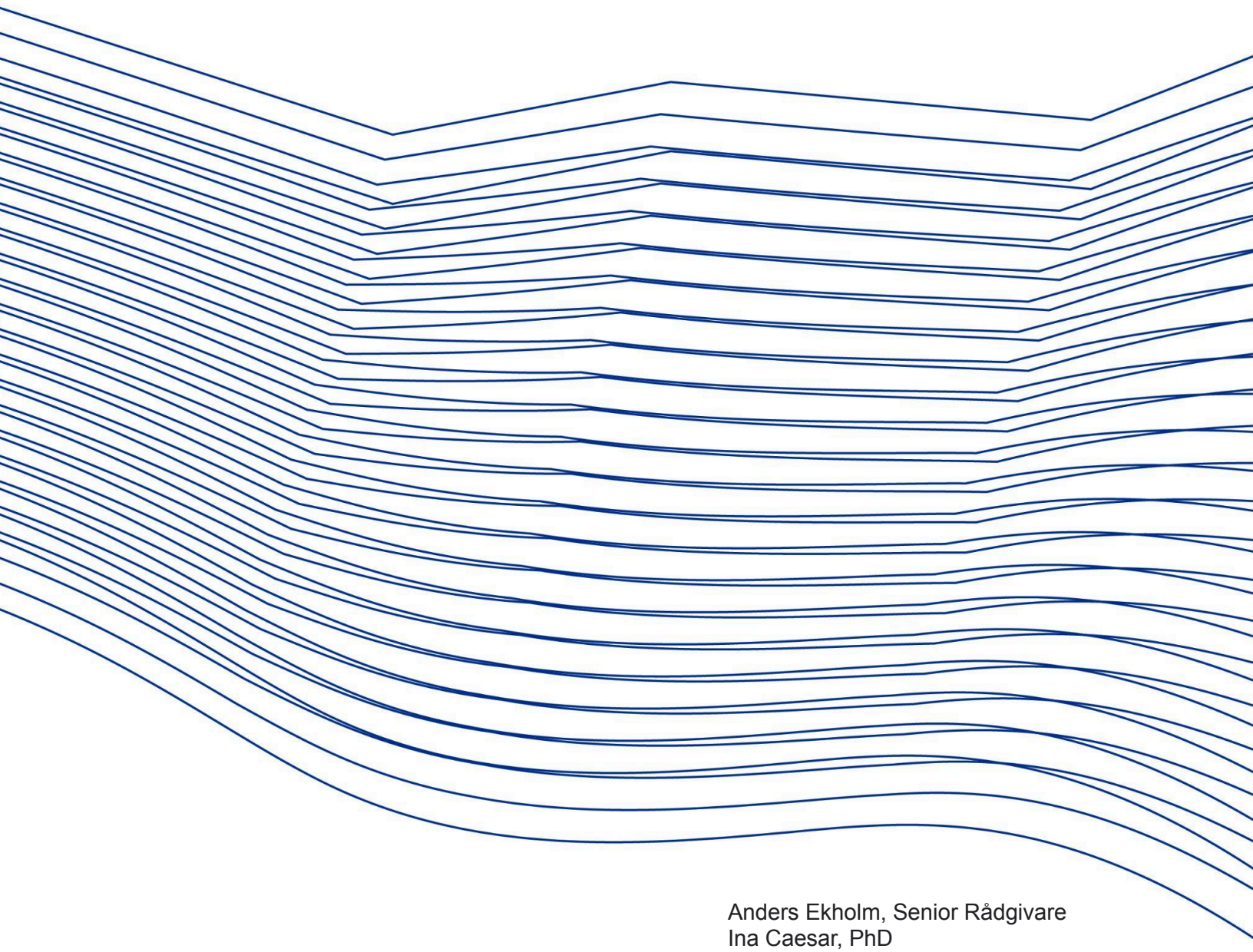
2025-04-28

En handlingsplan för införandet av en nationell preventionsinfrastruktur

Förebyggande Framtid

- Nationell Struktur för Prevention



Anders Ekholm, Senior Rådgivare
Ina Caesar, PhD
Peter Lindgren, IHE

EKHOLM CAESAR AB

iHE

Innehållsförteckning

Förord **2**
Sammanfattning **3**
Uppdraget **5**
Bakgrund **6**
Prevention 6
Vikten av att mäta utfall i offentligt finansierad verksamhet 7
Utfallskontrakt 9
Att styra mot resultat 12
Tidigare erfarenheter av utfallskontrakt **13**
Svenska exempel 13
Internationell utblick 16
Reflektioner och lärdomar för en nationell struktur 18
Första steget: Införandeprojektet **20**
Regeringen och regeringskansliet 23
Folkhälsomyndigheten 34
Vinnova 40
Tillämpning i praktiken 41
Målbild: En nationell preventionsinfrastruktur **46**
Statligt ansvar 46
Preventionsplattformen 47
Preventionsprojekt 50
Finansiärer 52
Prepatienter 53
Identifierare av prepatienter 54
Utförare 56
Uvärderare 58
Gemensam data 59
Forskare 61
Appendix 1: Andra case som man kan använda **63**
Appendix 2: Hur beräkna besparingar till följd av återgång till normoglykemi? **66**

Förord

I över tre decennier har Hälso- och sjukvårdslagen slagit fast att vården ska förebygga sjukdom och främja hälsa – ändå går resurserna huvudsakligen till att reaktivt behandla redan uppstådda problem. De vetenskapliga och samhällsekonomiska incitamenten för prevention är fastslagna sedan länge, ändå sker det ingen direkt omställning av våra samhällsresurser. Den nya socialtjänstlagen kräver mer evidens, data och samordning i socialtjänstens vardag och där finns kanske den största potentialen för prevention – inte bara för ett bättre liv utan även för verkliga systemförändringar och långsiktiga samhällsbesparingar.

Folkhälsomyndigheten och Vinnova har fått ett regeringsuppdrag (S2024/01659) för att utveckla det preventiva arbetet genom utfallskontrakt – ett stort steg framåt för offentligt finansierad verksamhet. Denna rapport kompletterar det uppdraget med en konkret modell som kan omsättas i praktiskt arbete redan under 2025, för att vara i storskalig drift från 2026. Modellen är utformad för att både möjliggöra ett snabbt införande och att samtidigt skapa en generisk infrastruktur för all typ av prevention på sikt. För att det ska bli verklighet krävs att flera aktörer agerar – och det behöver ske redan under 2025.

Vi föreslår ett införande i två steg. Första steget är att starta ett nationellt införandeprojekt med fokus på prediabetes, där insatser på nationell nivå testas i praktiken samtidigt som infrastrukturen byggs upp. Praktiskt arbete kommer att vara avgörande, inte minst för olika delar av offentligt finansierad verksamhet att börja arbeta på nya sätt. Även om i princip alla delar är välkända, innebär detta sätt att organisera en storskalig systeminnovation. Andra steget handlar om att ytterligare vidareutveckla infrastrukturen, datahanteringen och de samarbeten som ska möjliggöra att fler medborgare i Sverige kan få tillgång till riktade preventiva insatser. Modellen är byggd för att kunna användas för alla former av målgrupper, samhällsutmaningar och olika typer av investeringar. Modellen kan även vara ett verktyg för politiken – för att i framtiden kunna göra riktade budgetsatsningar mot prevention, med tydliga mål och mätbara resultat.

Vi vill rikta ett varmt tack till alla som på olika sätt har bidragit till denna rapport. Ett särskilt tack går till Advisory board: Lasse Stjernquist, Ewa Wikström, Göran Henriks, Helena Anderin, Fredrik Söder och Peter Nordström, samt intervjuer med en rad andra för värdefulla insikter och synpunkter – samt till SweLife för finansiellt stöd som möjliggjorde arbetet. Eventuella felaktigheter i rapporten kan enbart skyllas på författarna.

Det är hög tid att sluta prata om prevention och istället aktivt styra om samhällsresurser till verklig prevention. Tiden för att bara sitta på möten om preventionens betydelse är passé – nu krävs det handling. Det är också hög tid att sluta betala för insatser med oklart resultat – och istället börja betala för faktiskt utfall!

Anders, Ina & Peter
Stockholm, April 2025

Sammanfattning

Många har efterfrågat ett ökat fokus på hälsoförebyggande åtgärder, men hittills saknas en heltäckande lösning. Detta har lett till en betydande underfinansiering av preventiva insatser, kallad preventionsskuld. Projektet syftar till att skapa en nationell infrastruktur för prevention baserat på utfallskontrakt, med fokus på hälsa, men som även kan omfatta områden som skolmisslyckanden eller ensamhet.

Utfallskontrakt handlar om att i grunden förändra synen från att ge ersättning för insatser till att istället fokusera på resultatet genom objektiva mätmetoder. Detta är inte ett hot mot den generella välfärden, utan snarare ett komplement för att förstärka effekterna av den. Det är viktigt att våra gemensamma resurser riktas mot insatser som genererar resultat för individen som får stödverksamheten. Många nutida samhällsproblem är komplexa, så som gängkriminalitet, skolmisslyckanden, eller fragmenterade vård- och omsorgsförlopp. Utfallskontrakt genererar en lösning för att få olika samhällsaktörer att gå samman och arbeta på nya sätt – där målet alltid är att förbättra förutsättningarna för individen.

Ett konkret nutida behov, särskilt bland kommuner och regioner, är tillgång till kvalificerat stöd inom processledning, utfallsmätning, kontraktsutformning och finansieringsmodeller för att komma igång med utfallskontrakt. Att samordna detta stöd i en nationell infrastruktur utgör i sig ett viktigt steg framåt och något som idag saknas i Sverige. En avgörande faktor är en gemensam datahantering och oberoende utvärderingar av utfallen, något som tar tid att skapa. På längre sikt kommer infrastrukturen att möjliggöra fler bredare satsningar som främjar jämlik tillgång till förebyggande insatser, oavsett geografisk hemvist eller lokala budgetförutsättningar.

På en framtida preventionsplattform, möts personer i riskzonen för någon form av ohälsa, identifierade enligt specifika kriterier, med aktörer som erbjuder olika former av insatser. Systemet är agnostiskt när det gäller aktör, insatser, utförare eller finansiärer och endast faktiska resultat som uppfyller målet ersätts. Detta öppnar för innovation då alla som tror sig ha en effektiv lösning kan erbjuda sina tjänster till berättigade individer, och får ersättning endast om deras åtgärder visar sig framgångsrika enligt förutbestämda kriterier.

Projektet har resulterat i en handlingsplan för införandet av en nationell preventionsinfrastruktur i två steg. I första steget byggs viktiga stödfunktioner kring infrastrukturen upp samtidigt som man arbetar praktiskt med det första nationella preventionsprojektet baserat på utfall. I det andra steget finjusterar man den generiska infrastrukturen, skapar det gemensamma datalagret för att effektivisera framtida nationella satsningar kring prevention.

För att arbetet ska kunna komma igång krävs det att flera aktörer agerar – redan under 2025. Denna rapport beskriver vilka processer och beslut som behöver fattas, av vem och när.

Sammanfattad actionlista för att komma igång

1. **Folkhälsomyndigheten** initierar ett nationellt införandeprojekt under sitt nuvarande uppdrag (alternativt att detta förtydligas i det befintliga uppdraget). Då ingår:
    a. Inrätta ett auktorisationssystem av utföraraktörer med egen kapitalfinansiering, under HT-25.
    b. Att LoU upphandla en utvärderare till införandeprojektet
    c. Att samarbeta och finansiera RISE i sin stödlinje.
    d. Utforma en katalog av standardiserade kontrakt mellan utförare och kommuner/regioner för val av utvärderare till egeninitierade utfallskontrakt.

2. **Ett bemyndigande på 1 miljard SEK** för utbetalning 2028/29 för att påbörja en pilot 2026 med en nationell prevention, Första nationella preventionsprogrammet utgår från pre-diabetes med två års intervention, utvärderas 2028/29.

3. **Tillsätt en Bokstavsutredare**, som återkommer med förslag på organisationsform för en permanentad utfallskontraktsverksamhet och föreslå organisationsform, tex statligt bolag eller stiftelse. Även en nationell datadelningsstruktur måste utredas om den ska kunna vara generisk. Tex en förändring av regelverket för kvalitetsregister.

4. **Vinnova** registrerar och finansierar via auktorisationssystem oberoende utvärderare under sitt nuvarande uppdrag (alternativt att detta förtydligas i uppdraget). Då ingår:

    a. Utlysning och registrering av pool av oberoende utvärderare under HT-25. Utvärderarna ska ha egen förmåga till datainfrastruktur under införandeprocessen som sedan skall överlåtas till infrastrukturen då denna är på plats 2028.

5. **Öka finansieringen till Folkhälsomyndigheten** från 2026 med 3,25 miljoner årligen för att finansiera utvärderaren i prediabetsprojektet via bemyndigandet, **och till VINNOVA** med tre miljoner årligen för att subventionera generiska utvärderarna. Till och med 2028. Från 2029 krävs ny driftsfinansiering av den slutgiltliga modellen. (Förvaltningsanslag)

Uppdraget

Detta projekt syftar till att utforma en modell för en öppen nationell preventionsplattform. Målet är att modellen ska vara så väl genomarbetad att den kan implementeras direkt. Regeringen har tidigare anslagit 10 miljoner kronor per år i tre år för att stödja utvecklingen av utfallsbaserad finansiering, och projektet har ambitionen att kopplas till denna satsning.

Projektets huvudsakliga syfte är att identifiera de praktiska åtgärder som krävs för att etablera ett nationellt preventionsprogram baserat på utfallskontrakt. Detta inkluderar att kartlägga relevanta aktörer inom en nationell preventionsplattform, en omvärldsbevakning av tidigare praktiska erfarenheter, analysera storleksordningen på direkta och indirekta kostnader, behovet av puckelfinansiering samt potentiella besparingar. Utgångspunkten är att använda prediabetes som case, men tillämpningarna skall vara skalbara till all form av prevention. Vidare omfattar projektet att identifiera eventuella hinder, föreslå lösningar och sammanställa en konkret handlingsplan med åtgärder som kan påbörjas omedelbart. En central målsättning är att utveckla en nationell modell inom prevention som kan bidra till mer träffsäkra och kostnadseffektiva folkhälsoinsatser.

Detta projekt har inte som uppgift att generera ny forskning om preventionens effekter, då dess betydelse för att minska sjukdom, lidande och samhällskostnader redan är väl belagd i både nationell och internationell forskning. Detta bör inte heller vara fokus för en framtida preventionsplattform, även om forskning kan utgöra en god sekundäranvändning av de data som genereras.

För att säkerställa en bred förankring och tillgång till expertkunskap har projektet samverkat med en advisory board. Utöver detta har intervjuer och samtal genomförts för att samla in relevanta insikter.

Projektet är finansierat av Swelife genom Vinnova och har genomförts av Anders Ekholm, Ina Caesar och Peter Lindgren.

Bakgrund

Detta projekt syftar till att utveckla en modell för en öppen nationell preventionsmarknad baserat på utfallskontrakt. För att ge en kontext till detta arbete presenterar bakgrundsavsnittet en översikt av prevention, sociala utfallskontrakt och betydelsen av att mäta utfall inom offentligt finansierad verksamhet.

Prevention

Prevention syftar till att aktivt förhindra uppkomsten av ohälsa eller social utsatthet hos individer eller att undanröja risker för försämring av befintliga tillstånd. Investeringar i preventiva åtgärder kan leda till betydande vinster, både för individens hälsa eller sociala tillstånd och för de totala kostnaderna för offentligt finansierad verksamhet. Trots dessa tydliga fördelar är det enbart en begränsad del av vårdens resurser som är riktade mot förebyggande insatser. Detta är inte en ny insikt; ändå fortsätter både regioner och kommuner att kämpa med att omvandla sina resursstrategier från reaktiva till proaktiva insatser.

Beräknade samhällskostnader för förebyggbar ohälsa

Samhällskostnader för psykisk ohälsa: 170 miljarder SEK / år (IHE)
Samhällskostnad övervikt och fetma: 125 miljarder SEK / år (Fohm)
Samhällskostnad cancer 2040: 70 miljarder SEK / år (Cancerfonden)
Samhällskostnader diabetes 2030: 21 miljarder SEK / år (IHE)

Sammantaget motsvarar ovanstående ungefär en tredjedels statsbudget årligen.

Detta avser oftast sjukdomens samhällsekonomiska kostnad (“Cost of illness”) vilka inte är samma sak som vilka resurser man kan spara vid en faktiskt intervention. Denna kommer aldrig att påverka alla individer till 100 procent[1], men klart är ändå att det är substantiella kostnader som ligger i potten – ett stort antal miljarder.

Majoriteten av hälso- och sjukvårdens resurser i Sverige går i dagsläget till att vårda redan sjuka. Cirka 80 procent av de kroniska, livsstilsrelaterade sjukdomarna globalt går att förebygga med hälsofrämjande insatser. OECD beräknar att varje investerad krona i obesitasprevention resulterar i sex kronor i besparing av uteblivna vård- och samhällskostnader.[2]

Mellan 2011 och 2021 uppskattades rökning, övervikt och fetma, otillräcklig fysisk aktivitet och alkoholkonsumtion orsaka samhällsekonomiska kostnader på mellan 40 och 55 miljarder kronor årligen. En minskning av dessa riskfaktorer med 10 procent skulle under en tioårsperiod kunna reducera hälso- och sjukvårdskostnaderna med cirka 10,3 miljarder kronor och samtidigt leda till produktionsvinster om 11,3 miljarder kronor.[3] Förutom de ekonomiska effekterna skulle en sådan minskning ge betydande hälsovinster, inklusive över 55 000 ytterligare levnadsår, cirka

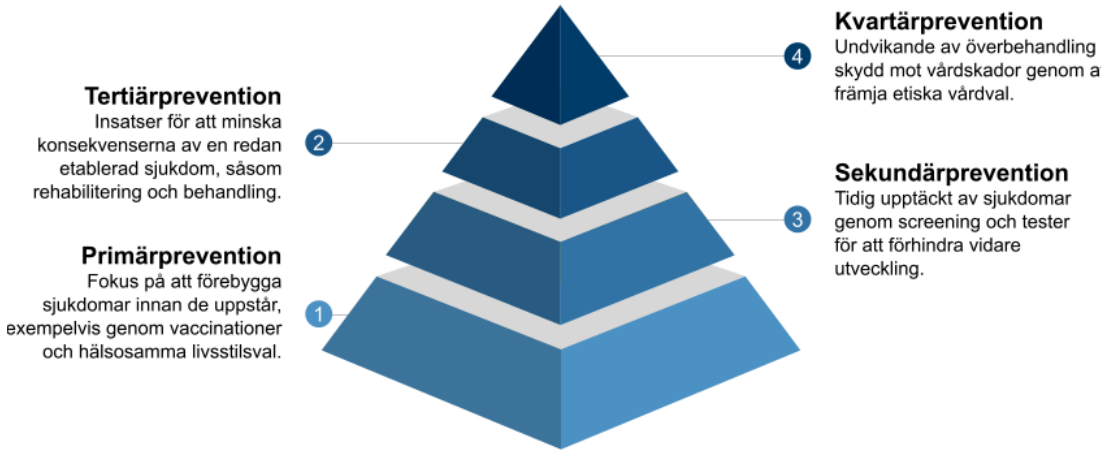
[1] Se till exempel: Bohlin (2024). Preventionens betydelse för finansieringen av framtidens vård och omsorg. SNS 2024.03.12
[2] OECD (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, Tillgängligt: https://doi.org/10.1787/67450d67-en.
[3] Kristian Bolin (2024). Preventionens betydelse för finansieringen av framtidens vård och omsorg. SNS 2024.03.12

180 000 färre vårdtillfällen i specialiserad öppenvård och slutenvård samt omkring 1,3 miljoner färre primärvårdsbesök.[4]

Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är det svårt att förstå varför en större del av budgeten inte går till prevention. Ett skäl kan vara att sjukvården bara står för cirka 15-25 procent[5] av de totala samhällsekonomiska kostnaderna för ohälsa, vilket skapar en stor risk för underinvestering i preventiva insatser. Dessutom är vården främst inriktad på sitt traditionella uppdrag, reaktiv vård, och har knappt kapacitet att hantera detta.

