

Intervju med Fredrik Westman, VD för CareLigo. ”Digitala innovationer i skuggan av Corona. 2020-09-17

Intervjun genomfördes genom Skype och leddes av Tekniska museets intendent Peter Du Rietz.

Samtalet handlar om deras produkt Optilogg.

Transkriberingen är utförd av företaget Rappa Tag och har redigerats av Peter Du Rietz

I:	Intervjuare (Peter Du Rietz)
FW:	Fredrik Westman
[Ohörbart]=	Hör inte flera ord eller mening/ar
[namn]=	Uppfattar inte vilket namn som sägs
?=	Hör inte enstaka ord
...=	Paus, avslutar inte meningen, blir avbruten
[utskriftskommentar]=	Rappa Tags kommentar
Gulmarkerat=	Kontrollera ord/mening

Transkript

I: ... projektet digital innovation i skuggan av corona. Och det är en intervju med Fredrik Westman, VD på CareLigo. Heter ni så, CareLigo?

FW: Ja, det stämmer bra.

I: Tänkte om du skulle vilja börja med att presentera dig själv och din bakgrund.

FW: Ja, det kan jag göra. Heter alltså Fredrik Westman, jag är ingenjör i botten och har jobbat med både radiolösningar, blåtandslösningar och försvarsindustri. Men längst tid har jag spenderat inom medicinteknik. Först med pacemakers, inplanterbara enheter som ska in i kroppen och sedan har jag... sen snart tio år nu, åtta, nio år i alla fall... så har jag jobbat med en egen lösning. Bröt oss loss från mitt gamla bolag... jag och en kollega... och startade CareLigo.

I: Vad var det för företag som ni var i tidigare?

FW: St. Jude Medical hette det. Det var ett amerikanskt bolag men det var... grunden till det går att härleda ända tillbaks till Elema-Schönander som uppfann pacemakern här i Sverige -58.

I: Precis. Jo men det har vi en del om i samlingarna. Och själva grunden för företaget, är det OPTILOGG eller hur ser det ut. Vad grundar ni företaget på så att säga?

FW: Ja, vi grundade företaget... när vi satt på St. Jude Medical jobbade vi väldigt mycket med hjärtpatienter, naturligtvis eftersom det var en pacemaker, och hjärtsvikt är ju en del av alla hjärtåkommor och den som ökar mest i samhället idag av hjärtåkommorna. Och då hade vi idéer och tankar om hur man skulle kunna hjälpa dom här patienterna på ett enklare sätt som inte behövde handla om operationer och att saker skulle in utan istället försöka stärka dom i sin egen vård. Men det var vår gamla arbetsgivare inte så intresserade av. Gick det inte att operera in så var det inte så intressant. Så att då hoppade vi av och startade upp det hela runt den här idén om att hjälpa först och främst hjärtsviktpatienter till bättre egenvård. Hur kan man sköta sig själv bättre när man har hjärtsvikt? Men i praktiken så fungerar vår lösning lika bra på alla kroniska sjukdomar. Så det var det som gjorde att vi valde att hoppa av och starta upp det hela. Vi såg att det fanns så mycket att göra.

I: När hade ni en färdig produkt sedan då?

FW: Ja, första året så spenderade vi nästan uteslutande på äldreboenden... för många av dom här kroniska sjukdomarna är åldringssjukdomar så man är ofta sjuttiosex plus och inte sällan åttio, åttiofem och då spenderade vi mycket tid på äldreboenden för att försöka förstå, hur skulle en teknisk lösning kunna se ut för att dom ska kunna använda den och att dom ska vilja använda den. Och sedan så jobbade vi med patientföreningar och såhär, så det var nästan det första året. Det tog arton månader så hade vi vår första lösning ute som vi sedan kunde gå ut med på sjukhus. Och vi hade... redan från början så tog vi med sjukhusen också som skulle kunna specificera upp lösningen från vårdens perspektiv. Så vi fick med både patienterna, dom kroniska patienterna och den gruppen som en av så att säga beställarna, dom som kunde få bestämma hur den skulle se ut. Och sedan hade vi med vården också, så vi fick med båda perspektiven. Och så jobbade vi tillsammans med dom, fick

ut första lösningen på arton månader och eftersom vi kommer från implantatsidan där allt måste valideras att det fungerar så var det ju helt naturligt för oss... det första vi gick ut med på fältet, det var en studielösning som vi hade alltså förberett för att kunna köra kliniska studier på. Så det tog ungefär arton månader till första prototypen. Den ser ju inte riktigt likadan ut idag och den är ju kompletterad med bra mycket med grejer. Men då var första produkten ute och kunde köras.

I: Vilka har dom främsta lärdomarna varit sedan ni hade er första färdiga produkt och som sedan framåt?

