finnas tillräckligt många leverantörer och inte vara särskilt svårt att utveckla fullständiga avtal så att konkurrensfördelarna överväger de ökade transaktionskostnaderna som systemet ger upphov till.

I organisationer inom den offentliga sektorn och där det finns inslag av myndighetsutövning har det visat sig svårt att utveckla fullständiga avtal. De lösningar som har föreslagits rör antingen full privatisering, hybridmodeller mellan privat och offentlig sektor,<sup>25</sup> eller offentlig myndighetsmodell (Williamson 1999; Ruiter 2005). Ytterligare en faktor som kan påverka privata entreprenörens vilja att utveckla och tillhandahålla E-tjänster är säkerhet för intäkternas nivå. Om det ska finnas ensamrätt eller olika former av koncessioner är idag inte tydligt. Detta kan leda till att någon form av finansiellt engagemang och reglering kommer att krävas för att kunna tillhandahålla ett långsiktigt finansiellt hållbart infrastruktursystem.

Frågor som bör besvaras och tydliggöras för utveckling av en hållbar marknad för sociala innovationer presenteras nedan.

## 7.1 Ska infrastruktur och kärntjänster betalas av offentliga eller privata aktörer?

Ett motiv för offentlig finansiering av den tekniska infrastrukturen för hälsokontot anses vara att hälsokontot idag definieras som ett offentligt åtagande (en kollektiv vara) och en infrastruktur som är till gagn för både individer, vård- och omsorgsorganisationer och företag. Kontot förväntas ge externa effekter i form av produktion av andra E-tjänster vid delning av data och information som kommer att kunna lagras på kontot, samt spridningseffekter för samhället. Ytterligare ett motiv för offentlig finansiering är att hälsokontot ska kunna användas av alla när kontot väl tillhandahålls.

En individs konsumtion av kontot påverkar inte någon annan konsumtion av samma vara (hälsokontot), det vill säga det blir inte mindre över bara för att någon annan använder kontot. Det går också att uttrycka det som att marginalkostnaderna för ytterligare någon att använda kontot

---

25. I hybridmodellen kan privata aktörer utföra uppgifter som ligger i gränslandet till offentlig sektor såsom tillhandahållandet av hälsotjänster. Avtal kan i detta fall formuleras som ger möjlighet till utkontraktering till privata aktörer, men behov finns av att komplettera marknaden med tillsyn och regelgivning från staten/offentlig sektor.

är noll, då det inte krävs någon ytterligare produktion för att möjliggöra denna konsumtion.

En marknad med vinstmaximerande företag kommer därför att få svårt att producera ett hälsokonto i en utsträckning som motsvarar den egentliga efterfrågan. Det är till exempel svårt att veta vilka typer av hälsokonto som efterfrågas och i vilken kvantitet det bör tillhandahållas. Det är också svårt att veta vilken betalningsvilja medborgarna har för just denna specifika tjänst. Vidare kommer olika personer att värdera möjligheten till att koppla E-hälsotjänster till hälsokontot olika. Att hälsokontot tillhandahålls i offentlig regi beror också på att denna typ av innovation förväntas ge "spill-over-effekter" till samhället och skapa nytta även för hälso- och sjukvårdsorganisationen samtidigt som det kommer att vara mycket dyrt för individen att betala för att skaffa en teknisk infrastruktur när ett behov uppstår.

En ren marknadsekonomisk lösning verkar inte vara optimal vad gäller tillhandahållande av hälsokontot då risken att producera tjänsten i alltför liten kvantitet är stor om efterfrågan på hälsokontot inte är tillräcklig. Ytterligare en orsak till att betrakta hälsokontot som en kollektiv vara är det "gratisåkarproblem" som i praktiken uppstår med denna typ av varor. Även om många egentligen skulle vara beredda att betala för att få tillgång till hälsokontot, vill de hellre invänta att andra bekostar produktionen, och därefter delta i konsumtionen. Omvänt vill de inte vara med och bekosta en vara som andra därefter kan konsumera utan att ha betalat.

Det finns ytterligare en fråga som handlar om att individerna inte har varit med och deltagit i beslutsfattandeprocessen eller diskussionen om huruvida och i vilken omfattning hälsokontot ska tillhandahållas. Det finns inte heller information om ifall alla potentiella användare av hälsokontot har samma preferenser och är beredda att använda kontot i samma omfattning. Konsekvenserna blir att olika personer efterfrågar olika mycket användning av en sådan tjänst.

Givet att eHälsomyndigheten valt att finansiera hälsokontot, blir nästa fråga om de E-tjänster som ska kopplas till kontot ska tillhandahållas i offentlig regi eller om privata utförare är att föredra. Den mikroekonomiska marknadsmodellen förutsätter att det föreligger perfekt konkurrens mellan olika tänkbara leverantörer av E-hälsotjänster och att marknaden är oreglerad så att ekonomisk tillväxt stimuleras. Det är dock inte helt säkert vilka lösningar som är att föredra för sociala innovationer såsom ett hälsokonto och dess tillhörande E-tjänster.

## 7.2 Kan asymmetrisk information korrigeras?

När nya eller innovativa hälso­ tjänster introduceras med hjälp av ett hälsokonto är det i princip omöjligt att förutsäga det förväntade utfallet. Information om identifiering och utveckling av nya tjänster, kommersialiseringspotential av dessa samt selekteringsprocessen verkar inte vara tillgänglig. Det är idag inte tydligt vilka tjänster som ska sållas bort och ersättas av nya och bättre, hur de ska prioriteras, vilka som ska ges i offentlig alternativt privat regi samt vilka nya kapaciteter och nya strukturer som kan uppstå om kommersialiseringen av tjänsterna är lyckosam och hur dessa ska finansieras. Med andra ord, huruvida det ska finnas några tjänster som ska vara generella för alla medborgare<sup>26</sup> och andra som ska vara specifika för grupper av individer.

Jämfört med marknadsbedömningar av många andra tjänster är en ekonomisk bedömning av de tjänster som kommer att efterfrågas av patienter i framtiden något komplicerad. I grunden behövs en bedömning av antalet kunder och deras betalningsvilja, en policy eller beslut om andra (kommun, landsting och anhöriga) kan betala (åtminstone en del av) kostnaden, investeringsbehov från patientens perspektiv samt löpande kostnader. Från företagets perspektiv är en kritisk massa av brukare en förutsättning för att uppnå god driftsekonomi. En annan fråga för företaget är om tjänsterna ska ingå i ett sorts tjänstepaket eller om det ska vara privata tjänster. Det är frågor både på efterfråge- och på utbudssidan som också måste kombineras med hur de nya tjänsterna ska erbjudas och vilka som ska kunna kopplas till Hälsokontot.

Ytterligare en fråga som aktualiseras vid valet av E-hälso­ tjänster är om eHälsomyndigheten bedömer sig ha nytta av några specifika tjänster utöver kundernas betalningsvilja som motiverar att de erbjuds en sorts tjänstepaket eller inte. Ett speciellt problem rör introduktionen av hälsokontot då det sannolikt kommer att medföra organisatoriska, strukturella omställningar och informationsomställningar. Hur införandeprocessen kommer att designas och vem som ska ansvara för denna är också en fråga som måste besvaras. Ännu en viktig fråga är vilka åtgärder ska vidtas för att stimulera en bättre fungerande marknad för E-hälso­ tjänster och

---

26. Kollektiva nyttigheter (public goods, alltså icke-rivaliserande varor som samhället eller gruppen gemensamt betalar för och använder, där free riding kan uppstå) där visa individer kan välja att inte bidra till att varan produceras men den används ändå (Schotter 2001, s. 654).

hur erbjudandet av tjänster som upplevs som ineffektiva eller olämpliga kommer att hanteras.

Innovationer, särskilt sociala innovationer, skapas sällan från ax till limpa av en och samma aktör. Det behövs därför ett samspel mellan små och stora, privata och offentliga aktörer och entreprenörer för att stimulera innovationsmiljön. Ett hälsokonto, som tillhandahåller en teknisk infrastruktur vilken möjliggör ihopkoppling av ett antal nya och innovativa tjänster, kan stimulera att omsätta idéer till kommersiell nytta, alltså driva fram innovationer som sprider sig i samhället. För detta behövs dock gemensamma visioner och idéer, kunder som efterfrågar tjänsterna samt en betalningsvilja för dem, men också att företaget och entreprenörerna utvecklar lösningar som bemöter de komplexa utmaningar som hälso- och sjukvården har idag såväl som de sociala behov som finns i grunden.

