

Kunskapsläget avseende användning, klassificering och mätning av hälsoappar inom svensk vård och omsorg

Framtagen i uppdrag av Stiftelsen Compare av
Center för välfärdsförändring @ Mälardalens universitet

april 2026

Sammanfattning

Digitala eller mobila hälsoapplikationer, så kallade hälsoappar, används idag av vård- och omsorgsorganisationer, hälsoprofessioner, och privatpersoner i bland annat vårdinformationssystem, medicintekniska produkter, och personliga träningsprogram, men på grund apparnas raska utvecklingstakt och mångfasetterade tillämpning så har kunskapen om vart, hur, och varför de används släpat efter.

Denna rapport syftar till att sammanfatta nuvarande kunskapsläget kring hälsoapparna, främst gällande deras användning, klassificering, och mätning hos aktörer inom offentligt levererade vård- och omsorg. Rapporten bygger på fem undersökningar som genomfördes med olika metoder för att belysa ett antal centrala frågeställningar från ett flertal perspektiv: en enkätundersökning av kommunala socialförvaltningar, en uppföljande intervjustudie med samma målgrupp, en genomgång av offentliga upphandlingar av varor och tjänster som omfattande hälsoappar, en genomgång av vetenskaplig litteratur som belyser faktorer som påverkar användning av hälsoappar, och en genomgång av så kallade grå litteratur, med fokus på policyer som påverkar användning av hälsoappar.

Enkätundersökningen, som gick ut till samtliga kommuners socialförvaltningar, visade en måttlig användning av hälsoappar, och främst inom relativt konventionella områden för att primärt leverera insatser till vård- och omsorgsprofessioner i sin tjänstgöring. Patientriktade hälsoappar var också relativt kontrollerat av vård- och omsorgsverksamheter, och användes i ungefär hälften så stor utsträckning som professionsriktade hälsoappar. Det verkar dock finnas bristande kunskap om en teknisk intervention är faktiskt en hälsoapp.

Intervjuundersökningen visade att det finns stora brister i hur kommuner definierar önskade effekter i både införskaffning och uppföljning av sina hälsoappar. Det finns bättre förståelse för risker relaterat till apparnas användning såsom teknisk sårbarhet och dataintegritet, men grundläggande effektutvärdering verkar inte ske särskilt ofta. Många kommuner efterfrågar stöd och vägledning i sin användning av apparna, och hälso- och välfärdsteknik i stort.

Genomgången av upphandlingsdokumentationen visade en frånvaro av inköp av enskilda hälsoappar, utan de förekom endast inom ramen för upphandlingar av mer övergripande tekniska system. Krav kring önskade effekter, evidens för effektivitet, eller annan kvalitetssäkring av hälsoappskomponenterna utöver generella, övergripande krav på organisationen förekom sällan i upphandlingarna.

Den vetenskapliga litteraturen visade att hälsoprofessioner använder hälsoappar i relativt hög utsträckning, men tvekar att använda oftare på grund av avsaknaden av officiell vägledning och policy, bristande evidens för apparnas effektivitet och tillämpningsområden, samt patientrelaterade faktorer som digital litteracitet. Många efterfrågade en offentlig garant för hälsoappars kvalitet och effektivitet.

Den gråa litteraturen visade att många av professionernas bekymmer är kända och att det tas steg för att åtgärda dessa i form av offentligt driven infrastruktur, kvalitetsbedömningsprocesser, och kommunikativa insatser kring effektiva appar. Ett antal länder ligger relativt långt före i dessa avseenden, medan Sverige ligger en bra bit efter.

Det krävs många steg för att främja en evidens- och kvalitetsbaserad användning av hälsoappar. Initialt måste en tydlig definition för samt klassificeringsstruktur för apparnas etableras. Åtgärder både från "kvalitetssäkrande" organisationer, troligen inom offentlig sektor, samt från vård- och omsorgsorganisationer som köper in och använder apparna, krävs för att dra maximal nytta av denna teknikform.

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	2
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	3
UPPDRAGSBESKRIVNING OCH SYFTE	4
PROBLEMBESKRIVNING	5
UPPDRAGSANSATSEN	7
GENOMFÖRANDE OCH RESULTAT	8
DISKUSSION	38
OM CENTER FÖR VÄLFÄRDSFÖRÄNDRING @ MDU	44
REFERENSER	45
BILAGOR	48

Uppdragsbeskrivning och syfte

Stiftelsen Compare gav Center för välfärdsförändring hos Mälardalens universitet ett uppdrag att ta fram ett kunskapsunderlag avseende nuläget för tolkning av klassificering av, och indikatorer för, digitala hälsoapplikationers (s.k. hälsoappar) effekter.

Fokuset för kunskapsinsamlingen skulle vara vård- och omsorgsrelaterade tillämpningar av hälsoappar i den svenska offentliga sektorn – och särskilt kommunal vård- och omsorg – men med möjlighet att ta med andra sektorer samt relevanta internationella utvecklingar. Skärningarna mellan medicinteknik, trygghetsteknik, livsstilsteknik och konsumentprodukt utifrån effekt skulle beröras, med särskilt fokus på evidens- och valideringsaspekter.

Centrala frågeställningar som lyftes i uppdragsbeskrivningen var:

- Vilka begrepp används och vart tar de sin utgångspunkt?
- Hur beskrivs, eller bedöms effekt av hälsoappar?
- Finns skillnader mellan olika offentliga aktörer till exempel hälso- och sjukvård och socialtjänst, regioner och kommuner?
- Vad påverkar hur vi ställer kraven på, eller ifrågasätter hälsoappars effekt?
- Vilka situationer uppstår och vilka föreställningar finns om vad man får, eller inte får göra gällande till exempel inköp, rekommendation eller användning av hälsoappar?

Uppdraget genomfördes mellan oktober 2025 och mars 2026.

Problembeskrivning

Hälso- och sjukvårdslagen samt Patientsäkerhetslagen i Sverige ställer krav på att vården ska bedrivas i enlighet med "vetenskap och beprövad erfarenhet" – en evidensbaserad vård. Den nya socialtjänstlagen (SFS nr 2025:400) ställer liknande krav på de kommunala verksamheterna att arbeta utifrån evidensbaserad praktik [1, 2]. Lagen ska säkra att en systematisk och fortlöpande uppföljning, utveckling och säkring av kvaliteten i verksamheten bedrivs.

Evidensbaserad praktik är inte nytt för regionala eller kommunala vård och omsorgsverksamheter, oavsett inriktning. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Regioner och andra instanser har i många år tillhandahållit både kunskapsunderlag och lärostöd till kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvårdsverksamheter kring evidensbaserad praktik (t.ex. [3, 4]).

Däremot har framtagandet och utvecklingen av olika digitaltekniska interventioner och lösningar inom vård och omsorgsområdet ökat explosionsartat under samma period, och tillgängligheten för både professioner och allmänheten har hållit liknande takt. Det har lett till att en huvudfokus för många socialtjänster har varit ökad digitalisering i både internadministrativa och utförande syften. Motivet för denna ökning har dock ofta angetts vara att hantera ökad arbetsbelastning och ekonomiska begränsningar.

Den raska utvecklingstakten och utbredning av utvecklare från olika branscher inom näringslivet och andra sektorer har bidragit till att den vetenskapliga förankringen i digitala, hälsoinriktade lösningar inte heller har hängt med. Internationellt har behovet av att arbeta mer evidensbaserat med digital hälsoteknik påpekats [5-10]. Det finns även konstaterade brister i hur offentliga verksamheter i Sverige arbetar evidensbaserat med digitala interventioner inom vård och omsorg, och flera breddinförda interventioner inom kommunerna har mycket svag förankring i evidensbaserad praktik [11-14].

Att definiera problemet är en del av problemet

Digitala eller mobila hälsoapplikationer, i vardagsspråket förkortad till **hälsoappar**, har många inriktningar inom vård- och omsorgsrelaterade ändamål. Definitionen av vad en digital hälsoapp är varierar stort mellan olika tillförlitliga källor, och redan 2022 fanns det 22 olika definitioner för hälsoappar i vetenskaplig och grå litteratur [15], de flesta hos offentliga instanser.

Hälsoapplikation:

- **WHO:** Programvaran, informations- och kommunikationstekniksystemen (IKT) eller kommunikationskanalerna som levererar eller utför den digitala hälsointerventionen¹ och hälsoinnehållet. [16]
- **Socialstyrelsen:** Tillämpningsprogram för mobila enheter som syftar till att användaren ska kunna få bättre kontroll över och påverka den egna hälsan och välbefinnandet. [17]
- **e-Hälsomyndigheten:** digital applikation som en individ eller personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst använder för att upprätthålla eller förbättra individens hälsa. [18]
- **ISO:** programvara för mobila enheter som behandlar hälsorelaterade data för sina användare. [19]
- **Google:** Appar som hjälper användare att hantera sin hälsa och träning. Dessa appar informerar vanligtvis eller låter användare spåra eller synkronisera information om sin personliga hälsa, och gör framsteg mot sina mål inom områden som träning, kost, välbefinnande och sömn [20]

Wellnessapplikation:

- **EU kommissionen:** varje programvara, eller varje kombination av maskinvara och programvara, som enligt tillverkaren ska användas av en fysisk person, för behandling av elektroniska hälsodata,

¹ Vidare definieras en digital hälsointervention av WHO som *en diskret teknikfunktionalitet – eller kapacitet – utformad för att uppnå ett specifikt mål och hantera en utmaning inom hälso- och sjukvården.* (WHO; 15)

specifikt för att ge information om fysiska personers hälsa eller tillhandahålla omsorg för andra ändamål än hälso- och sjukvård. [21]²

Ett försök att förena existerande definitioner på ett holistiskt sätt [15] kom fram till följande definition:

Hälsoappar är program på mobila enheter som behandlar hälsorelaterade data på eller för sina användare. Alla hälsomedvetna individer kan använda dem, vare sig det är lekmän, anhöriga eller vårdpersonal, för att upprätthålla, förbättra eller hantera hälsan hos en individ såväl som samhälle eller hela befolkningen i ett land.

Samtliga definitioner därmed tillåter att en hälsoapplikation, beroende på dess förväntade tillämpningsområde (eng: *intended use*), även kan hamna under andra etablerade begrepp som hälsoteknik, välfärdsteknik, och medicinteknik. Om en hälsoapp klassificeras som det sistnämnde omfattas det av den europeiska förordningen om medicintekniska produkter (MDR) med striktare krav om klinisk effektivitet, som dessutom måste övervakas under hela produktens livscykel. För hälsoappar som hamnar utanför denna reglering så finns det förhållandevis få krav på effektivitet, och därmed evidens på hur väl den kan förväntas uppfylla ett visst behov.

Ett betydande bekymmer är att de allra flesta hälsoappar idag inte granskas av extern part för att försäkra att de ska falla under en viss reglering, och i många andra fall används de i ett annat syfte eller på ett annat sätt än vad leverantören har angett som användningsområde. Detta betyder i praktiken att de ofta undgår krav på effektivitet som vård- och omsorgsrelaterade verksamheter ska ställa. Detta kan resultera i att lösningen inte skapar nytta för individerna och/eller professionerna, och i värsta fall orsakar skada.

Utöver generella vägledningar kring evidensbaserad praktik har det tagits fram ett antal vägledningar och ramverk för hur man kan utvärdera, bedöma, och/eller klassificera digitala hälsointerventioner – inklusive hälsoappars – användningsområden och effektivitet, för att underlätta för införande verksamheter (t.ex. [5, 22-24]). Nivåer av kännedom och användning av sådana ramverk förefaller dock vara lågt inom svenska kommuner, vilket kan åtminstone delvis förklaras med att det inte finns någon vägledning eller reglering från statliga myndigheters håll, vilket många kommuner efterfrågar [13].

Andra praktiska aspekter kan också spela roll, till exempel att ramverken kommer från andra länder, inte alltid publiceras på lättillgängliga platser, eller har varierande kriterierna för bedömning [25]. När det gäller medicinteknik har den europeiska *Taskforce for Harmonised Evaluation of Digital Medical Devices (EvalEUDMD)* arbetat med att harmonisera utvärderingskriterier bland EU-länderna [26], men en liknande ansats har hittills saknats för icke-medicintekniska applikationer och interventioner.

När det gäller lösningar som riktar sig mot enskilda konsumenter för självbruk är möjligheten till att bedöma och utvärdera digitala hälsoappars effektivitet ännu mer begränsad. Ovannämnda problem kan leda till en självförstärkande ”kunskapsbristsspiral”, där

- i) ändamålsenliga klassificering för både apparna (bland annat utifrån tillämpningsområde) och dess effekter (bland annat utifrån risknivå) används på felaktigt sätt, eller inte alls;
- ii) krav på evidens för effekter som förväntas av apparna blir otydliga, eller saknas helt;
- iii) mätning och uppföljning av apparnas effekt har svag validitet, eller ingen alls;
- iv) beslut avseende användning av apparna fattas på bristande kunskap, eller utan alls.

² Det bör noteras att EU:s European Health Data Space (EHDS)-förordning inte definierar vad en hälsoapplikation är, utan endast formulerar en definition för begreppet wellnessapplikation.

Uppdragsansatsen

Ett flertal viktiga kunskapsunderlag har redan hämtats in genom Stiftelsen Compares omsorg, bland annat projektet DigitalWell Arena. Det aktuella uppdragets ansats formades bland annat för att undvika att inhämta samma kunskap. Genom att tillämpa andra metoder, frågeformuleringar och källanvändning är syftet att ge ytterligare dimension och nytta till den kunskapen som redan finns. En kort beskrivning över denna ansats finns nedan samt i respektive resultatdel i rapporten, och fullständiga metodbeskrivningar finns tillgängligt från Center för välfärdsförändring.

Fem olika undersökningar genomfördes under uppdragstiden, i kronologisk ordning under perioden oktober 2025 – mars 2026:

1. Enkätundersökning hos svenska kommuners socialförvaltningar

För att förstå vilka hälsoappar som används, i vilken utsträckning, och av vilken anledning genomfördes en online enkätundersökning hos samtliga svenska kommuners socialförvaltningar. Fokus på just denna förvaltningstyp var för att närmare identifiera ett upplevt växande behov av digitala lösningar inom vård- och omsorgsverksamheter. Samtidigt är dessa verksamheter relativt outforskade gällande många teknikformer, inklusive hälsoappar. I enkätundersökningen kartlades aktuella hälsoappar inom de kommunala förvaltningarna, syfte med deras användning, och hur de klassificerades. Resultatet användes som underlag i de två efterföljande undersökningarna inom uppdraget.

2. Uppföljande intervjuundersökning av svenska kommuner

Samtliga kommuners representanter som svarat att deras verksamheter använde någon form av hälsoapp kontaktades efteråt med en förfrågan om att ställa upp på en kort semi-strukturerad intervju via digitalt möte. Intervjufrågorna syftade till att komplettera svaren som gavs i enkäten, genom att inhämta detaljer kring enkätsvaren, för att kvalitetssäkra enkätsvaren, och för att undersöka verksamhetsprocesser relaterat till användning av hälsoappar där längre förklaringar kunde tillåtas.

3. Genomgång av svensk offentlig sektors upphandlingar

Upphandling är ett kritiskt moment för hur kraven ställs på hälsoappars effekt då det innebär en formell överenskommelse mellan leverantörer och inköpare om vilka krav som ska uppfyllas, och hur. En systematisk sökning av svenska statliga myndigheters, regioners, och kommuners upphandlingsdokumentation de senaste 5 åren som i någon utsträckning omfattade hälsoappar genomfördes. Sökningarna genomfördes med begrepp och nyckelord specifikt relaterat till hälsoappar, välfärds- och medicinteknik, men även utifrån svaren i enkät- och intervjuundersökningarna. Krav och hänvisningar relaterat till bland annat kvalitet, evidens, och effekter analyserades sedan i dokumentationen.

4. Genomgång av vetenskaplig litteratur

En kvalitativ genomgång av kollegialt granskad vetenskaplig litteratur publicerat de senaste fem åren genomfördes för att specifikt identifiera vilka faktorer som påverkade vård- och omsorgsverksamheter och professioner i OECD- eller motsvariga länder i sina beslut att införskaffa, implementera, och/eller rekommendera hälsoappar.

5. Genomgång av grå litteratur

En genomgång av policydokumentation - dvs dokument som författats i syfte att tillhandahålla reglering, rekommendationer, och/eller andra normerande vägledning - publicerat de senaste fem åren genomfördes för att identifiera underlag som skulle kunna påverka vård- och omsorgssektorn i Sverige i sina beslut att införskaffa, implementera, och/eller rekommendera hälsoappar.