Trots att prevention har varit påbud Hälso- och sjukvårdslagen i 30 år[6] har inte mycket hänt. Sjukvården kommer inte under förutsebar framtid att öka preventionsuppdraget annat än på marginalen, och det är antagligen klokt; sjukvård är svårt i sig. Det finns idag även vilja att öka primärvårdens ansvar i den så kallade Nära Vård-omställningen. Att lägga ytterligare uppdrag på primärvården kommer sannolikt inte att vara möjligt under denna omställningsperiod.

Det finns fyra nivåer av prevention som tillsammans utgör grunden för ett strukturerat folkhälsoarbete. Dessa nivåer – primär, sekundär, tertiär och kvartär prevention – beskriver olika sätt att förebygga, upptäcka och hantera sjukdomar. Vad som ingår i varje nivå kan dock variera beroende på hur gränsdragningarna görs, vilket påverkar hur åtgärder planeras och genomförs. Denna rapport följer den indelning som illustreras i bilden nedan, och utgår från dessa nivåer för att analysera och presentera rekommenderade åtgärder.



Figur 1. Fyra nivåer av prevention

Vikten av att mäta utfall i offentligt finansierad verksamhet

Ett av de största problemen inom offentligt finansierad verksamhet i Sverige är bristen på systematiska utvärderingar och uppföljningar av insatser. Trots att till exempel sjukvården hanterar omfattande datamängder, finns det stora utmaningar med datadelning, enhetliga

[4] Kristian Bolin (2024). Preventionens betydelse för finansieringen av framtidens vård och omsorg. SNS 2024.03.12
[5] Joakim Ramsberg och Mats Ekelund, Ekonomisk debatt, nr 5, 2011. Stuprörstänkande gör samhällets kostnader för ohälsa onödigt höga
[6] HsL 3 kap §2 Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

mätparametrar och faktisk användning av data i beslutsfattande och systematiskt förbättringsarbete. Inom socialtjänsten är situationen än mer problematisk: tillförlitliga datamängder saknas ofta, och de mått som används är nästan uteslutande processmått snarare än faktiska resultat. Det innebär att man kan mäta hur många insatser som genomförs, men inte huruvida de faktiskt ger någon effekt. Samma problem återfinns inom andra sektorer såsom skola, arbetsmarknadsinsatser och äldreomsorg. En genomgående brist i hela den offentliga sektorn är att kopplingen mellan insatser och resultat systematiskt saknas.

Konsekvensen blir att mycket skattemedel används till åtgärder vars effekt aldrig utvärderas. Offentlig verksamhet präglas dessutom ofta av diffusa och svårmätbara mål, som "*en god och värdig hemtjänst*" eller "*en skola som ger alla elever möjlighet att utvecklas*". Dessa formuleringar ger ingen konkret vägledning kring vad som ska uppnås och hur måluppfyllelse ska mätas. Det innebär att varken medborgare, beslutsfattare eller professioner har tydliga kriterier att utgå ifrån. I många fall uppmanas myndigheter genom till exempel regleringsbrev och regeringsuppdrag att arbeta med datadrivna förbättringsprocesser, men i praktiken saknas ofta den systematik och incitamentsstruktur som krävs för att ambitionerna ska realiseras. Trots en växande argumentation för datadrivet förbättringsarbete implementeras det långsamt, och ofta inte alls.

En särskild utmaning är att offentligt finansierad verksamhet fortsätter växa i både resurser och personal, men utan motsvarande förbättring i effektivitet eller produktivitet[7]. Det är förhållandevis enkelt att tillföra mer resurser till befintliga arbetssätt – betydligt svårare är det att förändra själva arbetsmetoderna så att kvaliteten förbättras och verkliga resultat uppnås. Utvecklingen mot nya arbetsmetoder är långsam. Trots att flera kommuner och regioner har påbörjat arbete med utfallsbaserade projekt sprids resultaten i begränsad utsträckning. De största samhällsutmaningarna är dessutom ofta komplexa och kräver samverkan över organisatoriska gränser. Empiriska studier visar att detta är en av offentlig sektors största svagheter. Att bryta stuprör och genomföra systemförändringar är ofta både svårt och tidskrävande – i vissa fall omöjligt utan förändrad lagstiftning, krav och styrmodeller.

Om inte utvecklingen påskyndas riskerar vi att fortsätta investera i insatser utan dokumenterad effekt – eller i värsta fall med negativa konsekvenser. För att säkerställa att skattemedel används effektivt och rättvist krävs en snabbare övergång till modeller där uppföljning av resultat och effekter är central. I sammanhanget är det anmärkningsvärt att många verksamheter fortfarande finansieras utan någon koppling till vad de faktiskt åstadkommer.

Den nya socialtjänstlagen, som föreslås träda i kraft den 1 juli 2025, är ett viktigt steg i rätt riktning. Den slår fast att verksamheten ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och betonar behovet av systematisk uppföljning och prevention. Lagen föreslår även en uppgiftsskyldighet som ger socialnämnder rätt att inhämta information från utförare för kvalitetssäkring och resultatuppföljning. Om denna lagstiftning ska få verklig effekt krävs dock att mätning av faktiska utfall får en mer central roll i den faktiska styrningen.

[7] Se gärna vår underlagsrapport till Produktivitetskomissionen Undernavigering (Fi 2023:03) “Förlamad Förvaltning - Om digitaliseringsmisslyckandet och dess lösning”

En modell som vilar på tydliga mål, objektiva mätmetoder och verifierade resultat är avgörande för att styra resurser dit de gör mest nytta. Internationella erfarenheter, särskilt från Storbritannien, USA och Finland, visar att utfallsbaserade arbetssätt kan förbättra både innovationskraft och genomförandekvalitet. De skapar dessutom bättre långsiktiga samhällseffekter. Ett centralt inslag i dessa modeller är att resurser kopplas till faktiska resultat istället för till olika processmått. När finansiering enbart utgår efter uppvisade effekter uppstår starka incitament att leverera – och att ställa om när något inte fungerar.

Utfallskopplade modeller erbjuder även möjligheten till extern finansiering. Aktörer med kapital kan stå för initiala kostnader och får återbetalning först när resultat har verifierats. Det innebär att offentliga medel används först när effekt har uppnåtts, vilket skapar ett rationellt och ansvarsfullt användande av resurser. Det kräver dock ett skifte i tankesätt och arbetssätt. I traditionella finansieringsmodeller, anslag till myndigheter eller exempelvis Vinnovas utlysningar, beviljas medel för aktiviteter – inte utfall. Aktiviteten är säker, effekten osäker. Så bör det inte vara i bred tillämpning av evidensbaserade välfärdsmodeller.

Utfallskopplade arbetssätt kräver operationaliserade mål, mognad, tydliga roller och en stödjande infrastruktur. Det är inte en fråga om att förhandsverifiera enskilda metoder – snarare handlar det om att sätta upp klara mål, ha en robust datainfrastruktur för realtidsuppföljning, och definiera oberoende utvärderingsmekanismer. Det skapar en logik där varje krona kopplas till faktisk samhällsnytta. Det kräver också en tydlig struktur för riskdelning. För att upplägget ska bli så effektivt som möjligt är det avgörande att rollerna är renodlade och att riskdelningen inte leder till att resurser binds i förväg till drift, utan snarare till resultat.

Ett konkret exempel på detta är den så kallade Black Report (2008), ledd av Sir Carol Black i Storbritannien[8]. Rapporten visade att tidiga och samordnade insatser för återgång i arbete hade störst effekt när målet var just återgång i arbete – inte enbart förbättrad hälsa. Denna insikt stärker argumenten för modeller där ersättning utgår först när önskade effekter har verifierats. Det är en modell för framtidens styrning: tydlig, datadriven och fokuserad på verkliga resultat.

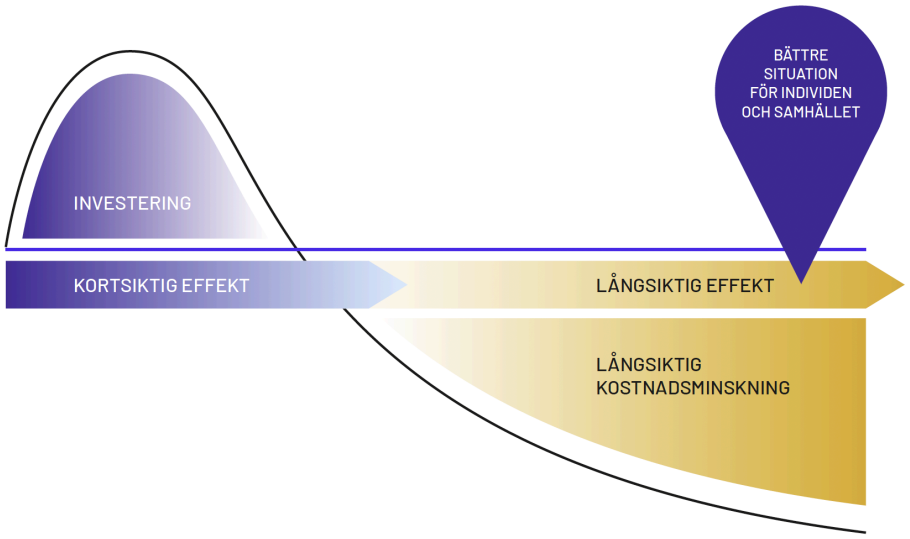
Utfallskontrakt

Utfallskontrakt är en modell för resultatorienterad styrning där ersättning för samhällsinsatser baseras på uppnådda resultat – snarare än genomförda aktiviteter. Målsättningen är att skapa ett starkare fokus på effekt och långsiktig samhällsnytta, samtidigt som offentlig verksamhet stimuleras att arbeta mer målinriktat, datadrivet och kunskapsbaserat. I traditionella ersättningssystem utgår finansiering för varje genomförd insats, oavsett om den leder till önskad effekt eller inte. I utfallskontrakt är logiken den omvända – resurser fördelas först när aktörer uppnår tydligt definierade och mätbara mål. Modellen är inte ett hot mot den generella välfärden – och innebär inte heller att man spekulerar i välfärdsvinster – utan fungerar som ett system där finansieringen knyts till resultat istället för till en insats.

[8] Black, C., 2008. Working for a healthier tomorrow. London: The Stationery Office. Tillgänglig via: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c55bee5274a1b0042313c/hwwb-working-for-a-healthier-tomorrow.pdf

Processen inleds med att den offentliga aktören, exempelvis en kommun eller region, identifierar ett specifikt samhällsproblem och definierar tydliga, mätbara mål för vad som ska uppnås. Därefter genomförs insatserna, anpassade efter individernas behov, och resultaten utvärderas löpande. Ersättningen utbetalas till den utförande aktören baserat på i vilken grad de uppsatta målen har uppnåtts. Ett problem är att det inte sällan råder sekretess mellan olika verksamheter, så att det är svårt eller omöjligt att utvärdera effekten av en åtgärd, då effekten uppstår hos en annan myndighet än utföraren. Av detta skäl är även den tekniska infrastrukturen förhindrad att utvecklas. Ytterligare en försvårande omständighet i mer komplexa utmaningar är att det kan vara/är svårt/omöjligt att reda ut de kausala sambanden till vilken utförare som faktiskt gett vilket bidrag till resultatet, och därmed vilken ersättning som ska utbetalas.

En central aspekt av utfallskontrakt är möjligheten till så kallad puckelfinansiering och medfinansiering, där man samtidigt behöver ha reaktiva insatser kvar som man gör nya satsningar på prevention. Förebyggande insatser kan initialt vara kostsamma, men leder ofta till betydande besparingar på lång sikt genom minskade kostnader för exempelvis sjukvård, kriminalvård eller socialtjänst. En annan utmaning kan vara att den aktör som genomför den preventiva insatsen inte alltid är densamma som senare skördar de ekonomiska vinsterna. Dessutom kräver många komplexa samhällsutmaningar samverkan mellan olika sektorer, vilket kan försvåras av organisatoriska silos och att avkastningen på investeringen ofta realiseras långt fram i tiden.



Figur 2. Schematisk bild över den finansierings- och riskproblematik som omställning till nya arbetssätt innebär och som sociala utfallskontrakt är en lösning på. Källa: SKR, Uppdrag Psykisk Hälsa[9] omarbetad av Utfallsfonden[10]

[9] SKR, Uppdrag Psykisk Hälsa (2021). En unik social investering – Slutrapport om det sociala utfallskontraktet i Norrköping. Tillgänglig: https://www.ri.se/sites/default/files/2022-06/210317%20Slutrapport%20SOC%20Norrköping%20En%20unik%20social%20investering.pdf

[10] Utfallsfonden (2025). Handboken för utfallskontrakt i Sverige

Praktiskt stöd för att initiera utfallskontrakt

För att sänka trösklarna för kommuner och andra offentliga aktörer att själva initiera utfallskontrakt har Utfallsfonden, i samarbete med advokatbyrån Cirio och revisionsbolaget EY, tagit fram en handbok för utfallskontrakt i Sverige. Handboken ger praktisk vägledning genom hela processen, inklusive juridiska aspekter till bokföringsfrågor – med särskilt fokus på kommunala förutsättningar.

Utfallsfonden har även publicerat två kompletterande handböcker: en om hur man mäter sociala effekter och en om hur man kan räkna hem förebyggande insatser. I denna rapport ges därför inte någon fördjupad genomgång av hur utfallskontrakt fungerar i praktiken. Vi hänvisar istället till dessa utmärkta handböcker[11] för mer detaljerad information och metodstöd.

Oberoende utvärdering

En central komponent i ett välfungerande utfallskontrakt är en oberoende utvärderare – ofta kallad "*trusted third party*" – som ansvarar för att bedöma i vilken grad de uppsatta målen har uppnåtts. Eftersom ersättning i ett utfallskontrakt baseras på faktiska utfall istället för på genomförda aktiviteter, är det avgörande att mätningen sker objektivt, tillförlitligt och transparent. Den oberoende utvärderaren säkerställer att resultatet redovisas enhetligt och att samtliga parter – den offentliga beställaren, utföraren och eventuell finansiär – har en gemensam och oberoende bild av utfallet.

Om extern finansiering används blir behovet av oberoende utvärdering särskilt tydligt, eftersom resultatet direkt påverkar om investeraren får tillbaka sitt kapital och eventuell avkastning. För att hantera intressekonflikter måste utvärderaren stå fristående från både utförare och finansiär. Men samma logik bör även gälla när utfallskontrakt helt finansieras inom ramen för offentlig verksamhet. I dessa fall är det skattebetalarna som i praktiken fungerar som finansiärer – och deras intresse av att resurser används effektivt är minst lika viktigt. Ett oberoende granskningsförfarande skapar transparens, legitimitet och ökad tillit till att offentliga medel ger faktisk nytta. Rollen som oberoende utvärderare kan till viss del jämföras med en traditionell verksamhetsrevision.

Trots den centrala betydelsen är tillgången till oberoende utvärderare idag mycket begränsad, särskilt för kommuner. För mindre kommuner är det ofta en utmaning att genomföra nya proaktiva insatser parallellt med att upprätthålla det ordinarie arbetet. I en sådan situation upplevs det som nästintill orealistiskt att dessutom avsätta budget för oberoende utvärdering – särskilt i en omställningsfas där verksamheten prövar nya arbetssätt. Utöver detta saknar många kommuner tillräcklig intern kompetens för att systematiskt samla in, följa upp och analysera utfallsdata över tid.

Det är därför avgörande att utvärderingskapacitet blir en central del av den kommande nationella preventionsinfrastrukturen – både när det kommer till tillgången till oberoende utvärderare och den datainfrastruktur som detta kräver. Ett viktigt steg i denna riktning är att gå

[11] Handböckerna nås digitalt via: https://www.utfallsfonden.se/fordjupning

från dagens projektlogik – där exempelvis aktörer som Vinnova finansierar specifika insatser – till en modell där oberoende utfallsutvärdering istället finansieras genom en gemensam funktion.

Att styra mot resultat

Utfallskontrakt har väckt stort intresse som ett verktyg för att styra resurser mot förebyggande och effektiva samhällsinsatser. De erbjuder en modell där flera aktörer – offentliga, privata och idéburna – kan arbeta tillsammans mot gemensamt definierade och mätbara mål, med ersättning kopplad till faktiskt uppnådda resultat. Det innebär dock inte en förändrad syn på den generella välfärden. Utfallskontrakt ersätter inte den offentliga sektorns ansvar – de syftar till att göra välfärden mer resultatstyrd, mer lärande och bättre anpassad till de långsiktiga utmaningar vi står inför.

Samtidigt ska det inte underskattas att utfallskontrakt innebär ett skifte i hur styrning och finansiering traditionellt fungerar. Många kommuner upplever att deras verksamheter är för komplexa för att kunna mätas rättvist. Det är en legitim invändning, men det är också just därför modellen är intressant: när den används rätt och processen med att ta fram effektmått sker noggrant och inkluderande, kan utfallskontrakt hjälpa verksamheter att tydliggöra vad som faktiskt gör skillnad.