### 7.3 Hur ska tjänsteutbudet definieras?

I service management-litteraturen görs ofta skillnad på vad som ska vara bastjänster, bitjänster och stödtjänster (Grönroos, 1990). Bastjänster i ett hälsokonto skulle exempelvis kunna vara tjänster som beslutsfattare upplever vara av intresse och relevans för vårt samhälle, exempelvis en lista med vaccinationer och mediciner. Det innebär att leverantören av hälsokontot skulle kunna ta ansvar för tillhandahållande och finansiering av sådana typer av tjänster och inkludera dem i en form av "tjänstepaket" som erbjuds tillsammans med hälsokontot.

Stödtjänster skulle kunna avse sådana som gör det möjligt att registrera information av intresse för den enskilda individen. Dessa tjänster behöver inte nödvändigtvis ingå i tjänstepaketet som erbjuds tillsammans med hälsokontot, men kan vara subventionerade av vårdgivare eller tredje part om de anses vara av relevans för individen. Exempel på dessa tjänster är uppföljning av hälsotillstånd vid behandling av livshotade sjukdomar eller registrering av bieffekter av nya mediciner. Sådana tjänster skulle även kunna tillhandahållas av ett privat företag eller av arbetsgivare.

Investeringar i E-hälsotjänster har setts som en möjliggörande motor som organisationer och samhället behöver för att förändra och förbättra hälso- och sjukvårdsservicen och för att utveckla sociala innovationer. Finansiering av tillhandahållande och användning av de E-tjänster som ska ingå i hälsokontot är dock inte en enkel fråga. Även om det finns en medvetenhet om att en investering i E-hälsotjänster kan ge framtida positiva effekter för samhället har det inte funnits riktlinjer för vilka



E-hälsotjänster som ska investeras i, vad eHälsomyndigheten förväntas få ut av en investering i hälsokontot och under hur många år, vilka nya affärsmodeller som ska utvecklas, hur förbättrad arbets- och serviceeffektivitet samt patientsäkerhet ska värderas etcetera. Det finns dock ytterligare en komplexitet i denna fråga. Hälsokontot är även tänkt att ge en möjlighet att lämna frivillig information till vården om hälsa och välbefinnande, exempelvis information från personlig tränare, friskvård, egen vård, kostvanor (www.ehalsomyndigheten.se, 2013). Denna typ av tjänster verkar som att de ska betraktas som en sorts "plustjänster" som inte i sig är en förutsättning för att ge individen vård- och omsorgstjänster men som kan göra det mer attraktivt att ha ett hälsokonto.<sup>27</sup>

Innovationers väg från prototyp till alfa- och betaversion har tydliga utvecklingssteg. Sociala innovationer såsom ett hälsokonto och de tjänsterna som ska kopplas till infrastrukturen har däremot inte samma tydliga vägar. Att skapa en ny tjänst och eventuellt bygga ett tjänsteföretag kring denna, är ett relativt tydligt affärsutvecklingsområde inom hälso- och sjukvården. Men i de fall där syftet istället är att vitalisera entreprenörer och företag att utveckla innovativa E-tjänster verkar det dock inte finnas samma tydlighet (se sid 47-48).

## 7.4 Vilka affärsmodeller ska gälla?

Det som idag kallas för affärsmodell för hälsotjänster inkluderar ibland endast en beskrivning av tjänstens finansiering<sup>28</sup>. Detta är en viktig aspekt av en affärsmodell för ett hälsokonto då det är av vikt att identifiera vem som faktiskt ska betala för tjänsterna och om det finns en betalningsvilja från konsumenterna. Då en plattform för ett E-hälsokonto, där nya och olika E-tjänster kopplas upp, inkluderar flera olika aktörer är det även av vikt att identifiera olika värden som erbjuds, nätverk av aktörer, aktiviteter, tekniska förutsättningar samt externa faktorer som kan påverka affärsmodellen.

Projektorganisationen för HälsaFörMig anger på sin hemsida att stöd kommer att ges till leverantörer som vill ansluta sin applikation till

27. Det finns redan ett antal lösningar på marknaden i form av appar eller portaler, till exempel E-hälsotjänster för diabetes och äldrevård, konditionstester, etcetera. Det finns dock ingen information om användningsgrad av dessa.

28. Generellt inkluderar affärsmodeller en beskrivning av tjänstens värde, möjliga kunder, aktiviteter, resurser, möjliga partners och ekonomiska förutsättningar alternativt endast ekonomiska aspekter (finansieringsmodeller).

HälsaFörMig (mot en fast ospecificerad avgift)<sup>29</sup>, dock anges det inte om stödet är i form av ekonomiskt eller tekniskt stöd. Det är intressant att notera att för att bli tredjepartsleverantör ansöker verksamheten om att ansluta sin applikation mot HälsaFörMig och tecknar avtal med Apotekens Service som bland annat stipulerar:

- Priser och affärsvillkor
- Säkerhetskrav
- Krav på leverantören att informera individen om ändamålet med applikationen samt hur individens information hanteras

Vidare är det tänkt att varje applikation, som troligen ska ingå i bastjänstepaketet, ska kosta en engångssumma i form av en fast månadsavgift, oavsett antal användare. Priset kommer att fastställas av styrgruppen för HälsaFörMig och "vara skäligen" för de omkostnader som finns, men inte vara vinstgenererande. Detta kan innebära att summan av samtliga kostnader för en tjänst till dess att den är utförd och betald inte beräknas eller tas hänsyn till vid prissättning med medföljande konsekvenser för leverantören.<sup>30</sup>

Den enskilde ska själv kunna ansluta valfria tjänster (eller det som tidigare kallats stöd- och plustjänster) utifrån sitt eget behov av att anteckna hälsorelaterad data och information.<sup>31</sup>

Detta betraktas som en tillväxtfaktor inom hälsoområdet med "helt nya spelregler för den enskilde".<sup>32</sup> För sådana tjänster ska företag och entreprenörer kunna ta ut en avgift som de bestämmer av den enskilde, och reklam ska vara tillåtet i applikationerna. Däremot kan inte tredje part få tillgång till den enskilde individens insamlade data. Individen kommer därmed behöva teckna avtal med leverantören samt godkänna att den valda applikationen kopplas mot dennes konto. Hur detta i praktiken ska gå till finns det ingen information om ännu, åtminstone inte av det som idag framgår av den officiella hemsidan för projektet.

---

29. På hemsidan står det som följer under Intressant för entreprenörer: "Leverantörerna betalar en fast månatlig avgift och kostnaden som tas ut av invånarna bestämmer leverantörerna själv över. Reklam får förekomma, men den insamlade datan får inte delas till tredje part".

30. Alt. att Apotekens bolag äger ensamrätt till produkten och därmed innehar en monopolställning, på så sätt hindras etablering av nya leverantörer.

31. Samtal med, Henrik Moberg, Socialdepartementet, 2013 (Eva Maria Nerell)

32. Samtal med Daniel Forslund, Vinnova 2013 (Eva Maria Nerell)

Intentionen är att individen när som helst kan ta tillbaka sitt godkännande. Ingenting är dock sagt om hur det kommer att hanteras i de fall där individen vill bryta kontrakten. Det kan mycket väl vara så att individen väljer att koppla bort en viss tjänst men att han/hon är tvungen att betala det som tjänsten kostar tills kontrakten med leverantörerna upphört. Vid teckning av avtal med externa leverantörer växer det fram nya frågor, nämligen om rationalitet och fullständig information då det idag inte finns några styrdokument som reglerar förmedling av information, eller mätning av kvaliteten på olika alternativ. Detta har tidigare diskuterats (se sid 47-49) och konstaterats att det inte är en helt friktionsfri fråga.

Det som har varit vanligt förekommande inom hälso- och sjukvården är att entreprenörer som säljer E-hälsotjänster agerat som konsulter för den organisation som beställer och implementerar hälsotjänster. Den grundläggande idén har varit att företag producerar tjänster som någon av vårdproducenterna har valt och att traditionell outsourcingprincip används. Detta innebär att en beställarorganisation först identifierar ett behov, exempelvis förnyelse av recept, elektroniskt personnummer för nyfödda, etc., och sedan beställer tjänsten från en producent till ett visst pris, efter upphandling med tillkommande fördelar<sup>33</sup> och nackdelar med att använda sig av outsourcing som alternativ lösning. En affärsmodell såsom den vanligen definieras har inte varit aktuell att tillämpa.<sup>34</sup>

Ambitionen med hälsokontot är bland annat att möjliggöra att patienter och vård- och tjänsteutförare ska kunna tillåta privata företag att ta del av patientdata och annan data för att utveckla innovativa hälsotjänster som tillhandahålls via hälsokontot.