Genomförande och Resultat

1. Enkätundersökning hos svenska kommuners socialförvaltningar

Genomförande

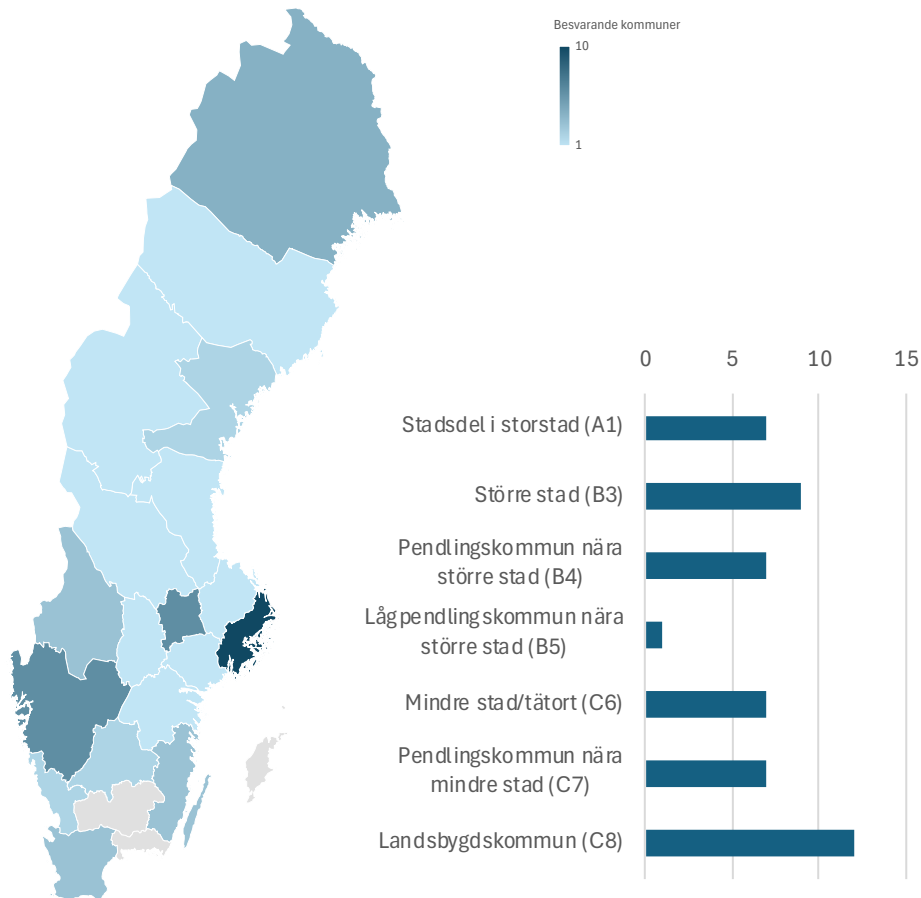
Enkätundersökningen skickades till samtliga svenska kommuner. En initial inbjudan inklusive länk till enkätformuläret skickades ut via e-post till alla kommuners registratorer med instruktion om att dirigera förfrågan till ansvarig person för kommunens socialförvaltning, som i sin tur skulle utse en eller flera lämpliga representanter med insyn i användning av hälsoapplikationer. Enkätformuläret kunde läsas inför svarandet för att underlätta val av representant. En svarsperiod på två veckor tydliggjordes i inbjudan. En påminnelse skickades ut till icke-svarande en vecka innan svarsperioden avslutades om inget svar hade inkommit från organisationen.

Enkätformuläret (Bilaga I) levererades via webbenkätverktyget Survey and Report (Sunet, Vetenskapsrådet). Delvis kompletta enkätsvar kunde sparas och åter öppnas för ifyllande under hela svarsperioden, för att underlätta ifyllande av flera personer eller vid flera tillfällen. Enkätformuläret var adaptivt, så att vissa frågor och svarsalternativ doldes och andra visades beroende på den svarandes val. Enkätresultaten sammanställdes sedan i ett kalkylprogram, analyserades och presenterades deskriptivt.

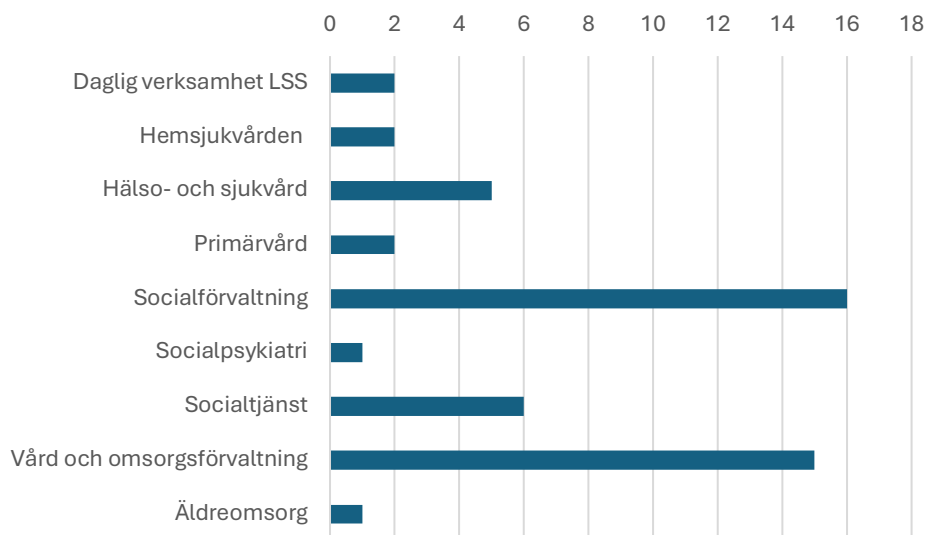
Representanterna som besvarade enkäten angav sitt namn, yrkesroll och kontaktuppgifter hos sin verksamhet för eventuell uppföljning av enkätsvaret i den efterföljande intervjuundersökningen, och svarande endast utifrån rollen som representant för verksamheten som mottog inbjudan. Inga andra personuppgifter eller individrelaterade åsikter samlades in.

Resultat

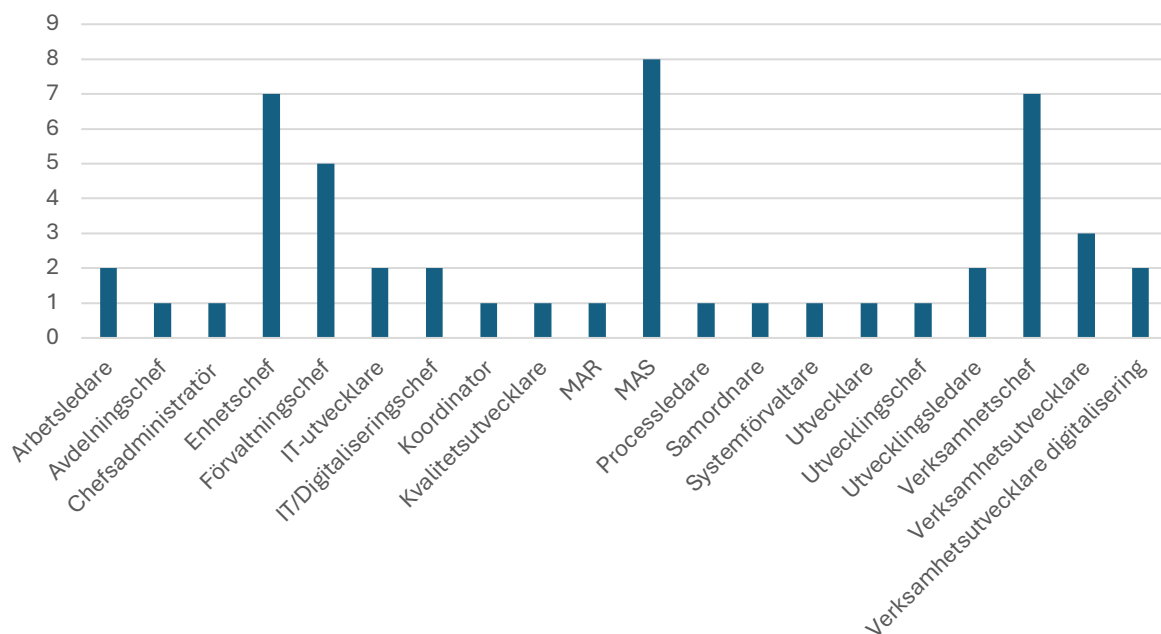
Representanter för 50 unika kommuner svarade på enkäten. Dessa kommuners geografiska spridning och egenskaper redovisas i Figur 1. De svarandes organisatoriska tillhörighet inom kommunen (Figur 2) och roll inom sin organisation (Figur 3) visade betydande variation.



Figur 1. Geografisk spridning och egenskaper för kommunerna som svarade på enkäten om hälsoappar.



Figur 2. Antal svarande representanter per organisationsområde, enligt etablerade benämningar.



Figur 3. Antal svarande representanter per rolltyp, enligt etablerade benämningar.

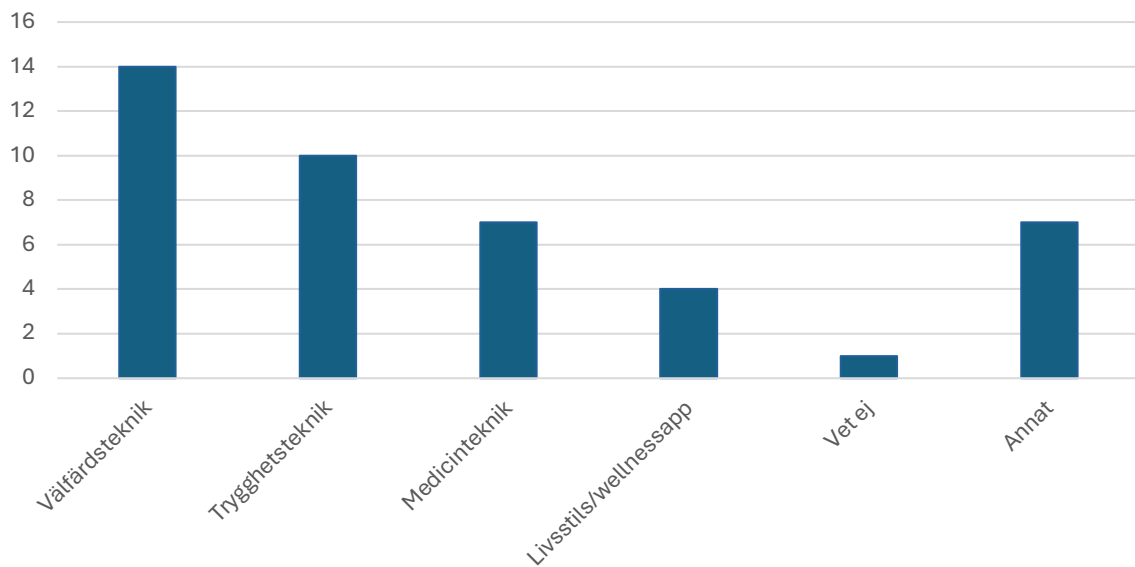
Av de 50 kommunerna som svarade angav 17 kommuner (34 %) att de använde någon hälsoapp enligt definitionen som tillhandahölls, motsvarande sammanlagt 42 hälsoappar. Tre kommuner använde bara en hälsoapp inom sina respektive verksamheter, medan sex kommuner använde två hälsoappar, sex kommuner använde tre appar, en kommun använde fyra och en kommun använde fem hälsoappar. En lista över apparna som användes, tillverkaren och användningsområde finns i Tabell 1.

Tabell 1. Grundinformation om apparna som kommunerna angav att de använder.

Appnamn	Antal kommuner	Tillverkare	Användningsområde (från leverantörens källor)
ExorLive	10	ExorLive AS	Välfärdsteknologi enligt leverantören. Fysisk tränings- och rehabiliteringsapp för professioner och brukare. Beskrivs ej som medicinteknik
Glukosmätare / Glukoskurvor	2	--	Diabeteshantering. Beskrivs ej som medicinteknik men statusen är oklar.
1177 rådgivningsstöd webb (RGS)	1	Inera AB	System som stödjer vårdpersonal att ge säkra medicinska råd via telefon, baserat på medicinskt innehåll på 1177. Klassat som ett nationellt medicinskt informationssystem (NMI) med NMI-ID INERA-006-0001
Appva / MCSS	6	Vitec Appva AB	Läkemedelshantering, delegering och signering; även andra insatser som ska utföras för att kontrollera behörighet och aktuell delegering. Beskrivs ej som medicinteknik, men vissa funktioner är troligen det
OneWound	2	OneMed	Sårbehandlingsapp med bildhistorik, rådgivning/beslutsstöd, chatt, materialbibliotek, och statistik. Beskrivs ej som medicinteknik då den enligt företaget primärt betraktas som en kommunikationsplattform mellan deras sårteam och vårdpersonal.
LifeCare Mobil Omsorg (LMO)	3	TietoEvry	Ger vårdpersonalen tillgång till scheman, dokumentation och välfärdsteknik (t.ex. nattkameror) i mobilen; digitala lås, insatsdokumentering, chattfunktion. Beskrivs ej som medicinteknik
Previct	1	Kontigo Care	Stöttar både klient och behandlare i beroendevård; appen loggar klientens nykterhet, motivation och mående som sedan följs på distans av vårdgivaren i Previct Vårdportal. Är medicinteknik och är MDR-godkända.
VisibleCare	2	Visible Knowledge	Digital lösning som gör kunskapsbanker, instruktionsfilmer och beskrivningar tillgänglig i mobilen för vårdpersonalen. Finns utbildningsdel, och även videosamtalsfunktion. Beskrivs ej som medicinteknik
Combine	1	Pulsen Omsorg AB	HSL Journalföring, signering av HSL-åtgärder, dokumentation. Beskrivs ej som medicinteknik
Combine Plan	1	Pulsen Omsorg AB	Arbetsplanering, logistik. Beskrivs ej som medicinteknik
Smooth lite	1	9Solutions Oy	Med mobilapplikationen Smooth Lite kan hemtjänstpersonalen boka och kvittera assistansuppgifter varvid informationen automatiskt förmedlas till övriga medarbetare. Hemtjänstpersonal kan också vid behov öppna en röstanslutning eller videoöverföring med personen. Beskrivs ej som medicinteknik

Phoniro	2	Phoniro AB	Digital upplåsning från mobilen. Beskrivs ej som medicinteknik
Alfa eCare Signering	1	Alfa eCare AB	en mobilapp för att digitalt signera läkemedel och andra hälso- och sjukvårdsinsatser. kliniskt beslutsstöd via FASS och SIL och varnar om ordinerat läkemedel inte är lämpligt för patientens åldersgrupp eller om det finns läkemedelsinteraktioner. Troligen medicinteknik.
Dermicus	1	Omda Dermicus AB.	Mobil konsultationsapp med rådgivning/stöd till professioner på plats; bildbedömning på distans. Troligen medicinteknik
TES	1	Tunstall AB	Hanterar larm, scheman och digitala lås för personal inom äldreomsorg. Beskrivs ej som medicinteknik
Collabodoc	1	Collabodoc AB	Kommunikationsverktyg för samtal mellan professioner och med patienter. Beskrivs ej som medicinteknik
Rondplattform	1	Capio	Byggs på Collabodocs Rondstöd; ett kommunikationsverktyg mellan professioner. Beskrivs ej som medicinteknik
Evondos	1	Evondos	Digitalt verktyg för vårdpersonal som övervakar och hanterar automatiska läkemedelsdispenseringsrobotar för hemtjänsttagare. Larm, övervakning, dosering. Troligen medicinteknik
Säkra Steg	1	Region Västerbotten/Umeå universitet	Träningsapp för äldre. Beskrivs ej som medicinteknik
Visam	1	Region Örebro län	Beslutsstöd för medicinska bedömningar av vårdbehov, samordning av individuella vårdplaner. Beskrivs ej som medicinteknik
Everon Mobile App	1	Everon Oy	Molnbaserad lösning för vård- och omsorgspersonal för att hantera larm, tillsynsbesök och digitala nycklar i realtid. Beskrivs ej som medicinteknik.

De svarande fick välja en beskrivning av hälsoapparna utifrån etablerade benämningar (Figur 4). Välfärdsteknik förekom oftast, följt av trygghetsteknik, medicinteknik, och livsstils-/wellnessapp.



Figur 4. Antal svar på frågan *Vilken sorts teknik skulle ni kalla hälsoappen för?* Flera alternativ kunde väljas.

Majoriteten av apparna som användes av kommunerna användes för att leverera insatser till vård- och/eller omsorgsgivande professioner, följt av hälsoinsatser till individer. En redovisning av detaljerade syften finns i Tabell 2.

Tabell 2. Övergripande syfte samt subkategori för kommunens användning av hälsoappar (n=39), enligt WHO:s kategorisering för digitala hälsoapplikationer [16]. Observera att flera svarsalternativ kunde väljas för både övergripande syfte och subkategori.