Modellen innebär dock reella utmaningar. Att formulera rättvisa, relevanta och mätbara utfallsmål är svårt – särskilt när sociala insatser har många samverkande faktorer och långsiktiga effekter. Det är inte alltid självklart hur ett utfall kan knytas till en specifik insats, särskilt när det saknas kontrollgrupper eller stabila jämförelsevärden. Det finns också en risk att fokus smalnar av till det som är lätt att mäta, snarare än det som är viktigast att uppnå.

Ytterligare en svårighet gäller den praktiska genomförbarheten, särskilt på kommunal nivå. Kommuner och regioner arbetar i årliga budgetcykler, vilket gör det svårt att tänka i långsiktiga, prestationsbaserade modeller. Därtill kommer transaktionskostnader – för juridik, uppföljning och oberoende utvärdering – som kan vara höga, särskilt i småskaliga projekt, samtidigt som dessa kostnader måste vägas mot dagens administrativa overhead. Om de inte hanteras klokt riskerar modellen att bli resurskrävande snarare än effektiv.

Det finns också principiell kritik att förhålla sig till. En vanlig invändning är att modellen i förlängningen skulle bidra till en “finansialisering” av offentlig sektor, där sociala utmaningar hanteras med marknadslogik snarare än som uttryck för ett samhälleligt ansvar. Den oron behöver tas på allvar – men får inte skymma det faktum att dagens sätt att organisera välfärden också har sina brister. Att i decennier ha betalat för insatser utan att veta om de ger resultat är i sig djupt problematiskt.

Slutsatsen är därför inte att utfallskontrakt är en universallösning, utan att de erbjuder en viktig möjlighet: att lära oss styra efter det som verkligen räknas. Men det förutsätter att modellen används klokt, att stödstrukturer byggs upp och att varje steg i processen präglas av transparens, ansvarstagande och en vilja att ständigt förbättra. Då kan utfallskontrakt bidra till en mer effektiv, rättvis och framtidsinriktad välfärd – inte genom att ersätta det vi har, utan genom att göra det bättre.

Tidigare erfarenheter av utfallskontrakt

Internationellt sett är utfallskontrakt idag en väletablerad lösning. Government Outcomes Lab vid universitet i Oxford samlar in data om existerande kontrakt och har i sin senaste sammanställning (juli 2024) 296 kontrakt i olika stadier av utveckling.[12] Storbritannien är det land med flest kontrakt i databasen – 99 stycken, men länder på samtliga kontinenter finns representerade. I Norden har Danmark kommit långt, med 15 kontrakt inkluderade i sammanställningen (denna sammanställning gör dock inga anspråk på att vara komplett). Det finns därför i dagsläget en rad projekt att dra erfarenheter från. Här fokuserar vi på ett urval som vi anser är mest relevanta för vår svenska kontext.

Svenska exempel

I Sverige finns flera pågående eller avslutade försök med utfallsbaserade kontrakt. Dessa har i princip fokuserat på tre områden: social verksamhet, hälso- och sjukvård samt arbetsmiljö och hälsa.

Social verksamhet

Team Nystart i **Norrköping** var Sveriges första sociala utfallskontrakt, en satsning som prövade ett nytt arbetssätt för att stödja placerade barn och unga. Målet var att genom tidiga och samordnade insatser förbättra skolresultaten för 60 barn och unga placerade på HVB-hem eller SiS, minska risken för återplacering samt samtidigt bidra till att sänka kommunens framtida sociala kostnader. Insatsen genomfördes 2016-2019 av ett tvärsektoriellt team (Team Nystart) där socialtjänsten och utbildningskontoret samarbetade. Teamet gav intensivt stöd för att säkerställa att varje barn fick rätt omsorg, obruten skolgång och stöd till familjen under placeringen.

Modellen innebar att en privat investerare, Leksell Social Ventures, finansierade insatsen och kommunen åtog sig att betala i efterhand om uppsatta mål uppnåddes. Kommunens personal bemannade Team Nystart, och extra studiestöd sattes in vid behov för att stärka skolgången. Utvärderingen visade positiva resultat, även om den privata investeraren inte fick igen hela sin insats då målet inte fullt ut uppnåddes under kontraktstiden. Barnens skolgång och välmående förbättrades för en stor del av gruppen, och kommunens kostnader blev lägre jämfört med en referensgrupp över tre år. Satsningen var resurskrävande men gav ökat internt fokus på målgruppen och värdefulla erfarenheter för vidare utveckling.[13]

Inom ramen för projektet “**Modell för tidigt socialt stöd**” genomförde **Stockholms stadsdelsförvaltning i Hässelby-Vällingby** ett socialt utfallskontrakt i samarbete med fem

[12] Det verkliga antalet är större då sammanställningen inte är helt komplett, bland annat saknas flera svenska kontrakt.

[13] RISE Research Institutes of Sweden, 2021. En unik social investering – Slutrapport om det sociala utfallskontraktet i Norrköping. Tillgänglig: https://www.ri.se/sites/default/files/2022-06/210317%20Slutrapport%20SOC%20Norrköping%20En%20unik%20social%20investering.pdf

civilsamhällesorganisationer för att förebygga kriminalitet och missbruk bland barn och unga. Insatsen initierades 2020 med stöd från SKR och RISE. Målet var att stärka individanpassade, preventiva insatser för barn i årskurs 4-9 i riskzon och att minska framtida sociala kostnader genom tidigt stöd. Insatserna utformades tillsammans med socialtjänsten och genomfördes av organisationer som Frälsningsarmén, Skyddsvärnet och Linnea Boxning, där en del av ersättningen var utfallsbaserad.

Finansieringen kom från Stockholms sociala investeringsfond och stadsdelen. Under pilotperioden september 2021-december 2022 fick cirka 50 barn och deras familjer stöd genom projektet. En tidig utvärdering visade att fler familjer tackade ja till insatser och att socialtjänstens nya arbetssätt ledde till snabbare resultat. Samtidigt påverkade pandemin genomförandet, vilket försvårade utvärderingen av långsiktiga effekter. Den slutliga utvärderingen väntas 2025. Projektet har visat att sociala utfallskontrakt kan stärka samverkan mellan offentlig sektor och civilsamhället och bidra till att fler barn i riskzon får tidigt stöd, men att uppföljning och samordning mellan aktörer är avgörande för att säkra långsiktig effekt.[14]

Hälso- och sjukvård

Region Stockholms pilot inom prediabetes initierades 2021 med syftet att förebygga typ 2-diabetes[15]. I projektet rekryterades 925 personer i åldern 50–60 år med prediabetes (HbA1c 42-47 mmol/mol) till ett preventionsprogram för livsstilsförändring med stöd av en digital plattform och personliga hälsocoacher. Den primära utfallsvariablen för hälsoobligationen var att minst minst 300 av 925 deltagare nå normalnivå för HbA1c (<42 mmol/mol) efter 24 månader. Därutöver hade projektet sju sekundära utfallsvariabler utifrån flera tidpunkter för HbA1c-mätningar, BMI och upplevd livskvalitet. Insats- och teknisk plattform är utvecklad och levereras av företaget Health Integrator, som även hade ansvaret för att rekrytera deltagare.

Finansieringen av projektet skedde genom en hälsoobligation på 30 miljoner kronor, där Skandia stod som investerare och SEB agerade rådgivare och finansiell mellanhand. Avkastningen för investeraren var kopplad till de uppnådda hälsoeffekterna och de kostnadsbesparingar som dessa medför för Region Stockholm. Varje deltagare får ett “hälsosaldo” i den digitala plattformen på total 6 250 SEK per år under två år. Hälsosaldot skulle användas till prepatientens val och konsumtion av hälsotjänster på en internetbaserad plattform, såsom fysisk aktivitet, kost, sömn och stresshantering för att främja en hälsosammare livsstil eller för ett utökat antal rådgivningssamtal tillsammans med deltagarens hälsocoach.

Då programmet utvärderades efter 24 månader[16] hade 54 procent av deltagarna lämnat rikszonen för typ 2-diabetes, 70 procent hade förbättrat sitt långtidsblodsocker (HbA1c), och 85 procent av deltagarna i programmet upplevde en bättre livskvalitet. Region Stockholm räknar med en hälsoekonomisk effekt på 1,4 miljarder per år vid full uppskalning till alla prediabetiker inom regionen.[17] Resultatet efter 36 månader har nyligen presenterats i ett appendix med

[14] RISE Research Institutes of Sweden, 2024. Sociala utfallskontrakt i Hässelby-Vällingby – Utvärdering av en modell för tidigt socialt stöd. Tillgänglig: https://ri.diva-portal.org/smash/get/diva2:1933936/FULLTEXT01.pdf

[15] Region Stockholm tjänsteutlåtande HSN 2019-1786

[16] Deltagarna har rekryterats successivt till programmet, därför ingick 358 deltagare i programmets 24 månadersuppföljning

[17] Health Integrator (2023). Health Integrators hälsoprogram för prevention av diabetes typ 2. 24-månadersrapport.

uppdaterad data då projektet fortlöper. Resultaten visar en tydlig långvarig effekt hos deltagarna[18]. Programmet hade enbart ett fåtal avhopp, varav några var relaterade till dödsfall.

Region Uppsalas pågående **hälsoobligation mot hypertoni** syftar till tidig upptäckt och behandling av högt blodtryck för att förhindra allvarliga hjärt-kärlsjukdomar. Programmet sträcker sig över fem år och ska bjuda in cirka 30 000 invånare 50-75 år, varav omkring 15 000 väntas delta och upp till 9 000 påbörja behandling. Genom att behandla dessa individer räknar regionen med att undvika cirka 657 allvarliga hjärt-kärlhändelser och spara cirka 160 miljoner kronor i sjukvårdskostnader på tio år. Insatsen genomförs inom forskningsstudien U-SCREEN, där deltagare utses slumpmässigt och jämförs med en kontrollgrupp för en robust utvärdering. Deltagarna mäter själva sitt blodtryck och tar blodprov hemma. De med höga värden får sedan erbjudande om uppföljning och behandling, vilket förväntas minska dödlighet och förbättra livskvaliteten.

Projektet finansieras via en hälsoobligation på 80 miljoner kronor, tecknad av Skandia (i samarbete med SEB). Modellen innebär att investerarens avkastning beror på utfallet – lyckas insatsen får investeraren högre ränta, medan svagt utfall ger lägre eller till och med negativ avkastning. Således delar regionen och investeraren på både vinstpotential och risk, vilket mildrar den ekonomiska risken med att satsa på prevention. Avtalet medger även att projektet kan avbrytas i förtid om deltagandet blir för lågt (till exempel ≤ 20 procents svarsfrekvens vid en tidig kontroll).[19]

Arbetsmiljö och hälsa

Under åren 2017–2021 drev **Botkyrka kommun** pilotprojektet **Arbetsmiljö och Hälsa i Fokus** med syfte att minska korttidssjukfrånvaron och skapa en mer hälsofrämjande organisation. Projektet genomfördes i samarbete med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), forskningsinstitutet RISE och företaget Aino Health. Ett åtgärdspaket på individ-, arbetsplats- och ledningsnivå infördes, med hälsosupport (tidigt stöd till medarbetare med upprepad sjukfrånvaro), chefsstöd (stöd till chefer vid arbetsplatser med hög eller ökande sjukfrånvaro) samt förbättrad statistikhantering (Statistikstöd) för ledningen.

Projektet finansierades av kommunen genom en utfallsbaserad upphandling där leverantörens ersättning delvis kopplades till resultat, med delat finansiellt risktagande för Aino Health. Utvärderingen visade minskad korttidssjukfrånvaro under projektets första 17 månader jämfört med en referensperiod. Arbetsplatser som fick chefsstöd uppvisade också en mindre ökning av sjukfrånvaron under pandemin än övriga. En ekonomisk analys visade att insatserna i stort sett finansierade sig själva på kort sikt genom minskade sjukfrånvarokostnader.[20]

Projektet **Hälsa i Fokus** i **Örnsköldsvik** (2018-2021) syftade till att förebygga och minska korttidssjukfrånvaro samt att stödja en mer hälsofrämjande organisation. Det genomfördes av Örnsköldsviks kommun i samarbete med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR),

[18] Health Integrator (2023). Health Integrators hälsoprogram för prevention av diabetes typ 2. 24-månadersrapport.

[19] Region Uppsala: Vårdinsats mot högt blodtryck

[20] Bokström, P., Hellgren, C., Wikström, E., & Lindgren, J., 2021. Arbetsmiljö och Hälsa i Fokus – Utvärdering av ett socialt utfallskontrakt i Botkyrka kommun. RISE Research Institutes of Sweden. 2022:86. Tillgänglig: https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1687353/FULLTEXT01.pdf

forskningsinstitutet RISE samt företagshälsan Previa, som utförde vissa insatser. Projektet finansierades med cirka 40 miljoner kronor i kommunala medel. Som metodik användes en modell med socialt utfallskontrakt och kontinuerlig uppföljning av sociala och ekonomiska effekter. Insatser sattes in både på individnivå (till exempel hälsosupport och omtankesamtal) och på organisationsnivå (arbetsmiljöhandledare som stöttade chefernas systematiska arbetsmiljöarbete).

Utvärderingen av projektet visar att antalet korttidssjukfrånvarodagar minskade under projektets första 16 månader jämfört med en referensperiod. En ekonomisk analys indikerade dessutom att insatserna var självfinansierande på relativt kort sikt genom minskade sjukskrivningskostnader. Även om pandemin påverkade projektet, tyder de tidiga resultaten på att arbetssätten haft positiv effekt på sjukfrånvaron. Bland lärdomarna betonades vikten av att kombinera individ- och organisationsinriktade åtgärder trots praktiska utmaningar, samt behovet av stärkt förändringsledningskompetens för att upprätthålla ett kontinuerligt förbättringsarbete.[21]

Internationell utblick

Finland

För att förbättra arbetshälsan och stärka arbetsförmågan hos anställda genomfördes Finlands första sociala utfallskontrakt, **Tyhy-SIB**, mellan 2015-2019. Projektet syftade till att minska sjukfrånvaron genom att implementera ett brett utbud av hälsoinsatser på arbetsplatser, inklusive hälso- och arbetsförmågeenkäter, chefsutbildningar och förbättrat samarbete med företagshälsovården.

Fyra offentliga organisationer deltog som beställare av insatserna: **Magistraten i Sydvästra Finland, Nurmijärvis Aleksia-affärsverk, Savon koulutuskuntayhtymä och Ylä-Savon SOTE.** Finansieringen kom från Sitra, Me-fonden och Henri Kulvik, medan externa aktörer som Aino Health Management Oy, Headsted Oy och Tietotaito Group Oy ansvarade för genomförandet. Projektet administrerades av FIM Effektinvestering Ab och utvärderades av Arbetshälsoinstitutet.

Målet var att minska sjukfrånvaron med minst 2,1 dagar per anställd per år, men resultatet visade endast en marginell minskning på cirka en dag. Trots att projektet inte genererade ekonomisk avkastning för investerarna och att sjukfrånvaro visade sig vara en begränsad indikator, rapporterades positiva effekter på arbetshälsan enligt kvalitativa utvärderingar.

Danmark

I syfte att **minska långtidssjukskrivningar** och främja återgång till arbete initierade **Hillerød kommun** ett socialt utfallskontrakt där sjukskrivna invånare fick individanpassat stöd för att återfå sin arbetsförmåga. Projektet genomfördes i samarbete med Marselisborg, en organisation specialiserad på utvecklingsprocesser inom den offentliga sektorn. Totalt omfattade

[21] Uppdrag Psykisk Hälsa, 2022. Arbetsmiljö och Hälsa i Örnsköldsvik – Rapport. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Tillgänglig: https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2022/04/Arbetsmiljö-o-Hälsa-Ornskoldsvik-Rapport.pdf

insatsen 100 sjukskrivna individer och 50 personer i arbetsförmågeutredningar, där varje deltagare fick tillgång till en tvärvetenskaplig stödmodell bestående av rehabilitering, karriärvägledning och psykosocialt stöd.

Projektet finansierades genom Den Sociale Kapitalfond Effekt, som investerade i insatsen i utbyte mot resultatbaserade ersättningar från kommunen. Kommunen betalade endast om deltagarna uppnådde fördefinierade mål, vilket minskade den ekonomiska risken och säkerställde att resurser användes effektivt. Målet var att en majoritet av deltagarna skulle kunna återgå till självförsörjning eller få en ökad arbetsförmåga som möjliggjorde återgång till arbete. De preliminära resultaten visade att en betydande andel av deltagarna kunde återgå i någon form av arbete, även om graden av framgång varierade beroende på individuella omständigheter. Projektet bidrog till viktig kunskap om hur sociala investeringar kan användas för att finansiera rehabilitering och stöd för sjukskrivna.

I ett statligt finansierat socialt utfallskontrakt har **Viborg och Herning** kommuner i Danmark genomfört en satsning för att **integrera långtidsarbetslösa** personer med icke-västerländsk bakgrund på arbetsmarknaden.[22] Projektet genomfördes i samarbete med Dansk Flygtningehjælp och Poul Due Jensens Fond, där målgruppen fick ta del av individanpassade insatser genom Dansk Flygtningehjælps Business Training Program och metoden "Individual Placement and Support" (IPS). Insatsen var utformad för att kombinera arbetsförberedande utbildning med praktik och mentorskap, vilket syftade till att förbättra deltagarnas anställningsbarhet.

Finansieringen av projektet skedde genom ett utfallskontrakt där privata investerare, inklusive Poul Due Jensens Fond, stod för den initiala finansieringen. Staten och kommunerna förband sig att ersätta investerarna baserat på de resultat som uppnåddes. Målet var att minst 50 procent av deltagarna skulle uppnå del- eller heltidsanställning inom projektperioden 2020-2022. Resultaten visade att en betydande andel av deltagarna fick sysselsättning, men att resultaten varierade beroende på individuella förutsättningar och lokala arbetsmarknadsförhållanden.

Inom ramen för **Cities changing diabetes** har **Aarhus kommun** implementerat ett utfallskontrakt med syfte att minska risken för att utveckla komplikationer till följd av diabetes.[23] Projektet har en budget på 13,3 miljoner DKK och riktar sig till 450 personer med typ 2-diabetes, där deltagarna erbjuds ett individanpassat program bestående av rådgivning med vårdpersonal och hälsofrämjande aktiviteter i samarbete med civilsamhället.