Alternativa affärsmodeller för hälsotjänster kommer rimligen att påverkas av faktorer såsom:

- 
33. Kostnadsfördelar i och med att delar av eHälsotjänstproduktionen läggs ut, respektive risk för att förlora kontroll över kontrakterade tjänsten.
  34. Forskning kring affärsmodeller har fokuserat på definition av affärsmodeller (till exempel Rappa 2001; Timmers,1998) och vilka komponenter som utgör dem (till exempel Hedman och Kalling 2003; Osterwalder, Pigneur ochTucci 2005; Shafer, Smith och Linder 2005) eller hur affärsmodeller ska beskrivas (Osterwalder et al 2005; Zott et al 2011). På senare tid verkar utvecklingen ha inriktats mer på hur affärsmodeller kan implementeras och förändras i olika kontexter (till exempel Chesbrough 2010; Osterwalder och Pigneur 2010) samt hur dessa kan implementeras och anpassas till olika företag. Eller hur tjänsteföretag kan organisera sig för att skapa och leverera värde till kund samt hur intäkter, kostnader och vinster identifieras (Chesbrough och Rosenbloom 2002). Vissa studier inkluderar olika komponenter så som värdeskapande, nätverk, möjliga samarbeten och ekonomiska frågor medan andra fokuserar mer på specifika typer av affärsmodeller och olika finansieringsalternativ (Zott et al 2011).

- A) Om hälsotjänsten utvecklas som en bastjänst som ingår i ett grundläggande tjänstepaket och erbjuds "kostnadsfritt" för alla invånare men finansieras med offentliga medel.
- B) Om hälsotjänsten utvecklas som en bi- eller stödtjänst som är kostnadsfri upp till en nivå eller subventioneras till en del av befolkningen och finansieras antingen med offentliga medel, genom att inkludera tjänsten i kostnadsskyddet eller av privata aktörer såsom läkemedelsföretag.
- C) Om hälsotjänsten utvecklas av ett företag, en organisation (ett försäkringsbolag eller en arbetsgivarorganisation eller patientorganisation) som en plustjänst, och säljs direkt till slutkund eller till ett företag.

Affärsmodellens utformande kommer sannolikt att påverkas av vilken typ av tjänst som väljs och vilka principer som kommer att gälla i olika lands-ting. Rimligen kan det antas att faktorer såsom individens hälsotillstånd, betalningsvilja, prisnivå, tjänstevärde för användaren mm (Zeithaml, 1988), kommer att spela roll för konsumtion och efterfråga av hälsotjänster.

Vidare är det viktigt att bestämma om den totala kostnaden för att skaffa ett hälsokonto och tillhörande bastjänster är ett ansvar för lands-tingen eller för eHälsomyndigheten. En annan viktig fråga är hur utveck-ling av sociala innovationer ska stödjas och uppmuntras inom vård- och omsorgsorganisationer. En tredje är hur ska E-hälsotjänster prissättas om företag utvecklar tjänsterna i interaktion med individen? Ska finnas möjlig-het att prisdiskriminera beroende på hur tjänsterna paketeras?<sup>35</sup>

Även om själva tanken kring hälsotjänster huvudsakligen verkar vara baserad på app-produktion, är dessa frågor viktiga att ta hänsyn till. Det som är avgörande för produktion och tillhandahållande av hälsotjänster med hjälp av appar är det totala antalet kunder och skalbarhet (det vill säga möjligheten att tillhandahålla flera appar). Detta är intressant då det ger möjligheter att marknadsföra andra produkter, tjänster eller service genom den så kallade crosspromotion-principen. Även om det inte hand-lar om stora belopp, är vinsterna som apparna kan ge till producenten sekundära intäkter. Flera klick kan exempelvis betyda att konsumenten

---

35. Det kan hända att samma tjänst erbjuds i olika versioner till kundgrupper med olika betalningsvilja. Det handlar med andra ord om att dela upp ett erbjudande i mindre och separat säljbara paket med olika priser (likt system används av datorprogramtillverkare som ofta erbjuder i grunden samma system i många olika versioner till olika kundgrupper med olika betalningsvilja).

påverkas genom att nya sociala nätverk eller konstruktioner byggs upp och att flera andra nya produkter eller tjänster blir aktuella att efterfråga. Vilka exakta tjänster eller serviceprodukter det kommer att handla om vet ingen idag. Det blir en intressant fråga att följa upp i framtiden.

Den totala kostnaden för att skaffa ett hälsokonto och tillhörande valbara E-tjänster kan variera beroende på om leverantörerna tar ett totalt ansvar för support, service, lagring av data med mera, eller om de ska leverera enbart en licens som möjliggör användning av data men att alla andra funktioner och tilläggstjänster måste köpas separat. Den successiva minskningen av priset på mjukvara kan leda till att leverantörer hittar nya sätt att paketera sina produkter. Detta innebär att nya applikationer kombineras med gamla tjänster vilket i sin tur kommer att ställa nya krav på hälsokontot som teknisk plattform (exempelvis en kontinuerlig uppgradering av plattformen). Problemet i detta fall är att det vid identifiering av olika finansieringsalternativ blir svårt att skilja mellan priset på mjukvara och priset på tjänsten, vilket leder till att finansieringsmodellen respektive upphandlingsvillkoren blir alltmer komplicerade att utveckla.

Det finns ytterligare en komplexitet i processen som individen kommer behöva hantera. Nämligen att informationen från vård och omsorg kommer att erhållas genom en prenumerationstjänst i Mina Vårdkontakter.<sup>36</sup> Idag finns ingen generell möjlighet att återföra informationen till vården, däremot kan det vara möjligt för vissa patientgrupper, såsom reumatpatienter knutna till en klinik. Att koppla evidensbaserad information till hälsokontot, såsom 1177, Kunskapsguiden med flera kommer inte att ske automatiskt utan via en eventuell tredjepartsleverantör.

## 7.5 Regelreformerna är ännu inte färdiga

Det föreligger inom hälso- och sjukvårdsområdet en rad regleringar som inte återfinns på andra marknader. Till exempel sätter patientdatalagen gränser och Myndigheten för hälso- och vårdinfrastruktur ska även i framtiden styra över "marknaden" genom certifiering av olika leverantörer och/eller genom föreskrifter om vad som ska produceras.

Att reglera tillträdet till hälsokontot innebär i teorin att alla företag som vill agera på marknaden har rätt att nyttja infrastrukturen mot en viss avgift. På detta sätt åstadkoms en vertikal separation mellan infrastruktur

---

36. Antal ärenden var i maj 2013 50 000, och användningsgraden av MVK ligger idag på ca 30 procent.

från tjänsteproduktion. En sådan lösning förväntas skapa goda möjligheter att uppnå konkurrensneutrala villkor för tillträdet till infrastrukturen. Nackdelen med detta alternativ är att eventuella samproduktionsfördelar och synergieffekter mellan infrastruktursägare och produktionen inte kan utnyttjas samt att investeringsincitament riskerar att försämrans (se teori om sociala innovationer).

För att konkurrensen ska fungera effektivt krävs att konsumenterna är välinformerade och har goda förutsättningar att påverka produktionen och förbättra marknadens funktionssätt. På vissa av de regelreformerade marknaderna har det visat sig att konsumenterna varit relativt orörliga och att de inte utnyttjat möjligheten att välja bland olika alternativ. Detta kan bland annat förklaras av att informationen varit svårtillgänglig och att möjligheten till jämförelser mellan olika leverantörer varit begränsad. En annan orsak är att byte av leverantör varit förenat med betydande kostnader, så kallade omställningskostnader eller inlåsnings effekter.

När en marknad regelreformas överförs makt från reglerande myndighet eller från tidigare monopolföretag till marknaden, det vill säga till konsumenter och producenter. Det räcker dock sällan att ta bort regler för att åstadkomma effektiva marknader. Tvärtom är det vanligt att det krävs fler regler och mer omfattande tillsyn än tidigare för att marknaden ska fungera effektivt. Krångliga, icke ändamålsenliga regler som är tids- och resurskrävande för marknadens aktörer hämmar etablering och konkurrens, särskilt från ett småföretagarperspektiv.

Diskussionen från föregående avsnitt om hur en gemensam infrastruktur kan göras tillgänglig för alla företag på marknaden visar tydligt på ett sådant exempel. För att marknader ska fungera effektivt krävs, förutom ett ändamålsenligt regelverk, att det finns starka och effektiva institutioner som tillämpar och utövar kontroll och tillsyn över dessa regler. Hur regleringen kommer att utformas vid utveckling av sociala innovationer respektive de E-tjänster som behövs för att förverkliga sociala innovationer har betydelse för hur marknaden kommer att utvecklas avseende exempelvis priser, investeringar och produktivitet.