Övergripande syfte med appen	Antal appar	Subkategori	Antal
Leverera insatser till vård- och omsorgsgivande professioner	26	Underlätta professionernas identifikation eller registrering av individer som ska få vård eller omsorg	13
		Leverera hälsoinsatser till eller konsultera med individer på distans	10
		Beslutsstöd till professioner	9
		Låta professioner läsa/skriva i individers journal eller hantera deras data	8
		Konsultera och samarbeta med andra professioner inom den egna verksamheten eller liknande verksamheter	8
		Ordna remisser eller åtgärder	6
		Schemalägga eller planera professioners aktiviteter	6
		Hantera läkemedelsbeställning och receptförskrivning Utbilda eller kompetensutveckla professioner eller anställda	4
		Hantera försäkrings- och betalningsärenden	3
		Utbilda eller kompetensutveckla professioner eller anställda	2
		Hantera laboratorie- och diagnostikresultat	1
		Annat	5
Leverera hälsoinsatser till individer	12	Riktad kommunikation till individer eller deras anhöriga	6
		Generell kommunikation till individer eller deras anhöriga	2
		Inrapportering av hälsorelaterade händelser hos individer	3
		Verksamheten ska kunna kontakta en individ	1
		Personlig hälsouppföljning för individer till exempel tillgång till egen journal, insamling av egna hälsodata	1
		För att ge eller ta bort samtycke för någon tjänst	0
		Annat	1
	1	Hantera dataintegritet eller direktiv till exempel GDPR, sekretess	8

Optimera datahantering och användning		Samla in, lagra eller visa hälso- eller verksamhetsdata	0
		Koda, klassificera eller strukturera hälso- eller verksamhetsdata	0
		Geolokalisera händelser eller objekt t.ex. med GPS, GIS	0
		Dela data mellan olika system och gör det delningsbar	0
		Annat	0
Leverera insatser till administrativ och/eller stödpersonal	0	Administrera personal inom er verksamhet Administrera lagerhållning och tillgänglighet av utrustning/andra resurser Rapportera/larma om icke-rutin folkhälsöhändelser Registrera uppgifter och händelser hos myndigheter Hantera försäkrings- och betalningsärenden Underhålla eller sköta om utrustning/andra resurser Administrera lokaler och faciliteter Administrera eller hantera intyg eller remisser Annat	N/A

2. Uppföljande intervjuundersökning av svenska kommuner

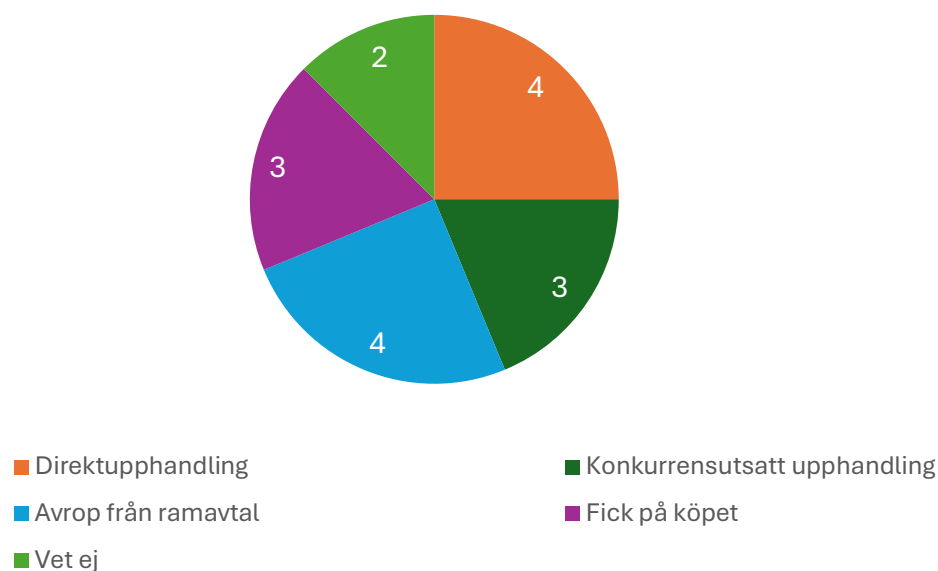
Genomförande

Samtliga representanter som besvarade enkäten och angav att deras verksamheter använde någon hälsoapp, kontaktades omgående på angiven e-postadress efter att svaren inkommit med en förfrågan om att medverka på en uppföljande intervju. Intervjun hade ett semi-strukturerat upplägg bestående av 10 primära frågeställningar berörande hälsoappens önskade effekter, evidens för dess effektivitet, och eventuella inköps-, kvalitetssäkrings-, uppföljnings-, klassificerings- och riskbedömningsprocesser som omfattande appen. Intervjuguiden finns i Bilaga II. Intervjuerna genomfördes via online videomöte på en tid som passade den svarande.

Resultat

Elva av 17 representanter medverkade i en intervju. Samtliga genomfördes inom tre veckor efter att enkätsvaren inkommit, och kunde genomföras på <20 minuter (medel: 14,5 min). Av de som intervjuades hade en ledande roll och fyra en operativ roll inom IT/digitalisering, och en ledande roll och fem en operativ roll inom vård- och omsorgsverksamhet.

De intervjuade angav att apparna de nämnt i enkätsvaren förvärvats på olika sätt (Figur 5).



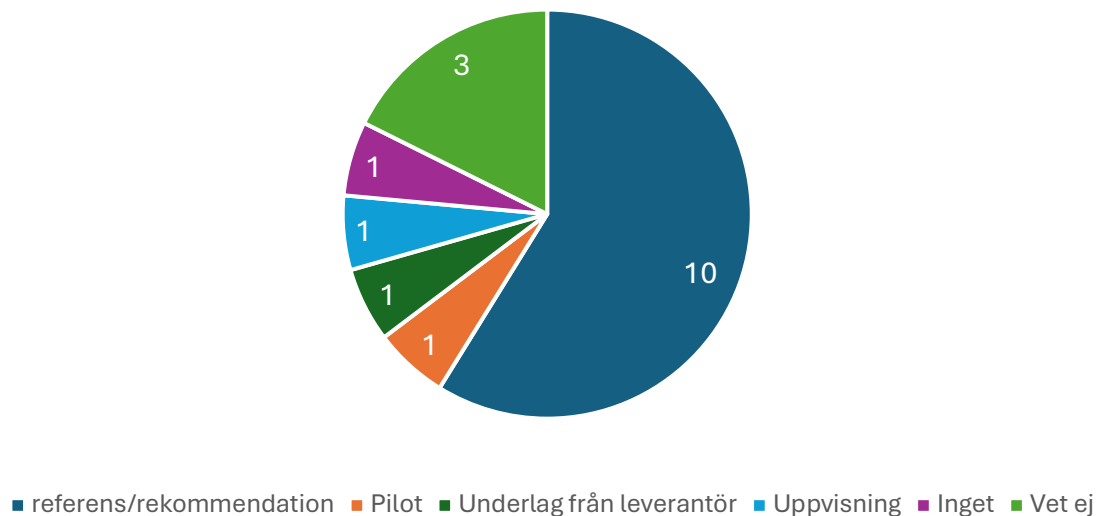
Figur 5. Antal svar avseende förvärvningssätt för apparna som användes av kommunerna (n=16 appar). I ett fåtal fall angavs att appen kom in i verksamheten via köp av annat system ("fick på köpet").

En minoritet av de intervjuade angav att deras verksamheter hade definierat önskade effekter av hälsoapparna de använde, samt att det fanns en tydlig process för framtagande av dessa (Tabell 3). Drygt hälften av de som angav att önskade effekter hade definierats, hade även ställt krav på leverantören kring dessa effekter. En stor majoritet angav att de hade genomfört en riskbedömning kring användning av appen i sin verksamhet. De vanligaste typer av riskbedömning gjordes i kontinuitetssyfte dvs. risker för verksamheten om appen skulle sluta fungera eller slås ut, och för att personuppgifter skulle hanteras korrekt och med tillräcklig säkerhet.

Tabell 3. Representanternas svar på olika ställningstagande kring önskade effekter och möjliga risker i användning av apparna som var i bruk i sina verksamheter; procent av samtliga svar.

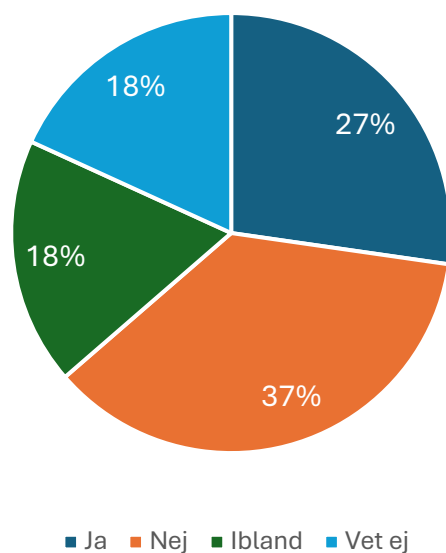
Ställningstagande	Ja	Nej	Vet ej
Har definierat önskade effekter för appen/ apparna (n=11 kommuner)	18 %	36 %	46 %
Fanns tydlig process för framtagande av önskade effekter (n=11 kommuner)	46 %	36 %	18 %
Har ställt krav på leverantör avseende önskade effekter (n=16 appar)	54 %	31 %	15 %
Har genomfört riskbedömning kring användning av appen (n=11 kommuner)	82 %	9 %	9 %

Representanterna fick frågan huruvida deras verksamheter efterfrågat en eller flera former av evidens eller liknande underlag avseende apparnas effektivitet, oavsett om egna önskade effekter hade definierats eller inte. Rekommendationer eller referenser från andra kommuner förekom oftast (Figur 6).



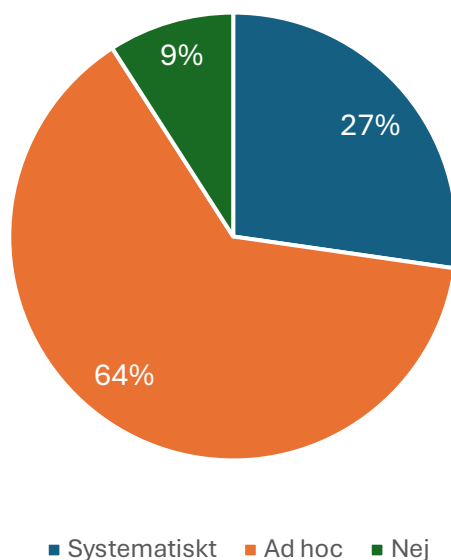
Figur 6. Antal svar avseende vilken typ av evidens eller liknande underlag som efterfrågades för apparnas effektivitet; flera svar kunde anges (n=11 kommuner).

Representanterna fick frågan om en etablerad kvalitetssäkringsprocess eller ett liknande verktyg använts inom deras verksamheter som omfattade apparna de använde (Figur 7). Av de som svarade "ja" eller "ibland" var ingen av processerna/verktygen specifikt för hälsoappar. Endast två kunde namnge vad processen eller verktyget hette - i både fall "PM3".



Figur 7. Representanternas svar avseende om en etablerad kvalitetsprocess eller -verktyg använts inom verksamheten som omfattade apparnas användning; procent av samtliga svar (n=11 kommuner).

Representanterna fick även frågan om de systematiskt hade följt upp apparnas effekter på något sätt, oavsett om det handlade om önskade eller andra *a priori* definierade effekter eller inte. En majoritet svarade att det skedde "ad hoc" (Figur 8). Det vanligaste typ av uppföljning var genom en objektansvarig person eller utsedd grupp, vid mer eller mindre regelbundna tillfällen.



Figur 8. Representanternas svar avseende om apparnas effektersystematiskt eller på annat sätt följts upp; procent av samtliga svar (n=11 kommuner).

Vid intervjuerna med representanterna togs även upp vilken sorts stöd de önskade framöver när det gällde införskaffning och användning av hälsoappar. Det uttrycktes önskemål om stöd avseende:

- Systematiska rutiner/modeller i alla delar av införande, inklusive bland annat nyttokalkylering (fyra svarande)
- Juridiska och tekniska riktlinjer gällande informationssäkerhet och riskhantering avseende digitala produkter och tjänster (beskrevs som "ett administrativt monster") (3 svarande)
- Direktiv från högre instans, till exempel SKR eller myndighet kring vad man får och inte får göra med hälsoappar (två svarande)
- Generellt stöd kring införande och användning av välfärdsteknik som omfattar även hälsoappar (två svarande)
- Förenkling och minimering/begränsning av antalet leverantörer och produkter till ett fåtal som täcker mer av behoven (två svarande)
- Stöd i egenutveckling av hälsoappar (dvs i stället för köp av externa leverantörer) (en svarande)
- Förenkling av inköpsprocessen för enstaka / fåtal appar, särskilt från appstore eller liknande (en svarande)

Det är viktigt att beakta att många svarade att de inte visste om det fanns ett behov av stöd inom sina organisationer, medan att andra svarade att det inte behövde stöd trots brister i grundläggande kravställning, utvärderings- och uppföljningsuppgifter. Ovanstående svar bör därför endast tolkas som en fingervisning för socialtjänstverksamheter gällande användning av hälsoappar.

3. Genomgång av svensk offentlig sektors upphandlingar

Genomförande

En genomgång av dokumentation kopplad till upphandlingsannonser som publicerades år 2020 till och med 2025 genomfördes i upphandlingsdatabasen Pabliq (www.pabliq.se, Antirio AB) för att identifiera vilka faktorer som eventuellt påverkar vård- och omsorgsgivande organisationer och professioner i sina beslut att införskaffa, implementera, och/eller rekommendera hälsoappar. Kompletterande sökningar genomfördes även via andra källor (till exempel kommunala och regionala hemsidor) för att kontrollera om ytterligare relevanta upphandlingar kunde hittas. Alla tillgängliga upphandlings- och dokumenttyper från den upphandlade parten, inklusive *requests for information* (RFI), förfrågningsunderlag, tilldelningsbeslut, bedömningsmallar, och frågor och svar, inkluderades i undersökningen, oavsett upphandlingens utfall. Dokumentation från anbudsgivare exkluderades.

Sökningarna skedde med svenska söktermer och även resultatet begränsades till detta språk. En lista över söktermerna som användes finns i Bilaga III. Endast upphandlingar där fullständig dokumentation kunde inhämtas inkluderades. Dokumentation screenades sedan och granskades i detalj för att bekräfta om upphandlingen i någon utsträckning omfattade en komponent som kunde definieras som en hälsoapplikation. Upphandlingar som inte innehöll någon sådan komponent exkluderades.

All dokumentation kopplat till de inkluderade upphandlingarna genomgick sedan textanalys med ett ändamålsenligt analysverktyg (www.voyant-tools.org [18]) för att söka efter kvalitets- och evidensrelaterade termer. En lista över söktermer som användes i textanalysen finns i Tabell 9. En kontext för alla funna termer, bestående av de fem orden till vänster och höger om den identifierade söktermen, skapades och exporterades till ett kalkylprogram. Kontexterna för kvalitets- och evidensrelaterade termer granskades sedan i upphandlingsdokumentationen där den uppkom för att bekräfta kontexten. Kontexten inkluderades i resultatanalysen om den användes som ett krav eller bedömningskriterium, hänvisning till effekter eller värde, eller på annat sätt bedömdes att det skulle ha betydelse för upphandlingens utfall med följande undantag:

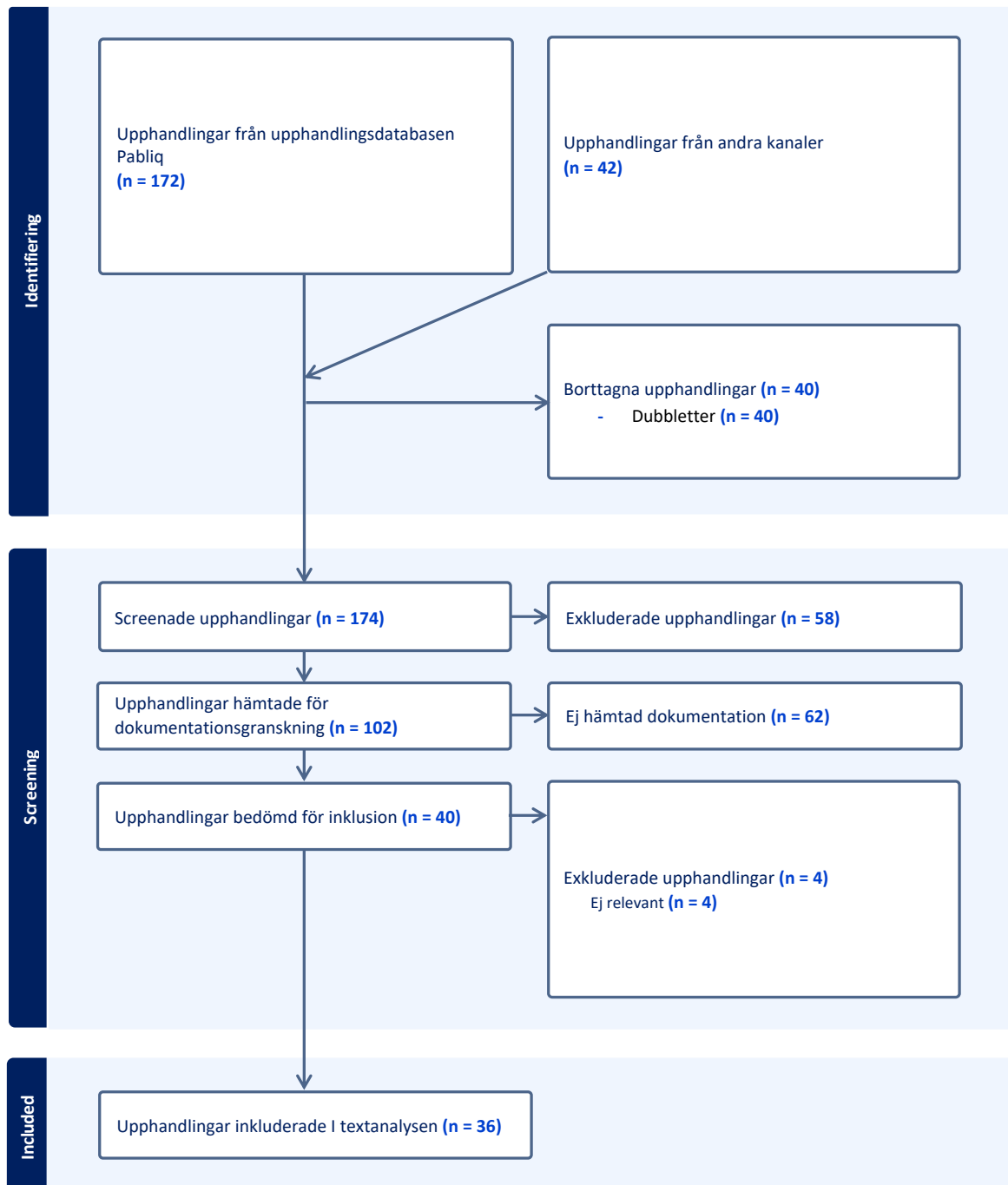
- i) Kontexten var enbart relaterat till anbudsgivarens övergripande organisation (till exempel att organisationen är ISO-certifierad eller använder ett kvalitetsledningssystem)
- ii) Kontexten var enbart relaterat till administrationen av insatsen (till exempel tillgänglighet, leverans, användarutbildning)
- iii) Kontexten inte avsåg ett definierat resultat (till exempel "förbättra effektiviteten" utan att ange vad den effektiviteten innebär eller betyder för organisationen)

Data av intresse för extrahering och analys från dokumentationen var:

- Upphandlande verksamhet och typ
- Maximalt beräknat värde av upphandlingen (SEK)
- Klassificering och/eller kategorisering av upphandlingsobjektet eller -tjänsten
- Appkomponent i upphandlingen
- Kvalitets- och evidensrelaterade termer som användes i upphandlingen

Resultat

36 upphandlingar inkluderades i det slutgiltiga resultatet. Figur 9 beskriver sökresultatet och selekteringsprocessen.