Initiativet genomförs med stöd av Steno Diabetes Center Aarhus och Aarhus universitetssjukhus, medan Den Sociale Investeringsfond och Rådet för sociala investeringar i Aarhus står för finansieringen. Två primära utfallsmått har definierats: minst 31 procent av deltagarna ska sänka sitt långtidsblodsocker (HbA1c) med 8,5 procent, och gruppen som helhet

[22] Danish Refugee Council. Social Impact Bonds for Labour Market Inclusion. Tillgänglig: https://drc.ngo/what-we-do/innovation/innovative-finance/social-impact-bonds-for-labour-market-inclusion/

[23] Den Sociale Investeringsfond. Forebyggelse af senkomplikationer af type-2 diabetes. Tillgänglig: https://dsi.dk/forebyggelse-af-senkomplikationer-af-type-2-diabetes/

ska uppnå en genomsnittlig sänkning av samma nivå inom tre år. Genom denna satsning hoppas Aarhus kommun kunna förbättra folkhälsan och minska sjukvårdskostnader på lång sikt.

Storbritannien

England har varit ledande i utvecklingen av sociala utfallskontrakt. INDIGO (International Network for Data on Impact and Government Outcomes)-modellen introducerades 2010 med det första utfallskontraktet i **Peterborough-fängelset,** där syftet var att minska återfall i brottslighet[24]. Sedan dess har nätverket av sociala utfallskontrakt vuxit och omfattar projekt inom områden som barn- och familjestöd, mental hälsa, sysselsättning och bostäder. Ett exempel på framgångsrika projekt är **Mental Health and Employment Partnership**, som har hjälpt personer med psykisk ohälsa att få och behålla arbete[25]. The **Skill Mill** har anställt unga tidigare lagöverträdare i miljöprojekt för att minska återfall i brott[26], medan **Stronger Families Norfolk** har finansierats genom Life Chances Fund för att stärka familjestödsinsatser[27].

INDIGO-nätverket består av flera aktörer, inklusive utfallsbetalare som nationella och lokala myndigheter, tjänsteutförare som ideella organisationer och investerare som bidrar med förskottsfinansiering. **Government Outcomes Lab vid University of Oxford** och INDIGO Knowledge Bank spelar en central roll i att samla data och sprida kunskap för att stärka arbetet med utfallskontrakt. Englands erfarenheter har lett till att fler offentliga aktörer vågat pröva resultatbaserade lösningar och att regeringen har avsatt särskilda fonder, som Life Chances Fund, för att stötta utvecklingen. Genom nätverket har kunskap och data delats öppet, vilket har förbättrat effektiviteten och hjälpt aktörer att fatta informerade beslut. England har genom detta ekosystem stärkt fokus på mätbara sociala resultat och tvärsektoriell samverkan inom offentlig sektor.

Reflektioner och lärdomar för en nationell struktur

Projekt Nystart har varit banbrytande och "stänkt vigvatten" på utfallskontraktsmodellen, som dess initiativtagare ofta påpekar. En av de viktigaste effekterna av projektet var att det lade grunden för juridiska och ekonomiska bokföringstekniska lösningar. Det är en central framgång eftersom det bekräftar att modellen kan implementeras.

Att definiera utfallsmått inom mer sammansatta områden som sociala insatser kan vara komplicerat jämfört med hälso- och sjukvården där det (ofta) finns tydliga kliniska biomarkörer att mäta. Det gör sjukvård i allmänhet och prediabetes i synnerhet till en lämplig utgångspunkt för att påbörja arbetet med att bygga en nationell struktur för att man lätt ska kunna komma igång. I Stockholms diabetespilot var en viktig framgångsfaktor i pilotprojektet har varit den

[24] Government Outcomes Lab. Impact bonds. Oxford: University of Oxford. Tillgängligt: https://golab.bsg.ox.ac.uk/the-basics/social-impact-bonds/
[25] Government Outcomes Lab. Mental Health and Employment Partnership (MHEP). Oxford: University of Oxford. Tillgängligt: https://golab.bsg.ox.ac.uk/knowledge-bank/case-studies/mhep-case-study/
[26] Government Outcomes Lab. The Skill Mill. Oxford: University of Oxford. Tillgängligt: . https://golab.bsg.ox.ac.uk/knowledge-bank/case-studies/the-skill-mill/
[27] Cabinet Office; Department for Culture, Media and Sport; Department for Digital, Culture, Media & Sport. Social Outcomes Partnerships and the Life Chances Fund. GOV.UK; 2023 Sep 5 . Tillgängligt: https://www.gov.uk/guidance/social-outcomes-partnerships

solida uppföljningsmodellen, där HbA1c-blodprov används som en objektiv och odiskutabel biomarkör. Valet av en tydlig och enkel uppföljningsparameter har sannolikt bidragit till projektets trovärdighet och resultat. Projektet redovisar även sekundära effektmått på ett transparent sätt, vilket ytterligare stärker dess legitimitet.

En central osäkerhet när man bedömer effekterna av ett program är av en referensgrupp för att fastställa den kontrafaktiska situationen: Hur många individer hade fått sämre utfall utan programmet? Detta är en fråga som ibland lyfts när resultaten diskuteras. Det är därför viktigt att ta hänsyn till det förväntade naturalförloppet när målen för utfallet bestäms, men samtidigt är det viktigt att betona att den centrala poängen med detta arbetssätt inte är att vetenskapligt studera om en viss insats har effekt eller inte, det är inte oviktigt men är en uppgift för framtida forskning.

Riskfinansieringen har i tidigare projekt kommit från såväl privata (till exempel Skandia eller SEB) som offentliga finansiärer (till exempel Stockholms sociala investeringsfond). En nationell struktur bör därför vara agnostisk vad gäller finansiärer för att kunna dra nytta av ett så stort panorama av finansiärer som möjligt.

En gemensam nämnare i flera av de svenska projekten är att RISE haft en aktiv roll i olika delar. Detta skapar på sätt och vis ett institutionellt minne kring projektgenomförande som det är viktigt att dra nytta av. Det är därför naturligt att ge RISE en roll i den nationella strukturen så att denna kunskap utnyttjas maximalt. Samtidigt är det viktigt att RISE roll begränsas till stöd för beräkningar av ersättningsnivåer, utfallsmått och inklusionskriterier. RISE har förstås även en roll som vetenskaplig utvärderare men den bör finansieras utanför systemet.

Trots flera framgångsrika projekt tycks det finnas en brist på spridning av beprövade metoder. Spridning sker främst genom att regioner och kommuner, i enlighet med svensk förvaltningspraxis, initierar egna pilotprojekt innan en eventuell bredare implementering. Detta sker ofta i stället för att direkt dra nytta av befintliga erfarenheter och lärdomar från andra aktörer. Detta skapar en betydande ojämlikhet i vården eller sociala insatser, där individens tillgång till prevention styrs av bostadsort och kan variera i tid, omfattning eller utebli helt. Genom att lyfta preventionen till en nationell angelägenhet kan den del av svensk vård som idag fungerar sämst stärkas, vilket skulle bidra till ökad jämlikhet och snabbare implementering av effektiva insatser.

Första steget: Införandeprojektet

Detta avsnitt beskriver hur Sverige kan inleda etableringen av en nationell preventionsinfrastruktur redan från 2026. För att nå en bred tillämpning 2028 krävs att flera aktörer påbörjar förberedande arbete och lärande under 2025. Regeringen behöver fatta ett antal beslut i samråd med sina myndigheter redan under 2025. Ett gemensamt införandeprojekt föreslås för att samordna befintliga uppdrag, testa praktiska lösningar och bygga erfarenhet. Arbetet utgår från Folkhälsomyndighetens och Vinnovas uppdrag (S2024/01659) och syftar till att utveckla en konkret modell för nationella utfallskontrakt.

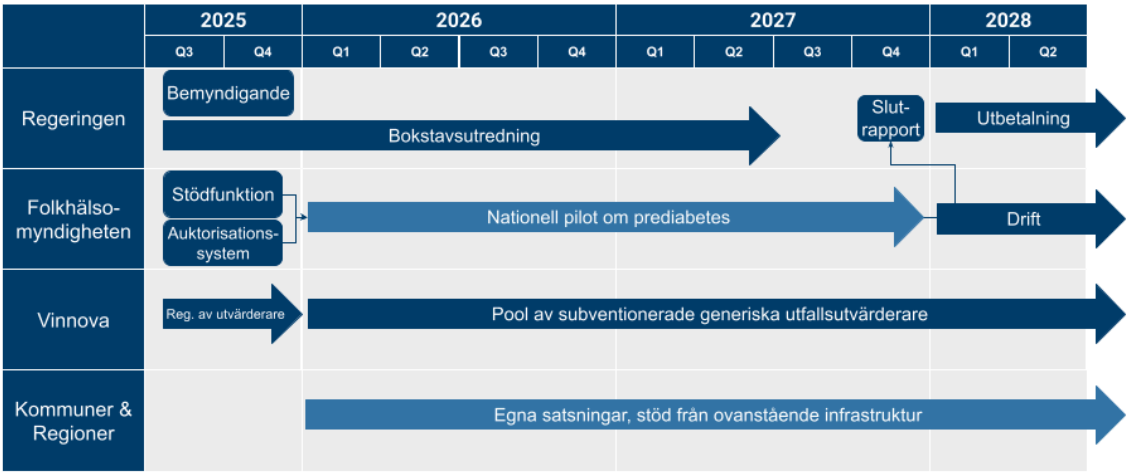
Införandet sker i två steg. I det första byggs basal infrastruktur samtidigt som det första nationella preventionsprojektet baserat på ett utfallskontrakt genomförs. Detta steg är viktigt för att dra lärdom från ett praktiskt projekt på nationell bas. Praktisk tillämpning är avgörande, särskilt eftersom styr- och finansieringsmodeller av det här slaget inte kan konstrueras i sin helhet genom teoretiska underlag eller skrivbordsprodukter. Det är först när modellerna omsätts i faktisk verksamhet som roller klarnar, ansvarsfördelning blir tydlig och former för samverkan utvecklas på riktigt. När den basala infrastrukturen är på plats och aktörernas uppdrag har kopplats samman övergår arbetet till att designa den slutgiltiga modellen i steg två.



Figur 3. Process för införande i två steg.

Initialt fokuserar införandet på prediabetes – ett område valt eftersom det finns väldefinierade riskmarkörer och tillgänglig evidens på både inkludering, åtgärder och tröskel för framgångsrikt utfall. Det ger goda förutsättningar att ge praktiska erfarenheter för att snabbt bygga upp en stabil infrastruktur som kan skalas upp. Samtidigt kan kommuner och regioner dra nytta av delar av infrastrukturen i egna satsningar inom andra områden. Målet är en samordnad, stegvis uppbyggd nationell struktur med tydlig styrning mot gemensamma mål. Det innovativa är inte varje steg i sig eller vilka åtgärder som behöver utföras - detta är en systeminnovation.

Avsnittet innehåller en genomgång av de centrala stegen i införandeprocessen för en nationell preventionsinfrastruktur. Processbilden nedan fungerar som en visuell introduktion och överblick, och följs därefter av en mer detaljerad beskrivning av varje steg samt de aktörer som ansvarar för respektive del i genomförandet.



Figur 4. Illustration av föreslagen process för införande och uppbyggnad av en nationell preventionsinfrastruktur. Mörkblå fält markerar aktiviteter som är centrala för att bygga upp infrastrukturen, medan ljusblå fält visar det praktiska genomförandet av utfallskontrakt.

Sammanfattad actionlista för att komma igång

1. **Folkhälsomyndigheten** initierar ett nationellt införandeprojekt under sitt nuvarande uppdrag (alternativt att detta förtydligas i det befintliga uppdraget). Då ingår:
    a. Inrätta ett auktorisationssystem av utföraraktörer med egen kapitalfinansiering, under HT-25.
    b. Att LoU upphandla en utvärderare till införandeprojektet
    c. Att samarbeta och finansiera RISE i sin stödlinje.
    d. Utforma en katalog av standardiserade kontrakt mellan utförare och kommuner/regioner för val av utvärderare till egeninitierade utfallskontrakt.

2. **Ett bemyndigande på 1 miljard SEK** för utbetalning 2028/29 för att påbörja en pilot 2026 med en nationell prevention, Första nationella preventionsprogrammet utgår från pre-diabetes med två års intervention, utvärderas 2028/29.

3. **Tillsätt en Bokstavsutredare**, som återkommer med förslag på organisationsform för en permanentad utfallskontraktsverksamhet och föreslå organisationsform, tex statligt bolag eller stiftelse. Även en nationell datadelningsstruktur måste utredas om den ska kunna vara generisk. Tex en förändring av regelverket för kvalitetsregister.

4. **Vinnova** registrerar och finansierar via auktorisationssystem oberoende utvärderare under sitt nuvarande uppdrag (alternativt att detta förtydligas i uppdraget). Då ingår:

    a. Utlysning och registrering av pool av oberoende utvärderare under HT-25. Utvärderarna ska ha egen förmåga till datainfrastruktur under införandeprocessen som sedan skall överlåtas till infrastrukturen då denna är på plats 2028.

5. **Öka finansieringen till Folkhälsomyndigheten** från 2026 med 3,25 miljoner årligen för att finansiera utvärderaren i prediabetsprojektet via bemyndigandet, **och till VINNOVA** med tre miljoner årligen för att subventionera generiska utvärderarna. Till och med 2028. Från 2029 krävs ny driftsfinansiering av den slutgiltliga modellen. (Förvaltningsanslag)

Regeringen och regeringskansliet

För att möjliggöra en nationell satsning på förebyggande arbete genom utfallskontrakt krävs att vissa centrala åtgärder initieras av regeringen och regeringskansliet redan under 2025. Samtliga förslag kan föras in i budgetarbetet under 2025 som en del av en större reforminriktad satsning på förebyggande insatser och utfallsbaserad styrning.

Ett bemyndigande på en nationell preventionsmiljard i höstbudgeten 2025

För att möjliggöra en långsiktig och systematisk satsning på förebyggande insatser föreslår vi att en preventionsmiljard bemyndigas för 2028/29 i höstbudgeten 2025. Dessa medel ska finansiera utfallsbaserad ersättning för införandeprojektet inom prediabetes, där utbetalningar sker baserat på uppnådda resultat år 2028/29. Syftet är att både göra en riktad satsning mot diabetes samt dess följdeffekter och att samtidigt bygga upp en hållbar nationell preventionsinfrastruktur som på sikt kan bidra till minskade samhällskostnader och förbättrad folkhälsa på bred front.

Vad kostar prediabetes?

Preventionsmiljarden är beräknad utifrån Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomis (IHE) modell för diabeteskostnader[28]. Prevalensen av prediabetes i Sverige uppskattas till 5-6 procent av befolkningen i åldern 20-80 år, vilket motsvarar cirka 400 000 personer.[29] Enligt en stor dansk vetenskaplig studie, där hela befolkningens blodsockervärden har analyserats, löper individer med prediabetes en årlig risk på 5 procent att utveckla typ 2-diabetes.[30] Modellen inkluderar både direkta[31] och indirekta[32] kostnader kopplade till diabetes, samt de besparingar som kan uppnås genom att skjuta upp sjukdomsdebuten.

Nuvärdet av den totala kostnaden per person som insjuknar i typ 2-diabetes:

- Direkta kostnader för sjukvården: 375 000 SEK
- Indirekta kostnader (produktionsbortfall): 725 000 SEK
- Kostnader för socialförsäkringen: 400 000 SEK

Samhällskostnader för årligt insjuknande i typ 2-diabetes hos individer med prediabetes (nuvärden):

- Direkta vårdkostnader: 7,4 miljarder SEK
- Indirekta kostnader: 14,7 miljarder SEK
- Socialförsäkringen: 7,9 miljarder SEK

Att skjuta upp sjukdomsdebuten kan ge betydande besparingar. Behandling av diabetes är i sig inte så kostsamt, men genom att försena sjukdomsdebuten försenas eller förhindras

[28] Willis, M., et al., Validation of the Economic and Health Outcomes Model of Type 2 Diabetes Mellitus (ECHO-T2DM). Pharmacoeconomics, 2017. 35(3): p. 375-396.

[29] IDF Diabetes Atlas. diabetesatlas.org

[30] Nicolaisen S.K. et al, HbA1c-defined prediabetes and progression to type 2 diabetes in Denmark: A population-based study based on routine clinical care laboratory data. Diabetes Res Clin Pract. 2023 Sep;203:110829

[31] Med direkta kostnader avses kostnader i sjukvårdssystemet som uppstår som en konsekvens av diabetes och dess komplikationer.

[32] Indirekta kostnader är värdet av den produktion som förloras till följd av diabetes och dess komplikationer, här värderat med humankapitalmetoden utifrån medellön, sociala avgifter och avtalade pensionsavsättningar.

också uppkomst av komplikationer kopplade till sjukdomen såsom till exempel hjärtinfarkt och njursvikt vilka är förknippade med höga kostnader för behandling och sjukskrivning.

Om insjuknandet skjuts upp med 3 år:
- Direkta besparingar: 40 000 SEK per person
- Indirekta besparingar: 125 000 SEK per person
- Socialförsäkringen: 75 000 SEK per person

Om insjuknandet skjuts upp med 5 år:
- Direkta besparingar: 60 000 SEK per person
- Indirekta besparingar: 200 000 SEK per person
- Socialförsäkringen: 100 000 SEK per person

Beräkningsmodellen visar att de största kostnaderna uppstår utanför regionernas sjukvårdssystem, vilket understryker vikten av en samlad nationell strategi för prevention.

En preventionsmiljard kan därmed utgöra en lämplig utgångspunkt för att minska den ekonomiska och mänskliga bördan av typ 2-diabetes i Sverige.

Även om de totala samhällskostnaderna för diabetes vida överstiger en miljard kronor årligen, föreslås att den initiala nationella satsningen begränsas till en preventionsmiljard i det första bemyndigandet. Många ytterligare områden kräver sin egen preventionsmiljard, men det är viktigt för lärandet att börja bygga en infrastruktur med något som är väl beforskat och hyfsat avgränsat. Denna avgränsning motiveras ytterligare av att inte alla personer med prediabetes förväntas delta i programmet. IHE:s analys visar samtidigt att de största samhällsekonomiska vinsterna – trots att insatsen riktar sig mot en medicinsk riskgrupp – uppstår utanför hälso- och sjukvårdens system, genom minskade kostnader för sjukskrivningar, produktivitetsbortfall och nedsatt arbetsförmåga. Det motiverar behovet av en statligt finansierad preventionssatsning som inte är beroende av regionernas budgetförutsättningar.

Personer som bor i utanförskapsområden har ofta en högre risk[33] att utveckla prediabetes och typ 2-diabetes till följd av en kombination av socioekonomiska faktorer och livsstilsförhållanden. Ojämlikheter i utbildning, inkomst, boendemiljö och tillgång till vård bidrar till att dessa grupper både har sämre hälsa och svårare att ta del av hälsofrämjande insatser. Därför är det särskilt viktigt att riktade och tillgängliga preventiva åtgärder fokuserar på dessa områden[34].