## 7.6 Mognadsgrad och big data

En tjänst förverkligas först när den används. Användningsperspektivet är en grund för att överhuvudtaget kunna prata om tjänste- eller social

innovation. Användaren är en väsentlig aktör vid tjänsteproduktion och betalar för nyttan för att använda en tjänst, inte för att äga en specifik produkt. Hur sociala innovationer ska samproduceras, vilka resurser som ska reserveras så att hälso- och sjukvårdspraktiker kan delta i innovationsprocessen är inte definierat idag. Tanken om att användaren (patienten och praktikern) är del av en homogen massa och att han/hon är en mottagare av tjänsten är inte förenad med principer för utveckling och spridning av sociala innovationer. Användningen av en tjänst är i hög grad relaterad till priset på tjänsten och till användarnas upplevda värde av den. Kundens mognadsgrad och tjänstens tillförlitlighet, exempelvis att kunna skilja en tjänst som kan anses pålitlig från den som är opålitlig eller sortera bort en tjänst som inte gör någon nytta för tillhandahållandet av hälsotjänster, kommer därmed att vara avgörande vid en generalisering av tjänsterna. Tidigare har det påpekats att en av de viktigaste utmaningarna ur individens perspektiv är tillförlitligheten i data.

Datamängder tillför inte nödvändigtvis mer värde till en organisation (Kaisler, Armour, Espinosa och Money 2013).<sup>37</sup> När data genereras från en mängd olika källor och i en mängd olika format både i strukturerad och icke strukturerad form, exempelvis bildspråk, sensorer, video, dokument, loggfiler och e-post uppstår en ny situation både för individer, organisationer och för företagare då frågor kring äganderätt, förvaltningsprinciper, analystekniker av lagrad data samt visualisering av resultat uppstår (Chen, Chian och Storey 2012). Ytterligare en faktor är komplexiteten i hälsodata samt de flerfaldiga relationer som finns mellan olika dataenheter och som gör att små ändringar kan påverka andra delar av sparad data, vilken kan få stor effekt på datan som helhet och dess betydelse och på så vis slutresultatet av en analys inför fastställande av exempelvis en diagnos.

---

37. Många läkare anser att direktåtkomst till patientjournaler inte leder till bättre vård: Se Läkartidningen 37/2013.

# Slutsatser och reflektioner

## 8

Vad hindrar implementering av sociala innovationer och innovativa E-hälsotjänster?

Det ekonomiska argumentet för en investering i sociala innovationer såsom infrastrukturen för ett hälsokonto är att sådana investeringar förväntas ge fördelar för individer och organisationer (Florida och Kenney 1988) samt bidra till att företagare vill realisera de sociala innovationer som entreprenörer föreslår. Om hälsokontot ska ge underlag för investeringar i nya tjänster genom att skapa en gynnsam investeringsmiljö och underlätta den entreprenöriella aktiviteten, bör informationsasymmetrier samt utvecklingsberoende och eventuella koordinationsmisslyckanden (att individuella företag bara tar hänsyn till sig själva i sina beslut gällande lokalisering och investeringar i klustret) undanröjas.

Ett personligt hälsokonto åt alla, som innehåller nya och innovativa E-hälsotjänster som kan köpas på marknaden från ett privat företag, öppnar upp för nya diskussioner kring huruvida ett hälsokonto och dess tillhörande E-hälsotjänster är en kollektiv vara, som ska finansieras av hälso- och sjukvården eller eHälsomyndigheten, eller en privat tjänst som bör finansieras av den enskilda individen. *Men det öppnar också upp för behovet av att tydliggöra vem som är kunden och vem som ska betala för tjänsten och vilka tjänster som ska tillhandahållas i offentlig respektive privat regi.* Det är frågor som rör både efterfrågan och utbud och som också måste kombineras med frågan om hur de nya tjänsterna ska erbjudas och hur tjänsterna ska klassificeras.



Den information som individen får tillgång till i ett första steg i hälsokontot är läkemedel, medicinsk information, vaccinationer, kronisk sjukdom, mödravårdcentral och/eller vårdcentral samt hälso- och friskvårdsinformation.<sup>38</sup> Det är inte uttalat om dessa områden kommer att betraktas som bastjänster eller inte (se sid 29-31). Det finns inte heller någon diskussion om dessa tjänster kommer att kunna ge underlag för att utveckla olika typer av plustjänster i kombination med flera eller andra tjänster och om dessa ska erbjudas direkt till individen mot betalning.

Ytterligare en fråga är hur införandeprocessen kommer att designas och vem som ansvarar för detta. Ett speciellt problem rör introduktionen av hälsokontot då det kommer att medföra organisatoriska omställningar (Freeman och Louçã 2001). En annan viktig fråga är vilka åtgärder som ska vidtas om några tjänster upplevs som ineffektiva eller olämpliga.

En förutsättning för utveckling av E-hälsotjänster som hanterar patientinformation är också en lagstiftning som möjliggör delning av patientuppgifter mellan vårdgivare och olika intressenter. Den nya Patientdatalagen ger möjligheter för vårdgivare att införa en sammanhållen journalföring och dela relevant information över huvudmannagränser. I patientdatalagen regleras idag förutsättningarna för utbyte av information. En grundförutsättning är att patienten ger sitt medgivande för vilka delar av journalen som får delas, och vilken vårdpersonal som får ta del av den. Det innebär att de formella institutionerna, i form av lagar och regler, spelar en viktig roll då de kan påverka leverantörers benägenhet att ge sig in på E-hälsomarknaden (se röster från leverantörer på sid 26).

En plattform för uppkoppling av hälsotjänster kan stimulera till att omsätta idéer till kommersiell nytta, alltså driva fram innovationer som sprider sig i samhället genom följdinnovationer och imitationer. Det krävs dock att företag/entreprenörer upplever att det finns incitament att investera i utveckling av E-hälsotjänster och att investeringarna blir långsiktiga och ekonomiskt hållbara.

---

38. För att göra detta möjligt har CeHis fått uppdraget av Apotekens Service AB att utveckla en lösning för att överföra journalinformation genom en prenumerationstjänst till HälsaFörMig via Mina VårdKontakter där inloggning behövs. Idag arbetar Norrbottens läns landsting, Landstinget i Uppsala län, Stockholms läns landsting, reumatologmottagningarna och Mama Mia med piloter för ett digitalt utlämnande av vårdinformation till sina patienter [2013-09-12].

Även om avkastningen av sociala innovationer som ett hälsokonto inte nödvändigtvis behöver mätas i kronor och ören, är det motiverat att identifiera effekter för organisationen och individen samt för leverantören av tjänsten, effekter som oftast associeras med mål och visioner samt med en generell användning av en sådan teknik, till exempel ökad välfärd, ökad patientsäkerhet, tjänstekvalitet eller god hälsa för medborgarna.

Det kan vidare konstateras, i denna studie, att det finns flera aspekter som inte är belysta ännu och som påverkar utveckling av en bättre fungerande Ehälsotjänstemarknad och därmed en frångångsrik implementering av sociala innovationer.

Några viktiga aspekter är:

- Det verkar inte finnas beslut om vilka tjänster som ska kategoriseras som bastjänster, bitjänster, stödtjänster eller plus-tjänster.
- Det saknas tydliga affärs- och finansieringsmodeller.
- Det finns inga tydliga regler kring vilken säkerhets- och kvalitetsnivå tjänsterna ska ha.
- Det saknas information om processer, aktiviteter och metoder för att hantera big data.
- Det saknas information om hur avvikelshantering med rapportering av säkerhetsproblem ska göras i de fall det förekommer felaktig registrering av information med medföljande effekter på datakvalitet.
- Det finns inte tillräcklig information om vilka regler och förutsättningar, exempelvis ekonomiska, sociala, administrativa eller branschspecifika regleringar<sup>39</sup>, som bör gälla för att marknaden ska växa snart och snabbt.
- Det saknas information om vad individer efterfrågar, om individernas preferenser och om aktörers beteende, samt om det finns någon betalningsvilja.
- Det finns ingen information om eventuella likheter eller skillnader avseende säkerhetsaspekter mellan hälsokontot och andra redan existerande IT-baserade plattformar, som exempelvis tjänsteplattformen.