Figur 9. Sökresultat för offentliga upphandlingar som i någon utsträckning inkluderar en komponent som skulle kunna falla under begreppen wellness- eller hälsoapplikation.

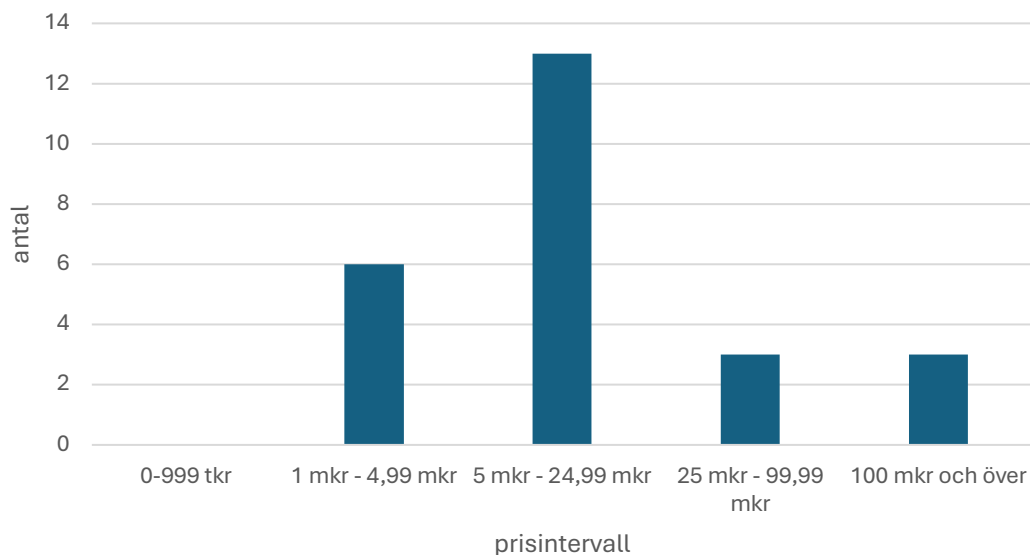
Grundinformation

En beskrivning av upphandlingarna som ingick i textanalysen finns i Tabell 8, figur 10 och 11.

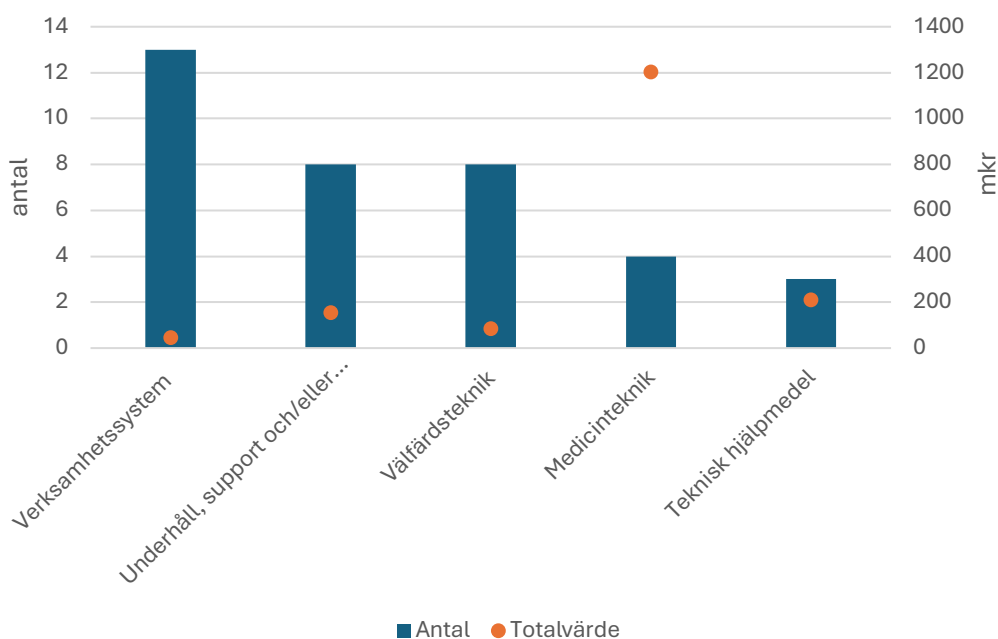
Tabell 4. Grundinformation om upphandlingarna som inkluderades i textanalysen. Totalvärdet för organisationstypernas respektive upphandlingar är de angivna maxvärden i annonserna (tillgänglig för n=25).

Upphandlade organisationstyp	Antal upphandlingar	Totalvärde (max)
Kommun	29	330 820 000 SEK
Region	6	565 600 000 SEK
Inköps AB/övrigt*	1	800 000 000 SEK

* Organisationstyp genomför upphandling i uppdrag av aktörer inom offentlig sektor.



Figur 10. Antal upphandlingar redovisat per prisintervall för upphandlingens maxvärde (tillgänglig för n=25).



Figur 11. Antal (n=36) samt totalvärde av samtliga upphandlade objekt (n=25) per teknikkategori. Värde är redovisat enligt upphandlingens maxvärde, om tillgänglig.

Textanalysen

Upphandlingarna som inkluderades i textanalysen innehöll sammanlagt 318 tillgängliga dokument, bestående av 624 296 ord. De kvalitetsrelaterade söktermerna förekom sammanlagt 1168 gånger i den aggregerade dokumentationen, men efter granskning kvarstod 20 förekomster som kunde direkt relateras till användning i kvalitetssyfte (Tabell 9), till exempel i formulering av krav och bedömningskriterier. Övriga förekomster av söktermerna handlade vanligtvis om förklaring av begrepp, generell beskrivning av produkter och tjänster, och övergripande krav på leverantörer till exempel ISO-certifiering för kvalitetsledningssystem.

Tabell 5. Termer möjligen relaterade till kvalitetsaspekter i upphandlingar som söktes efter i upphandlingsdokumentation, inklusive antal gånger termerna förekom, och antal förekomster av termer använt i bekräftat kvalitetssyfte.

Kvalitets- och evidensrelaterade termer	Totala antalet förekomster	Använt i kvalitetssyfte, antal förekomster
evidens*	0	0
kvalitet*	485	0
vetenskap*	1	1
nytta eller nytto	62	0
certifier*	87	0
bevis*,	159	0
MDR	38	12
*märkning	30	5
effekt*	151	0
82304	0	0
applikation*	155	2
Summa	1168	20

Av de 36 upphandlingarna som analyserades använde fem st. (13,5%) någon av de sökta termerna i kvalitetssyfte, till exempel som krav eller utvärderingskriterier för inkommande anbud (Tabell 10). Samtliga hade att göra med MDR eller CE-märkning, utan fyra gällande komponenter som möjligen kunde klassas som medicinteknik.

En *post hoc* analys genomfördes gällande beskrivningen av önskade eller förväntade effekter i de 36 upphandlingarna. Inga tydliga effektbeskrivningar kunde identifieras specifikt för appkomponenterna. I åtta av upphandlingarna fanns endast tekniska krav eller allmänt beskrivna inriktningar. Dessa var: att automatiskt kunna överföra inmatad/inhämtad information till journalsystem, att möjliggöra ett mobilt arbetssätt, interoperabilitet med ett eller flera operativsystem i mobilen, krav på datasäkerhet/integritet, krav på inloggningssätt, krav på ett eller flera tillvägagångssätt för kommunikation (video/ljud/textinmatning), och att handhavandet kunde anpassas för specifika målgrupper/användare.

Tabell 6. Egenskaper för identifierade upphandlingar som inkluderar någon komponent som omfattas av begreppet hälsoapplikation och som använder någon av de kvalitetsrelaterade termerna.

Upphandlat objekt och typ	Appkomponent i upphandlingen	Upphandlare	Upphandlingsvärde	Kvalitetsrelaterade termer som används
Egenmonitorering, medicinteknik	Patientapp för egenvård, med möjlighet för köpare att distribuera via Appstore eller Google Play	Region	Över 100 mkr	Redovisning av monitoreringslösningen... följer den vetenskapliga studier/nationella riktlinjer: CE-märkning under MDD/MDR
Tillsynsteknik och larm, välfärdsteknik	Tillsynsverktyget ska erbjudas som en mobil app för Android och iOS	Region	1–5 mkr	Alla produkter ska uppfylla krav ställda i ... de gemensamma europeiska standarder, ex. CE-märkningföljer standarder för tillgänglighet - som W3C:s WAI-standarder
Kognitiva hjälpmedel, tekniskt hjälpmedel	Upphandling omfattar följande produktgrupper: elektronisk kalender-applikation för brukare, iOS och Android	Kommun	25–99 mkr	Lagkrav och CE-märkning : Offererade produkter ska vara CE-märkta ... samt uppfylla tillämpliga krav enligt ... MDR 2017/745
Kognitiva hjälpmedel, tekniskt hjälpmedel	Applikation för tids- och planeringsstöd till brukare, med bild- och talstöd	Region	Över 100 mkr	Att produkten uppfyller kraven till MDR 2017/745 under ramavtals giltighetstid
Tillsynsteknik och larm, välfärdsteknik	Mobil applikation som utförare använder för kommunikation och mottagning av larm med mera.	Kommun	25–99 mkr	Tjänsten ska vara CE-märkt enligt... 93/42 EEG eller enligt ... MDR 2017/745 under hela avtalstiden

4. Genomgång av vetenskaplig litteratur

Genomförande

En kvalitativ genomgång av kollegialt granskade vetenskaplig litteratur som publicerades år 2020 till och med 2025 genomfördes i den tvärvetenskapliga Web of Science™ databasen (© Clarivate™ 2026), för att identifiera vilka faktorer som eventuellt påverkar vård- och omsorgsgivande organisationer och professioner i sina beslut att införskaffa, implementera, och/eller rekommendera hälsoappar. Sökningen skedde med engelska söktermer och även resultatet begränsades till detta språk. Endast publikationer där fulltext kunde inhämtas inkluderades. En lista över söktermerna som användes finns i Bilaga III. Publikationer som var av opinionskaraktär eller inte uttryckligen innehöll systematiskt inhämtade data exkluderades, likaså publikationer som primärt berörde validering, klinisk prövning, eller utvärdering av specifika hälsoappar eller appbaserade interventioner. Endast dokument som kunde hämtas i sin helhet inkluderades. Litteraturoversiktsverktyget Covidence användes för att sammanställa, granska och extrahera data från identifierade publikationer.

Sökningen gjordes utifrån följande så kallade PICOS-kriterier:

- **Målgrupper (*Populations*):** vård- och omsorgsgivande organisationer och professioner i de offentliga och privata sektorerna i OECD länder eller länder med motsvarande utvecklingsstatus
- **Händelser, faktorer eller interventioner (*Interventions*)³:** något som påverkar beslut att köpa in, implementera, och/eller rekommendera digitala hälsoapplikationer.
- **Jämförelser (*Comparisons*):** icke-digitala interventioner, ordinarie verksamhet (*business as usual*)
- **Utfall (*Outcomes*):** Avseende hälsoappens effekter, bruk av:
 - evidens
 - utvärderings- eller bedömningsmetoder, och/eller
 - klassificeringsmetoder
- **Lägen/miljöer (*Situation/Settings*):** under hälsoappens inköps-, implementerings- och/eller användningsfaser hos de aktuella målgrupperna.

Data av intresse för extrahering och analys från publikationerna var:

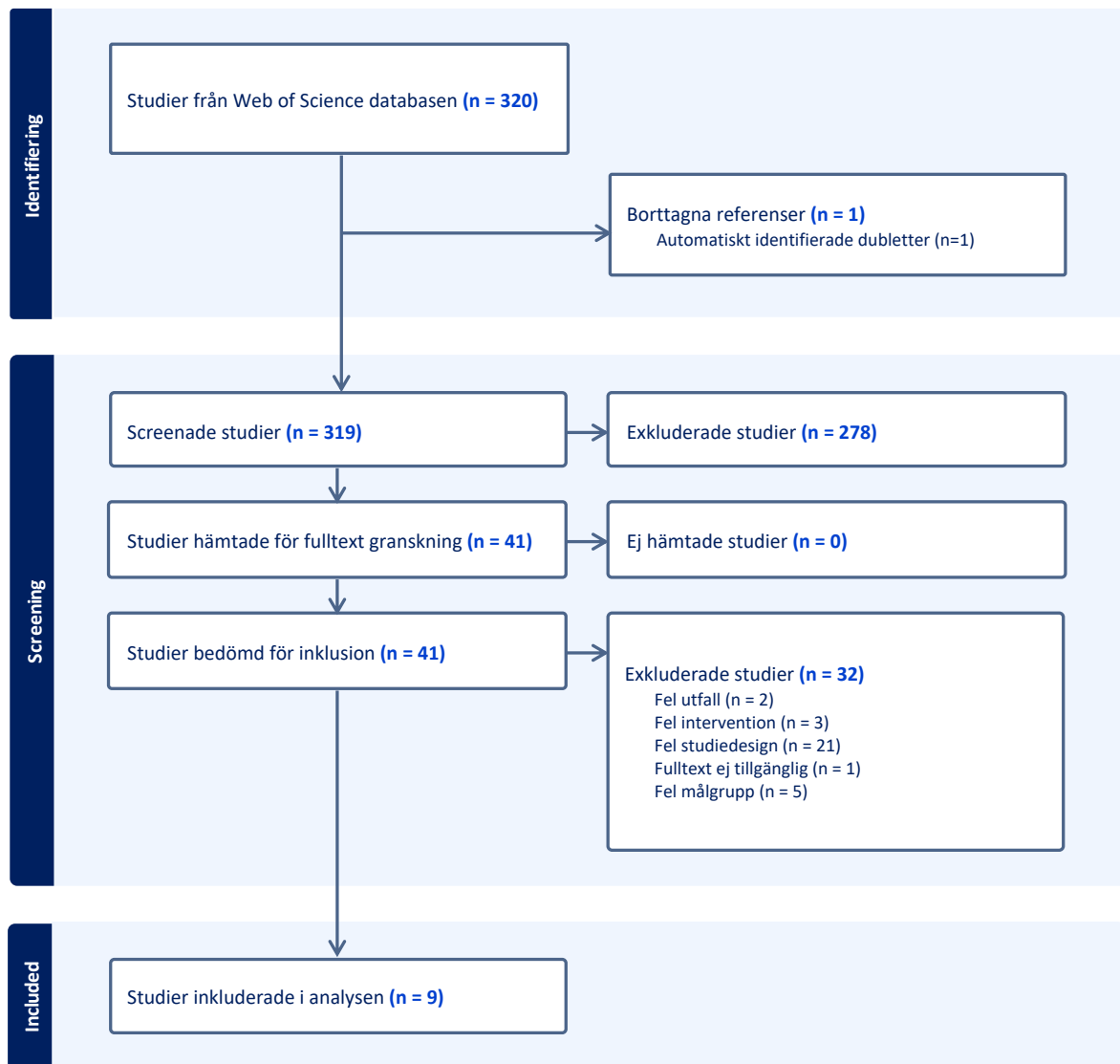
- författare och land,
- typ av studie,
- dess syfte
- deltagare eller målgrupp,
- intervention,
- ovannämnda utfall, och
- främjande och hindrande faktorer för användning/rekommendation av hälsoappar.

³ Inga restriktioner gjordes på typ av eller förhandsbestämning av dessa.

Resultat

Nio studier inkluderades i det slutgiltiga resultatet. Figur 12 beskriver sökresultatet och selekteringsprocessen.

De nio studierna bestod av fem enkätundersökningar, en litteraturundersökning, en diskretvalsstudie, en policyanalys, och en randomiserad kontrollerad studie. En sammanställning av de inkluderade studiernas egenskaper finns i Tabell 7.



Figur 12. Sökresultat för den vetenskapliga litteraturen. Resultatet inkluderar den ursprungliga undersökningen plus uppföljning av citationer av studierna som bedömdes för inkludering.

Tabell 7. Sammanställning av de inkluderade vetenskapliga studiernas egenskaper.