Införandeprogrammets design

Programmet utgår från samma övergripande mål som i Region Stockholms projekt: att deltagarna ska nå normala nivåer av HbA1c (<42 mmol/mol). Utöver detta ges personer från socioekonomiskt utsatta områden förtur till programmet, vilket dock inte var något inklusionskriterium i Region Stockholm och Health Integrators projekt. Det finns ändå skäl att

[33] Maria Wemrell, Louise Bennet, Juan Merlo - Understanding the complexity of socioeconomic disparities in type 2 diabetes risk: a study of 4.3 million people in Sweden: BMJ Open Diabetes Research & Care 2019;7:e000749.
[34] Ett exempel på hur dataanalys och riktade insatser kan användas för att identifiera och förebygga typ 2-diabetes i särskilt utsatta områden finns till exempel beskrivet av Dagens Samhälle: Så kan big data förebygga diabetes. Tillgänglig: https://www.dagenssamhalle.se/samhalle-och-valfard/sjukvard/sa-kan-big-data-forebygga-diabetes/

fokusera på de mest utsatta, då vi inte har budget till en fullskalelösning. Inom dessa områden finns cirka 550 000 individer i åldern 20-80 år. Om man antar att 5 procent har prediabetes[35] – i linje med befolkningen i stort – motsvarar det omkring 30 000 personer.

Debutåldern för typ 2-diabetes ligger i genomsnitt runt 50 år. Under de senaste åren har det dock skett en förskjutning mot lägre debutålder, i takt med att andelen yngre personer med riskfaktorer såsom förhöjt BMI och stillasittande har ökat.

Antal individer (benämns som prepatienter i införandeprojektet): 30 000 som skall rekryteras totalt inom ett år

Inklusionskriterier:
- HbA1c mellan 42-47 mmol/mol
- Informerat samtycke till datadelning mellan lab, utvärderare och utförare

Förtur till programmet skall ges till:
- Personer som är skrivna på postnummer i utsatta områden
- FINDRISC score ≥ 13[36]
- BMI > 25
- Ålder: 20-60 år

Under införandeprogrammets första sex månader gäller samtliga inklusionskriterier (inklusive förturskriterierna). Om man efter sex månader inte lyckats rekrytera 30 000 prepatienter öppnas programmet upp för alla prepatienter som uppfyller HbA1c mellan 42-47 mmol/mol, samt lämnar samtycke för datadelning. Rekryteringsperioden stänger efter 12 månader, även om 30 000 prepatienter inte har rekryterats. Rekrytering ansvarar respektive utförare för men de registreras hos utvärderaren för att kunna stänga vid tröskelgränsen. Det går även att tänka sig att utvärderaren gör olika typer av annonsinsatser.

Utfallsmått:
- HbA1c > 42 mmol/mol efter 24 månader
- Andel prepatienter med uppfyllt utfallsmått, över 10 procent men under 80 procent är ersättningsgenererande

Utfallsmåttet är det enda måttet som ersättningen baseras på.

Löpande uppföljningsmått:
- HbA1c
- Blodfetter
- Kolesterol
- BMI
- FINDRISC score

[35] Det saknas dock uppgifter om prevalensen för prediabetes i utsatta områden i litteraturen.

[36] FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score) är ett validerat frågeformulär som används för att uppskatta risken att utveckla typ 2-diabetes inom de närmaste 10 åren. Det utvecklades i Finland och används idag brett i både kliniska sammanhang och i folkhälsoprojekt, inklusive screening för prediabetes.

Löpande uppföljningsmått tas minst var tredje månad[37] i programmet. Prepatienter som inte lämnar löpande uppföljningsdata exkluderas från programmet.

Uppföljningsmätandet skall i införandeprogrammet bekostas via utvärderarens budget efter beslut om inkludering. Data för utfallsmått och löpande uppföljningsmått delas till de auktoriserade utförare via samtycke. Prepatienter som drar tillbaka sitt samtycke för datadelning exkluderas från programmet.

Prepatienter som hoppar av programmet efter att de har fått sina grundvärden registrerade (utfallsmått för T=0) kommer att räknas som ej uppfyllt utfall. Det innebär att det kommer finnas ett incitament för utförare att stimulera prepatienter för fortsatt delaktighet i programmet. Prepatienter som avlider under programmets gång exkluderas däremot i utvärderingen.

Det är prepatienten som väljer utförare och utförare får inte neka en prepatient att anslutas till deras program. Detta är för att undvika cream skimming från utförarens sida där de enbart erbjuder insatser till “enkla” prepatienter i programmet. Prepatienter får själv välja att byta utförare under programmets period om man inte är nöjd med insatserna, dock får inget byte av utförare ske under programmets sista 6 månader, då ersättningen tillfaller den utförare som har prepatienten listad vid programslutet.

Modellen med 6 månaders bytesstopp för insatser bör utvärderas då införandeprojekten utvärderas. Det kan vara/är svårt/omöjligt att reda ut de kausala sambanden till vilken utförare som faktiskt gett vilket bidrag till resultatet, och därmed finns incitament för en rad olika ersättningsmodeller om man vill kunna erbjuda prepatienter valfrihet för byte. I den föreslagna modellen utdelas ersättningen enbart till den utförare som prepatienten slutligen är listad hos då programmet avslutas. Anledningen till det föreslagna modellen är att ge prepatienten fulla möjligheter att obehindrat byta utförare under programmets första 18 månader om prepatienten anser att den valda utföraren inte erbjuder insatser av god kvalitet. Om modellen istället hade varit baserad på en ersättning baserad på till exempel antalet aktiva månader för en utförare hade detta gynnat utförare med långa behandlingstider istället för individanpassade verkningsfulla insatser. Det blir därmed upp till utförarna att erbjuda insatser av hög kvalitet under hela programmets varaktighet för att behålla prepatienter, och upp till prepatienterna att välja den utförare som bäst motsvarar deras preferenser – och byta om de inte är nöjda. Om ingen bindningstid finns så hade det kunnat gynna oseriösa aktörer som hade låtit andra aktörer utföra insatserna, för att sedan på olika sätt locka över prepatienter i samband med att ersättning skall erhållas.

Programmet har ingen begränsning för antalet utförare, så länge de är auktoriserade. Dock måste en utförare ha minst 50 listade prepatienter vid 24 månader för att berättigas ersättning för utfall. Begränsningen i antal är för att begränsa programmets administration för ersättning.

[37] Vi föreslår att en uppföljningsfrekvens om tre månader standardiseras i denna typ av projekt initialt, på liknande sätt som kvartalsvisa rapporter används inom näringslivet. Som utförare kan man behöva data i realtid för att veta var man ska sätta in åtgärder. Syftet är att säkerställa kontinuerligt lärande, snabb återkoppling och full transparens gentemot eventuella externa investerare. I vissa projekt kan tätare uppföljningar vara motiverade, men längre intervaller bör inte tillåtas – även om det kan finnas argument som hänvisar till att vissa utfall kräver längre tid för till exempel klinisk relevans. Korta uppföljningsperioder kan dessutom ge nya insikter om individuella mönster och prediktiva parametrar, vilket är särskilt värdefullt i en utvecklingsfas där kunskapen fortfarande är begränsad.

Med en preventionsmiljard skulle omkring 30 000 personer kunna erbjudas plats i införandeprogrammet, baserat på kostnadsnivåerna i Region Stockholms pilotstudie. Genom att sätta ett tak vid 30 000 deltagare under det första året skapas förutsättningar för en kontrollerad uppskalning och en effektiv användning av resurser. Om färre personer än beräknat deltar, kommer de statliga utbetalningarna att justeras i proportion till det faktiska utfallet. Eftersom ersättning endast sker vid uppnådda resultat, innebär det att statens kostnader blir lägre än det maximalt avsatta beloppet vid lägre deltagande. Detta skapar en flexibel och resultatstyrd modell där finansieringen anpassas efter hur många som deltar och når de uppsatta målen. På så sätt minimeras risken för överfinansiering samtidigt som insatserna styrs mot största möjliga hälsoutfall per investerad krona.

De potentiella samhällsbesparingarna för preventionsprojektet är omfattande, även om bara en ganska liten andel av populationen uppfyller målkriteriet om HbA1c > 42 mmol/mol. Projektet följer därför en linjär ersättningsmodell, så att ersättningsnivån ökar med andelen prepatienter som uppfyller målet med en maximal måluppfyllelse på 80 procent. Programmet har ingen kontrollgrupp, i avseendet att andra prepatienter följs för HbA1c samt löpande utvärderingsmått, utan gränsdragningen för ersättningen dras istället vid glukonormativitet efter 2 år utifrån vetenskaplig evidens.

Ersättningsmodell

Införandeprojektet har, utöver datadelningssamtycke endast en målvariabel för lyckat utfall: HbA1c < 42 mmol/mol. Ersättningen kommer därför att utbetalas efter antalet prepatienter som uppfyller detta mål efter 24 månader. Dock ersätts inte de första 10 procenten av prepatienterna per utförare, eftersom de statistiskt sett ändå skulle bli glukonormativa, ej heller ersätts andelar över 80 procent, som vi satt till maximalt praktiskt utfall.

Potentiell besparing
De potentiella besparingarna för preventionsprojektet är betydande, även vid en måluppfyllelse på så lite som 30 procent. Den ekonomiska modellen är dock konstruerad för att premiera högre måluppfyllelse, vilket visas i tabellen nedan. Det är viktigt att komma ihåg att indirekta kostnader är en samhällsekonomisk kostnad, medan försäkringskassekostnader och direkta sjukvårdskostnader är utifrån ett betalarperspektiv, nuvärdesberäknade. Eftersom diabetes är en livslång sjukdom där merparten av kostnaderna uppstår till följd av komplikationer som ligger långt efter diagnos ligger huvuddelen av besparingen många år in i framtiden – ett tydligt exempel på varför investering i prevention är svårt om man tar ett kortsiktigt budgetperspektiv.

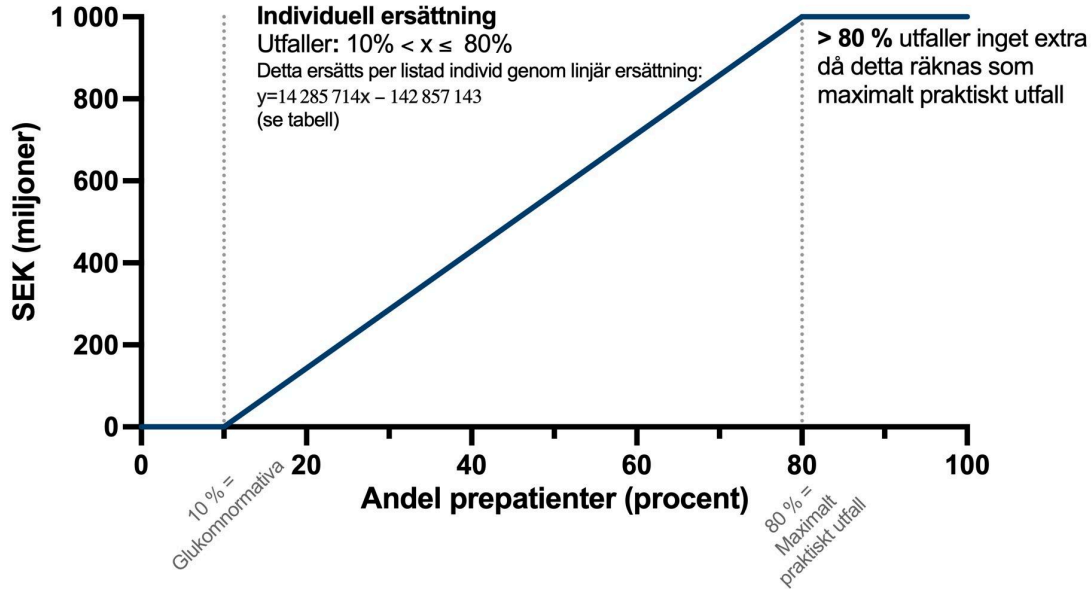
Tabell 1. Potentiella besparingarna för införandeprojektet om prediabetes..

Måluppfyllelse (%)	Direkta kostnader	Indirekta kostnader	Försäkringskassan
30	699 000 000 SEK	1 351 000 000 SEK	746 000 000 SEK
50	992 000 000 SEK	1 918 000 000 SEK	1 058 000 000 SEK
80	1 419 000 000 SEK	2 743 000 000 SEK	1 513 000 000 SEK
100	1 888 000 000 SEK	3 650 000 000 SEK	2 014 000 000 SEK

Maximal måluppfyllelse
Att nå 100 procent måluppfyllelse är osannolikt, dels eftersom individuella avhopp räknas som utebliven måluppfyllelse, dels för att det vore orealistiskt att samtliga prepatienter uppnår målet. Programmets totala budget måste kunna hantera extremfallet att alla utförare når detta mål, vilket skulle medge en total deltagande population på 30 000 prepatienter. Vi har därmed justerat maximal måluppfyllelsen för den statliga finansieringen i införandeprojektet till 80 procent, utöver det utgår ingen ytterligare ersättning.

Linjär ersättningsmodell
Vi har utgått från en grundersättning per framgångsrik deltagande prepatient på 47 000 kronor vid > 10 procents måluppfyllelse. Valet av 10 procent baseras på data från den amerikanska DPP-studien, där cirka 10 procent av deltagarna återgick till glukonormativa nivåer efter två år utan någon intervention.[38] Syftet är att undvika ersättning för utfall som sannolikt hade inträffat spontant[39], utan programmets insatser. Vidare finns det en poäng med en lägsta tröskel även för att försvåra för naiva eller oseriösa utförare.

Budgetberäkningar
47 000 kronor per lyckat utfall räknas fram genom att dividera 1 miljard SEK, med 21 000 individer. Det är lika med 47 619 SEK. 21 000 individer fås genom att från 30 000 individer totalt dra ifrån de första 10 procenten (3 000 individer) och de sista 20 procenten (ingen ersättning för andelar över 80 procent = 6 000 individer) 47 619 rundar vi av till 47 000 kr / glukonormativ prediabetes individ. 619 kr x 21 000 = 13 miljoner SEK, som blir ersättningen till utvärderaren för införandeprojektet. Det vill säga cirka 3,5 miljoner SEK per år i fyra år.



Figur 5. Föreslagen ekonomisk ersättningsmodell för införandeprojektet där 30 000 prepatienter erbjuds preventiva insatser vid prediabetes. Ingen ersättning erhålls ≤ 10 procent prepatienter som uppfyller målet. Om mer än 10 procent av prepatienterna uppfyller målet så utgår en

[38] Perreault L, Kahn SE, Christophi CA, Knowler WC, Hamman RF; Diabetes Prevention Program Research Group. Regression from pre-diabetes to normal glucose regulation in the diabetes prevention program. Diabetes Care. 2009 Sep;32(9):1583-8
[39] Så kallade dödviktsförluster

individuell ersättning per prepatient ovan 10 procent på 47 000 SEK. 80 procent räknas som maximalt praktiskt utfall.

Den linjära ersättningsmodellen över 10 procent gör att utförarens ersättning per prepatient ökar ju högre andel av deras population som når måluppfyllelsen. Denna ersättningsmodell är tänkt att stimulera utförare till att sträva efter att nå så hög andel som det bara är möjligt samt att minimera avhopp från deras program.

Tabell 2. Total ersättning samt ersättning per prepatient enligt den linjära ersättningsmodellen mellan 10 och 80 procent av prepatienterna som uppfyller målet.

Måluppfyllelse (%)	Total ersättning (SEK)	Antal som uppfyllt målet	Ersättning per listad individ N=30 000	Ersättning per uppfylld individ (SEK)
10	0	3 000	0	0
20	141 000 000	6 000	5 222	47 000
30	282 000 000	9 000	10 444	47 000
40	423 000 000	12 000	15 667	47 000
50	564 000 000	15 000	20 889	47 000
60	705 000 000	18 000	26 111	47 000
70	846 000 000	21 000	31 333	47 000
80	987 000 000	24 000	36 556	47 000
90	987 000 000	27 000	36 556	0
100	987 000 000	30 000	36 556	0

* N = 30 000

Satsningen förutsätter ett bemyndigande i 2025 års statsbudget för att kunna ingå åtaganden om framtida utbetalningar baserade på uppnådda utfall. Detta innebär att riksdagen behöver godkänna en ekonomisk ram 2025, utbetalningarna sker 2028/29 – i takt med att definierade resultat inom preventionsarbetet uppnås och verifieras. Finansiering av utvärderaren för införandeprojektet beräknas behövas under HT 25 - VT 29, eftersom den sista rapporteringen sker den sista december 2028, behövs tid för att verifiera resultaten och beräkna utbetalning till respektive utförare. Denna ersättning tas från preventionsmiljarden. Vissa utförare kan ha rekryterat sina prepatienter innan sista december 2026 och kan därför komma att få sin ersättning under 2028.

Utkast text till BP 2026

Regeringen föreslår att riksdagen bemyndigar regeringen att fram till 2029 ingå ekonomiska åtaganden om högst 1 000 000 000 kronor. Bemyndigandet syftar till att möjliggöra långsiktiga investeringar och åtgärder som stärker folkhälsan, särskilt inom området förebyggande insatser mot typ 2-diabetes. Medlen avses användas inom ramen för en nationell pilotverksamhet baserad på utfallskontrakt, där ersättning till kontrakterade aktörer utgår baserat på uppnådda hälsoresultat. Utbetalningar sker under 2028-2029. Regeringen avser att återkomma med närmare detaljer i kommande beslut och redovisningar.

Statsbidrag till kommuner och regioner

I följande kalkyler tas även kommande minskad efterfråga på direkta sjukvårdsinsatser som resultat av primärprevention. Ett problem är dock att det visat sig vara ytterst svårt att "hämta hem" besparingar i sjukvården. Ett viktigt skäl är att olika delar av sjukvårdssystemet egentligen inte dimensioneras utifrån behov utan från vana – det vill säga vad som var budgeten förra året. Ett tungt skäl till det är att det är svårt på riktigt att byta verksamhetsinriktning. Man kan inte raskt byta inriktning på personalens specialisering eller lokalernas och maskinparkens funktion. Teknologiska framsteg som minskar kostnaderna per ingrepp kan leda till sänkta behandlingströsklar och ökade volymer, vilket påverkar både kostnader och resursfördelning inom sjukvården. Det kan leda till ökad kvalitet för patienterna, men budgetbesparingarna kan utebli.