---

39. *Ekonomiska regleringar* avser regleringar som direkt intervenerar på marknaden och får effekter på exempelvis priser och konkurrensförhållanden. *Sociala regleringar* avser regleringar som syftar till att skydda allmänhetens intressen, såsom hälsa. *Administrativa regleringar* avser krav på att följa särskilda administrativa formaliteter.

Vidare finns det ett tydligt behov av att diskutera hur individer utan tillgång till internet, egen dator eller smarta mobiltelefoner ska kunna nyttja denna tjänst. Enligt rapporten "Svenskarna och Internet 2012" (Findahl 2012) använder 1,2 miljoner svenskar aldrig eller väldigt sällan internet. Halva den svenska befolkningen saknar fortfarande e-legitimation och 13 procent av befolkningen betalar inte räkningar via internet.

Givet att E-hälsotjänstemarknaden kommer att öppnas upp, finns det en rad frågor att diskutera vid en generell implementering av ett hälso-konto som i sin tur kan ha policyimplikationer, exempelvis:

### *Hur entreprenörer ska engagera sig i utvecklingen av E-hälsotjänster*

Eftersom E-hälsotjänster verkar vara en sorts erfarenhetsvara är krav på tjänstekvalitet en utmaning som kräver att tjänstekvalitet ges en tydlig definition. God tillgång till information är därmed en förutsättning för att entreprenörer ska kunna engagera sig i den framtida utvecklingen av innovationer av olika typer. Vidare är det också relevant att riktlinjer och krav på kvalitet och säkerhet hos de tjänster och produkter som ska utvecklas är definierade för att de ska vilja engagera sig.

### *Vilka prissignaler, tjänsteerbjudanden och regler som kommer att gälla*

Vilka tjänster som ska ingå i ett tjänstepaket och vilka som ska betalas av tredje part alternativt av den enskilde individen kommer att avgöra både utformning av affärsmodeller och företagets beteende. Vidare kommer det att vara viktigt att tjänsterna utvärderas utifrån de mål och effekter som varje alternativ tjänst förväntas tillföra hälso- och sjukvården och individen. I grunden handlar det om en jämförelse mellan olika alternativa, många gånger liknande lösningar. Det handlar också om att kunna identifiera de specifika mervärden som en tjänst kommer att ge och att definiera vilka tjänster ska klassas som bastjänster, bitjänster, stödtjänster respektive plustjänster.

En förutsättning för att stimulera marknaden är att producenterna ska kunna differentiera sitt tjänsteerbjudande. Regler som begränsar producenternas agerande kan vara motiverade inom hälso- och sjukvården, men om reglerna begränsar producenternas möjlighet att optimera sina erbjudanden kommer konkurrensen inte att stimuleras, vilket kan leda till att utbudet av hälsotjänster inte utvecklas på ett optimalt sätt.

Paradoxalt nog beskrivs E-hälsoområdet som en ny växande marknad. Denna studie visar dock det finns många obesvarade frågor vad gäller funktion och utveckling av denna marknad som kräver djupare undersökning. E-hälsoområdesproduktion är något som företag redan idag erbjuder på den privata marknaden i form av appar, dock ej integrerade. Det som är nytt är att invånarna kan samla all sin hälsoinformation på en plats, i en produkt, där även information från hälso- och sjukvård kan samlas.

### *Djupare kunskap krävs om:*

a) Vilka ekonomiska, sociala och administrativa principer som ska gälla för certifiering av företag som producerar och erbjuder E-hälsoområdesproduktion och vilka specifika krav som måste uppfyllas för att de ska kunna anses bidra till att uppnå sociala innovationsmål och förväntningar.

b) De regler och mekanismer som skapas, såsom certifiering av leverantörer, bör syfta till att minska transaktionskostnader, öka effektivitet samt uppmuntra inträde och utveckling av E-hälsoområdesproduktion och inte vara ett hinder för entreprenörer och företagare.

c) Medborgare/individens finansiella beteende och om E-hälsoområdesproduktion påverkar individens välfärd, liksom olika aktörers reaktioner på prissignaler.

d) Vilka finansieringsmodeller som ska gälla:

- Om de basjänster som ska ingå i hälsokontot inte är kostnadsfria för individen och avses vara av relevans för vårdtagarens välbefinnande, finns det ett starkt behov av att utveckla en modell som subventionerar finansiering av tjänsterna för vårdtagare som inte har råd att betala.
- Om det uppstår en situation där personer med låg betalningsvilja eller låg inkomst behöver eller vill använda sig av en bi- eller en plus-tjänst som inte ingår i hälsokontot eller tillhandahålls gratis, borde rimligen tjänsten subventioneras, eller inkluderas antingen i en sorts försäkring eller i kostnadsskyddet så att alla får tillgång till och rätten att nyttja en och samma tjänst.

Det finns inga möjligheter att tvinga patienten att använda hälsokontot och det kommer, åtminstone under ett tag, finnas en risk för behov av två parallella system.



# Avslutande kommentarer och framtida studier

# 9

E-hälsotjänstemarknaden står högt upp på den internationella dagordningen och har utpekats som ett av de starkaste tillväxtområdena i Europa (COM 2014). Inte minst i Sverige finns en stor potential för konkurrenskraftiga företag att växa fram inom E-hälsosektorn och utveckla produkter som är attraktiva även på en internationell marknad (2011/12: RFR5). E-hälsotjänstemarknaden har blivit omfattande och drivs av en strävan av uppnå högre produktivitet, bättre kvalitet och effektivitet samt förbättrad service (<http://www.nationellehalsa.se/> 2013-09-27). Allt tyder på att en stor del av tillväxten inom E-hälsoområdet kommer att ske inom E-hälsotjänster och med fokus på individen som konsument mer än som patient och där tjänsterna tillhandahålls av privata leverantörer eller offentliga aktörer framförallt via mobila lösningar.

Marknaden för E-hälsotjänster domineras idag av företag som tillverkar ett antal applikationer i form av tjänster och mjukvara där företag konfronteras med utmaningar såsom exportmöjligheter eller avsaknad av etablerade normer och standarder för tjänsteutformning (Vinnova 2012) vilket leder till att det idag är svårt att identifiera en global marknad för E-hälsotjänster. Vidare finns det andra restriktioner som gör att det idag är svårt att utveckla generiska tjänster som kan säljas på den internationella marknaden, exempelvis skillnader i regelverk på olika marknader, skillnader i sjukvårdssystem, olika vårdkulturer, användning av olika terminologier

och olika medicinska termer, avsaknad av gemensam struktur för information, avsaknad av standarder samt olika säkerhetsmässiga krav.<sup>40</sup> Det är därför svårt att utveckla generiska E-hälsotjänster och anpassa dem till olika marknader (COM 2014).

Att införa E-tjänster, inom hälso- och sjukvården har visat sig vara en svår uppgift (Vimarlund, Olve, Scandurra och Koch 2008). Troligtvis finns det faktorer vid implementering av e-tjänster inom hälso- och sjukvården som resulterar i ett glapp mellan förväntningar och utfall som finns på organisations- och beslutsfattarnivå (Heeks 2006). Ungefär 60-70 procent av de IT-projekt, inklusive projekt som avser att utveckla och implementera e-tjänster för vården, har tidigare misslyckats i någon form (Ammenwerth et al 2006). Det kan vara allt från att budgeten för projektet överskrids till att praktiker uppfattar att applikationerna inte stödjer de dagliga arbetsprocesserna utan leder till att det administrativa arbetet konsumerar mycket av den disponibla patienttiden (Vimarlund 2008; Leonard 2000), eller att applikationerna eller tjänsterna inte används optimalt.

Den befintliga forskningen inom området E-hälsotjänster, särskilt avseende dess koppling till ett hälsokonto, är begränsad i sin omfattning, och den forskning som faktiskt finns är en övervägande majoritet från USA. Att studera innovationer som kan beskrivas som sociala innovationer såsom ett hälsokonto är därmed en aktuell företeelse som kräver en diskussion om utveckling av området samt en diskussion av hur olika intressenter uppfattar möjligheter att komma in på denna nya marknad samt dess implikationer för välfärd och tillväxt.

Fram tills idag har hälso- och sjukvårdsorganisationerna haft flera roller, allt från finansiering, reglering och utvecklingsansvar för tjänster med ett styrningssystem som innebär att landstingen tar ansvar för att invånarna har tillgång till en bra och väl fungerande hälso- och sjukvård. Det förefaller idag osannolikt, med den ringa information som finns idag vad gäller regler för utveckling av E-hälsotjänster, att full konkurrens kommer att råda på annat än mindre delar av E-hälsotjänstemarknaden. En grundfråga vid utveckling av den tekniska infrastrukturen för hälsokontot, för tillhandahållande av tjänster där både privat och offentliga leverantörer agerar, är hur detta ska styras och organiseras med tanke på de utmaningar som

---

40. Även om det idag finns flertalet standarder för olika applikationer som diskuteras inom ramen för gränsöverskridande organisationer såsom SIS, kan och det facto väljer olika länder och vårdgivare att ansluta sig till olika standarder.

hälso- och sjukvården ställs inför samt vilken roll organisationerna och dess praktiker ska ha.