Författare, år och land	Syfte	Typ av studie	Population	Intervention	Utfall
Frey S och Kerkemeyer, 2022, Tyskland [27]	Analysera acceptans för digitala hälsoapplikationer inom icke-farmakologiska behandlingar	Enkätundersökning	Fysio- och arbetsterapeuter och logopedier i Tyskland	--	Acceptans för användning av hälsoappar; upplevda hindrande och främjande faktorer
VanKessel 2023; Europa, Nordamerika, Asien [28]	Kartlägga de vanligaste faktorerna som avgör integrationen av appbaserade digitala behandlingar i hälso- och sjukvårdssystem samt hälsoprofessioners praktiska användning av dessa	Litteraturoversikt	Blandade hälsoprofessioner	--	Strukturella och individbaserade faktorer som hindrar eller främjar användning appanvändning
Shiyab et al., 2024, Australien [29]	Undersöka sjuksköterskors användning av mobil hälsoappar för att stödja vuxna med risk för eller diagnos på kronisk sjukdom samt förstå faktorerna som påverkar användningen	Enkätundersökning	Leg. Sjuksköterskor i Australien som arbetar med kroniska sjukdomar	--	Acceptans för användning av hälsoappar; upplevda hindrande och främjande faktorer
Richter et al., 2022, Tyskland [30]	Utvärdera reumatologers acceptans för, användning och kunskapsnivå avseende digitala hälsoapplikationer	Enkätundersökning	Medlemmar i Tysklands nationella reumatologförbund	--	Acceptans för, användning av, och kunskap kring hälsoappar; upplevda hindrande och främjande faktorer
Nogueira-Leite et al., 2023, Portugal [31]	Förstå psykiatrikers och psykologers attityder och förväntningar gentemot digitala hälsoappar för mental hälsa, samt upplevda fördelar, hinder och åtgärder för att stödja dess införande	Enkätundersökning och textanalys	Blandade hälsoprofessioner i Portugal	--	Acceptans för, och förväntningar kring användning av hälsoappar; upplevda hindrande och främjande faktorer
Biliunaite et al., 2025, EU/EFTA länder [32]	Utvärdera effekten av kvalitetsmärkning av hälsoappar på hälsoprofessioners vilja att rekommendera dessa, samt ev. koppling	Randomiserad kontrollerad studie	Blandade hälsoprofessioner	Kvalitetsmärkning baserat på presumtiv ISO-	Vilja att rekommendera hälsoappar, APEASE kriterier

	till patienters socioekonomisk status och/eller appens risknivå.			standard för kvalitet i hälsoappar	
Martin et al., 2025, Kanada [33]	Beskriva användning av hälsoappar hos registrerade dietister, inklusive motivering, typ, fördelar, hinder, och behov av stöd.	Enkätundersökning	Leg. dietister i Alberta, Kanada	--	Acceptans för och motivering av användning av hälsoappar; upplevda hindrande och främjande faktorer; behov av stöd
Frey AL et al., 2025, EU länder [34]	Undersöka preferenser och betalningsvilja för kvalitetsbedömningar av hälsoappar bland hälsoapputvecklare och representanter för hälso- och sjukvårdssystem.	Diskretvalsstudie	Hälsoapputvecklare; representanter för vård- och omsorgsgivare	--	Betalningsvilja för och preferenser kring kvalitetsbedömning av hälsoappar
Essén et al., 2022, OECD länder och motsvarande [35]	Jämföra aktuella nationella policyer avseende hälsoappar	Policyanalys	--	--	Policyegenskaper inklusive relaterat infrastruktur, ersättning

Utifrån studiernas olika ansatser kunde ett antal främjande och hindrande faktorer för användning av hälsoappar identifieras. Dessa kunde vidare kategoriseras som individuella faktorer eller strukturella faktorer. De individuella faktorerna hade att göra med professionernas eller brukarnas personliga villkor och önskemål, medan de strukturella faktorerna handlade om övergripande tekniska, reglerande, och/eller vetenskapliga förutsättningar. En redovisning över dessa faktorer finns i Tabell 8.

Tabell 8. Främjande och hindrande faktorer för användning/rekommendation av hälsoappar, utifrån individuellt och strukturellt perspektiv, från enkät- och litteraturstudierna (N=6); dessa listas utan inbördes rangordning.

	Främjande	Hindrande
Individuellt	<ul style="list-style-type: none"> • Upplever/tror att appen ökar behandlingens <ul style="list-style-type: none"> ○ Uthållighet ○ Efterlevnad ○ Kvalitet ○ Effekt • Upplever/tror att appen ökar patientens <ul style="list-style-type: none"> ○ hälsolitteracitet ○ kommunikationsmöjligheter ○ nöjdhet med behandling • Upplever/tror att appen positivt påverkar: <ul style="list-style-type: none"> ○ eget arbetsflöde ○ tidsbesparing per patient ○ antal behandlingsalternativ • Evidensbaserad / objektivt bevisad god effekt • Kvalitetscertifiering för appen • Högre hälsolitteracitet hos hälsoprofessionen • Patienten mer van vid att använda teknik • Använder appen själv • Tidsbesparing per patient • God användarvänlighet • Gratis att använda • God noggrannhet 	<ul style="list-style-type: none"> • Tekniska problem med appen • Inkorrekt användning av patienter • Patienten inte van vid att använda teknik • Högre ålder hos patienten • Kognitiv nedsättning hos patienten • Osäkerhet kring appens kvalitet • Bristande kunskap om appen • Hög initial ansträngning för att kunna använda appen • Låg eller osäkert evidensläge kring appens effekter • Låg kännedom om appen • Professionen inte van vid att använda tekniken • Avsaknad av utbildning/träning för hälsoappar
Strukturellt	<ul style="list-style-type: none"> • Evidensbaserad / objektivt bevisad god effekt • Finns känt register över godkända appar • Finns legalt ramverk för godkännande av appar • Ekonomisk ersättning för godkända appar • Tydligt skydd för patienters hälsodata • Appen har god interoperabilitet i professionernas arbetsflöde 	<ul style="list-style-type: none"> • Etiska eller legala osäkerheter • Lågt eller osäkert skydd/miljö för patienters hälsodata • I den kliniska miljön: avsaknaden av <ul style="list-style-type: none"> ○ tekniska standarder ○ ekonomisk ersättning för appen ○ infrastruktur för hantering av appar och dess data

Individuella faktorer som påverkar beslut att använda hälsoappar

Alla fem enkätundersökningar samt litteraturoversikten adresserade hindrande och främjande faktorer för hälsoprofessioners individuella beslut att använda hälsoappar. I de tyska studierna [27, 30] var vetenskaplig evidens för effekt den viktigaste individuella faktorn för att vilja använda eller rekommendera hälsoappar, följt av att det tog mindre tid att använda, var lättare för patienter och professioner att använda, och att man kunde förstå hur appar uppnådde sina effekter. Brist på teknisk infrastruktur i den kliniska miljön ansågs vara det viktigaste hindret för att använda eller rekommendera appar, följt av patientrelaterade faktorer som låg förtrogethet med teknik eller inkorrekt användning av appar.

I den portugisiska studien [31] var tidsbesparing per patient den viktigaste faktorn, följt av ökade behandlingsalternativ, ökad vårdkvalitet, ökad patientnöjdhet, och ökad framgång i behandlingen. Det största hindret för appanvändning var bristande information om apparna, följt av initiala ansträngningar som behövdes för att bekanta sig med appen eller anpassa den kliniska miljön, och sedan osäkerheter kring legala och datasäkerhetsaspekter.

I den kanadensiska studien [33] utgjorde patientfaktorer, inklusive patientens ålder och kognitiv status, de största hindren till att dietister skulle använda eller rekommendera appar. Dessa var följt av osäkerhet kring vilka appar man som professionell bör rekommendera, inklusive egen bristande kännedom om apparna.

Australiensiska sjuksköterskor [29] angav att svårigheter att identifiera appens kvalitet var ett betydande hinder.

Strukturella faktorer som påverkar beslut att använda hälsoappar

Policyanalysen [35] visade stor spridning i hur hälsoappar reglerades och styrdes mellan de inkluderade länderna. EU-länderna i studien hade MDR som gemensam policystomme, utöver det även nationella lagar och standarder. I USA:s används FDA som huvudinstrument för reglering, även lokala regleringar förekommer. Även Singapore har nationella regleringspolicys men snabbspår till godkännande finns om en hälsoapp redan godkänts inom EU:s eller USA:s policymiljöer.

Vid publiceringsdatumför denna rapport hade Tyskland och Belgien ett ersättningssystem för förskrivning av godkända hälsoappar samt portaler som listade dessa, medan Norge endast sammanställde rekommenderade hälsoappar på en gemensam portal. Englands nationella myndighet NHS har upprättat ett hälsoappsbibliotek för att stödja professioners vägval, och i Nederländerna finns en databas över hälsoappar för primärvårdsinriktade professioner. I Danmark planeras att upprätta en lista över godkända hälsoappar på sin e-hälsportal⁴, medan Singapore inte har något system för rekommendation av tredjeparts hälsoappar.

De två tyska enkätundersökningarna [27, 30] genomfördes 2021, relativt kort efter ett register över nationellt godkända digitala behandlingar för föreskrivning, inklusive hälsoappar (DiGA) infördes i Tyskland. De kanadensiska [33], portugisiska [31] och australiensiska [29] studierna genomfördes 1-2 år senare i en miljö där en tydlig nationell infrastruktur för hälsoappar inte fanns.

Acceptans för användning/rekommendation

De olika professionsinriktningarna i enkätstudierna hade olika nivåer av acceptans för att använda eller rekommendera hälsoappar: bland tyska reumatologer planerade lika många att föreskriva hälsoappar

⁴ Dessa planer förverkligades 2025 på sundhed.dk, [Anbefalede Sundshedsapps](#).

(46 %) som inte (47%) och endast 7 % hade redan föreskrivit, medan bland tyska fysio/arbetsterapeuter och logopedier hade 87 % en positiv inställning till att föreskriva hälsoappar, och 36 % hade redan föreskrivit. Även 87 % av portugisiska psykiatriker och psykologer stödde förskrivning av hälsoappar inom sitt behandlingsområde, men endast 44 % planerade att göra det själv. Av de australiensiska sjuksköterskor hade 47 % rekommenderat hälsoappar till patienter minst 1 gång i månaden, och av kanadensiska dietister hade 75 % redan rekommenderat.

Faktorer som påverkar beslut att använda

Alla fem enkätundersökningar samt litteraturöversikten adresserade hindrande och främjande faktorer för hälsoprofessioners beslut att använda hälsoappar. En sammanställning över dessa finns i Tabell X. På grund av skillnaderna i metoder och populationer är det inte möjligt att inbördes rangordna dessa.

De experimentella studierna tog också upp främjande faktorer, men utifrån förhandsbestämda ramar där kvalitetsstämpel och andra potentiella värdeskapande faktorer presenterades för deltagarna som alternativ. I den randomiserade, kontrollerade studien var en presumtiv kvalitetsstämpel baserad på ISO standard 82304-2 för hälsoappar främjande för professionernas användning och rekommendation av apparna. Professionerna föredrog självmonitoreringsappar framför preventionsinriktade appar, och var mer villiga att förskriva dessa för patienter med hög socioekonomisk status än låg. Oavsett typ av app eller patients status var acceptans för förskrivning dock högre för appar med kvalitetsstämpel än de utan.

I diskretvalsstudien tog representanter för hälsosystemen ställning till ett antal attribut i en presumtiv kvalitetsbedömningsprocess och valde vilka de tyckte var viktigaste för att engagera sig i en sådan process. Hälsosystemens representanter tyckte att en ökad acceptans för användning av appen var viktigaste, följt av kostnaden för kvalitetsbedömningen, tid för att genomföra bedömningen, och om bedömningsprocessen ledde till ökade rekommendationer bland professionerna. Hälsosystemsrepresentanter var villig att betala ca 7000 EUR för en kvalitetsbedömning av en app om den skulle leda till en stor ökning i acceptans för appens användning.

Stöd som efterfrågas i användning av hälsoappar

Två studier [31, 33] frågade deltagarna vilket stöd de önskade sig gällande användning av hälsoappar.

De portugisiska deltagarna efterfrågade (i nedåtgående ordning) mer information om apparna, evidens för apparnas effektivitet, tydligare riktlinjer och processer för förskrivning/rekommendation, samt professionella organisationers och kollegors rekommendationer.

De kanadensiska deltagarna efterfrågade (i nedåtgående ordning) evidens för apparnas effektivitet, en listning över godkända appar, och tid för att lära sig om apparna.

5. Genomgång av grå litteratur

Genomförande

En genomgång av aktuell policydokumentation som författades eller tillgängliggjordes under år 2020 till och med 2025 inom EU, Norden och svensk offentlig sektor och som specifikt berörde digitala hälsoapplikationer, genomfördes i databasen Overton. Sökningen skedde med både engelska och svenska söktermer. En lista över söktermerna som användes finns i Bilaga III. En initial screening av identifierade dokument gjordes. Dokumentation som bedömts att inte specifikt beröra hälsoappar inte vara av policykaraktär, eller var redan väl belyst inom ramen för Stiftelsen Compares övriga uppdrag kring hälsoappar, exkluderades. Endast dokument som kunde hämtas i sin helhet inkluderades. Litteraturöversiktsverktyget Covidence användes för att sammanställa, granska och extrahera data från identifierad dokumentation.

Data av intresse för extrahering och analys från dokumentation var:

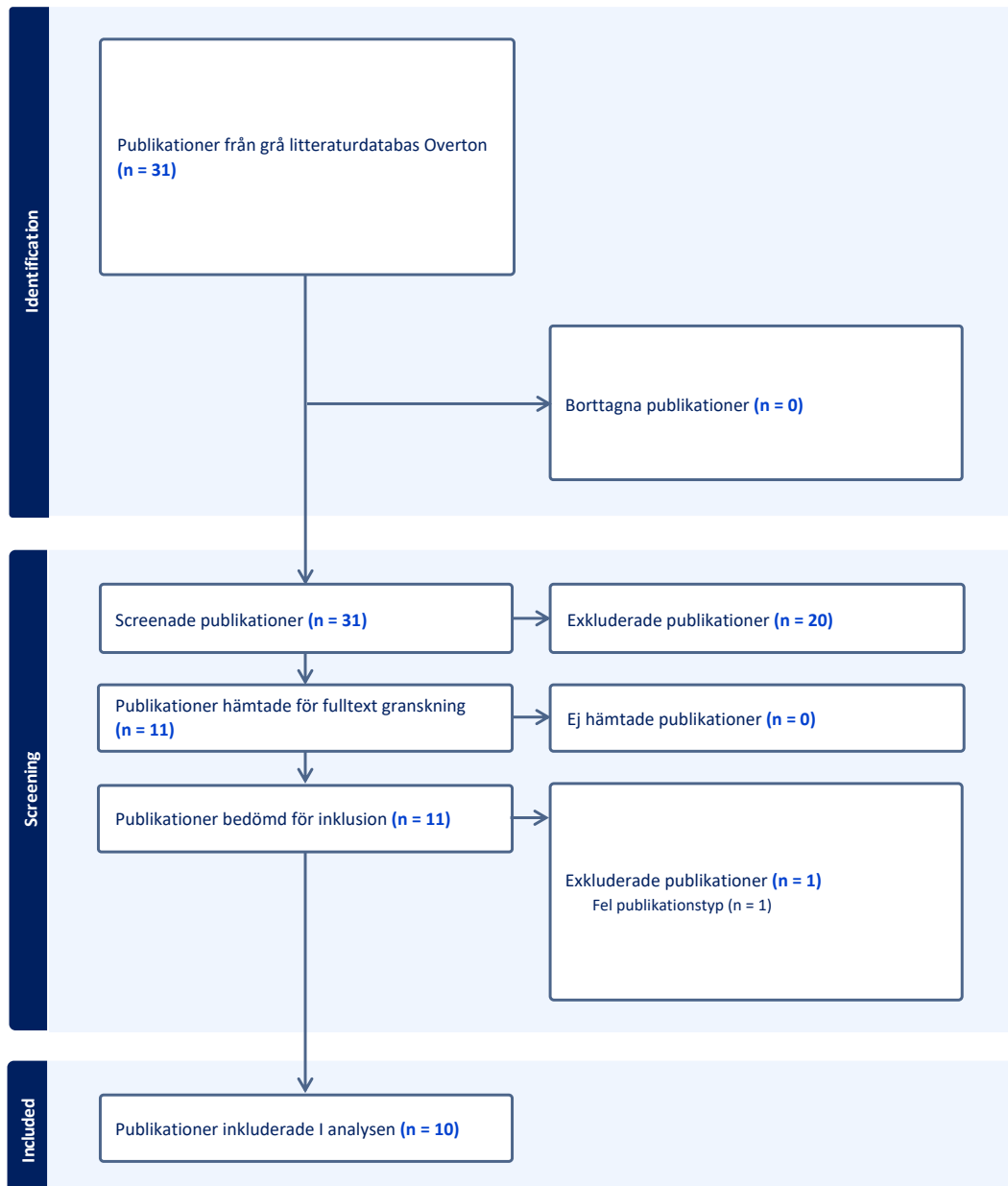
- författare och land,
- typ av dokument,
- dess syfte och målgrupp,
- policy som hänvisades till, och
- behov och rekommenderade eller antagna åtgärder för policy och förvaltningsstrukturer

...som kunde relateras till eller påverka användning av hälsoapplikationer.

Resultat

Tio dokument inkluderades i det slutgiltiga resultatet. Figur 13 beskriver sökresultatet och selekteringsprocessen.

De tio dokumenten bestod av fyra rapporter, två översikter, en utredning, en regeringsskrivelse, en rekommendation och en standard. En sammanställning av de inkluderade dokumentens egenskaper finns i Tabell 9.



Figur 13. Sökresultat för den grå litteraturen. Resultatet inkluderar den ursprungliga databassökningen samt uppföljande sökningar hos andra källor.

Tabell 9. Sammanställning av egenskaperna för de inkluderade dokumenten från den gråa litteraturen.