FW: Det har gått i lite olika steg. Först så var det ju att lära sig, hur kan man utforma en teknisk lösning för att en åttiofemåring som aldrig har haft en dator eller en smartphone... dom missade ju det steget i arbetslivet dom flesta av dom, då datorn introducerades och så, då hade dom redan passerat den åldern då det var aktuellt och det var den första lärdomen, att man måste skala av och reducera... göra det här väldigt enkelt och sedan kan man slussa på saker i små steg. För tekniktröskeln upplevs större när man har blivit äldre men det går... alla klarar av det hela men man måste ta det på deras villkor och i små steg så att man inte gör det för stort och för komplicerat på en gång, för då säger dom flesta bara, det där är inget för mig. Så det var den första stora lärdomen. Så det är ju det vi har jobbat mest på att vi ska se till att det här blir en lösning som fungerar för åttiofemåringen. Då kan femtiofemåringen också använda den men det omvända gäller inte. Nästa steg var ju att inse att även om vår lösning riktar sig till främst vår slutanvändare, alltså patienten... den kroniskt sjuka... så måste vi ha med vårdpersonalen väldigt tidigt också för att det ska bli kliniskt relevant hela tiden. Det som kommer upp för patienten måste betyda någonting som minskar sjukligheten. Det går inte att mäta saker för mätandets egen skull utan det måste finnas ett kliniskt syfte. Så det var också den andra stora lärdomen.

I: Hur spritt är det här systemet?

FW: Idag är vi upphandlade i fyra av Sveriges tjugo regioner. Men vi har testats på kommersiell basis nu. Det är ju en relativt ny produkt här nu och den jobbar ju preventivt, även om det är så kallad sekundärprevention, alltså att alla har diagnosen hjärtsvikt i vår nuvarande lösning... eller det vi har ute på fältet idag är bara hjärtsviktslösningen än så länge... och där har man diagnosen hjärtsvikt men man... och sedan jobbar vi för att inte man ska behöva åka in på sjukhuset igen och det är därför det blir en preventiv lösning och en sekundärprevention. Och det har varit lite nytt för sjukvården att introducera i sitt arbetssätt och därför så har alla velat provat den. Alla har velat göra utvärderingar på ett eller annat sätt och vi har testats i tio av Sveriges tjugo regioner och det är fyra som har då... efter tester... kommit så långt så att dom har gått till upphandling. Och det är i huvudsak i södra Sverige. Det är inte för att vi inte har provat norr om Dalälven... jag är ju själv ångermanlänning, så jag hade gärna åkt norröver... men av någon anledning så har det varit... har vi inte fått igång någon utvärdering uppe i norra Sverige. Utan det har varit i södra Sverige som vi har varit igång.

I: Hur går det till när en patient får en sådan här utrustning? Är det läkare vid vårdcentralen som rekommenderar det eller hur går det till rent praktiskt?

FW: Ja, just det. Det vi gör är ju... till exempel om vi tar Sörmland som exempel som har varit igång länge på regional basis, så där får alla vårdcentralen i Sörmland... kan läkare eller sjuksköterskor skriva ut det här. Den är inte förskrivningsbar på ett klassiskt sätt som en krycka är eller en rullstol

men när dom ser en patient som skulle må bra av ett förstärkt egenvårdsbeteende, då går man in på vår beställningsportal, vår webbportal, och så lägger man en beställning, matar in lite uppgifter om patienten och sedan så plingar det till hos oss och vi får reda på att här vill dom att en patient ska utrustas med en OPTILOGG och då tar vi kontakt med patienten och vi tar med oss all utrustning dom behöver... eftersom vi kan inte utgå från att åttiofemåringen har smartphones eller datorer och liknande, så vi tar med oss allt dom behöver... och sedan, ja... vi har en bokad tid, vi kommer hem till dom, vi sitter ned i lugn och ro vid köksbordet och går igenom hur utrustningen fungerar och dom får testa. Och sedan så kopplar vi upp den så att det ska bli på ett naturligt sätt i deras morgonrutiner då för det här är något dom ska titta på varje morgon. Så då tar vi in den i deras... sätter vi upp den någonstans, vi drar kablarna och kryper under möbler och sådant för att få sladdarna att räckas och sedan så rullar dom igång. Och är det några som helst problem med tekniken då har dom ett nummer dom kan ringa oss på kontorstid, för det är också jätteviktigt för åttiofemåringarna för att dom ska känna sig trygga med utrustningen, att dom kan få ställa frågor när det är något som... det kan ju vara något som strular, det är ju trots allt teknik, eller så har dom glömt någonting i handhavandet. Och det spelar ingen roll, högt eller lågt, dom får fråga vad dom vill, så är det bara att ringa till oss. Och det är en del i att skapa en trygghet i utrustningen också.

I: Och det här är patientgenererad data som sedan kommer deras läkare till del, eller hur ser det ut och hur tillförlitligt är det?