En intressant iakttagelse i detta sammanhang är att den typ av tjänster som diskuteras som aktuella att förmedla via ett hälsokonto inte inkluderas i de regleringar eller bestämmelser som idag finns inom vårdsektorn, exempelvis Lagen om valfrihetssystem som trädde i kraft den 1 januari 2009 och som gäller för kommuner och landsting vid införande av valfrihetssystem för hälsovård- och socialtjänster.

Kunden blir alltså att betrakta inte enbart som avgörande faktor för värdeskapandet i användningstillfället av en E-hälsotjänst (som medproducent) utan också som en central resurs i utvecklingsarbetet (som medskapare) av sociala innovationer. Detta innebär vidare att fokus blir på nytta vid användandet av tjänsten, inte på framställningen av eller egenskaperna hos varan oavsett om det är en tjänst som används av vårdproducenter eller av konsumenter (B2B) eller (B2C) tjänster. Ett problem i detta sammanhang är att nyttan av sociala innovationer eller dess tillhörande tjänster sannolikt är olika för en praktiker jämfört med för en privatperson. Storleken på värdet avgörs för företaget av vad tjänsten innebär vid användandet i affärsverksamheten respektive för privatpersonen av det upplevda värdet i och med konsumtionen.

Framgångsrika investeringar i sociala innovationer och E-hälsotjänster som avses stimulera värdet av sociala innovationer blir en kombination av implementering av en specifik tjänst och ett generellt förändringsarbete ämnat att skapa nytta gällande tillgång, effektivitet och kvalitet av vald applikation med individen i centrum.

Det är viktigt att med privata tjänsteföretag diskutera under vilka förutsättningar de kan tänka sig att samproducera innovationer, och hur samfinansiering av dessa ska verkliggöras. Av de intervjuer som har genomförts har det framgått att företagen inte är intresserade av att utveckla hälsotjänster som inte kan säljas. Alltså verkar en situation där företag inte får den ekonomiska kompensation som de förväntar sig inte vara aktuell, åtminstone inte idag. Det verkar som att det enbart är stora företag som kan vara beredda att utveckla kostnadsfria E-hälsotjänster i samverkan med individer och praktiker, givet att de får något i kompensation, exempelvis patientdata som hjälper att följa upp konsumtion av ett visst läkemedel eller möjlighet att göra undersökningar och jämföra olika patienters situation vid en viss typ av sjukdom, etcetera.



Om en E-hälsotjänstemarknad ska växa med hjälp av företag som har sociala syften eller inte är en intressant fråga som måste beaktas i diskussionen av tillkomst av sociala innovationer.

Den moderna ekonomin kan ses som en kontinuerlig strävan att separera de processer som försiggår inom näringsliv/företagande, från de politisk-demokratiska processer vilka förutsätter att företag inte ska vara politiska aktörer, och politiska aktörer ska inte kunna påverka produktionen och distributionen av varor och tjänster (Palmås 2005a). En väl fungerande modern ekonomi förutsätter att medborgares utövande av politik, och näringslivets skapande av ekonomisk nytta, hålls separerade från varandra (Turner 2001). Sociala innovationer utmanar dock denna moderna separation. De senaste årens popularisering av begreppet socialt entreprenörskap har lett fram till en diskussion om de institutionella hinder som gör det svårt att starta och driva sociala företag idag. Dessa hinder kan sammanfattas i fyra punkter: Komplicerade legala strukturer, tillgång till finansiering, kunskapsluckor och bristande samhällsligt erkännande (Palmås 2003).

E-hälsotjänstemarknaden och sociala innovationer är frågor som väcker mycket uppmärksamhet idag. Ambitionen att stimulera marknaden genom en infrastruktur såsom ett hälsokonto är en bra början men så länge inte priskonkurrens, differentiering och kvalitetsfrågor diskuteras såväl som principer för certifiering av leverantörer, tjänsteutbud med mera är det svårt för leverantörer att förstå de möjligheter som kommer att finnas. Vidare är det svårt att konkurrera om de lösningar som produceras inte svarar upp mot kundernas efterfrågan eller mot praktikers förväntningar på kvalitet och tillförlitlighet. En viktig förutsättning för att utveckla marknaden är därmed att företag har goda möjligheter att utveckla sina erbjudanden. Regleringar av olika slag, till exempel patientdatalagen, avgifter med mera kan vara motiverande ur ett välfärdsperspektiv så att alla har rätt till god offentligt finansierad vård. Vidare finns det inte information om hur stor efterfrågan på olika typer av tjänster är. Avsaknad av information om individers benägenhet att betala för att få tillgång till hälsokontot gör det svårt för företag att utveckla sina tjänsteerbjudanden.

I Sverige har patienten idag rätt att äga sin egen hälsoinformation och det finns ett kommersiellt incitament för privata hälso-, sjukvårds- och friskvårdsaktörer att ta del av hälso-informationen för att kunna erbjuda kompletterande tjänster och produkter. Det saknas kunskap om patienters preferenser vad gäller olika E-hälsotjänster och också information om vilka

typer av tjänster patienter föredrar. Tidigare forskning visar att patienter är intresserade av att använda administrativa tjänster som möjliggör effektivisering av informationshantering och flöden mellan vårdgivare och vårdtagare. Det finns inga internationella studier som visar på motsatsen. De tjänster som efterfrågas idag finns redan tillgängliga i form av prototyper. För att veta om det verkligen finns en effektiviseringspotential inom området och hur omfattande denna kan vara, behövs studier som visar och mäter användning, betalningsvilja samt användarnas preferenser, entreprenörernas/företagens reaktioner på de regleringar och prissignaler som sänds, samt studier av individers finansiella beteende.

En annan viktig fråga är om det finns planer på att göra E-hälsotjänsterna tvingande för alla individer. Om så är fallet kan det finnas oönskade effekter som kan göra att investeringen inte är lönsam, exempelvis att användaren inte använder sig av tjänsten. Samma effekt kan uppstå om det finns ett stort antal användare som inte uppfattar sig ha den tekniska mognad som behövs för att hantera de E-hälsotjänster som kommer att finnas tillgängliga via hälsokontot. Även denna fråga är viktig att inkludera i framtida studier om användarnas preferenser.

Allt tyder på att en ny marknadslogik kommer att krävas för att arbeta med sociala innovationer. Entreprenörer och företag måste involvera individer/medborgare men också praktiker under hela utvecklingsprocessen och framför allt i de tidigare faserna, om det överhuvudtaget ska talas om sociala innovationer. Att involvera individen tidigt och löpande i processen innebär att de som besitter värdegenererande och avgörande kunskap, blir delaktiga också i företagets och organisationernas innovationsprocess och erbjudandeutveckling. Individen vet förmodligen bäst vilka förändringar som effektiviserar mest i användandet och att det inte nödvändigtvis är de förändringar som leverantören på egen hand gör i sin vara eller tjänst som tillför mest värde. Å andra sidan kan det mycket väl uppstå en principal/agent-situation där entreprenörer tar rollen som agenter för framtida användare.

Sociala innovationer genom E-hälsotjänster är ett område som redan nu har en substantiell storlek och betydelse för vår ekonomi, och som dessutom är i tillväxt. E-hälsotjänster är en avgörande faktor för att hälso- och sjukvården ska kunna hantera framtidens utmaningar. En ogynnsam ekonomisk utveckling kan innebära ett hinder för fortsatta investeringar i såväl teknik som i att hitta nya arbetsformer och processer i offentlig ägda organisationer. Sociala innovationer har utpekats som ett viktigt verktyg

för att uppnå en mer ekonomisk, social och miljömässig hållbar utveckling och för att lösa stora samhällsutmaningar. Det gör att allt fler länder vill dra nytta av potentialen i olika typer av sociala innovationer som inte alltid primärt är motiverade av ett vinstintresse. De slutsatser som presenteras i denna rapport avseende policyimplikationer vid generell implementering av ett hälsokonto kan generaliseras även till andra typ av sociala innovationer där sociala behov inte bemöts på marknaden eller av offentlig sektor (till exempel gräsrotsinitiativ). Eller där gränserna mellan sektorer har suddats ut och tvärsektoriellt samarbete mellan intressenter från offentlig, privat och social ekonomi krävs för att bidra till att förbättra vad som saknas, eller inte fungerar, i samhällsstrukturen och där det traditionella samhällssystemet inte klarar av att bemöta framtidens utmaningar på egen hand.