Författare, år och land/länder	Syfte	Typ av dokument / ansats	Målgrupp / population	Policy i fokus
Läkemedelsverket, 2025, Sverige [36]	Utreda förutsättningarna att ges rollen som marknadskontrollmyndighet för elektroniska hälsodokumentationssystem och hälsoapplikationer, samt att tillhandahålla testmiljöer för hälsodokumentationssystem, som är uppgifter som beskrivs i EHDS-förordningen.	Utredning	Svensk offentlig förvaltning	EHDS-förordningen; LMV föreskrifter om nationella medicinska informationssystem (NMI; HSLF-FS 2022:42)
Socialdepartementet, 2025, Sverige [37]	Regeringen redovisar vidtagna åtgärder utifrån Riksrevisionens rapport om Tillsynen över medicintekniska produkter (RiR 2024:23).	Regeringsskrivelse / åtgärdsrapport	Svensk offentlig förvaltning	MDR; Läkemedelsverkets regleringsbrev och instruktion; Inspektionen för vård och omsorgs regleringsbrev och instruktion
Label2Enable, 2025, EU [38]	Främja kvalitetsbedömning och märkning av hälsoappar baserat på CEN-ISO/TS 82304-2	Slutrapport av EU projekt	EU länders offentliga förvaltningar	GDPR MDR EHDS AI-förordningen
INESSS, 2024, Kanada [39]	Kartlägga bl.a. EU:s regulatoriska ramverk för hälsoappar som implementerats av offentliga aktörer	Översikt / kartläggning	Kanadensisk offentlig förvaltning / bl.a. EU länders offentliga förvaltningar	Tysklands DiGA; Frankrikes PECAN; Storbritanniens/NICES Evidence Standard Framework for digital health therapeutics; Storbritanniens DTAC; Finlands Digi-HTA

Petersson <i>et al.</i> , 2024, Sverige [40]	Att undersöka läkarprofessionens behov, erfarenhet och intresse av att ordinera hälsoappar.	Rapport / Enkätundersökning	Professionsförbund / medlemmar inom Svenska Läkarsällskapet	
E-hälsomyndigheten, 2022, Sverige [41]	Kartlägga och skapa kännedom om nuläget i Sverige och omvärlden inom området hälsoappar	Översikt / Kartläggning	Svensk och EU länders offentliga förvaltningar	MDR
E-hälsomyndigheten, 2021, Sverige [42]	Beskriva övergripande förhållanden rörande digitalisering inom hälso- och sjukvård och socialtjänsten, med särskilt fokus på hälsodata inom hälso- och sjukvården.	Rapport / tematisk årsrapport	Svensk offentlig förvaltning / svensk hälso- och sjukvård och socialtjänst	MDR; GDPR; Patientdatalagen (2008:355); Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400); Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460)
Haute Autorité de Santé, 2021, Frankrike [43]	Ge översikt på utvärderingsprocessen i mHälsa sektorn och etablera kvalitetskriterier för medicinskt innehåll i hälsoappar	Standard / konsensusbildande arbete	Franskt offentlig förvaltning / franska hälsoprofessioner, professionella förbund, och patienter	
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021, Nederländerna [44]	To develop a single, broadly supported national assessment framework for health apps, based on CEN-ISO/DTS 82304-2.	Rekommendation / utredning	Nederländskt offentlig förvaltning	GDPR
Magnusson Sjöberg, 2020, Sverige [45]	Inventera problem kring rättsläget för hälsoappar.	Rapport	Svenskt näringsliv och offentlig förvaltning	GDPR; MDR; Dataskyddslagen (DSL); Patientdatalagen (PDL) och förordning (PDF); Offentlighets- och sekretesslagstiftning (OSL)

Tabell 10. Behov och rekommenderade eller antagna åtgärder för policy och förvaltningsstrukturer som presenterades i den grå litteraturen, för Sverige respektive EU- och andra länder.

	Behov	Rekommenderade eller antagna åtgärder
Policy	<p><u>Sverige:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tydligare regulatorisk vägledning för hälsoappar, särskilt gällande klassificering • Högre enhetlighet i bedömning av appar • Minskad fragmentering av tillsyn över hälsoappar • Ligger efter med uppbyggnaden av kapacitet, samordning, och rättsliga ramar för att möta krav i EHDS-förordningen • Överföring av personuppgifter till länder utanför EU skapar juridiska motsättningar för hälsoappar • Svensk förvaltningspolitik ger inte myndigheter och offentliga aktörer tillräckliga förutsättningar för att själv utveckla hälsoappar • En del obefogade rättsliga hinder finns för hälsoappar, bl.a. teknikneutralt regelverk som är för generellt för korrekt tolkning • Administrativa sanktionsavgifter mycket högre för privat sektor än offentlig <p><u>EU- och andra länder:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Övervägande majoritet i EU vill ha statlig granskning och betygsättning av hälsoappar • Saknas gemensam kvalitetsgranskning och relaterade processer för hälsoappar inom EU • Saknas ”lokala” riktlinjer och stöd för vårdpersonal och patienters val av hälsoappar • Saknas riktlinjer och stöd till utvecklare av icke-medicintekniska hälsoappar avseende bedömningskriterier och krav • Risknivå och användningssyfte behöver vara styrande i bedömningar av hälsoappar • Både teknisk och medicinsk bedömning av hälsoappar behöver göras 	<p><u>Sverige:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inför kompletterande svensk lagstiftning för hälsoappar avseende bl.a. marknads kontroll av hälsoappar • Ta fram nationell genomförandeplan för hälsodata från bl.a. hälsoappar • Juridisk reglering av hälsoappar måste it-anpassas, med större inslag av icke-bindande regler • Skapa juridiska labbmiljöer med sikte på design av rättsenliga modelllösningar för hälsoappar, s.k. regulatoriska sandlådor • Reformera avgiftsmodellen för certifiering av / tillsyn över hälsoappar <p><u>EU- och andra länder:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • EU länders förvaltningar bör införa av CEN-ISO/TS 82304-2 för kvalitetsgranskning av hälsoappar • Skapa nationella app-bibliotek/databas där endast kvalitetsgranskade och/eller godkända appar får listas • Kvalitetsgranskade och godkända hälsoappar bör märkas med EU flaggan och gälla i samtliga medlemsländer • Skapa offentliga beslutsstöd för att ge personal tydligare förutsättningar för att rekommendera hälsoappar

	<ul style="list-style-type: none"> • Hälsoapparnas etiska och hälsoekonomiska aspekter behöver utvärderas • Regelverk inklusive riskbedömning riskerar att halka efter då appar uppdateras frekvent 	<ul style="list-style-type: none"> • Skapa offentliga beslutsstöd till apputvecklare avseende kvalitetskriterier, designprinciper m.m. • Möjliggöra statlig ersättning och bredare adoption för godkända appar
Förvaltningsstrukturer	<p><u>Sverige:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vårdpersonal ser ett behov av att ordinera hälsoappar • Saknas tydlig ansvarig förvaltningsinstans för marknads kontroll av hälsoappar i Sverige • Saknas tydligt ansvar för äldre komplexa it-system fortfarande i drift, inklusive data däri. 	<p><u>Sverige:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ge myndighet eller annan oberoende instans tydligt huvudansvar för kvalitetssäkring av hälsoappar • Utse Läkemiddelsverket till marknads kontrollmyndighet för hälsoappar, där bl.a. riskbaserad kontroll av produkter, hantering av incidentrapporter, korrigerande åtgärder, vägledning och kunskapsspridning, och samverkan nationellt och internationellt ingår. • Flytta tillsynsansvar för egentillverkade medicintekniska produkter (bl.a. vissa appar som tas fram av vårdgivare och forskningsmiljöer) från IVO till Läkemiddelsverket • Etablera en nationell samverkansstruktur (digital hälsa – dataskydd – marknads kontroll) • Anpassa processer och bygga nya IT-system, med testmiljöer för hälsodokumentationssystem

Diskussion

Metoderna valdes i ansatsen för att belysa frågeställningarna och området ur flera perspektiv, men sammantaget kan kunskapsläget tolkas som relativt begränsat:

- Det finns ingen gemensamt etablerad definition för begreppet hälsoapp, och hur hälsoappar faller inom en klassificeringshierarki som omfattar medicin- och/eller välfärdsteknik är inte fastställd. Det finns således betydande risk för förvirring gällande klassificering och användningsområden.
- Enkätundersökningen visade att inom kommunal socialförvaltning är antalet hälsoappar som brukas relativt få och användningsområden relativt konventionella. Enkäten visade även att det finns en okunskap om vad hälsoappar är – trots att en etablerad definition tillhandahölls – och/eller om vilka som används inom den egna verksamheten.
- Intervjuundersökningen visade att hälsoappars effekter sällan etableras inom offentlig förvaltning, och i många fall saknas etablerade processer eller rutiner för att ställa krav på, följa upp och/eller utvärdera hälsoappars effekter.
- Upphandlingsundersökningen visade inga annonserade upphandlingar där en hälsoapp var huvudobjektet för inköp, och för de appkomponenter som omfattades av huvudobjektet ställdes i princip inga specifika krav utöver tekniska.
- Inget av upphandlings, enkät- eller intervjuundersökningarna identifierade användandet av något hälsoappspecifikt verktyg, ramverk eller certifieringsprocess för att kvalitetsgranska eller bedöma evidens kring hälsoappars effekter; endast övergripande krav på MDR certifiering för medicintekniska komponenter ställdes.
- Den vetenskapliga litteraturundersökningen pekade på att det finns en relativt utbredd användning av hälsoappar i ett antal utvecklade länder, inklusive Sverige, men även att det finns stor tveksamhet bland olika professionerna kring evidens, kvalitetssäkring, och villighet att använda/rekommendera hälsoappar.
- Den vetenskapliga och gråa litteraturen visade även att vård- och omsorgsprofessioner i Sverige och andra länder efterfrågade stöd i form av tydlig vägledning, certifiering eller godkännande, ersättningsmöjligheter och infrastruktur för identifiering av högkvalitativa eller effektiva hälsoappar.
- Den gråa litteraturundersökningen visade att många problem kring hälsoappar, inklusive evidensbedömning, reglering och kvalitetsgranskning, var kända av offentliga instanser och ett antal policy- och infrastrukturinsatser är tagna för att lösa dem, men att arbetet ligger långt efter för att matcha hälsoappars faktiska utvecklingstakt.

Undersökningarnas resultat tillåter dock att ett antal slutsatser kan dras kring de centrala frågeställningarna, dock med varierande säkerhet.

Vilka begrepp används och vart tar de sin utgångspunkt?

Begreppet hälsoapp används, men är inte tydligt definierat

Det finns en handfull begrepp som formulerats av etablerade instanser för att beskriva vad hälsoappar är och gör, som är någorlunda samstämmiga. Det verkar dock finnas tillräckliga skillnader mellan dessa för att misstolkningar skulle kunna uppstå. Konsumentinriktade instanser skiljer sig markant från vad hälsoinriktade myndigheter och lagstiftare gör, men även på högre nivå (till exempel EU EHDS) saknas definition av hälsoappar. Andra närliggande begrepp som wellnessapp skulle kunna inordnas under begreppet hälsoapp, och hälsoappar kunde i sin tur inordnas under begreppet välfärdsteknik. Samtidigt hänvisar inte dessa begrepp till varandra, vilket gör att det inte finns någon hierarkiskt semantiskt struktur som underlättar för klassificering och kategorisering.

Det finns ett antal policydokument, forskningsstudier, och myndighetsinitiativ som använder begreppet hälsoapp och dess varianter, men ofta i generella termer. Begreppsanvändningen tyder på att dessa instanser tar sin utgångspunkt från konsumenttrender och branschutveckling i stället för egenformulerade definitioner.

Det finns betydande skillnader i bruk av begreppet hälsoapp

En betydande del inom kommunal vård- och omsorg verkar inte veta att de använder hälsoappar, eller i alla fall att de ska beskrivas som så. Denna slutsats kan dras bland annat utifrån diskrepansen mellan vad kommunerna själva har angett gällande användning av apparna jämfört med vilka appar som faktiskt används (bekräftat via andra öppna källor). Detta kan även bero på bristande kännedom hos kommunala tjänsteman kring vilka andra digitala lösningar som finns inom verksamheten, men det skulle även tyda på svårigheter att enkelt sammanställa olika sorters tekniska lösningar inom verksamheten.

Offentliga upphandlingar använder begreppet hälsoapp och dess variationer i mycket liten utsträckning, i alla fall i förhållande till antalet objekt och tjänster som upphandlas och som kan omfatta dessa. Detta kan även bero på att hälsoappar förvärvas till offentliga verksamheter genom icke-annonserade anskaffningsmetoder.

Begreppet evidens används synnerligen sällan i samband med hälsoappar

Evidens är ett relativt väletablerat begrepp inom svensk offentlig hälso- och sjukvårdsförvaltning, och används konsekvent i lagstiftning och myndigheters kunskapsstyrning. Men i offentliga upphandlingar saknades begreppet i anskaffning av en stor majoritet av objekt och tjänster som kan omfatta hälsoappar. Detta kan betyda att det finns en okunskap kring hur begreppet ska användas i administrativa processer, eller möjligen en ovilja att använda det. Det kan även bero på att i flera fall har man valt att använda ett regleringsinstrument, vanligtvis MDR, för att täcka eventuella krav kring evidens *om tekniken som erbjuds faller under denna reglering*. Men med detta tillvägagångssätt finns risk för att hälsoteknik som inte uttryckligen klassas som medicinteknik skulle undgå MDRs evidenskrav, vilket är i de allra flesta fall inte en korrekt tolkning enligt nuvarande lagstiftning och reglering.

Begreppet kvalitet förekommer oftare i förhållande till hälsoappar, men innebörden av det kan ifrågasättas

Kvalitet är ett relativt etablerat begrepp inom vård och omsorg, och används oftast inom både operativa och administrativa situationen inom ramen för systematiskt kvalitetsarbete och kvalitetsledningssystem. I förhållande till hälsoappar verkar det användas något oftare än evidens, utifrån resultatet från granskning av upphandlingar och från intervjuer med kommunernas socialförvaltningar. Fem av 36 upphandlingar som omfattade hälsoappar i någon utsträckning använde någon kvalitetsrelaterad term i sina krav eller utvärderingskriterier för inkommande anbud, och vid intervjuerna angavs att uppföljning av kvalitet gjordes för ca hälften av kommunens angivna hälsoappar.

Problemet är att förståelsen för innehållet i begreppet kan ifrågasättas. Socialstyrelsen definierar kvalitet i sina föreskrifter (SOSFS 2011:9) som *att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter... och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter*. Detta förutsätter bland annat en kunskapsbaserad verksamhet, vilket i sin tur betyder att man använder den bästa tillgängliga kunskapen. Om denna kunskap inte efterfrågas eller granskas, då kan man ifrågasätta om man även uppfyller krav på att verksamheten drivs med god kvalitet. Att man ställer krav på att en leverantör har ett kvalitetsledningssystem för att kunna kvalificera sig till en upphandling är troligen inte heller en försäkran om att bästa tillgängliga kunskap erhålls.

Hur beskrivs, eller bedöms effekt av hälsoappar? Finns skillnader mellan olika offentliga aktörer till exempel hälso- och sjukvård och socialtjänst, regioner och kommuner?

Beskrivning och bedömning av hälsoappars effekter sällan förekommer, oavsett verksamhet

Utifrån resultatet från genomgång av upphandlingar och intervjuundersökningen kan man konstatera att hälsoappars effekter beskrivs eller bedöms endast i mindre utsträckning inom vård- och omsorgen. Detta bekräftas av avsaknaden av tydliga effektbeskrivningar i upphandlingar samt av att endast cirka en femtedel av kommunerna angav att de hade definierat önskade effekter för sina hälsoappar. Av de effekter som hade definierats var de flesta mindre rigoröst formulerade, vilket försvårar för valid eller meningsfull mätning och uppföljning senare. Dessa är redan kända brister i breddinförd digital hälso- och välfärdsteknik i svensk offentlig vård- och omsorg; därför är det kanske mindre förvånande att hälsoappar inte tagit mark förhållandevis.

Slutsatsen kan även delvis härledas till utifrån resultatet från genomgången av den vetenskapliga litteraturen. Där konstaterades att ett stort hinder för professionernas villighet att använda och rekommendera hälsoappar var brist på evidens för effekter och/eller bekräftad kvalitetsgranskning med stämpel, godkännande av myndigheter med mera.

Utifrån upphandlingsdokumentationen som granskades hade varken regioner eller kommuner beskrivit specifika krav på appkomponenterna i upphandlingarna. Detta försvårar, om inte omöjliggör, konsekvent bedömning av appkomponenternas effekter efter implementering.

Vad påverkar hur vi ställer kraven på, eller ifrågasätter hälsoappars effekt?

Arbetsprocesser med fokus på formulering av, kravställning på och uppföljning av effekter har en avgörande påverkan på detta – och de används sällan för hälsoappar

Genomgången av upphandlingar visade att inköpsmomentet påverkar kravställningen på ett avgörande sätt. Kort sammanfattat så ställdes få krav som är specifikt för appkomponenter i upphandlingar, och de som specifikt ställdes var nästan uteslutande av teknisk karaktär. Kopplingen mellan effekterna som beskrevs för upphandlingsobjektet i sin helhet och appkomponenterna som omfattades var inte tydligt beskriven. Att ha ställt krav på att upphandlingsobjektet är certifierat enligt MDR och/eller erhållit CE-märkning kan inte anses vara ett tillförlitligt sätt att försäkra att önskade effekterna ska uppnås, om inte det specificeras i upphandlingsdokumentationen att sådana krav gäller för ett specifikt användningsmål som omfattar de önskade effekterna.

Om man lägger till data från intervjuundersökningarna så verkar det svårt att kunna redogöra för hälsoappars effekter inom vård- och omsorgsverksamheter. Grundläggande effektbeskrivningar fanns endast för en minoritet av apparna och uppföljning av dessa beskrevs sällan som systematiskt. Hur man ställer krav på och utvärderar interventioner är avgörande arbetsprocesser för en evidensbaserad praktik, och slutsatsen av aktuell kunskapsredovisning är att det finns betydande brister i dessa processer gällande hälsoappar.

Vilka situationer uppstår och vilka föreställningar finns om vad man får, eller inte får göra gällande till exempel inköp, rekommendation eller användning av hälsoappar?