FW: Vi har möjlighet att koppla upp data så att läkaren också kan titta på det. Men det har aldrig varit den främsta drivkraften. När vi pratade med vårdpersonalen från början så sade ju dom att vi vill inte behöva titta på data om det inte behövs. Utan vi vill att patienten ska höra av sig när det är något som avviker. Så det tog vi fasta på, så vi har slutit loopen hemma hos patienten så att vi presenterar all data... alla mätpunkter som vi tar, vikt och blodtryck och syremättnad och så, det presenteras för patienten och sedan så håller maskinen... vår lilla surfplatta och programvaran i den... den håller också koll på när värdena ligger stabilt eller om dom sticker iväg och då kan vi återkoppla till patienten och berätta för dom när det är något som avviker. Och då kan vi berätta för patienten när det är dags att kontakta läkaren. Så att då har ju dom möjlighet att antingen trycka på en knapp och så skickas det data, eller rättare sagt en förfrågan till vårdgivaren som sedan kan gå in och titta på data då när det behövs. Men i praktiken så är det absolut vanligaste sättet fortfarande, det är att patienten lyfter på telefonluren och ringer sin vårdgivare och det är något som även på vårdgivarsidan, så behöver man ju inte ändra några rutiner då utan då kan man alltså börja använda OPTILOGG även om man inte har satt en organisation för att kunna ta hand om digital data, så kan man jobba med sitt gamla flöde med telefonkontakt. Skicka ut en OPTILOGG, patienten blir bättre på att ta hand om sig själv, vi får minskad sjuklighet och skulle det vara något då kommer patienten att ringa.

I: Vilka olika enheter är det som ingår i den här utrustningen som ni åker ut med då?

FW: Kärnan i alltihop är en sjutums surfplatta. Och på den så ligger det en app och den skulle ju alltså gå att ladda ned till vilken smartphone eller platta som helst om patienten råkar ha en sådan. Men än så länge så har det inte varit aktuellt utan då kör vi den färdigladdad på en platta vi åker ut med och så låser vi den plattan så det går bara att köra den här OPTILOGG-appen på. Och sedan så har vi en våg... vanlig personvåg, blåtandskopplad... som är det mest centrala som hjärtsviktpatienten kan mäta. För då ser man direkt om hjärtat inte orkar och fungerar, då kommer man börja lagra på sig

vätska och då ser man det direkt på en personvåg. Så att det är det mest centrala mätinstrumentet. Och sedan har vi blodtryck, syremättnad, EKG... ett tvåpunkts-EKG som man antingen tar mellan fingrarna eller sätter ena plattan mot bröstet och så ett finger... och så har vi ett aktivitetsarmband. Det är dom vi har som vi erbjuder idag. Men i praktiken så är egentligen alla typer av sensorer, som är blåtandskopplade, dom är lätta att ansluta för blåtandsprofilerna är så hårt typade så att det går att ansluta i stort sett vilka blåtandsensorer som helst. Sedan gäller det ju naturligtvis på vår mjukvarusida att vi presenterar den datan. Men det är modulärt uppbyggt så att det är lätt att lägga till fler sensorer. Men det är dom sensorerna vi har, som vi erbjuder i dagsläget.

I: Och jag tänker, en våg vet ju alla hur man använder men EKG och sådant där, hur lättanvänt är det och hur tillförlitligt blir så att säga vårddatan, den som dom utgår ifrån sedan?

FW: En jättebra fråga för det finns ju vissa som tänker sig att man ska bara börja skicka hem alla dom här mätutrustningarna till patienterna eller ännu ivrigare personer tycker att dom skulle kunna gå och köpa all den här mätutrustningen själv och börja mäta och sedan bara skicka in en massa data, eller via sådana här smartwatches och så. Men patientmätt data utan att ha fått en utbildning i hur den ska användas, den är ofta inte så jättebra noggrannhet på och då blir ju i praktiken... ett sådant datavärde är ju sämre än att inte få någonting alls för man kan ju helt plötsligt dra felaktiga slutsatser på data som är felaktig. Så att vi kör med medicintekniskt klassade sensorer som vi ansluter. Vågen är vår egen men vi jobbar sedan tillsammans med andra bolag som har medicintekniskt klassade produkter och jobbar enligt blåtandsprofilen, så kan vi ansluta deras blodtrycksmätare. Vi har ett specifikt märke vi åker runt med när vi tar med oss, men har patienten en blåtandskopplad blodtrycksmanschett så kan dom använda den. Men när vi åker hem till patienten så är det vi som visar hur det ska göras när man mäter, så går vi igenom i lugn och ro. Oftast kan det vara så att vågen är ju, som sagt var, den är ju lätt. Man ställer sig på vågen och det är inte så komplicerat men blodtrycket eller EKG:t, det kan man behöva berätta ett par gånger eller kanske vänta litegrann med tills dom är bekväma med grundutrustningen, plattan och vågen, och sedan åker man tillbaka efter två veckor och så visar man, okej... nu lägger vi på blodtrycket också. Och sedan så får man visa hur man mäter det och sedan är det ju... blodtryck är typiskt en sådan här... den är ännu svårare än EKG:t för att där kan det räcka att du flyttar armen lite upp och ned i förhållande till hjärtat eller du sitter lite olika, du har varit uppe och gått så kan blodtrycksvärdet slå väldigt kraftigt. Så den blir extra viktig att man kan gå igenom i lugn och ro och berätta hur dom ska mäta blodtrycket. Sedan, dom flesta av dom här blodtrycksmaskinerna, dom har inbyggda koller också så dom kan se om det är uppenbara fel i vinklar på armar och sådant, så kan dom återkoppla det och så kan patienten korrigera det själv. Oftast ringer dom oss då och så får vi hjälpa till att tolka den återkopplingen dom har fått. Men det gör vi, det ingår ju.