# Referenser

---

- Afrin, L, Courtney, K, Demiris, G, Goossen, W, Lovis, C, Lynch, C, Sondhi, M, Speedie, S, & Vimarlund, V. (2007). Patient-centered applications and mobile health: use of IT to promote disease management and wellness. A White Paper by the AMIA Knowledge in Motion Working Group, 2007. *Journal of the American Medical Informatics Association*, JAMIA 15(1):8-13.
- Akerlof, G A. (1970). "The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism". *Quarterly Journal of Economics* (The MIT Press), 84 (3):488-500.
- Ammenwerth, E, Talmon, J, Ash, J. S, Bates, D W, Beuscart-Zephir, M. C, Duhamel, A, Elkin, P. L, Gardner, R. M, & Geissbuhler, A. (2006). "Impact of CPOE on mortality rates – contradictory findings, important messages". *Methods Inf Med*, 45(6):586-593.
- Arrow, K J. (1963). "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". *American Economic Review* (American Economic Association), 53 (5): 941-973.
- Asplund, C. J, Bjerke, D & Hjorth, H. (2003). *Publikt Entreprenörskap*. Malmö. Malmö University Press.
- Berlin J och Carlström E. (2013) Trender som utmanar traditioner. En hälso- och sjukvård i metamorfos. Offentlig förvaltning Scandinavian Journal of Public Administration 16(2): 3-23.
- Bullinger H.-J, Fähnrich K.-P & Meiren T. (2003). „Service engineering, methodical development of new service products". *International Journal of Production Economics*, 85(3): 275-287.
- Centrum for Social Innovation, Stanford, business, <http://csi.gsb.stanford.edu/leveraging-social-innovation>. (Hämtad 2014-04-13).
- Chen H; Chian E; Storey V. (2012). "Business Intelligence and Analytics. From Big Data to Big Impact". *MIS Quarterly*, 26(4):1165-1188.
- Chesbrough, H. W. (2010). Business Model Innovation: Opportunities and Barriers. *Long Range Planning*, 43(2–3), 354-363.

- Chesbrough, H. W., Rosenbloom, R. S. (2002). The role of the business model in capturing value from innovation: evidence from Xerox Corporation's technology spin-off companies. *Industrial and corporate change*, 11(3), 529-555.
- Christensen C M, Bohmer R, Kenagy J. (2000). Will disruptive innovations cure healthcare? *Harvard Business Review*, September 2000:1-10.
- European Commission, COM (2014). Green paper on mobile Health ("mHealth"). Brussels, 10.4.2014. COM(2014) 219 final.
- eHealth Initiative. (2011). Report on Health Information Exchange: Sustainable HIE in a Changing Landscape, Washington, D.C.
- eHälsa - nytta och näring 2011. Rapport från riksdagen 2011/12: RFR5.
- EU Directive: 37, (2013).
- Eysenbach, G. (2001). "What is e-health?" *Journal of medical Internet research*, 3(2)e20.
- Findahl, O. (2012). *Svenskarna och Internet 2012*. Se *Internetstatistik*. DanagårdsLiTHO, Ödeshög, 2012. ISBN: 978-91-979411-7-4.
- Florida, R L & Kenney, M. (1998). "Venture Capital, High Technology and Regional Development". *Regional Studies*, 22: 33-48.
- Franke, N & Hippel, E. (2003). Satisfying heterogeneous user needs via innovation toolkits: the case of Apache security software. *Research Policy*, 32(7):1199-1215.
- Freeman, C & Louçã, F. (2001). *As Time Goes By. From the Industrial Revolutions to the Information Revolution: From the Industrial Revolutions to the Information Revolution*. Oxford: Oxford University Press, 2001. Pp. viii, 407.
- Gallouj, F & Djella, F. (2010). *The Handbok of innovation and Services. A multidisciplinary Perspective*. Edward Elgar Publishing Limited, The Lypiatts, Cheltenham, UK.
- Gary, H. (2000). "Leading the Revolution". *Strategy, Innovation, Wealth creation*, November Nr 102:11-26.
- Govindarajan, V & Kopalle, P. (2006). "Disruptiveness of innovations: measurement and an assessment of reliability and validity", *Strategic Management Journal*, 27(2):189-199.
- Grönroos, C. (1990). *Service Management and Marketing-Managing the Moments of Truth in Service Competition*. Massachusetts, Maxwell MacMillan.

- Hedman, J, Kalling, T. (2003). "The business model concept: theoretical underpinnings and empirical illustrations". *European Journal of Information Systems*, 12(1):49-59.
- Heeks R. (2006). "Health information systems: Failure, success and improvement" *International Journal of Medical Informatics*, 75:125—137.
- Henderson R M & Clark K B. (1990). "Architectural Innovation: The Reconfiguration of Existing Product Technologies and the Failure of Established Firms", *Administrative Science Quarterly*, 35: 9-30.
- Holcombe, Randall G. (1998). "Entrepreneurship and Economic Growth." *Quarterly Journal of Austrian Economics*, 1(2): 45–62.
- Hollingsworth, J R. (2000). "Doing institutional analysis: implications for the study of innovations". *Review of International Political Economy*, 7(4).
- Hwang, J & Christensen, C M. (2008). "Disruptive innovation in health care delivery: a framework for business-model innovation". *Health Affairs*, 27(5):1329-1335.
- HälsaFörMig, <https://projektet.halsaformig.se/2013>, (2013).
- Hälso- och sjukvården till 2030. SKL rapport (2005).
- Immelt J R, Govindarajan V. (2009). "Trimble C. How G is disrupting itself". *Harvard Business Review*, October 2009, pp 1-11.
- Industrins Ekonomiska Råd. (2008). *Ekonomi i omvandling: Näringsstruktur, konkurrenskraft och lönebildning*.
- IVA. (2010). *Innovationer, entreprenörskap och tillväxt*. Kungl. Ingenjörsvetenskapsakademien.
- Johansson, C. (2007). *Knowledge Engineering in the Virtual Enterprise Exploring a Maturity-Based Decision Support*. Lic. 2007:64. Luleå University of Technology.
- Kaisler S, Armour F, Espinosa A & Money W. (2013). *Big Data: Issues and Challenges Moving Forward. HICSS:13 Proceedings of the 2013 46th Hawaii International Conference on System Sciences*, pp 995-1004. IEEE Computer Society Washington, DC, USA.
- Leonard J K. (2000). "Information systems for healthcare: Why we have not had more success". *Healthcare Management Forum*, 13(3):45-5.
- Lessig, L. (2006). *Code. version 2.0*. New York: Basic Books.
- Läkartidningen. (2013) 110:CFUX "Läkare dömer ut direktåtkomst till patientjournaler" *Läkartidningen* 37/2013.
- Lyttkens L, Eklund B, och Pettersson M. (2014). *Rapport om införande av e-hälsotjänster "Min journal via nätet"*. Landstinget i Uppsala län.

- Moore, G A. (2004). "Darwin and the Demon", *Harvard Business Review*, July 2004, pp. 86-92.
- Murphy K. (2012). *Authors criticize EHR innovation*. EHR innovation. HER Systems, HER Vendors, Health IT innovation, Health IT Standards. EHR intelligence, 2012 <http://ehrintelligence.com/2012/06/14/authors-criticize-health-it-innovation/>
- Normann, R. & Ramirez, R. (1993). "From value chain to value constellation. Designing interactive strategy". *Harvard Business Review*, 71(4):65-78.
- OECD. (2005) Oslo Manual: *Guidelines for Collecting and Interpreting Innovation Data*, 3rd Edition, ISBN 978-92-64-01308-3.
- OECD. (2011). *Fostering Innovation to Address Social Challenges WORKSHOP PROCEEDINGS*.
- OECD LEED. (2013). *Forum on Social Innovations* [www.oecd.org/cfe/leed/forum/socialinnovations](http://www.oecd.org/cfe/leed/forum/socialinnovations).
- Osterwalder, A & Pigneur, Y. (2010). *Business model generation: a handbook for visionaries, game changers, and challengers*. Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Osterwalder, A., Pigneur, Y & Tucci, C L. (2005). "Clarifying business models: Origins, present, and future of the concept". *Communications of the Association for Information Systems*, 15(1):1-40.
- Patientdatalag (2008:355) 2013:1 024). <https://lagen.nu/2008:355> [Hämtad 2013-05-10].
- Palmås, K. (2003). *Den Barmhärtiga Entreprenören: Från privatisering till socialt företagande*. Stockholm: Agora.
- Palmås, K. (2005). *ReVolutions: Innovation, politics and the Swedish brand*. London: London School of Economics & Political Science.
- Palohemio, K-S, Miettinen, I och Brax, S. (2004). *Customer Oriented Industrial Services*. Helsinki University of Technology, BIT Research Centre. AD Kari Vuorio & Redfina.
- Porter M E. (1990). *The Competitive Advantage of Nations*. Macmillian, London.
- Rappa, M. (2013). "Business models on the web. Managing the digital enterprise". Retrieved March 28, from <http://digitalenterprise.org/models/models.html>
- Rapport 2011/12:RFR5,2011.
- Regeringskansliet (2012-11-28). *Tal av Göran Hägglund vid Medicinska Riksstämman*, <http://www.regeringen.se/sb/d/7489/a/204754> [Hämtad 2013-04-18]