Det råder ett antal otillfredsställande situationer och föreställningar som hindrar användning av hälsoappar – men ett antal policyskapande instanser verkar arbeta för att undanröja dem

Den vetenskapliga litteraturen gav tydliga svar avseende faktorer som påverkade professioners användning av hälsoappar, och som till viss del beskriver situationerna som uppstår och föreställningarna som finns. Man är oftare ovillig att använda eller rekommendera hälsoappar om inte evidens eller annat bevis finns för dess effektivitet är tillgänglig, om det upplevs att legala eller integritetsmässiga tveksamheter finns, att ersättning för appen saknas, eller om patienten upplevs ha för låg digital litteracitet. Från svenskt håll har underlaget från intervjuerna gett kompletterande information om föreställningarna som finns, den vanligast av vilka är att man inte på egen hand får köpa in eller rekommendera appar som organisationen inte själv har anskaffat eller godkänt. Det är dock oklart om det finns någon tydligt etablerad policy på lokal nivå som bekräftar denna föreställning; ingen av de intervjuade kunde peka ut en sådan förutom att man i vissa verksamheter inte fick ladda ner applikationer till mobilen som inte installerades av den egna verksamheten.

Det finns i dagsläget i Sverige ingen specifik nationell policy eller kunskapsstyrning kring individuella professioners användning eller rekommenderar av just hälsoappar. Endast genom en hoppyslande av olika policyer och vägledningar skulle detta kunna åstadkommas, men det skulle med stor sannolikhet ändå kräva ett övergripande tolkningsförfarande. Resultatet från genomgången av den gråa litteraturen tyder dock på att policyformande instanser är medvetna om att något måste göras för att både hantera situationerna och föreställningarna kring användning av hälsoappar.

Ett flertal reglerande instanser i andra länder arbetade med policy- och/eller infrastrukturinsatser som skulle underlätta för professioner – och i vissa fall lekmän – att identifiera hälsoappar som kunde anses vara trovärdiga eller ”kvalitetssäkrade”. Dessa insatser omfattande bland annat systematisk och opartisk granskning, reglering och märkning, kommunikativa insatser, och skapande av tillgängliggörande infrastruktur. Den randomiserade, kontrollerade studien om en kvalitetsstämpel, vilket talar för att detta kan skapa större trygghet i användning av hälsoappar, rimmar väl med dessa insatser.

Det finns betydande risker i dagsläget

Utifrån genomförda analyser i denna kunskapsredovisning kan man dra slutsatsen att det finns reell risk för att kvalitetsbrist i verksamheten uppstår i samband med användning av hälsoappar. Följande hypotetiska situationer skulle till exempel relativt lätt kunna uppstå i nuvarande läge:

- En kommunal socialtjänst direktupphandlar en hälsoapp baserat till övervägande del på positiv recension av annan kommun och utifrån samma upphandlingsunderlag, men har ett annat planerat tillämpningsområde och/eller önskade effekter än den rekommenderande kommunen.
- En vårdgivande organisation implementerar och tillgängliggör en hälsoapp för användning av professioner inom sin verksamhet, men upptaget blir lågt då professionerna ifrågasätter appens effektivitet, integritet och/eller användbarhet.
- En vård- och omsorgsförvaltning förlänger ett avtal avseende en hälsoapp som erbjuder professionellt stöd i ytterligare två år, men det finns inga etablerade indikatorer för uppföljning av dess effekter, och inget sammanställt underlag inom förvaltningen kring vilka nyttor som kan ha uppstått kopplat till appen.
- Brukarnas anhängiga använder i allt högre grad en hälsoapplikation som marknadsförs online, vilket har lett till att professionerna börjar hänvisa och ta hänsyn till det i sina kontakter med brukarna. Appen leder dock till flera kontakter med vården per användare än tidigare, utan att vårdgivaren kan utvärdera om hälsoutfallen förbättras, eller om hur professionernas arbetsbelastning påverkas.
- En hälsoapp används hos vårdgivande organisationer i hela landet innan det blir föremål för granskning av nationella myndigheter. De kommer fram till att det kan anses vara en medicinteknisk produkt. Stor förvirring uppstår då det finns olika tillämpningsområden hos olika vårdgivande organisationer och endast en handfull har ställt någon som helst krav på appen, som förvärvades som tilläggsfunktion i ett större, icke-medicintekniskt system.

Det krävs två för att dansa tango

Konceptuellt skulle det krävas ett antal initiativ och insatser för att skapa trygghet för professioner inom vård- och omsorgsverksamheter och motverka icke-konstruktiva föreställningar kring inköp, rekommendation och/eller användning av hälsoappar. För privata situationer hos lekmän skulle det troligtvis krävas något färre insatser, men omfattningen är ändå väldigt stor. Utifrån resultat från de olika undersökningarna kan vi beskriva dessa i ett par tänkbara, förenklade flöden – ett för den kvalitetssäkrande instansen, och ett för den kvalitetssökande instansen - som måste mötas längs vägen:

Den kvalitetssäkrande instansens insatsflöde.



- 1. För att säkra detta vill professionen vill ha en utomstående kvalitetsstämpel - någon form av bekräftelse – som konstaterar att appen är lämplig för användning gentemot avsett ändamål.
- 2. Detta kräver att någon kvalitetssäkrande part som anses ha tillräcklig auktoritet utses och agerar som bedömare och/eller utförare av kvalitetsstämpeln.
- 3. För att kvalitetsstämpeln ska anses trovärdig krävs rimligen att kvalitetskriterierna är tydliga och transparenta, sprids till och tillämpas av inköpare som ska ställa krav på dem, leverantörer som ska uppfylla dem, samt användarna som ska till slut arbeta med produkten.
- 4. Kvalitetsstämpeln måste även bli igenkännbar för att ses som trovärdig av den kvalitetssökande. Detta kräver ett fastställt sätt att utfärda och använda den, kommunikationsinsatser, och eventuellt infrastrukturella satsningar (till exempel portal eller källa med lista över appar som erhållit stämpeln).

Här bör insatsflöden mötas.



- 5. Den kvalitetssökande ska sedan kontrollera att kraven matchar kvalitetsstämpelns underliggande kriterier för applikationen i fråga.
- 4. Den kvalitetssökande måste känna till att det finns en kvalitetssäkrande instans som den kan förlita sig på för att hitta en lämplig applikation för sina önskade effekter.
- 3. Dessa effekter måste sedan överföras till tolkningsbara, valida och helst mätbara, krav vid inköp av utrustningen. (Vid privat konsumentköp från till exempel en appstore är detta steg mycket svårt, om inte omöjligt, att uppfylla).
- 2. Den kvalitetssökande måste kunna tydligt uttrycka vilka önskade effekter de vill att hälsoappen ska leverera för att uppfylla behovet. Effekterna bör vara valida och tolkningsbara så långt som möjligt.
- 1. Den kvalitetssökande, oavsett om det är en organisation, profession, eller privatperson, söker efter en digital hälsoapplikation som kan hjälpa uppfylla något behov.

Den kvalitetssökandes insatsflöde.

Med denna hypotetiska beskrivning blir det uppenbart att en extern kvalitetssäkring av hälsoappar löser endast en del av behovet. Motparten – den kvalitetssökande – måste också genomföra vissa insatser för att kunna optimalt nyttja den kvalitetssäkrande partens insatser. Det kan argumenteras för att den kvalitetssäkrande partens insatser skulle driva på den kvalitetssökandes insatser enligt denna modell, men den sistnämnde skulle ändå behöva genomföra sina insatser för att den ska kunna fungera optimalt.

I en svensk kontext verkar båda parter vara relativt långt ifrån att kunna implementera denna modell.

Begränsningar

Uppdragsansatsen innebar ett antal begränsningar gällande tillförlitligheten i resultatet och slutsatserna som kunde dras.

Att endast kommunala socialförvaltningar ingick i enkät- och intervjuundersökningarna kan medföra att användning av hälsoappar i regionerna ser annorlunda ut. Även om upphandlingsundersökning tog med regionernas upphandlingar så kan det vara av värde att upprepa enkät- och intervjuundersökningarna även hos regionerna.

Inrapportering av detaljerade svar kring användning av hälsoappar begränsades till 3 per svarande kommun. Det kan betyda att det finns flera appar i bruk än de som listades i resultatet. Samtidigt tillfrågades kommunerna om att ange de tre mest använda, och de även gavs möjlighet att ange det totala antalet som användes inom sin verksamhet. Därför finns viss osäkerhet i denna uppskattning. Att endast 50 kommuner besvarade enkäten kan också medföra en grad av osäkerhet, även om dessa förefaller vara representativt för hela landet utifrån kommuntyp och geografisk spridning.

Den vetenskapliga litteraturundersökningen hade ett relativt snävt omfång för att bäst kunna besvara de centrala frågeställningarna i uppdraget. Litteraturen kring hälsoappar är för tillfället mycket stor och har vuxit exponentiellt, särskilt sedan Covid-19 pandemin inträdde, men består till stor del av validerings- och effektutvärderingsstudier kring enstaka eller typer av hälsoappar. Att utesluta dessa från vidare analys – vilket oftast skedde vid screeningssteget - kan ha medfört att de innehöll för uppdraget relevanta resultat utan att märka det.

Den gråa litteraturundersökningen begränsades till policy- och styrningsdokument, och huvudsakligen till en databas som innehöll endast offentliggjorda policy- och styrningsdokumentation från öppna källor. Lokala policyer (till exempel på kommunal nivå) som inte publicerats och som kan ha varit relevant för uppdragets analyser kan ha missats, även om uppföljande undersökningar gjordes hos kommunala och regionala offentliga sidor. Begäran av dokumentation från diaries enligt offentlighetsprincipen kunde ha identifierat flera relevanta policyer men genomfördes inte av tids- och kostnadsskäl.

Om Center för välfärdsförändring @ MDU

Center för välfärdsförändring @ MDU är en plattform för samverkan där offentlig sektor, akademi, näringsliv och civilsamhälle möts och utvecklar framtidens välfärd baserat på hälso- och välfärdsteknikens möjligheter.

Centret formellt invigdes 30 maj 2023 och samlar över 20 års erfarenhet inom hälso- och välfärdsteknikforskning inom en bredd av områden, inklusive forskningen från MDU:s samtliga forskningsinriktningar.

centerforvalfardsforandring@mdu.se
www.mdu.se/center-for-valfardsforandring

Referenser

1. SOU. Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. In: Socialdepartementet, editor. Stockholm 2020.
2. Socialstyrelsen. Evidensbaserad praktik. 2025 [updated 2025-06-25; cited 2025]; Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/>.
3. Socialstyrelsen. Lärstöd i evidensbaserad praktik för socialtjänsten. Basfakta 7. Begreppen EBP, evidens och effekt. Socialstyrelsen; [cited 2025]; Available from: <https://socialstyrelsen.onlineacademy.se/external/play//23381>.
4. SKR. Evidensbaserad socialtjänst. SKR; 2025 [updated 2025-12-18; cited 2025]; Available from: <https://extra.skr.se/framtidenssocialtjanst/kunskapochstod/kunskapsbaseradsocialtjanst.81974.html>.
5. Guo C, Ashrafian H, Ghafur S, Fontana G, Gardner C, Prime M. Challenges for the evaluation of digital health solutions—A call for innovative evidence generation approaches. *npj Digital Medicine*. 2020 2020/08/27;3(1):110. doi: 10.1038/s41746-020-00314-2.
6. Stern AD, Brönneke J, Debatin JF, Hagen J, Matthies H, Patel S, et al. Advancing digital health applications: priorities for innovation in real-world evidence generation. *The Lancet Digital Health*. 2022;4(3):e200-e6. doi: 10.1016/s2589-7500(21)00292-2.
7. Chapman S. Towards identifying good practices in the assessment of digital medical devices: Insights from several OECD countries. Paris: 2025 Contract No.: No. 177.
8. Day S, Shah V, Kaganoff S, Powelson S, Mathews SC. Assessing the Clinical Robustness of Digital Health Startups: Cross-sectional Observational Analysis. *J Med Internet Res*. 2022 2022/6/20;24(6):e37677. doi: 10.2196/37677.
9. Hulstaert F, Pouppez C, Primus-De Jong C, Harkin K, Neyt M. Gaps in the evidence underpinning high-risk medical devices in Europe at market entry, and potential solutions. *Orphanet Journal of Rare Diseases*. 2023;18(1). doi: 10.1186/s13023-023-02801-7.
10. Gomis-Pastor M, Berdún J, Borrás-Santos A, De Dios López A, Fernández-Montells Rama B, García-Esquirol Ó, et al. Clinical Validation of Digital Healthcare Solutions: State of the Art, Challenges and Opportunities. *Healthcare (Basel)*. 2024 May 22;12(11). PMID: 38891132. doi: 10.3390/healthcare12111057.
11. Ehn M, Richardson MX, Landerdahl Stridsberg S, Redekop K, Wamala-Andersson S. Mobile Safety Alarms Based on GPS Technology in the Care of Older Adults: Systematic Review of Evidence Based on a General Evidence Framework for Digital Health Technologies. *Journal of Medical Internet Research*. 2021;23(10):e27267. doi: 10.2196/27267.
12. Norgren T, Richardson MX, Wamala-Andersson S. Obstacles to Evidence-Based Procurement, Implementation, and Evaluation of Health and Welfare Technologies in Swedish Municipalities: Mixed Methods Study. *JMIR Form Res*. 2023;7:e45626. PMID: 37318831. doi: 10.2196/45626.
13. Richardson MX, Andersson SW. Use of evidence-based approaches in procurement and implementation of health and welfare technologies – a survey among Swedish municipalities. *BMC Health Services Research*. 2023;23(1). doi: 10.1186/s12913-023-10021-9.

14. Richardson MX, Landerdahl Stridsberg S, Wamala Andersson S. Evidence-related requirements in Swedish public sector procurement of health and welfare technologies – a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2022 2022/03/17;22(1):357. doi: 10.1186/s12913-022-07723-x.
15. Maaß L, Freye M, Pan C-C, Dassow H-H, Niess J, Jahnel T. The Definitions of Health Apps and Medical Apps From the Perspective of Public Health and Law: Qualitative Analysis of an Interdisciplinary Literature Overview. *JMIR mHealth and uHealth*. 2022;10(10):e37980. doi: 10.2196/37980.
16. WHO. Classification of digital interventions, services and applications in health: A shared language to describe the uses of digital technology for health, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2023.
17. Socialstyrelsen. Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet – slutrapport. Socialstyrelsen; 2022.
18. e-Hälsomyndigheten. Hälsoppar- förutsättningar och användning. Kartläggning. 2021 Contract No.: Dnr 2021/01963.
19. Standarder Sif. Technical specification, Health software – Part 2: Health and wellness apps – Quality and reliability. SIS; 2021.
20. Google. Health app categories and additional information. Google Play Console Help: Google; 2026 [cited 2026]; Available from: <https://support.google.com/googleplay/android-developer/answer/13996367?hl=en>.
21. EUROPAPARLAMENTETS OCH RÅDETS FÖRORDNING (EU) 2025/327 om det europeiska hälsodataområdet och om ändring av direktiv 2011/24/EU och förordning (EU) 2024/2847, 2025/327 (2025).
22. ICER, PHIT. ICER-PHTI Assessment Framework for Digital Health Technologies. Peterson Health Technology Institute
Institute for Clinical and Economic Review, 2023.
23. NICE. Evidence Standards Framework for Digital Health Technologies. Update August 2022 ed: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2018.
24. Silberman J, Wicks P, Patel S, Sarlati S, Park S, Korolev IO, et al. Rigorous and rapid evidence assessment in digital health with the evidence DEFINED framework. *npj Digital Medicine*. 2023;6(1). doi: 10.1038/s41746-023-00836-5.
25. Deegan O, Riain EO, Martin D, Yoshitani M, O'Donoghue M, Smart K, et al. A scoping review of frameworks evaluating digital health applications. *DIGITAL HEALTH*. 2025;11:20552076251315297. doi: 10.1177/20552076251315297.
26. Boers M, Rochereau A, Stuwe L, Miguel LS, Klucken J, Mezei F, et al. Classification grid and evidence matrix for evaluating digital medical devices under the European union landscape. *npj Digital Medicine*. 2025;8(1). doi: 10.1038/s41746-025-01697-w.
27. Frey S, Kerkemeyer L. Acceptance of digital health applications in non-pharmacological therapies in German statutory healthcare system: Results of an online survey. *Digital health*. 2022;8:205520762211311. doi: 10.1177/20552076221131142.
28. Van Kessel R, Roman-Urrestarazu A, Anderson M, Kyriopoulos I, Field S, Monti G, et al. Mapping Factors That Affect the Uptake of Digital Therapeutics Within Health Systems: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*. 2023;25:e48000. doi: 10.2196/48000.
29. Shiyab W, Rolls K, Halcomb E, Shiyab We, Rolls K, Ferguson C, et al. Nurses' Use of mHealth Apps for Chronic Conditions: Cross-Sectional Survey. *JMIR nursing*. 2024;7:e57668. doi: 10.2196/57668.