I: Berätta lite om företaget, CareLigo, hur många är ni som arbetar, hur stort är företaget?

FW: Det är inte jättestort är det inte. Vi sitter faktiskt bara tre stycken på kontoret, sedan har vi utvecklare som sitter på distans. I covid-tider så är det ju ingen nackdel men jag har jobbat med Teams och Skype och Zoom och sådana lösningar länge, så att vi har ett utvecklarteam där några sitter på vår lönelista direkt, men sedan har vi den större gruppen på konsultbasis som vi köper in tjänster av då med etablerade relationer. Så att vi återkommer om och om igen till samma konsulter då, så vi har ett stabilt konsultnätverk som hjälper till att utveckla. Och sedan så har vi fältpersonal

ute i landet. Så fort vi har etablerat ett avtal ute i en region, då anställer vi lokal personal som kan åka ut och hjälpa patienter på plats också.

I: Okej. Är det personer som arbetar i något företag eller är det frilansande eller?

FW: Ambitionen är att vi ska kunna ha... dom ligger på vår lönelista och när vi börjar i en region och medan volymen håller på att byggas upp, då kör vi med provisionsanställda. Det kan vara sköterskestudenter som får extrajobba, så åker dom ut... då får ju dom praktik av att träffa patienter och dom får betalt för varje uppdrag dom åker ut på. På det sättet kan vi etablera en lokal närvaro även om volymen är väldigt liten som inte kan bära en heltidstjänst. Sedan ökar vi ju och bygger på den vartefter volymen av patienter i den regionen ökar så ökar vi på tiden. Och sedan, ambitionen är ju att vi ska kunna ha lokala kontor, men eftersom det fortfarande är en verksamhet som byggs upp så är vi inte riktigt där än.

I: Finns det några liknande system på marknaden i Sverige eller runtomkring i världen eller är ni ensamma, har ni konkurrenter?

FW: Alltså, allt som ska säljas till offentlig myndighet som vi gör nu då till regioner och sjukhus, det går ju via upphandlingar och det finns andra bolag som lämnar offerter på samma... eller lämnar anbud på samma utlysningar som vi gör. Så dom skulle man ju kunna se som konkurrenter men dom övriga bolag... kan nämna några stora som CGI och Telia till exempel som brukar dyka upp i dom här sammanhangen... dom har det som kallas för distansmonitoreringslösningar som skickar data in till sjukvården som sedan måste agera på den. Dom har inte den här patientengagemanget som vi jobbar med. Så därför så skulle jag säga att vi skiljer oss en del från det vi brukar se som lite mer infrastrukturbolag som Telia. Dom kan ju skicka data, det är ju det dom kan och att då kunna leverera ut en sensor till en patient, det gör dom också. Men dom har inte det här patientengagemanget, dom har inte kliniskt säkerställt att dom minskar sjukligheten vilket vi har gjort. Vi har ju flera studier som visar att vi faktiskt kan upp till halvera sjukligheten och tiden som patienter behöver tillbringa på sjukhus genom att vi jobbar så aktivt med patienten och där är vi fortfarande ensamma. Vi är fortfarande ensamma om att försöka engagera patienten så i sin egen vård och göra dom till en aktiv del i sin egen vårdkedja. Men det finns andra leverantörer både i Sverige och globalt som jobbar med distansmonitorering och kan lämna anbud på samma typ av utlysningar.

I: Kan du berätta någonting mer om vad ert syfte var när ni började utveckla den här produkten?

FW: Vårt syfte var ju att minska sjukligheten. Vi ville ju... Vi tänkte så här, om du bara mäter saker på distans, då är det som att du sätter blodtrycksmanschetten i patientens hem och du sätter mätaren inne på sjukhuset hos läkaren och sedan har du en lång sladd däremellan. Det är ju jättebra att få in data så man kan titta på den, men du har egentligen inte gjort någon förändring. Det är fortfarande en vårdresurs som måste lägga tid på att titta på data och återkoppla till patienten, ringa patienten och försöka nå den när dom kanske är ute och går med hunden eller är och handlar eller liknande. Vi ville jobba med patienten för patienten vill ta del i sin egen sjukdomsbild, dom vill få möjlighet att bli en aktiv del i sin egen vårdkedja. Då får dom en ökad trygghet och vi kan dessutom direkt vid källan göra att dom kan agera och korrigera hur dom tar sina tabletter, hur dom rör sig, aktivt hur dom beter sig med sin sjukdom och sin diagnos och då minskar vi sjukligheten och skapar en högre trygghet direkt hos patienten. Sedan var ju aldrig tanken att vi skulle kapa banden till sjukhusen eller sjukvården, men vi ville att patienten ska må bättre, känna sig tryggare och när det inte räcker, då ska

dom få reda på att nu är det dags att kontakta vården. För att det är också annars ett problem, att den här patientgruppen drar sig för att kontakta sin vårdgivare, dom vill liksom inte störa och vara till besvär. Men om vi säger till det, om vår utrustning säger att nu är det dags, nu räcker inte din egenvård utan nu måste du ta kontakt med din läkare och diskutera det här, då har vi ju visat också att vi ökar sannolikheten att dom kontaktar sin vårdgivare. Och då har vi minskat sjukligheten, vi får patienten att bli en engagerad del i sin egen vårdkedja och vi ökar sannolikheten att dom kontaktar vården när det inte räcker. Och på det sättet så... och det där tredje benet, att dom kontaktar vården, det har vi också studier på som visar att i hälften av fallen så räcker alltså den här initiala vårdkontakten via telefon för att häva... då kan man alltså sätta in en planerad insats. Det behöver inte gå till akut och dom behöver inte ens åka in utan det räcker med den telefonkontakten och en korrigerigering via telefon. Så att vi var ju helt enkelt ute efter att minska sjukligheten.