- Ruiter, D. (2005). "Is Transaction Cost Economics Applicable to Public Governance?", *European Journal of Law and Economics*, 20:287-303.
- Schotter, A R. (2001). *Microeconomics: a modern approach*. Addison Wesley, tredje upplagan.
- Schumpeter, J A. (2008). *The Theory of Economic Development: An Inquiry into Profits, Capital, Credit, Interest and the Business Cycle*, translated from the German by Redvers Opie. New Brunswick (U.S.A) and London (U.K.): Transaction Publishers.
- Shafer, S M, Smith, H J & Linder, J C. (2005). "The power of business models". *Business Horizons*, 48(3):199-207.
- Socialdepartementet (2013). *Nationell E-hälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg*. Västerås: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2011). *Hälsa- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport, 2011*.
- SOU 2002:31. *Vinst i vården och vården som marknad? Betänkande från Vårdens ägarformer*, Socialdepartementet, 2002.
- Spil, T & Kijl, B. (2009). "E-health business models: from pilot project to successful deployment". *IBIMA business review*, 1(5):55-66.
- Statskontoret, (2013). 2012:13. *Service i medborgarnas och företagets tjänst*.
- Turner, A. (1996). *Just Capital: the Liberal Economy*. London: Macmillan.
- Utterback, J M. (1994). *Mastering the Dynamics of Innovation*. Harvard Business School Press.
- Vimarlund, V., Koch, S., Lundberg, N., Danielsson, H., Andersson-Gäre, B., Kovordanyi, R., Skär, L., Söderberg, S., Åhlfeldt, RM., Persson, A., Lind, L., Svensson, A. (2011). *Att fånga nyttan av IT-investeringar inom vård och omsorg. En analysmodell för planering och uppföljning av IT-investeringar - ehälsönätverk*. Forskningsrapport.
- Vimarlund, V. (2008). "Elderly Health, Homecare and Information Technology (IT): Healthcare IT Management". *Journal of the European Association of Healthcare IT Managers*, 3(3):22-23.
- Vimarlund V., Keller K., Lindholm E. (2011). *What is an eHealth account?* Forskarrapport SLL.
- Vimarlund, V., Keller, C., Lindholm, E. & Ivarsson E. (2012). *På Jakt efter ett hälsokonto*. Forskarrapport SLL.



- Vimarlund V. & Koch S. (2011) *Verktyg för val eller prioritering av ehälsotjänster*. Forskarrapport SLL 2912.
- Vimarlund V. & Koch S. (2012) Identifying where the values come from IT-innovations in health and social care, *Intelligent Information Management*, 2012, doi:10.4236/iim
- Vimarlund V., Olve NG., Scandurra I., Koch S. (2008). Information and Communication Technology (IT) and elderly homecare- The Hudiksvall Case. *Health Informatics Journal*, Vol 14(3):195- 209.
- Vimarlund, V., Skågeby, J., Askenäs, L., Jeansson, J. & Kock S. (2009). *Nyttan av storainfrastrukturella IT investeringar i vård och omsorg hälso- och sjukvården – vad avgör om möjligheterna förverkligas? ehälsönätverket*. Forskningsrapport 2009:1.
- Vimarlund V. (2013) *Nya affärsmodeller för mina vårdkontakter (MVK)*. Forskarrapport SLL.
- Vincent, K O. & Norman, G. (2010). "E Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework". *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, Volume 15(1).
- Vinnova (2012). *Analys: Framtida tillväxtmöjligheter för Sverige. Frisk E-hälsa som lösning på hälso- och sjukvårdens utmaningar*. Rapport 2012:03.
- Vinnova (2013). *Från eldsjälssdrivna innovationer till innovativa organisationer*. Rapport 2013:01.
- Was, S. & Vimarlund, V. (2013). *Affärsmodeller för Mina vårdflöden*. Slutrapport för Vinnova.
- Williamson, O E. (1999). "Strategy Research: Governance and Competence Perspectives". *Strategic Management Journal*, 20(12):1087-1108.
- Zaltman, G, Duncan, R. & Holbek, J. (1973). *Innovation and organizations*. New York, NY: Wiley.
- Zeithaml, V A., Parasuraman, A. & Berry, L L. (1985). "Problems and strategies in services marketing". *Journal of Marketing*, 49(2):33.
- Zeithaml, V. (1988). "Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence". *The Journal of Marketing*, 52(3):2-22.
- Zittrain, J. (2008). *The Future of the Internet and How to Stop it*. New Haven: Yale University Press.
- Zott, C., Amit, R., Massa, L. (2011). The business model: Recent developments and future research. *Journal of management*, 37(4), 1019-1042.

## Om författaren

**Vivian Vimarlund** är professor i Informatik vid Internationella Handelshögskolan i Jönköping (JIBS) och vid Linköpings universitet. Hon är också Associate Dean of Research på JIBS och vetenskaplig sekreterare för SFMI (Svensk förening för medicinsk informatik). Vivian Vimarlund har även arbetat som gästforskare på SRA i USA och är aktiv medlem av AMIA (American Medical Informatics Association).

## Om forskningsprogrammet Uppdrag Välfärd

De tre fristående organisationerna Entreprenörskapsforum, Fores och Stiftelsen Leading Health Care driver gemensamt forskningsprogrammet Uppdrag Välfärd. Inom programmet genomför vi ett antal studier som samtliga behandlar frågor om hur vi ska utföra, organisera, styra, och utvärdera framtidens vård, omsorg och skola.

Syftet är att på vetenskaplig grund bidra till att svara på centrala frågor för beslutsfattare i företag, offentliga myndigheter och organisationer. Programmet bedrivs i ett antal projekt kring tre teman: styrsystem, ledarskap och innovation & utveckling, samt projekt som ligger i skärningspunkten mellan dessa teman. Varje projekt leds av en eller flera personer med forskarkompetens.

Uppdrag Välfärd leds av en styrgrupp bestående av de tre institutens chefer. Vi har även en rådgivande referensgrupp bestående av ett 20-tal representanter för företag, ideella organisationer, intresseorganisationer och myndigheter med anknytning till välfärdssektorn. Forskningsprogrammet finansieras huvudsakligen av referensgruppens medlemmar.







**Svensk sjukvård står inför stora framtida utmaningar** i att möta ett ökat vårdbehov i takt med att befolkningen ökar och blir allt äldre. Fram till år 2030 beräknas behovet av vård och omsorg stiga med ungefär 50 procent. Sociala innovationer kan vara ett nytt sätt att inkludera den enskilde individen i utveckling och produktion av tjänster inom välfärden för att bemöta denna utveckling.

Rapporten Sociala innovationer i välfärden belyser aspekter som ännu inte uppmärksammats i debatten och fokuserar på förutsättningarna för ett E-hälsokonto och tillhörande E-hälsotjänster.

E-hälsotjänster utvecklas för att förbättra livskvaliteten hos individer och medför samtidigt nya arbetsprocesser och referensramar i välfärdssektorn. I rapporten diskuterar författaren frågan om det finns incitament för entreprenörer och företag att investera i utveckling av E-hälsotjänster. Även ekonomiska, sociala, administrativa eller branschspecifika regleringar på området belyses liksom vilka sociala innovationer som faktiskt efterfrågas.

Rapporten är författad av **Vivian Vimarlund**, professor i informatik vid Handelshögskolan i Jönköping.

# UPPDRAG VÄLFÄRD

ETT FORSKNINGSPROGRAM OM HUR VI SKA UTFÖRA, ORGANISERA,  
STYRA OCH UTVÄRDERA FRAMTIDENS VÄLFÄRDSTJÄNSTER