Det finns skäl att tro att detsamma gäller för bättre preventiva insatser, men den stora skillnaden är att vi förväntar oss – av demografiska skäl – en stor efterfrågeexpansion. Vad vi således kan förvänta oss med framgångsrika interventioner är att minska det framtida ökade behovet av sjukvård, snarare än minskade kostnader på kort sikt. Av det skälet borde de statliga preventionsinsatserna jämföras mot framtida statsbidrag till regionerna. Vill regeringen, kan den minska framtida statsbidrag med dessa summor, men som vi har sett är det den statliga budgeten som vinner mest.

Bokstavsutredning

För att möjliggöra en tydlig och effektiv styrning, finansiering och uppföljning av sociala utfallskontrakt i Sverige långsiktigt bör en bokstavsutredning tillsättas för att ge förslag på hur den långsiktiga modellen bör utformas. Införandeprojektet har såsom det är designat löst dessa olika problem för prediabetes, men en mer generell modell behöver mer generella lösningar. Utredningen ska särskilt analysera behovet av lagändringar, inklusive en översyn av lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV), för att bedöma hur utfallskontrakt kan integreras i befintliga strukturer för valfrihet och ersättningssystem. Här kan inspiration fås av arbetsförmedlingen[40], som egentligen redan är riggad för att kunna använda utfallskontrakt. De får använda lagen om valfrihetssystem och har nödvändiga data för att följa upp och etablera inklusionskriterier och för utfallsersättningar. Alternativt kan en utredare konstatera att auktorisationssystem enligt EU-upphandlingsdirektiv är fortsatt tillfyllest. En central del av utredningen är att identifiera eventuella juridiska hinder samt föreslå förändringar som kan skapa en mer stabil och förutsägbar modell för implementering av utfallskontrakt inom offentlig verksamhet.

Vad är en bokstavsutredning?

En bokstavsutredning är en departementsintern utredning till skillnad från en SoU. En bokstavsutredning är inte en egen myndighet. En bokstavsutredning genomförs av en särskil utsedd utredare, ofta utan en tillhörande kommitté. Den kännetecknas av en kortare tidsram och ett mer avgränsat uppdrag jämfört med en traditionell statlig utredning.

[40] "Valfrihetssystem hos Arbetsförmedlingen" (Ds 2010:1)

Bokstavsutredningar används vanligtvis för att snabbt analysera och ge förslag inom specifika områden, särskilt när det gäller lagändringar eller effektivisering av befintliga regelverk.

Bokstavsutredningar regleras genom kommittéförordningen (1998:1474) och genomförs på uppdrag av regeringen. De benämns ofta efter utredarens initialer, vilket har gett upphov till namnet ”bokstavsutredning”. Utredaren tar fram en departementspromemoria (Ds) som sammanfattar utredningens resultat och förslag. Dessa kan sedan ligga till grund för vidare beredning inom Regeringskansliet eller en mer omfattande offentlig utredning (SOU).

Eftersom bokstavsutredningar syftar till snabb och fokuserad analys används de ofta när ett behov av lagändring har identifierats men där omfattande utredningsresurser inte anses nödvändiga. Exempel på områden där de förekommer är socialpolitik, näringslivsreglering och arbetsmarknadsfrågor.

Utredningen bör även kartlägga och analysera olika möjliga organisationsformer och bedöma deras för- och nackdelar i relation till en bredare nationell preventionsinfrastruktur. En tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan staten, regionerna och privata aktörer måste definieras för att säkerställa en samordnad och effektiv implementering. En annan viktig aspekt är att föreslå en hållbar modell för administration och utbetalning av ersättningar baserat på uppnådda resultat, vilket kräver en noggrann genomgång av befintliga ekonomiska och juridiska ramar.

För att säkerställa en långsiktig och datadriven uppföljning bör utredningen även föreslå ett system för uppföljning och utvärdering av verksamhet som bedrivs inom ramen för utfallskontrakt. En särskilt viktig fråga som behöver belysas är behovet av en gemensam datainfrastruktur, som möjliggör enhetlig och evidensbaserad uppföljning av preventionsinsatsers effekter. En generisk infrastruktur ska kunna omfatta många olika statliga verksamheter – även de som inte direkt hanterar hälsoaspekter men som påverkar framtida hälsa, såsom insatser mot ensamhet, skolmisslyckanden eller kriminalitet. Ur det perspektivet har Folkhälsomyndigheten det bredaste mandatet. Datadelningsmässigt är dock alla myndigheter beskurna av rigorösa regler.

Sammantaget ska utredningen lägga fram en konkret plan för hur Sverige kan etablera en välfungerande infrastruktur för datadelning mellan olika huvudmän och privata organisationer för prevention på nationell nivå. Inte minst datadelningen, som är noggrant begränsad mellan myndigheter och mellan myndigheter och andra organisationer talar för att stiftelseformen kan vara ett bra alternativ. Ett möjligt alternativ är att ändra i regelverken[41] för kvalitetsregister, så att det går att dela kvalitetsregisterdata mellan olika aktörer. Men sannolikt är det en större insats än att helt enkelt instifta en icke myndighet och använda sig av informerat samtycke. Bokstavsutredningen föreslås lämna sitt resultat i mitten av 2027, så att tid för uppbyggnad av den slutgiltiga generella infrastrukturen kan påbörjas.

[41] Lag (2019:629) om behandling av personuppgifter i socialtjänsten och hälso- och sjukvården, Patientdatalagen (2008:355), GDPR (EU:s dataskyddsförordning), Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), Nationella riktlinjer och föreskrifter från Socialstyrelsen och IVO

Utkast direktiv till Boktavsutredare

Direktiv till utredare om organisationsform för permanent verksamhet med utfallskontrakt

Regeringen tillsätter en särskild utredare med uppdrag att analysera och föreslå en lämplig organisationsform för en permanent verksamhet med utfallskontrakt inom hälso- och sjukvårdsområdet. Syftet med verksamheten är att skapa ekonomiska incitament för förebyggande åtgärder som motverkar kroniska sjukdomar, såsom typ 2-diabetes eller tillstånd som låg läskunnighet, ensamhet, psykisk ohälsa osv.
Utredaren ska särskilt överväga behovet av eventuella ändringar i lagstiftningen, inklusive lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Analysen ska innefatta en bedömning av hur utfallskontrakt kan integreras i befintliga strukturer för valfrihet och ersättningssystem, samt föreslå eventuella lagändringar som krävs för att möjliggöra en tydlig och effektiv styrning, finansiering och uppföljning av verksamheten. Se nästa avsnitt för en skiss på möjligt upplägg.

Utredaren ska dessutom:

- Identifiera och bedöma för- och nackdelar med olika möjliga organisationsformer.
- Föreslå hur ansvars- och rollfördelning mellan staten, regionerna och privata aktörer bör se ut.
- Föreslå en effektiv modell för administration och utbetalning av ersättningar kopplade till uppnådda resultat.
- Föreslå ett datadelningssystem med personuppgifter för styrning, uppföljning och utvärdering av utfallskontrakt.

Utredaren ska redovisa sitt uppdrag senast den 31 mars 2027.

Eventuella uppdrag till myndigheter

För att etablera en nationell preventionsinfrastruktur baserad på utfallskontrakt krävs inte nödvändigtvis nya, särskilda regeringsuppdrag till berörda myndigheter. Flera av de uppgifter som behöver utföras ryms redan inom befintliga mandat och pågående insatser. Exempelvis har Folkhälsomyndigheten och Vinnova tilldelats ett gemensamt uppdrag (S2024/01659) med syftet att främja användningen av innovativa, utfallsfokuserade arbetssätt och investeringsmodeller inom folkhälsoområdet. Med tydlig styrning och samordning från regeringen skulle detta uppdrag kunna utgöra en solid grund för den praktiska etableringen av en nationell preventionsinfrastruktur.

Det bör dock noteras att RISE Social & Health Impact Center (SHIC) i nuläget inte ingår formellt i uppdraget, trots att offentlig sektor redan har investerat betydande resurser i att bygga upp deras kompetens inom utfallskontrakt. För att säkerställa att denna expertis tas tillvara – särskilt som ett stöd för kommuner och regioner – bör regeringen överväga att formellt inkludera RISE SHIC i det pågående uppdraget. Att annars bygga upp en parallell stödfunktion inom Folkhälsomyndigheten riskerar att skapa dubbelarbete och försena implementeringen.

Genom att koppla samman redan existerande initiativ med regeringens prioriteringar och budgeterade satsningar skapas bättre förutsättningar för ett effektivt resursutnyttjande, samtidigt som onödiga parallella processer kan undvikas. Det avgörande är att samordningen sker med

tydlig riktning och att myndigheterna får mandat att samarbeta kring gemensamma mål, tekniska lösningar för datadelning och praktiska stödstrukturer. På så sätt kan verksamheten starta snabbt och med stark förankring i befintliga strukturer och kompetenser. Det är givetvis upp till regeringen att avgöra huruvida det behövs ett regeringsuppdrag eller om det kan hanteras inom ramen för den normala myndighetsdialogen.

Utkast Regeringsuppdrag till Folkhälsomyndigheten

Regeringen ger Folkhälsomyndigheten i uppdrag att från och med den 1 januari 2026 genomföra en pilotverksamhet baserad på utfallskontrakt i syfte att motverka utvecklingen av typ 2-diabetes genom tidig identifiering av personer med prediabetes och genomförande av effektiva preventiva åtgärder.

Folkhälsomyndigheten ska under hösten 2025 införa ett auktorisationssystem enligt EUs upphandlingsdirektiv för att identifiera och kontraktera aktörer (utförare) som själva ansvarar för finansieringen av verksamheten, antingen med eget kapital eller extern finansiering fram tills dess utfall kan uppvisas. Den ekonomiska ersättningen utgår med 47 000 kronor per deltagare som vid utvärderingen under 2028 uppfyller fastställda målkriterier, det vill säga inte längre befinner sig i riskzonen för typ 2-diabetes och inte heller har utvecklat sjukdomen, samt har ett gällande samtycke för datadelning. För de första 10 procenten utfaller ingen ersättning trots uppnådda målkriterier.

Vidare skall Folkhälsomyndigheten LoU upphandla en utvärderare som är ansvarig för införandeprojektet, och som ska bistå med:

En digital funktion där prepatienter kan:

- Lämna informerat samtycke för datadelning mellan lab, utförare och utvärderare
- Personnummer, för samkörning mot adressregister och verifiering av mantalsskrivning på postnummer i utsatt område
- Fylla i enkäten FINDRISC
- Fylla i andra uppgifter, t ex längd, vikt mm
- Ange hos vilken utförare Prepatienten önskar lista sig
- Funktion för att kunna lista om sig, dock senast 6 månader innan individuellt avslut

utvärderaren ska vidare:

- Annonsera efter prepatienter som därefter deltar i ett screeningprogram. Utförare antas ta aktiv del i rekrytering av patienter. Screening genomförs utanför primärvården eftersom prediabetiker i det flesta fall inte har någon diabetesrelaterad kontakt med sjukvården i och med att dessa individer är odiagnostiserade. Att genomföra screening utanför primärvården avlastar även befintligt sjukvårdssystem. De individer som visar intresse kommer att få fylla i ett webbaserat frågeformulär enligt FINDRISC (vedertagen diabetesscreeningmetod från Finland). De individer som enligt FINDRISC score bedöms som riskpatienter kommer att ombedjas att ta ett blodprov. Blodproverna kommer analyseras för långtidsblodsocker (HBA1c).
- Avtala med 1177 att via en speciell kod som erhålles av utvärderaren kunna göra en egenremiss till blodprovstagning hos auktoriserat lab. Är det praktiskt möjligt även att via 1177 tjänsteplattform direkt koppla system för labvärdesöverföring. i annat fall får prepatienten manuellt skriva in sina blodsockervärden mm i utvärderarens digitala system.

- Löpande från 1/1 2028 men senast 31/03 2029 meddela Folkhälsomyndigheten hur stor ersättning som ska utbetalas till respektive utförare baserat på kriterierna i denna rapport.
- Bistå Folkhälsomyndigheten med löpande erfarenheter, kostnader och data för att dra slutsatser kring hur den slutgiltiga modellen ska utformas. (utvärderaren är ett embryo till den kommande generella Preventionsplattformen)

Pilotverksamheten ska omfatta maximalt 30 000 deltagare med en total ekonomisk ram om högst 1 miljard kronor. Inkludering av deltagare sker via ett system som utvärderaren tillhandahåller med start den 1 januari 2026 och pågår tills maximalt deltagarantal uppnåtts. Inklusionskriterier är ett långtidsblodsockervärde (HbA1c) som överskrider 42 mmol/mol.

Utförare ansvarar för att listade patienter kontinuerligt mäter sina blodsockervärden var tredje månad och rapporterar dessa till utvärderaren, efter upprättande av samtycke. Endast personer som samtyckt till datadelning kan inkluderas.

utvärderaren ansvarar för att föra en aktuell lista över dessa mätningar, vilket utgör grund för utvärderingen av varje deltagares resultat. Enbart deltagare som fullföljt dessa kontinuerliga mätningar och uppnått målnivån är kvalificerande för ersättning.

Utvärderingen av varje deltagare ska ske två år efter prepatientens inkluderingstillfälle under 2028. Utbetalning till kontrakterade aktörer sker efter genomförd utvärdering baserat på resultatet per enskild deltagare, under förutsättning att minst 10 procent av deltagarna hos respektive aktör uppfyller målkriterierna.

Folkhälsomyndigheten ska senast den 30 september 2025 inkomma med en plan för genomförandet av uppdraget samt senast den 31 mars 2029 redovisa en slutrapport med en analys av resultat, erfarenheter samt rekommendationer inför framtida implementering av utfallskontrakt i större skala.

Uppdraget finansieras inom ramen för regeringsuppdrag (S2024/01659) samt del av Preventionsmiljarden för att finansiera prediabetesutvärderaren.

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten kommer att ha en central roll i etableringen av en ny nationell preventionsinfrastruktur. Myndigheten har redan tilldelats ett regeringsuppdrag (S2024/01659) som rör utvecklingen av innovativa och utfallsfokuserade arbetssätt inom folkhälsan, vilket utgör en naturlig utgångspunkt för detta arbete. Det är viktigt att Folkhälsomyndigheten konkretiserar sitt uppdrag och påbörjar en intern förberedelse för att kunna stödja framtida satsningar baserade på nationella utfallskontrakt.

Ett första steg är att utveckla samverkan med RISE Social & Health Impact Center (SHIC), för att säkerställa att kommuner och regioner får det stöd de behöver i genomförandet av enskilda preventionssatsningar. Parallellt bör Folkhälsomyndigheten under höstterminen 2025 genomföra en upphandling av den utvärderare för införandeprojektet som ska medverka i det nationella införandeprogrammet med start i januari 2026. Detta skapar förutsättningar för ett samordnat, praktiskt och tidsmässigt realistiskt införande.

utvärderaren har i uppdrag att via Folkhälsomyndighetens auktorisationssystems utlysning sammanställa den lista av uförare som prepatienterna får välja mellan. Det är utvärderaren som håller i funktionalitet för prepatienterna att lista sig hos utförare. Prepatienterna kan byta mellan utförare under projektets gång. Det är även utvärderaren som är den aktör som efter inlämnat informerat samtycke håller i datainsamlingen och delar data med utvärderarna. Det är utvärderaren som räknar ut vilka ersättningar som ska utbetalas av Folkhälsomyndigheten till utförarna efter den sista analysen av inlämnade prover.

Rekryteringsprocessen

Utvärderaren är den som annonserar för att rekrytera prepatienter enligt kriterier, även om utförarna kan och kanske måste vara aktiva i rekryteringen av prepatienter.

Prepatienterna går in på utvärderarens Websida och fyller i FINDRISC enkäten. Vid Score ≥ 13, erhålls en kod för 1177, där görs en egenremiss till blodprovstagning. Vid ett hBa1c > 42 men under 47 (diabetesdiagnos), får prepatienten välja utförare på sagda websida. Sedan tar utföraren över processen, beroende på hur tekniskt sammanflätade utvärderarens och utförarens websidor är kan prepatienten komma att behöva logga in i utvärderarens websida för att rapportera värden under projektets gång.

Utvärderaren är ett embryo till preventionsplattformen, som under tiden utformas med erfarenheterna från detta införandeprojekt.

Auktorisations-system till införandeprojektet

För att påbörja den praktiska implementeringen av en nationell preventionsinfrastruktur inom ramen för det pågående uppdraget (S2024/01659) behöver Folkhälsomyndigheten införa ett auktorisationssystem för utförare av insatser mot prediabetes. Förberedelser bör inledas under 2025 för att möjliggöra en utlysning sommaren samma år och beslut under hösten 2025, när höstbudgeten är fastställd.

Auktorisationssystem enligt EU:s upphandlingsdirektiv innebär ett arrangemang där upphandlande myndigheter kan ingå avtal med samtliga leverantörer som uppfyller på förhand bestämda kriterier, utan att genomföra en traditionell konkurrensutsatt upphandling varje gång ett avtal ska slutas. Detta system skiljer sig från klassisk offentlig upphandling eftersom den administrativa processen för konkurrensutsättning minskas avsevärt efter att auktorisationssystemet väl är etablerat.

Förutsättningarna för auktorisationssystem enligt EU-direktivet är följande:

- Öppenhet och kontinuerligt tillträde: Systemet måste vara öppet kontinuerligt eller regelbundet. Leverantörer kan därmed ansöka om auktorisation när som helst under systemets giltighetstid.
- Objektiva kriterier: Kraven för auktorisation måste vara transparenta, proportionerliga, objektiva och icke-diskriminerande. Varje leverantör som uppfyller kraven ska ha rätt att delta.

- Ingen traditionell konkurrensutsättning: Eftersom samtliga leverantörer som uppfyller kraven får delta krävs ingen sedvanlig konkurrensutsatt upphandling vid varje avtalstecknande.
- Flexibilitet vid val av leverantör (utförare): När auktorisationssystemet väl är på plats kan valet av utförare överlåtas direkt till prepatienterna att lista sig.
- Ingen förhandsbestämd inköpsvolym**:** En ytterligare fördel med auktorisationssystem är att myndigheten inte behöver specificera en viss inköpsvolym i förväg, vilket ger ökad flexibilitet och bättre möjlighet att anpassa sig till verksamhetens föränderliga behov.

En vanlig missuppfattning är att lagen om valfrihetssystem (LOV) är ett obligatoriskt krav för att kunna inrätta auktorisationssystem i Sverige. Så är dock inte fallet[42]. EU:s upphandlingsdirektiv (2014/24/EU), särskilt artiklarna 74-77 och bilaga XIV, medger uttryckligen att medlemsstater kan etablera auktorisationssystem även utanför den specifika LOV-regleringen.