I: Och jag tolkar det också som att ett uttalat syfte var inte att avlasta för vården men att det kan ha blivit en effekt, stämmer det?

FW: Ja, eller så här sade vi när vi började. Fokus är att minska sjukligheten hos patienter, men det får inte ske på bekostnad på ökad arbetsbörda för sjukvården. Så sade vi direkt från början, det fick inte bli att dom ska börja titta på en massa ny data som skickas in. Men det gjorde också att i praktiken så kunde vi ju minska bördan eftersom vi upptäckte i förstastudien att redan där så drog vi ned på antal sjukhusnätter med tjugoåtta procent, redan i första studien. Nu i sista studien så låg vi uppe på femtiotvå procent i minskade sjukhusnätter. Så att där följer det ju då en kraftig minskning börda på sjukvården också. Men ursprungskriteriet vi hade när vi började designa den, det var att vi inte skulle öka bördan, vi skulle inte börja mata på ny data så att dom måste tillsätta nya resurser för att granska en massa data som kommer in. Men vi nådde längre än så.

I: Och om jag förstår det så... så er teknik, programvaran ni utvecklat och enheterna, det är så att säga "of the shelf" med blåtand på. Eller stämmer det.

FW: Ja, absolut. Jag är gammal elektronikkonstruktör i botten så jag visste att det här kan ta tid och det är mycket som kan strula, så det är bättre att köpa sådant som redan finns på hyllan för då kommer vi snabbare ut och kan hjälpa till. Så att det var en medveten strategi från början.

I: Ja. Har ni råkat ut för några bakslag eller några hinder på vägen?

FW: Runt att vi köper utrustning?

I: Runt hela den här processen att ta fram tekniken och att få ut den i regionerna?

FW: Själva teknikutvecklingen har gått väldigt smidigt och samarbetet med både patientföreningar och vårdprofessionen har varit jättebra för att vi skulle säkerställa att vi fick till en bra produkt, studierna har fungerat jättebra. Det som är trögheten när man kommer som ett litet nystartat bolag och ska ut i vårdbranschen där, det är sedan att komma vidare från dom här första försöken till att det ska bli breddutrustning. Så att det var ju nästan en liten chock i början där då över vilka tider det tar att komma till en stor upphandling inom sjukvården. Så att det var väl egentligen det största bakslaget där då, där vi trodde att det skulle gå betydligt fortare när vi kom med klinisk data och kunde presentera hur faktiskt bra det fungerar så är det så långa beslutscykler ändå. Så det är väl egentligen det som har varit det största bakslaget egentligen då, mot vad vi hade planerat från början.

I: Och ni utvecklade den här tekniken primärt då för hjärtsviktspatienter och sedan kom 2020 och covid-19, hur har det förändrat hur den här tekniken används och vilken effekt och betydelse den har haft?

FW: Dels så... det vi från början då gjorde för hjärtsviktspatienter, det är ju i grunden en plattform som skulle fungera för i princip alla multisjuka kroniker, alla kroniska sjukdomar för äldre. Och när covid-19 kom, dels så... det var två saker som vi upptäckte, dels fick vi snabbt förfrågningar om att kunna få ut vår lösning snabbt till regioner där man var nervösa över att patienter skulle börja komma in i onödan då på grund av... eller onödan, förlåt, har man hjärtsvikt och blir sämre, det är självklart man ska åka in men man ville... så fort dom är tvingade att åka in då ökar ju deras risk för att dom ska bli smittade av covid-19 också och då ville man snabbt få ut vår lösning till primärt hjärtsviktspatienterna för att då hade vi en patientgrupp i alla fall, som är ju en högriskgrupp för covid-19, som skulle då kunna stanna hemma i större utsträckning. Så där gick det ganska snabbt på vissa håll. I andra regioner så märkte vi ju att man var tvungen att lägga locket på. Vi kunde inte ens prata med dom längre för att dom var tvungna att jobba med att bygga upp akutkapaciteten och då hade dom inte tid att prata om lösningar som kanske skulle göra morgondagen enklare. Dom var tvungen att akut lösa det som skulle ske idag. Så det var ju det första vi upptäckte. Sedan så blev det ju helt plötsligt också intressantare att ju mer man kan göra för att minska behovet av kontakten med sjukvården så vart det ju mer och mer intressant. Vi har fått mer förfrågningar nu då. Som jag var inne på tidigare så var ju regionerna innan covid-19 väldigt nöjda med telefonlösningen. Man behöver inte titta på data för att det fanns inte det där riktiga pushet inne i sjukvården att ta digitaliseringssteget, det märker vi ju nu att man är... nu när vi börjar få ut flera system så börjar man ju vara intresserad på att, kan vi inte få se data och då säger vi absolut, då kopplar vi på det. Så att då behövs det ju en enhet inne på sjukvården. Så det är en annan grej som vi märker en skillnad på nu, att man är mer intresserad av att kunna titta på data också för då kan man ta ytterligare fler beslut på distans. Även om man tar dialogen via telefon så är det en fördel att kunna titta på data. Sedan så... med isoleringen av våra äldre, våra användare är ju dom som inte har fått träffa några, dom har ju inte ens fått träffa sina anhöriga och då blir det ju intressant att utnyttja den här... vi har ju en plattform som våra åttiofemåringar både kan och vill använda och att då koppla på sådana här enkla videolösningar som redan existerar för att kunna koppla ihop dom med sina anhöriga så att dom kan... man kan ha en relation, även om den är på distans och du kan inte kramas och så, kan man åtminstone se varandra på ett sätt som även då åttiofemåringen klarar av att hantera.