30. Richter JG, Chehab G, Stachwitz P, Hagen J, Larsen D, Knitza J, et al. One year of digital health applications (DiGA) in Germany – Rheumatologists’ perspectives. *Frontiers in Medicine*. 2022;9. doi: 10.3389/fmed.2022.1000668.
31. Nogueira-Leite D, Diniz JM, Cruz-Correia R. Mental Health Professionals’ Attitudes Toward Digital Mental Health Apps and Implications for Adoption in Portugal: Mixed Methods Study. *JMIR Human Factors*. 2023;10:e45949. doi: 10.2196/45949.
32. Biliunaite I, Van Gestel L, Hoogendoorn P, Adriaanse M. Value of a quality label and European healthcare professionals’ willingness to recommend health apps: An experimental vignette study. *Journal of Health Psychology*. 2025;30(6):1278-90. doi: 10.1177/13591053241258205.
33. Martin L, Buhler S, Basualdo-Hammond C, Hogenson J, Alexander J. The Use of Digital Health Applications by Registered Dietitians (RDs) in Alberta. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*. 2025. PMID: WOS:001632628600001. doi: 10.3148/cjdpr-2025-021.
34. Frey AL, Leigh S, Toro C, Bufill CP, McCay C, Trupec TP, et al. Preferences and Willingness to Pay for Health App Assessments Among Health Care Stakeholders: Discrete Choice Experiment. *Jmir Mhealth and Uhealth*. 2025 2025;13. PMID: WOS:001502889900001. doi: 10.2196/57474.
35. Essén A, Stern AD, Haase CB, Car J, Greaves F, Paparova D, et al. Health app policy: international comparison of nine countries' approaches. *Npj Digital Medicine*. 2022 Mar 18;5(1). PMID: WOS:000770626200002. doi: 10.1038/s41746-022-00573-1.
36. Läkemedelsverket. Uppdrag till Läkemedelsverket att förbereda inför EHDS. Slutrapport från Läkemedelsverket. Uppsala: 2025 februari 2025. Report No.: Contract No.: Dnr 1.1.8-2024-058495.
37. Socialdepartementet, Regeringskansliet. Riksrevisionens rapport om tillsynen över medicintekniska produkter. Regeringskansliet; 2025.
38. Label2Enable. Adopting ISO 82304-2 and a trusted EU mHealth label for a single market that enables patients, citizens, health professionals, systems and authorities to benefit from a healthy supply of useful apps. Label2Enable, 2025.
39. INESSS. INESSS: Publication: Bulletin de veille no 11 - Overview of the regulatory framework for mobile applications in health and social services (translated from French). Institut National d’Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS), 2024.
40. Petersson G, Agestam M, Asplund S. Hälsoappar – Svenska läkaresällskapets medlemsföreningars/sektioners erfarenheter och önskemål. En enkätundersökning. Svenska Läkaresällskapet, 2024 2024-06-13. Report No.
41. Hälsomyndigheten E. 2022-04-08: Hälsoappar- förutsättningar och användning. E-Hälsomyndigheten; 2022.
42. Hälsomyndigheten E. 2021-12-14: Tematisk årsrapport om att använda och tillgängliggöra hälsodata med fokus på hälso- och sjukvården. E-Hälsomyndigheten; 2021.
43. Santé HAd. Évaluation des applications dans le champ de la santé mobile (mHealth). Haute Autorité de Santé, 2021.
44. Ministerie van Volksgezondheid WeS. The development of a National Assessment Framework for health apps and advice on the implementation of the actual assessment. (translated from Dutch). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), 2021.
45. Magnusson Sjöberg C. E-hälsa som app – dataskydd och datadelning. 2020.

Bilagor

Bilaga I. Enkätformulär till online enkätundersökning

Använder du hälsoappar* i din verksamhet?

Mälardalens universitets Center för välfärdsförändring, i uppdrag av Stiftelsen Compare, undersöker olika aktörers användning av digitala hälsoapplikationer, så kallade **hälsoappar***. Syftet är att etablera kunskap om nuläget i Sverige, med fokus på användning, förväntningar på, och klassificering av hälsoappar.

Vi skulle därför vilja veta mer om användning av hälsoappar i er verksamhet.

Det är viktigt att någon med insyn i användning av hälsoappar inom er verksamhet hjälper till med att svara i undersökningen. Du får gärna vidarebefordra till eller samarbetar med andra inom er verksamhet för att svaren ska vara så korrekta och kompletta som möjligt.

Vad är hälsoappar?

En hälsoapp är en digital applikation som en individ eller personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst använder för att upprätthålla eller förbättra individens hälsa.

Det inkluderar applikationer som till exempel:

- kontrollerar eller styr medicinsk utrustning
- kommunicerar riktad eller generell hälsoinformation till brukare eller privatpersoner
- stödjer professioners beslut eller agerande i sin leverans av vård eller omsorg, som t.ex. att göra bedömningar, beräkningar eller diagnoser
- ger tillgång till journalinformation eller annan hälsoinformation
- Bevakar, larmar om, eller samlar in information om individers hälsa eller säkerhet
- för anteckningar inom en vård eller omsorgsprocess
- agerar som tekniskt hjälpmedel

Hälsoappar kan också se olika ut, som till exempel:

- en applikation i en mobiltelefon eller surfplatta
- en applikation på en dator
- ett gränssnitt i en portabel enhet t.ex. klocka, dosa eller sensorsystem

Vad räknas *inte* som hälsoapp i denna undersökning?

- En programvara i en dator eller mobil som *inte* är uttryckligen avsedd för att leverera hälsoinnehåll eller en hälsoinsats, t.ex. Microsoft Office-applikationer

Vad menas med ”användning” av hälsoappar i vår verksamhet?

- Att någon i er verksamhet laddar ner, köper in, utvecklar eller anlitar en hälsoapp i sin tjänstgöring, oavsett om det är reglerat eller oreglerat
- Att ni tillhandahåller eller rekommenderar appar för andra parter t.ex. brukare eller anhängiga

- Att appar är integrerade som en del av en produkt eller ett större digitalt system som ni har
-

Villkor för deltagande i undersökningen

Undersökningen genomförs online är mycket kort: det bör inte mer än 10 minuter att besvara om man har kännedom om användning av hälsoappar inom er verksamheten.

För att underlätta för svarande kan en kopia av frågorna som ställs i undersökning laddas hem här (länk).

Enkäten är riktade till verksamheter och inte individer. Vi begär in endast följande offentligt tillgängliga verksamhets- och personuppgifter för verksamhetsrepresentanter:

- verksamhetens namn och organisatorisk beskrivning
- den svarandes namn e-postadress och roll inom verksamheten

Dessa uppgifter kommer oavsett inte att spridas vidare, och efterfrågas endast för att medarbetare som genomför undersökningen ska kunna kontakta den svarande och deras verksamhet i uppföljningssyfte. Enskilda verksamheter och verksamhetsrepresentanter kommer ej att kunna särskiljas i vidare spridning av undersökningens resultat och relaterad kunskapsproduktion.

Personuppgifterna för verksamhetsrepresentanter kommer ej att lagras längre än 4 månader och görs i linje med bestämmelserna i EU:s dataskyddsförordning (GDPR). Övriga svarsdata raderas efter maximalt 5 år.

- Undersökningens huvudman är Mälardalens universitet (orgnr 202100-2916).
 - Verksamhetens och representantens deltagande i undersökningen är frivilligt.
 - Undersökningen innebär inga risker för den svarande eller deras verksamhet.
 - Undersökningen syftar inte till att påverka den svarande eller deras verksamhet fysiskt eller psykologiskt.
 - Nyttan med undersökningen är att kunskap om hur verksamheter använder, bedömer och klassificerar hälsoappar tas fram, vilket kan användas för att underlätta kvalitetssäkring och reglering av hälsoappar i framöver. Detta kan gynna brukare av apparna och deras verksamhet, genom att underlätta identifiering av hälsoappar med högre kvalitet och evidens för effektivitet.
 - Resultatet från undersökningen kommer att användas i kunskapsspridningssyfte specifikt till Stiftelsen Compare (org nr), och generellt till det vetenskapliga samhället och den offentliga sektorn.
 - Alla deltagande verksamheter har möjlighet att begära en kopia av eventuell kunskapsproduktion utifrån undersökningen.
-

Vilken huvudverksamhet svarar ni för? (t.ex. namn på region eller kommun) (fritextsvar)

Vilken del av huvudverksamheten svarar ni för? (t.ex. geografiskt område, förvaltning, avdelning m.m. Kan lämnas tomt om svaren handlar om huvudverksamheten i stort) (fritextsvar)

Vilken skulle beskriva denna del av huvudverksamheten bäst?

- Hälso- och sjukvård
- Socialtjänst
- Annat (ange)

Kontaktperson hos verksamheten (endast för uppföljning av enkätsvaren) (fritextsvar)
Kontaktpersonens e-postadress (endast för uppföljning av enkätsvaren) (fritextsvar)

1. Används någon hälsoapp i er verksamhet?

- Ja
- Nej – undersökningen avslutas
- Vet ej – GÅ TILL FRÅGA OM är det någon annan vi kan kontakta?

2. Hur många hälsoappar används i er verksamhet?

- 1–3
- 4–6
- 7–9
- 10 eller fler
- Vet ej – GÅ TILL FRÅGA typ ”Kan du något om någon app” ALT någon som kan?

Du kommer nu att svara specifikt om hälsoappen som används av uppskattningsvis flest individer i er verksamhet.

(antingen egen personal eller individer som ni ger vård och/eller omsorg till).

3. Vad kallas hälsoappen för?

(det kan vara produktnamnet eller ett internt arbetsnamn). FRITEXT

4. I vilket primärt syfte används hälsoappen?

- För att leverera en hälsoinsats till individer som tar del av er verksamhets tjänster och/eller deras anhöriga (GÅ TILL FRÅGA 6)
- För att leverera insatser till vård- och/eller omsorgsgivande professioner i sin tjänstgöring inom er verksamhet (GÅ TILL FRÅGA 7)
- För att leverera insatser till administrativ och/eller stödpersonal i sin tjänstgöring inom er verksamhet (GÅ TILL FRÅGA 8)
- För att optimera datahantering och användning inom er verksamhet eller med andra verksamheter (GÅ TILL FRÅGA 9)

5. I vilket specifikt syfte används hälsoappen för att leverera en hälsoinsats till individer som tar del av er verksamhets tjänster eller deras anhöriga?

(Flera svar kan väljas)

- Riktad kommunikation till individer eller deras anhöriga
- Generell kommunikation till individer eller deras anhöriga
- Kommunikation mellan individer
- Personlig hälsouppföljning för individer t.ex. tillgång till egen journalen, insamling av egna hälsodata osv.
- Inrapportering av hälsorelaterade händelser av individer
- Kommunikation med individer från verksamhetens sida
- För att ge eller ta bort samtycke för någon tjänst

6. I vilket specifikt syfte används hälsoappen för att leverera insatser till vård- och/eller omsorgsgivande professioner i sin tjänstgöring inom er verksamhet?

(Flera svar kan väljas)

- Underlätta professionernas identifikation eller registrering av individer som ska få vård eller omsorg
- Låta professioner läsa/skriva i individers journal eller hantera deras data
- Ge beslutsstöd till professioner
- Leverera hälsoinsatser till eller konsultera med individer på distans
- Konsultera och samarbeta med andra professioner inom den egna verksamheten eller liknande verksamheter
- Ordna remisser eller åtgärder
- Schemalägga eller planera professioners aktiviteter
- Utbilda eller kompetensutveckla professioner eller anställda
- Hantera läkemedelsbeställning och receptförskrivning
- För att hantera laboratorie- och diagnostikresultat
- För att hantera försäkrings- och betalningsärenden

7. I vilket specifikt syfte används hälsoappen för att leverera insatser till administrativ och/eller stödpersonal i sin tjänstgöring inom er verksamhet?
(Flera svar kan väljas)

- För att administrera personal inom er verksamhet
- För att administrera lagerhållning och tillgänglighet av utrustning och andra resurser
- För att rapportera in eller larma om icke-rutin folkhälsohändelser
- För att registrera uppgifter och händelser hos myndigheter
- För att hantera försäkrings- och betalningsärenden
- För att underhålla eller sköta om utrustning och andra resurser
- För att administrera lokaler och faciliteter
- För att administrera eller hantera intyg eller remisser

8. I vilket specifikt syfte används hälsoappen för att optimera datahantering och användning inom er verksamhet eller med andra verksamheter?
(Flera svar kan väljas)

- För att samla in, lagra eller visa sammanställda hälso- eller verksamhetsdata
- För att koda, klassificera eller strukturera hälso- eller verksamhetsdata
- För att geolokalisera händelser eller objekt t.ex. med GPS, GIS
- För att dela data mellan olika system eller gör det delningsbar
- För att hantera dataintegritet eller direktiv t.ex. GDPR, sekretess

9. Vad sorts teknik skulle ni kalla hälsoappen för?
(flera svar kan väljas)

- Välfärdsteknisk app
- Trygghetsteknisk app
- Medicinteknisk app
- Livsstils eller *wellness* app
- Vet ej
- Annat (ange) FRITEXT

Frågor 3–9 upprepas för app #2 och #3 om det angavs att fler än 1 respektive 2 appar användes inom den svarandes verksamhet.

Bilaga II. Intervjuguide till uppföljande intervjuundersökning

Du har svarat att ni använder (nämnd(a) hälsoapp(ar)) i er verksamhet.

1. Vilka effekter eller utfall hoppas ni få utifrån att hälsoappen/apparna används?
 - a. Någon särskild målgrupp?
 - b. Jämfört med vad? T.ex. Ingenting? Dagens (manuella) processer? En annan digital lösning?
2. Hur kom ni fram till dessa effekter/utfall?
 - a. Vem bestämde?
 - b. Har ni en etablerad process för hur effekter/utfall preciseras?
 - c. Dokumenteras dessa sedan?
3. Köptes appen/apparna in i verksamheten på något sätt?
 - a. T.ex. upphandlades en del av ett större system?
 - b. Upphandlades själv?
 - c. Var det konkurrensutsatt eller inte?
4. Har ni ställt krav på att era önskade effekter/utfall uppnås?
 - a. Om ja, vart/när/hur ställde ni kraven?
 - b. Om nej, varför inte?
5. Efterfrågade ni, eller sökte efter, evidens för att era önskade effekter/utfall för appen/apparna användning skulle kunna möjligen uppnås?
 - a. Om ja, hur gjorde ni? Fanns evidens? Hur bedömdes evidensen?
 - b. Om nej, varför inte?
6. Använde ni någon annan process eller verktyg för kvalitetssäkring av appen/apparna?
 - a. Om ja, vilken/vilket?
 - b. Om nej, varför inte?
7. Bedömde ni risknivån för appen/apparna, dvs om den felar eller inte fungerar som tänkt?
 - a. Om ja, hur gjorde ni?
 - b. Om nej, varför inte?
8. Bedömer ni om appen/apparna ska anses vara medicinteknik eller inte?
 - a. Om ja, hur gjorde ni? Vilka underlag utgår ni ifrån?
 - b. Om nej, varför inte? Vet ni hur det går till?
9. Följer ni upp era önskade effekter/utfall vid appen/apparna användning?
 - a. Om ja, hur gör ni? Hur använder ni resultaten?
 - b. Om nej, varför inte?
10. Vad skulle ni vilja ha för stöd framöver när det gäller införskaffning och användning av hälsoappar?

Bilaga III. Söktermer och villkor

För upphandlingsdokumentation

Databas	Sökbenämning (fet stil) och söktermer	Villkor
Pabliq	Hälsoapp Hälsoapp; health app; applikation; application; hälsoapplikation; health application; mobile app; mobile application	Bransch innehåller minst en av 85: Hälso- och sjukvård samt ... 73: FoU-tjänster samt tillhör... 33: Medicinsk utrustning, läk... Region innehåller minst en av SE: Sverige
	Välfärdsteknik welfare technology; välfärdsteknik; hälsoteknik; välfärdsteknologi; avvikelserarm; beteendeförändring; distansvård; egenmonitorering; egenvård; egenvårdsstöd; eHälsa; e-hälsa; fallsensor; fjärrtillsyn; hemmonitorering; hälsokommunikation; inkontinenssensor; larmmatta; läkemedelsrobot; läkemedelspåminnare; medicinpåminnare; minnesspel; minnesträning; nattkamera; nattrokamera; omsorgsrobot; personlarm; robothjälpmedel; rörelsedetektor; rörelselarm; tillsynskamera; trygghetskamera; vårdkommunikation; vårdrobot; digital assistans; digital hemvård; digital hälsa; digital omsorg; digital samordnad individuell vårdplanering; digitala vårdbesök; digitala vårdtjänster; digitalt lås; digitalt dörrlås; trygghetslarm; gps larm; interaktiv omsorg; interaktiv vård; interaktivt spel; kognitiv träning; mobil vård; social robot	Bransch innehåller minst en av 33: Medicinsk utrustning, läk... 73: FoU-tjänster samt tillhör... 75: Offentlig förvaltning, fö... 85: Hälso- och sjukvård samt ... Region innehåller minst en av SE: Sverige
	Namngivna appar Appva; ExorLive; Treserva; OneWound; Lifecare; Previct; MCSS; Combine; Visible Care; Visam; Everon; Evondos; Phoniro; Alfa eCare; eCare; VisibleCare; Collabodoc	Bransch innehåller minst en av 33: Medicinsk utrustning, läk... 48: Programvara och informati... 72: IT-tjänster: konsultverks... 73: FoU-tjänster samt tillhör... 85: Hälso- och sjukvård samt ... 75: Offentlig förvaltning, fö... Region innehåller minst en av SE: Sverige
Övriga källor	Sökord i Hälsoapp och Namngivna appar	

För vetenskaplig litteratur

Databas	Sökbenämning (fet stil) och söktermer	Villkor
Web of Science	Evidence (((ALL=(health app*)) AND ALL=(digital)) AND ALL=(evidence)) AND ALL=(effect*)	Datumintervall: 2020–2025 Begränsad till första 100 träffar per sökning
	Assessment (((ALL=(health app*)) AND ALL=(digital)) AND ALL=(assessment)) AND ALL=(effect*)	Sammanlagda resultat minus dubletter skickades till screening
	Evaluation (((ALL=(health app*)) AND ALL=(digital)) AND ALL=(evaluation)) AND ALL=(effect*)	
	Classification (((ALL=(health app*)) AND ALL=(digital)) AND ALL=(classif*)) AND ALL=(effect*)	

För grå litteratur

Databas	Sökbenämning (fet stil) och söktermer	Villkor
Overton och andra källor	Hälsoapp Hälsoapp*	Datumintervall: 2020–2025
	Health app Health app*	