Skillnader mellan LOV och auktorisationssystem enligt EU-direktivet är framförallt följande:

LOV är en specifikt svensk reglering som är utformad särskilt för brukarval inom välfärdstjänster (till exempel vård och omsorg). LOV tillkom framförallt för att göra valfrihetssystem obligatoriska för vårdcentraler. LOV innebär alltid en direkt valmöjlighet för brukaren.

Auktorisationssystem enligt EU-direktivet kan inrättas direkt med stöd av upphandlingsdirektivet utan att tillämpa LOV. Dessa auktorisationssystem kan, men behöver inte, erbjuda direkt brukarval. Myndigheten har möjlighet att själv välja bland de auktoriserade leverantörerna, beroende på kvalitet, kapacitet eller andra relevanta faktorer.

Sammanfattningsvis är auktorisationssystem enligt EU-direktivet ett kraftfullt verktyg för att minska administrativ börda och säkerställa kvalitet och flexibilitet i leverantörsrelationer. Systemen kan med fördel användas inom områden där direktivet medger särskild flexibilitet, framför allt sociala tjänster, hälso- och sjukvård samt andra välfärds- och samhällstjänster.

Vad är ett auktorisationssystem?

Ett auktorisationssystem är en form av kvalitetsbaserad upphandling där leverantörer godkänns i förväg utifrån fastställda krav. När en aktör uppfyller kriterierna blir den "auktoriserad" och får därmed rätt att erbjuda sina tjänster inom ett visst område. Systemet möjliggör valfrihet för individen, samtidigt som kommunen eller regionen behåller kontroll över kvalitet, uppföljning och ersättningsnivåer. Till skillnad från traditionell upphandling finns ingen begränsning i antalet godkända leverantörer – alla som uppfyller kraven kan delta.

Det är avgörande att upphandlingen utformas så att den tydligt speglar önskade hälsoeffekter. Syftet är att skapa ett system där prepatienten kan välja mellan olika leverantörer av preventiva insatser för att minska risken att utveckla typ 2-diabetes. Ersättningen ska baseras på uppnådda resultat, inte på specifika åtgärder, vilket förutsätter att upphandlingen fokuserar på de effekter som ska uppnås snarare än metoderna som används.

[42] Avstämt med upphandlingsmyndigheten

En viktig förutsättning är att Region Stockholm redan genomfört en pilotstudie med utförare inom prediabetes. Den har visat att det finns kvalificerade leverantörer och fungerande metoder för uppföljning och resultatmätning. För att snabbt komma igång och arbeta praktiskt kring införandeprojektet på nationell nivå bygger införandeprojektet på lärdomar från detta projekt.

En viktig aspekt att ta hänsyn till i detta skede är att infrastrukturen för nationella utfallskontrakt ännu inte är fullt utvecklad. Det innebär att upphandlingen initialt bör begränsas till aktörer som själva kan stå för sin egen riskkapitalfinansiering. Anledningen är att det i uppstartsfasen inte finns en färdig struktur för att hantera och samordna externt kapital på nationell nivå. Om sådana komponenter inkluderas innan infrastrukturen är på plats riskerar hela införandet att försenas med flera år. Leverantörer som väljer att delta i auktorisationssystemet måste därför ha möjlighet att hantera eventuell extern finansiering genom egna avtal, oberoende av den nationella infrastrukturen i införandeprojektet.

Auktorisationsspecifikationer

I specifikationerna för auktorisering ingår krav på insatser, krav på antal prepatienter som man erbjuder insatser till, krav om kostnadstäckning för drift och specifika uteslutningsgrunder.

Insatskrav:

- Insatser riktade till individer med prediabetes (HbA1c mellan 42-47 mmol/mol) med målsättningen om att nå HbA1c < 42 mmol/mol efter 24 månader
- Möjlighet till individanpassning av insatser
- bygga på frivilligt deltagande med möjlighet till val mellan olika stödformer
- Leverantören ansvarar själv för vilka metoder som används för att nå målet

Åtagande mot prepatienter:

- Minst 50 prepatienter skall kunna erbjudas insatser (för att erhålla ersättning efter 24 månader)
- Det finns ingen övre gräns för antalet prepatienter per utförare, förutom totalt maximalt 30 000 prepatienter som övre gräns
- Det är inte tillåtet att tacka nej till att listal en prepatient som valt utföraren
- Prepatienten har när som helst valet att byta utförare (dock inte under de sista 6 månaderna av 24-månaders programmet)

Kostnadstäckning:

- Kostnadstäckning för drift under 24 månader
- Utförare som inte har egen kostnadstäckning får styra detta via eget avtal med egen finansiär. Avtalet behöver inte uppvisas, däremot fungerar finansiären som en juridisk borgenär för att utföraren har kostnadstäckning under projektets gång.

Specifika uteslutningsgrunder:

- Ej godkänd årsredovisning
- Skatteskulder
- Ej registrerad f-skatt
- Tidigare domar mot utförare, underleverantörer, ägare eller verkliga huvudmän som avser brott relaterade till välfärdsverksamhet – till exempel bidragsbrott, skattefusk eller oegentligheter i offentligt finansierade tjänster.

- Alla utförare kontrolleras mot Jens Nylanders öppna databas.[43] Flaggningar i denna databas ger skäl för uteslutning. Utförare som inte finns med i denna databas (då de inte tidigare har haft kontrakt mot offentlig sektor i Sverige) skall granskas genom slagning i myndighetsregister.

Ersättningsnivå:

- Utföraren skall godkänna ersättningsnivån kopplat till projektet (se Ersättningsmodell)
- Ersättningen sker genom andel (>10%) listade prepatienter som har uppfyllt målet per utförare
- Ersättningsnivå baseras på minst 50 listade prepatienter efter 24 månader

Exempel på utförare

Införandeprojektet bygger på ett öppet auktorisationssystem där alla aktörer som uppfyller fastställda kvalitetskrav och accepterar ersättningsmodellen kan godkännas som utförare. Det finns varken begränsningar i antalet auktoriserade utförare eller i vilka typer av insatser som får erbjudas, så länge de syftar till att uppnå projektets mål – att stödja prediabetiker för att uppnå glukonormativa värden.

Detta skapar både utrymme för innovation och möjliggör ett mer individanpassat stöd, där olika professioner och verksamhetsformer kan bidra. Prepatienter får också större frihet att välja den utförare och det upplägg som bäst passar deras behov och livssituation. Modellen avviker från traditionella arbetssätt inom hälsofrämjande insatser, där utbudet ofta är begränsat till vissa professioner eller aktörer inom exempelvis primärvården.

Exempel på möjliga typer av utförare:

- **Integratorer:** I Region Stockholms pilotprojekt har Health Integrator utvecklat plattformen som samordnade ett nätverk av underleverantörer för att genomföra de faktiska insatserna. Denna modell möjliggjorde både bred kompetens, individanpassning och en flexibel insatsstruktur inom ramen för en och samma utförare. Genom att knyta till sig flera underleverantörer kan utföraren erbjuda prepatienterna ett brett utbud av insatser – något som är särskilt fördelaktigt i en modell där prepatienter har möjlighet att byta insats eller utförare under programmets gång (med undantag för de sista sex månaderna). Eftersom ersättning i den föreslagna modellen enbart utgår till den utförare som har prepatienten listad efter 24 månader, minskar risken för bortfall om prepatienten väljer en ny insats – så länge bytet sker mellan utförarens egna underleverantörer. Utförare som endast erbjuder en enskild metod blir därmed mer sårbara i ersättningsmodellen, eftersom byte av insats därmed innebär att prepatienten samtidigt byter utförare. En integrator kan samla ett brett utbud av olika verktyg, tjänster/produkter/aktörer (exempelvis alla nedanstående aktörer), under samma struktur för att individanpassa och optimera sammansättningen av “verktygslådan” beroende på deltagarens individuella behov och preferenser.
- **Träningsaktörer:** Friskis & Svettis, Feelgood och liknande organisationer är ett exempel på aktörer som redan inom sin ordinarie verksamhet redan erbjuder flera relevanta

[43] https://www.jensnylander.com/

insatstyper – såsom träning, kostrådgivning, coach och hälsosamtal. Genom denna bredd kan aktören erbjuda variation och flexibilitet inom ramen för ett och samma utförarskap utan behov av underleverantörer.

- **Idrottsföreningar:** Idrottsklubbar med både breddverksamhet och elitsatsning har ofta egna utförare inom träning, kostrådgivning, mental coach och strukturer som skulle lämpa sig väl vilket gör dem till potentiella utförare av hälsobefrämjande insatser vid prediabetes – särskilt för prepatienter som redan har en koppling eller engagemang till aktören och därmed kan se det som extra motiverande att välja en sådan utförare.
- **Aktörer med närliggande kompetensområden:** Blodtrycksdoktorn är ett exempel på en digital vårdgivare som redan erbjuder strukturerat stöd för livsstilsförändringar med fokus på högt blodtryck och övervikt. Eftersom dessa tillstånd delar många riskfaktorer och behandlingsprinciper med prediabetes – såsom fysisk inaktivitet, ohälsosamma kostvanor och metabol obalans – finns en naturlig överlappning i målgrupp och insatstyp. Genom att bredda sitt erbjudande eller anpassa vissa funktioner skulle aktörer som dessa även kunna leverera insatser riktade till personer med prediabetes inom ramen för införandeprogrammet.
- **Utförare som inkluderar läkemedel i sina insatser:** Det pågår för närvarande en snabb utveckling av läkemedel med dokumenterad effekt vid prediabetes. Det är därför inte osannolikt att vissa utförare framöver kommer att inkludera godkända läkemedel som en del av sina insatser – antingen som fristående behandling eller i kombination med livsstilsinriktade åtgärder. Detta förutsätter givetvis att läkemedelskostnaden kan ryms inom ramen för ersättningen.
- **Civilsamhällesorganisationer:** Lokala föreningar med socialt eller hälsorelaterat fokus kan, genom samarbete med hälsoinriktade professioner, bli relevanta utförare – särskilt i områden där tilliten till vårdsystemet är låg eller där språk- och kulturförståelse är avgörande.
- **Privata hälsokonsulter:** Mindre företag inom hälsa och välmående, som erbjuder personlig träning, kostrådgivning eller beteendestöd, kan också godkännas som utförare under förutsättning att de uppfyller kraven och kan leverera enligt definierade utfallsmått.

Det gemensamma för alla auktoriserade aktörer är att de bedöms på sin förmåga att bidra till de uppställda målen – inte på sin organisatoriska form. Det möjliggör ett öppet och dynamiskt system där innovation, individanpassning och måluppfyllelse står i centrum.

Stöd till kommuner och regioner

Inom ramen för den nationella preventionsinfrastrukturen förväntas Folkhälsomyndigheten ha en samordnande roll för flera centrala stödfunktioner, både under införandefasen och i den långsiktiga strukturen. En viktig funktion är att erbjuda operativt stöd till kommuner och regioner som vill genomföra egna satsningar baserade på utfallskontrakt även i fas 1. Detta innefattar bland annat att samarbeta med och medfinansiera RISE Social & Health Impact Center (SHIC), som redan idag utgör den mest erfarna stödfunktionen inom området.

En annan bärande del av myndighetens ansvar är att bistå kommuner och regioner med expertstöd i framtagandet av relevanta och mätbara effektmått som kan användas för

uppföljning och utvärdering. Detta ligger väl i linje med myndighetens kärnuppdrag och bör utformas i enlighet med etablerade processer, såsom de som beskrivs i Utfallsfondens handbok för utfallskontrakt i Sverige[44].

Vid egeninitierade utfallskontrakt bör staten även stödja överenskommelser mellan kommuner, regioner och utförare genom att erbjuda ett val från poolen av oberoende generiska subventionerad utvärderare via Vinnova.

Kontraktsstöd

Som en del av sitt uppdrag inom den nationella preventionsinfrastrukturen bör Folkhälsomyndigheten, tillsammans med RISE, erbjuda riktat kontraktsstöd till kommuner och regioner som vill genomföra utfallskontrakt i samverkan med externa finansiärer. Utfallskontrakt bygger på komplexa avtal mellan flera parter, ofta med resultatbaserad ersättning och delad risk, vilket ställer höga krav på juridisk och finansiell kompetens. Många kommuner och regioner saknar egen kapacitet att hantera dessa frågor, särskilt vid ett första försök att använda modellen.

Stödet bör därför inkludera rådgivning vid kontraktsutformning, mallar för avtal, samt vägledning kring juridiska och redovisningstekniska frågor. Det är särskilt viktigt att stöd ges tidigt i processen, när förutsättningar för mätning, datadelning och utfallsbaserad ersättning ska definieras. Genom att erbjuda kvalificerat kontraktsstöd kan myndigheten bidra till att fler kommuner och regioner tryggt kan pröva modellen, samtidigt som rättssäkerhet, transparens och kvalitet i utfallskontraktens genomförande säkerställs.

Vinnova

Även Vinnova har en viktig roll i införandet av en nationell preventionsinfrastruktur. Myndigheten har redan erfarenhet av att främja innovativa samverkansmodeller inom offentlig sektor och är en central aktör i det gemensamma uppdraget med Folkhälsomyndigheten (S2024/01659). Det är dock viktigt att Vinnovas roll inte inriktas på att utlysa riktat ekonomiskt stöd till kommuner och regioner för nya utfallskontrakt. En sådan inriktning riskerar att leda till ytterligare pilotprojekt utan långsiktig bäring – och därmed bidra till det som ofta benämns som “pilotkyrkogården”.

I stället bör Vinnovas insatser fokusera på det stöd som verkligen stärker och möjliggör en fungerande infrastruktur över tid. Det innefattar framför allt att tillhandahålla strukturer för oberoende utvärdering, exempelvis genom utlysningar för att bygga upp och finansiera ett kvalificerat nätverk av utvärderare som kommuner och regioner kan använda inom ramen för sina utfallskontrakt.

[44] Utfallsfonden (2025). Handboken för utfallskontrakt i Sverige

Utlysning och registrering av pool av oberoende utvärderare

Vinnova bör under höstterminen 2025 skapa en utlysning för att skapa en nationell pool av oberoende utvärderare med inriktning mot utfallskontrakt. Här kan myndigheten överväga ett auktorisationssystem. Denna utvärderarpool ska fungera som en resurs för kommuner och regioner som vill genomföra egna satsningar inom ramen för den nationella preventionsinfrastrukturen. För de utvärderare som blir valda att assistera i något utfallsprojekt lokalt bör staten subventionera en del av denna kostnad för att utgöra ett smörjmedel för införande av modellen. Många regioner och kommuner har inte den kompetens och vana vid att hantera och analysera data på detta sätt. Det finns många exempel på utfallskontrakt där just datahanteringen har haltat eller fallerat.

En central aspekt vid urvalet av utvärderare bör därför vara deras kapacitet till egen datainhämtning, särskilt under uppstartsfasen innan infrastrukturen är fullt etablerad. Utvärderarna behöver kunna följa deltagare, samla in utfallsdata och genomföra analyser med hög kvalitet och oberoende. På sikt är avsikten att de datamängder som samlas in av utvärderarna ska kunna integreras i den nationella infrastrukturen, beroende på vad som fastställs i den juridiska utformningen av dess associationsform.

Idag har Vinnova 2 miljoner per år via regeringsuppdraget (S2024/01659), vi föreslår att regeringen anslår ytterligare tre miljoner årligen för att subventionera de utvärderare som behövs för att stödja regioner och kommuner som vill arbeta med denna metod.

Oberoende utvärderingsstöd

För att säkerställa tillgång till kvalificerad och oberoende utvärdering i kommuners och regioners egna utfallskontrakt bör Vinnova kunna utlysa särskilda medel för att täcka kostnaderna för denna funktion. Det gäller utvärderare som är anslutna till den nationella utvärderarpool som föreslås etableras under hösten 2025.

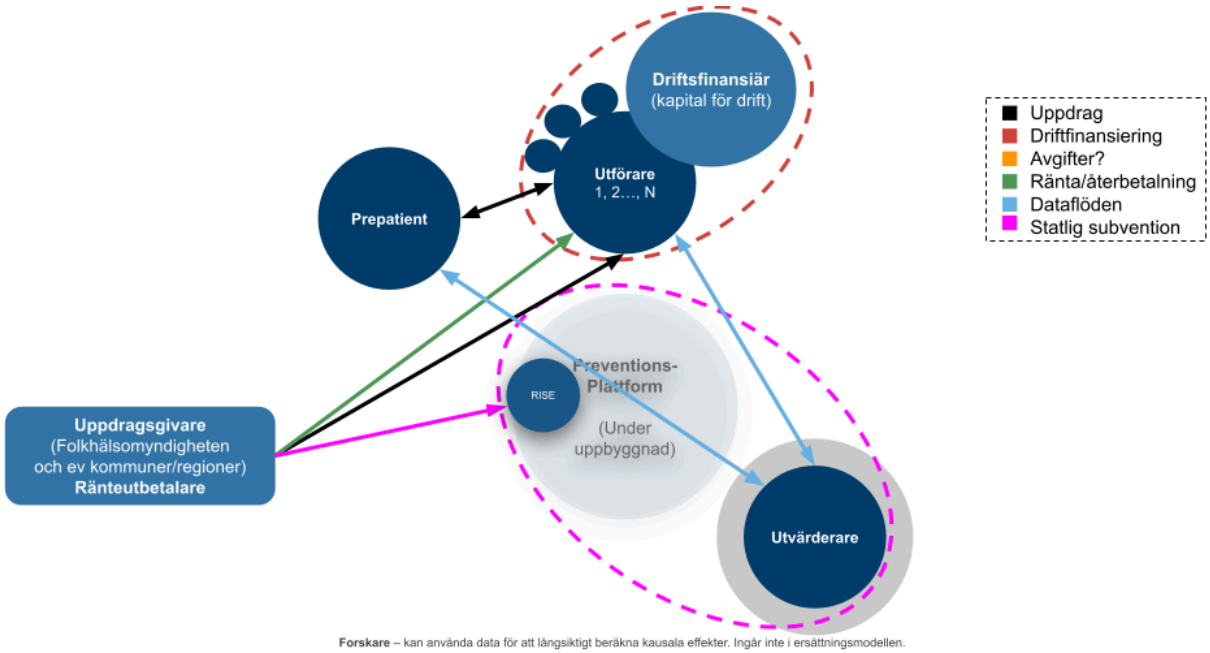
Finansieringsstödet kan utformas på olika sätt, beroende på vilka resultat som eftersträvas. Ett alternativ är att använda Vinnovas ordinarie utlysningsförfarande för projektanslag, där kommuner och regioner kan ansöka om stöd för att täcka kostnader för extern utvärdering inom ramen för sina utfallskontrakt. Bedömning kan då göras utifrån projektens relevans och mognad. Ett annat alternativ är att rikta resurser mer direkt till små och medelstora kommuner och regioner, som ofta saknar egna ekonomiska möjligheter att finansiera oberoende utvärdering. Detta skulle kunna ske i form av ett voucher-system där utvalda aktörer får tillgång till subventionerad utvärderingskapacitet.