I: Går den via då den här paddan?

FW: Precis. Då kan man plocka upp ett sådant gränssnitt. Det här är någonting som vi har jobbat med på förfrågan nu då, så det är ett behov som vi har sett men den är inte lanserad än. Så att det är fortfarande... men det är en effekt av covid-19 som vi har tagit igång nu och har testat i vår kontrollerade miljö, en videolösning för att kunna koppla ihop anhöriga med sina äldre, sjuka... sin mamma eller sin pappa.

I: Precis. Och även vården kanske?

FW: Ja, absolut. Just den lösningen vi har börjat med nu, den riktar sig främst till anhöriga för att ta udden av den här isoleringen, det är någonting som vi har fått frågan för. Men den är ju naturligtvis möjlig att koppla in till sjukvården också. Vi har några vårdcentraler som står i startgroparna för att testköra det också.

I: Och jag tänker att den här isoleringen, det är ju också en hälsofråga vad. Jag föreställer mig åtminstone att det är väldigt många äldre som har haft en väldigt bristfällig intellektuell stimulans i sin ensamhet vad, i sin isolering.

FW: Jo absolut. Men där fyller ju dom anhöriga också en väldigt viktig roll, att man kan börja få åtminstone en online-dialog med ett fysiskt ansikte att prata med och kanske varje kväll och så. Så att det är väl därför som den efterfrågan har bubblat upp också så tydligt. Men även att nå sjukvården har ju efterfrågats men där upplever vi inte riktigt lika starkt för att där är man ganska så bekväm... eller man är van att prata med läkaren via telefon. Så att där är man snarare så att man går och hoppas och väntar på att man snart kan få träffa en person fysiskt. Men, men... naturligtvis när vi ändå har plattformen på plats så ska vi naturligtvis göra det möjligt att för den som vill så ska man kunna söka en videokontakt också.

I: Och den är så lättanvänd att ni räknar med att det här kommer dom klara även om man är åttiofem och inte är van vid den typen av teknik?

FW: Det vi har börjat med nu då för att göra det riktigt enkelt, det är att vi låter den yngre mer teknikvana vara den som initierar samtalet. Så att då behöver man bara på våra... användargruppen här nu då, våra åttiofemåringar... då behöver dom bara kunna svara, dom behöver kunna trycka på en knapp. Då kan man till och med komma överens via telefon att ska vi ta ett videosamtal nu och sedan så kopplar man upp det via paddan sedan då.

I: Just det. När räknar ni med att lansera den här lösningen?

FW: Förhoppningsvis är allting på plats inom ett par veckor här nu då. Så att då hoppas vi på att kunna få ut den. Och det vi ligger närmast är att vi på mobilsidan, alltså på anhängarsidan, ska ha androidversionen på plats. Så vi släpar lite och funderar på om vi ska vänta med lanseringen tills vi har även iPhoneversionen på plats eller om vi ska tjuvstarta och låta androidanvändarna få gå före, men då blir det kanske inget buller och bång i lanseringen utan då får vi dra igång den och så får vi vänta tills vi har båda plattformarna, annars känns det lite taskigt att lämna iPhoneanvändarna utanför.

I: Har ni gjort några användarstudier på det här eller hur går man tillväga?

FW: Videolösningen i sig... vi har testat den på användargrupp... inte just på patienter då men på äldre i alla fall som har fått testköra och se att dom... och ibland så hackar det litegrann i videolösningen och så beroende på om det är lite radioskugga eller så. Och då blir det lätt lite frustration, men vi tänker att även om inte alla delar är testade och på plats så är ju det här ändå en... det är inte en kritisk, klinisk fråga... för att bryta den isoleringen så är den viktig, så den är psykiskt viktig men den har ju inte kopplad till sjukdomen på det sättet utan det är lite av ett komforttillägg. Så därför så har vi tänkt att det är bättre att vi släpper den även om den inte är perfekt från början.

I: Och idén till att komma med den här videolösningen, hur fick ni den idén?

FW: Det var på förfrågningar från anhöriga till våra användare som vi hade dialog med. Som hörde av sig och sade, kan inte jag ladda ned Spotify på mammas platta... eller vad säger jag, inte Spotify, Skype menar jag.

I: Okej, ganska många sådana propåer då gissar jag?

FW: Ja, absolut. Så att då... ja, då kommer dom förfrågningarna och då kände vi att ja, vi vill ju inte att man ska kunna ladda ned saker hur som helst på våra plattor för då riskerar vårt... helt plötsligt så blir plattan mycket svårare för oss att säkerställa att den faktiskt fungerar om man kan ladda ned vad man vill på den. Så då ville vi kunna istället då se till att det finns tillgängligt där när behovet uppstår. Så att det är bättre att vi får kontrollera införandet för att då har vi verifierat och kollat att det är ingenting som strular och att det är konflikt med olika appar och så utan då är den verifierad av oss.

I: Har ni haft några andra tankar just kring corona och hur er utrustning kan användas eller vad ni kan ha för add-ons och så?

FW: Vi har ju fått förfrågningar allt från att kunna beställa mat via paddan då... att man ska kunna alltså komma åt sin lokala ICA och lägga upp en matkasse eller Coop eller vilken det nu kan vara, men någon matbutik och lägga upp en matkasse och få den levererad. Eller att kunna beställa en Uber via plattan, allt sådant där som gör att man skulle vilja tillgängliggöra det som många yngre ser som självklart tillgängligt via sin smartphone och som åttiofemåringen inte kommer åt för att dom inte är del av det digitala samhället. Det har vi ju fått förfrågningar på men vi är lite för små så vi kan inte agera riktigt på allting så vi har ju fått välja några stycken. Så vi har börjat med att ta fram en videolösning då.

I: Och dom här propåerna, kommer dom då från anhöriga eller kommer dom från användarna?

FW: Det är dom anhöriga som hör av sig. Det är något enstaka fall då vi får direkt från användarna den här typen... då har man kanske någon som är lite yngre eller det finns ju äldre som är väldigt digitalt medvetna och... det finns absolut den typen, men det är inte den stora majoriteten... och då kan dom också ha kommit med sådana förfrågningar. Vi har till och med fått patienter som har efterfrågat att kunna ha som en Facebook eller vad ska kalla... för OPTILOGG-användare, så dom som har en OPTILOGG ska kunna söka kontakt med varandra och sitta och chatta och kommunicera med varandra och få stöd och hjälp av varandra, byta erfarenheter och så. Det ser vi väl att det kanske är någonting vi kan vänta med några år för att dom som skulle kunna kliva på den i nuläget, det är bara några få procent av våra användare. Den stora massan är fortfarande inte redo för det.

I: Fredrik, vi börjar närma oss slutet på intervjun. Finns det någonting du skulle vilja lägga till, lyfta fram, som jag inte har tagit upp eller frågat om?

FW: Nu har jag varit så inne i att svara på frågorna så jag har nästan... jag har glömt bort vad jag har sagt. Nej, det är väl det att vi har ju jobbat rätt mycket med att försöka få in digitalisering till åttiofemåringarna, åttioåringarna... jag säger åttiofem för att det är ofta där våra patienter kan ligga så att man ska förstå att det är inte femtiofemåringar som är problemet utan det är att få ut digital teknik även till dom äldre som blir skärrade nu som när Handelsbanken lägger ned sina kontor så är det ju... det är ju inte femtiofemåringen som tycker att det där känns läskigt utan det är ju åttiofemåringen som är van att sköta sina ärenden på banken. Så att vi har ju jobbat väldigt mycket på att ta in digitaliseringen hos dom och däremot så har vi ju sett att även vården har en digital tröskel där man ju... att det ska vara kliniskt validerat sitter i väggarna så att det är liksom så att allting... det tar tid att introducera nya lösningar även i sjukvården för att man är konservativa och man ska vara det för att man ska inte ta saker på chans bara, utan man ska se till att man vet att man

vinner någonting på det. Och det gör att det finns en inbyggd tröghet men där märker vi nu då med covid-19 att nu börjar det röra på sig. Så att det är väl egentligen det som man kan se... covid-19 har ställt till extremt mycket elände och lidande, men det kommer nog pusha dom här digitala stegen som gör att man åtminstone skapar flera kanaler och flera möjligheter även om jag tror att det fysiska mötet kommer man alltid falla tillbaks på i slutändan ändå.

I: Det där var intressant. Menar du att det finns en större beredvillighet att ta saker lite mer på volley för att man inser att det... alltså, det finns en större krismedvetenhet som gör att man tar det mer på volley eller?

FW: Nej, jag skulle väl inte säga egentligen så men däremot så finns det nu då... det finns ju alltid liksom... trösklar är ju olika höga beroende på om man kan se nyttan med det och är nyttan tillräckligt stor så är man beredd att ta ett större kliv, en större tröskel, ta ett större initialt arbete för att säkerställa att lösningen är okej, att lösningen är bra. Ser man att det finns en stor tröskel där för att säkerställa digitala lösningar... bara en sådan sak som att säkerställa dataintegriteten på patientdata som skickas, det är många IT-avdelningar ute i regionerna väldigt nervösa över, ska vi lägga verkligen patientdata i molnet. Så bara att säkerställa och validera sådant, då krävs det ju att man ser en riktigt, riktigt bra nytta också. Och den har ju blivit mycket tydligare nu med covid-19, man ser ett behov som har ökat och det gör att man ändå är beredd att ta arbetsinsatsen. Inte att man är beredd att liksom kapa arbetsinsatsen och inte validera men man är beredd att putta in resurserna för att kunna ta den arbetsinsatsen.

I: Och tröskeln att dela med sig av vårddata kanske sänks litegrann eller.

FW: Ja, här tror jag faktiskt att vården vill fortfarande vara dom som äger data och det är också för att man ska kunna bestämma vilka som ska få del av den. Jag tror att man vill kunna dela med sig. Det är så jag tolkar det, men man vill få vara den som styr vem som ska få tillgången. Så jag tror att inom ett par år... det jobbas väldigt mycket ute på regionerna nu med det som man kallar för framtidens vårdinformationsmiljö och då ska egentligen journalsystemet vara navet för allting. Data ska komma från utrustningar som vår och från andras utrustningar och det ska matas in i journalen. Sedan ska fler kunna få tillgång till att kunna skapa appar ovanpå journalerna som gör att man kan titta på journaldata på olika sätt, olika AI-motorer och så. Men data ligger i journalen som ägs av regionerna.

I: Okej. Men där tänker jag, om datan går raka spåret från patientgenererad data ned i patientjournalen, då är det ju otroligt viktigt att den här datan också är tillförlitlig.

FW: Ja. Att man kommer från kliniskt validerade lösningar som matar data, att det finns en kvalificering för vilka som får skicka in data och vilken data man tar på allvar.

I: Ja, just det. Precis.

FW: Och det kan man även då tänka sig så som vi gör, att vi bearbetar ju data också och säkerställer att den är riktig redan hemma hos patienten innan vi väljer att skicka den. Men då är det fortfarande så att vi ligger inte och har ett eget separat datalager i de här framtidsvisionen då. Just nu har vi det men det är för att den andra delen är inte klar än, men jag är helt övertygad om att regionerna kommer gå till den här modellen där dom vill äga själva kassavalvet där data ligger, men vi kan ha processat datan på vägen in. Så det behöver inte vara rådata.

I: Okej, ja. Så det är inte så att ni på något sätt validerar att det här är rimligt?

FW: Så gör vi ju redan nu då, även i det slutna systemet hemma hos patienten för om det står en våg på golvet så kan ju hunden gå och ställa sig på den eller frun om det är maken som är den som är hjärtsviktssjuk, så kan ju frun råka ställa sig på vågen och då har vi ju... kollar vi ju att vikten verkar rimlig för vad patienten brukar väga och är det allt för stora avvikelser då måste patienten bekräfta att det verkligen är korrekt.

I: Men rena handhavandefel som gör att datan kan avvika en smula?

FW: Ja, du menar som om man råkar luta sig på skrivbordet när man ställer sig på vågen och så.

I: Ja, eller om det finns någonting i EKG eller blodtrycket som... när man ska hantera den utrustningen så blir det lite fel.

FW: Vi lägger på en tröghet, om vi tar till exempel blodtrycksvärdet så kommer den aldrig flagga någon sådan där till patienten att det är dags att ta kontakt med vården förrän man har tre värden som går utanför gränsvärdena. Så vi lägger upp sådana trösklar då så att vi inte skapar en massa falska larm då på att man har satt fast blodtrycket felaktigt. Sedan finns det ju en hel del verifieringar inlagda i blodtrycksmanschetterna också som kommer från våra leverantörer. Så att, om manschetten sitter för dåligt, då får du upp ett felmeddelande där det står att man ska spänna åt manschetten bättre och så. Så att det finns lite sådan här guidning direkt inbyggda i maskinerna men vi gör också så att vi har en tröghet... en filtrering på data så att det krävs ett antal konsekutiva fel, eller alltså... värden utanför gränsvärdena för att vi ska reagera.

I: Och hur ofta ska användaren ta sådan här mätdata.

FW: Det kan vårdgivarna bestämma själva. Vågen, vikten, det tar vi varje dag för det är viktigt att vi får till någon slags daglig användning som inte tar mer än tjugo, trettio sekunder för att då får man inte det som en morgonrutin. Det blir lika naturligt som att hämta morgontidningen att man går till den här maskinen och så kör man den här snabba avstämningen. Men lite mer specialmätningar då som att ta blodtryck, det behöver man inte ta varje dag och då får vårdgivaren bestämma hur ofta ska just den här patienten ta det och det som är... sedan har vi lite såhär standardvärden som vi har sett är kliniskt relevant så att för blodtrycket så är det var fjärde dag som är standardinställningen om man inte vill gå in och ändra den. Och då kommer det var fjärde dag och då rekommenderas det att man tar två, tre gånger kanske i samband med att man mäter och så räknar vi medelvärde på dom mätningarna så får vi ett bättre sammantaget värde för den dagen.

I: Fredrik, du ska ha stort tack för en intressant och inspirerande intervju. Hoppas det går bra för er och vi hörs säkert framöver här angående projektet.

SLUT INTERVJU/LW