Tillämpning i praktiken

En fungerande samordning mellan aktörer mot ett gemensamt mål är en grundförutsättning för att utfallskontrakt ska kunna implementeras i praktiken – både på nationell och lokal nivå – och för att den nationella infrastrukturen ska kunna byggas upp stegvis. Praktisk tillämpning är avgörande, särskilt eftersom styr- och finansieringsmodeller av det här slaget inte kan

konstrueras i sin helhet genom teoretiska underlag eller skrivbordsprodukter. Det är först när modellerna omsätts i faktisk verksamhet som roller klarnar, ansvarsfördelning blir tydlig och former för samverkan utvecklas på riktigt.

Att börja göra – snarare än att enbart planera – är därför centralt för att åstadkomma det lärande som krävs för en hållbar och effektiv preventionsinfrastruktur. Just detta gör det nationella införandeprojektet så betydelsefullt: det fungerar som en testbädd där struktur, metod och samverkan kan utvecklas i takt med att verksamheten bedrivs. Parallellt med att kommuner och regioner får stöd att genomföra egna satsningar baserade på utfallskontrakt, etableras även grunden för en gemensam nationell preventionsplattform, inklusive en standardiserad datamängd som blir avgörande i det kommande steg 2 (se nästa avsnitt).



Figur 6. Preventionsinfrastrukturens uppbyggnad under steg 1.

Införandeprojektet: Från testbädd till nationell plattform

Syftet med införandeprojektet är att inte bara initiera en första tillämpning av ett utfallskontrakt på nationell nivå, utan att samtidigt successivt bygga upp den infrastruktur som kommer att krävas för att modellen ska kunna skalas upp och fungera brett i Sverige. Detta sker inte som ytterligare en pilot, utan som en verklig implementering med skarp tillämpning och uppföljning. Genom att praktiskt genomföra ett införandeprojekt skapas reella förutsättningar för gemensam datainfrastruktur, kontraktsutformning, kontrollmekanismer och samverkansformer mellan offentliga och privata aktörer.

Införandeprojektet lägger grunden för de tekniska, juridiska och administrativa komponenter som behövs för att successivt skala upp modellen till andra områden och diagnoser. Det är först genom faktisk tillämpning som aktörer kan identifiera systembrister, definiera roller, förstå ansvarsfördelning och utveckla gemensamma verktyg för uppföljning och kvalitetskontroll.

Folkhälsomyndigheten föreslås spela en samordnande roll i införandefasen, medan Vinnova kan bidra genom att etablera en nationell pool av oberoende utvärderare – både för detta projekt och för framtida regionala och kommunala satsningar.

Denna första nationella tillämpning ska därför inte ses som ett isolerat initiativ mot en viss diagnos, utan som ett strategiskt testfall för att i praktiken bygga upp en skalbar och funktionell struktur för framtida preventiva insatser. Det är i detta arbete som grunden läggs för den kommande preventionsplattformen, inklusive en gemensam datamängd och standardiserade principer för upphandling, uppföljning och ersättning. Modellen utvecklas därmed stegvis genom tillämpning, snarare än genom teoretisk planering.

Varför prediabetes som första tillämpning i införandeprojektet?

Valet av prediabetes som första case är strategiskt betingat. Diagnosen har väldefinierade inklusions- och exklusionskriterier, tydliga biomarkörer för uppföljning (HbA1c) och kvantifierbara utfall som kan mätas objektivt. Detta minimerar tolkningsutrymme och förenklar utvärdering och ersättningsnivåer. Dessutom är prevalensen hög, vilket skapar goda förutsättningar för breddinförande och långsiktig samhällsekonomisk nytta. Region Stockholms tidigare pilotprojekt har dessutom genererat erfarenheter, metoder och data som kan användas för att påskynda etableringen av den nationella modellen. Att genomföra ett nationellt införandeprojekt för första gången är en tillräckligt komplex uppgift i sig. Därför framstår Region Stockholms pilot kring prediabetes som ett lämpligt första steg att skala till nationell nivå.

Denna första nationella tillämpning ska inte enbart ses enbart som en satsning mot diabetes, utan som ett testfall för att vidareutveckla modellen under svenska förhållanden. Det ger möjlighet att bygga upp en långsiktigt hållbar infrastruktur för förebyggande arbete – med gemensamma ramar för styrning, kontraktsstruktur, uppföljning och kontroll, samt mekanismer för samverkan med externa finansiärer. Prediabetes blir därmed inte bara starten för en specifik insats, utan startpunkten för att praktiskt bygga den nationella preventionsinfrastruktur som behövs från och med 2028. Samtidigt skapas en grund för infrastrukturen som kan utnyttjas av kommuner eller regioner i sina egna satsningar med utfallskontrakt för andra områden, såsom psykisk ohälsa eller socialtjänst. Infrastrukturen skalas sedan upp när det organisatoriska och datatekniska stödet är mer moget i steg 2 (se nästa avsnitt).

Det hade naturligtvis varit möjligt att välja ett annat område än prediabetes som startpunkt för det nationella införandeprojektet. Gävle kommuns samarbete med Utfallsfonden, där målet är att förbättra läsförmågan hos 2 600 barn, har till exempel stor potential att skalas upp till nationell nivå. Men eftersom projektet fortfarande befinner sig i ett tidigt skede, kommer resultat och effekter att kunna utvärderas först om några år. Även Team Nystart i Norrköping är ett initiativ med betydande möjligheter att anpassas för bredare tillämpning – särskilt om lärdomarna från projektet tas tillvara, exempelvis genom att justera åldersspannet för målgruppen och förlänga uppföljningstiden.

Under arbetet med denna rapport har flera aktörer lyft psykisk ohälsa, särskilt bland barn och unga, som ett naturligt område för framtida utfallskontrakt. Vi delar den uppfattningen och ser mycket stor potential för att utveckla nya metoder, samverkansformer och lösningar genom utfallskontrakt inom detta område. Men som första steg i uppbyggnaden av en nationell preventionsinfrastruktur bedömer vi det som mindre lämpligt. Avsaknaden av entydiga

inklusionskriterier och svårigheten att enas om utfallsmått gör att ett sådant projekt riskerar att fokusera mer på metodutveckling än på att etablera de praktiska processer som krävs för att infrastrukturen ska komma på plats.

Första tillämpningen bör därför fokusera på att bygga systemet – samtidigt som nytta genereras.

Tabell 3. Jämförelse mellan några viktiga områden som skulle kunna användas för ett införandeprojekt för en nationell preventionsinfrastruktur

Faktorer	Prediabetes	Placerade barn	Psykisk ohälsa	Läskunnighet
Lokal pilot utförd	Ja	Ja	Nej	Pågående
Stort behov	Ja	Ja	Ja	Ja
Ekonomisk vinning	Ja	Nej*	Ej utvärderat	Ej utvärderat
Tydlig inklusion	Ja	Ja	Nej	Ja**
Tydligt mål/utfall	Ja	Nja	Nej	Ja**
Projekttid ≈ 2 år	Ja	Nej	Ej utvärderat	Ej utvärderat

* Projektet i Norrköping gav förlust på 2 års projekttid, men en ekonomisk vinning på längre tid
** I nuvarande projekt i Härnösand används Lexplores plattform för att selektera barn med läs och skrivsvårigheter samt behovsgrad. Samma system används även för utfallsmått.

Kommunala eller regionala initiativ

Det finns idag ett tydligt och växande intresse från kommuner och regioner att själva initiera satsningar baserade på utfallskontrakt. Detta är en positiv utveckling, men utan en gemensamt infrastruktur och samordnade stödfunktioner finns en risk att dessa initiativ förblir isolerade och beroende av enstaka eldsjälar. Genom att öppna upp den nationella infrastrukturen för lokala aktörer redan i steg 1 kan man effektivisera resursanvändningen, underlätta kunskapsspridning och sänka trösklarna för implementering även på lokal nivå. Det minskar risken för att nya projekt stannar vid tillfälliga piloter utan möjlighet till långsiktig skalning.

Parallellt med införandeprojektet för prediabetes kommer infrastrukturen att byggas stegvis så att även kommuner och regioner kan använda den för egna satsningar. Aktörer som vill genomföra egenfinansierade kontrakt – eller samarbeta med externa finansiärer – ska redan under införandeperioden (steg 1) ha tillgång till centrala delar av infrastrukturen.

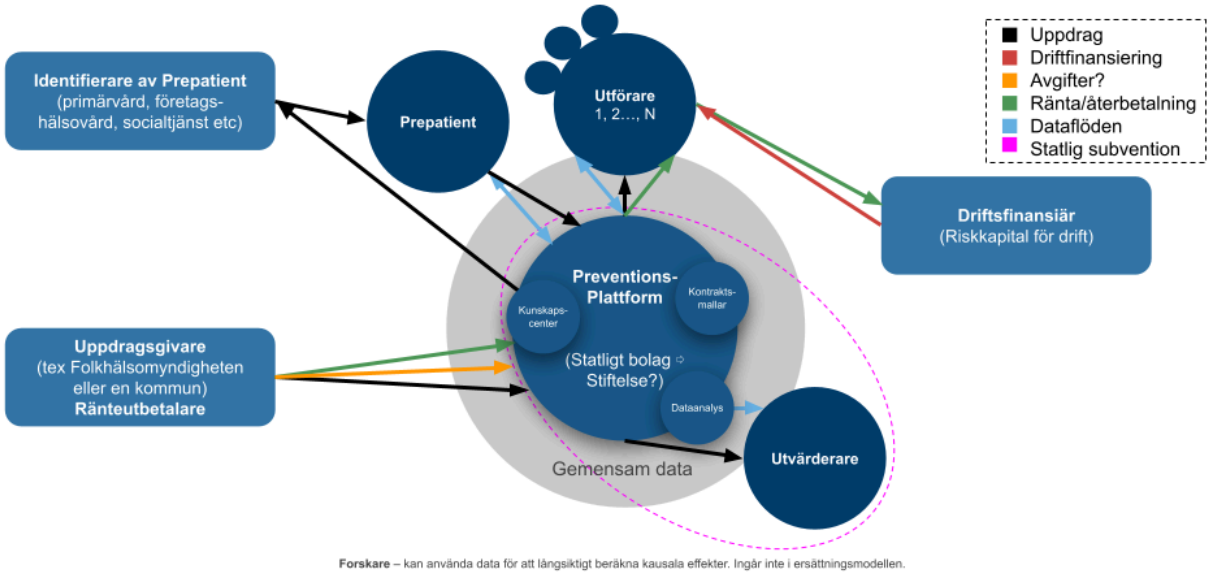
Ett konkret exempel är det stöd som RISE SHIC, i samverkan med Folkhälsomyndigheten, kan erbjuda kommuner och regioner i form av praktisk rådgivning och vägledning under uppstartsfasen. Detta omfattar bland annat hjälp med att formulera relevanta och mätbara effektmått och inklusionskriterier samt fungerar som ett embryo till det kunskapscenter som planeras i steg 2. För vissa kommuner och regioner kan det dessutom finnas behov av stöd i utformningen av kontrakt, särskilt i de fall där externa finansiärer ingår i modellen. Här kan Folkhälsomyndigheten bidra genom att, med utgångspunkt i erfarenheterna från införandeprojektet, utveckla kontraktsmallar som kan användas som vägledning i kommande satsningar.

Eftersom oberoende utfallsutvärdering är en förutsättning för införandeprojektet etableras redan i steg 1 en nationell pool av kvalitetssäkrade utvärderare. Denna resurs är även tänkt att nyttjas av kommuner och regioner i samband med egna satsningar baserade på utfallskontrakt (eller andra former av projekt). Det vore ändamålsenligt om Vinnova framöver riktade särskilda anslag till att finansiera dessa oberoende utvärderare, snarare än att kommuner och regioner uteslutande söker projektmedel för ett enskilt innovationsinitiativ. En sådan modell skulle både höja den generella kvaliteten på utvärderingar och öka förutsättningarna för att framgångsrika lösningar skalas upp, i stället för att fastna i ett fragmenterat landskap av tidsbegränsade pilotprojekt.

Att tidigt öppna infrastrukturen för lokala initiativ är därför inte bara ett medel för bredare tillämpning, utan en avgörande komponent i utvecklingen av en robust nationell preventionsplattform. Genom att flera aktörer arbetar parallellt med gemensamma verktyg och ramar testas modellen i olika kontexter, vilket förstärker förutsättningarna för steg 2.

Målbild: En nationell preventionsinfrastruktur

Detta avsnitt beskriver en målbild för hur en nationell preventionsinfrastruktur kan fungera i praktiken med målsättning att vara i drift från 2028. Den föreslagna modellen bygger på en successiv uppbyggnad, där stödet och infrastrukturen byggs stegvis under införandeprojektet medan målbilden istället betraktar en generisk modell. Avgörande för framdriften är att arbetet inte stannar vid myndighetssamverkan i forum och möten, utan knyts till konkreta projekt och praktiska tillämpningar. Enbart samordning på strukturell nivå riskerar att leda till begränsad förflyttning.



Figur 7. Modell för preventionsinfrastrukturen[45]

Statligt ansvar

En central utgångspunkt i den föreslagna modellen är att staten tar ett samlat och långsiktigt ansvar för preventionsinfrastrukturen. En sådan nationell infrastruktur skulle avlasta den regionala och kommunala insatser, skapa incitament för nya aktörer att utveckla innovativa lösningar och främja jämlik hälsa genom en mer systematiserad, kunskapsstyrd och precisionsbaserad prevention. För att modellen ska fungera långsiktigt är det avgörande att staten garanterar en stabil och långsiktig satsning.

Empiriska erfarenheter från exempelvis Storbritannien visar att sociala utfallskontrakt har lett till betydande förbättringar i folkhälsan och etablerat nya samverkansforum för prevention. Dessa förbättringar har dock varit beroende av att staten agerat garant för räntebetalningar kopplade till utfallet. När statliga åtaganden har pausats har åtgärderna stagnerat, vilket tydligt visar behovet av långsiktig statlig stabilitet för att möjliggöra hållbara resultat.

Därutöver är det enbart staten som har möjlighet till tvärsektoriella omprioriteringar. Preventionsarbete genererar ofta effekter utanför den egna sektorn. Till exempel kan minskad

[45] Forskare ges tillgång till att använda data för att långsiktigt beräkna kausala effekter men ingår inte i ersättningsmodellen.

psykisk ohälsa ge rejäla besparingar inom Försäkringskassans utgifter och förbättrade skolresultat kan ge förändringar för de rättsvårdande myndigheterna. Genom en nationell satsning kommer det i framtiden vara möjligt att kunskapsbaserat omlokalisera resurser mellan olika offentliga sektorer utifrån resultaten av utfallen.

Omvärldsbevakningen av svenska initiativ visar att många tidigare och nuvarande lösningar bygger på ad hoc-insatser och pilotprojekt som sällan får spridning. Trots att flera pilotprojekt har visat goda resultat har de utfallsbaserade ersättningsmodellerna istället integrerats i den ordinarie verksamhetens statiska budget då projektet avslutats. De nyvunna insikterna av projektet har då resulterat i nya arbetsmetoder, vilket i sig är mycket bra, men själva grunden för att ersättningen blir utfallsbaserat och att systematiskt mäta resultat har fallit.

Det verkliga utfallet av sociala insatser analyseras sällan systematiskt, sektorsövergripande eller med ett långsiktigt perspektiv inom det nuvarande systemet. Pilotprojekt inom utfallsbaserade initiativ har dock visat sig ge ett tydligt ekonomiskt incitament för det. För att möjliggöra långsiktiga, utfallsbaserade ersättningar krävs en välfungerande infrastruktur – något som i dagsläget saknas i Sverige. De olika pilotprojekten har byggt upp denna kompetens isolerat, vilket har resulterat i att varje ny satsning har fått bygga upp denna kompetens från grunden. Utan kunskap om vilka insatser som faktiskt ger effekt riskerar stora summor skattemedel att investeras i åtgärder med oklar eller begränsad verkan.

Den nya socialtjänstlagen innebär ett skifte där insatser ska kopplas tydligare till evidens, beprövad erfarenhet och faktiska utfall. Även preventiva åtgärder lyfts på ett tydligare sätt än tidigare. Dock pekar mycket på att Sveriges kommuner kommer att ha svårigheter att leverera på dessa krav utan extern stödstruktur. Modellen är därför utformad som ett nationellt stödsystem som ska bistå kommuner i deras preventiva arbete genom expertis, dataanalys och vägledning i implementeringen av effektiva insatser med grunden i förarbetena av den nya socialtjänstlagen.

Preventionsplattformen

För att beskriva den generiska modellen utgår vi från preventionsplattformen som den samlande aktören i den föreslagna preventionsinfrastrukturen. Preventionsplattformens roll är att länka samman offentliga aktörer, näringsliv, civilsamhälle, prepatienter och akademi i syfte att skapa en effektiv och långsiktigt hållbar struktur för preventiva insatser. Uppbyggnaden påbörjas redan i steg 1, men eftersom att datainfrastrukturen då inte är på plats, fokuserar preventionsplattformen initialt på stödfunktioner som snabbt kan etableras – till exempel stödfunktionaliteter till kommuner och regioner som vill starta egna satsningar. I steg 2 växer preventionsplattformens roll genom att ett fullt utvecklat kunskapscenter, datamängder och dataanalyser. Det stärker preventionsplattformen som en nyckelkomponent i den nationella infrastrukturen för prevention.

Associationsform

Som en del av steg 1 föreslås att en bokstavsutredare tillsätts för att utreda lämplig associationsform för den kommande preventionsplattformen. Utredaren får i uppdrag att analysera olika organisatoriska alternativ, inklusive stiftelseform, statligt ägt bolag eller andra hybrida lösningar. En möjlig modell är att inledningsvis etablera preventionsplattformen som ett statligt ägt bolag, för att vid ett senare skede ombilda det till en stiftelse. Detta kan vara fördelaktigt eftersom bolagsformen ger hög flexibilitet under uppbyggnadsfasen, medan stiftelseformen – som kännetecknas av långsiktighet och förändringsresistens – lämpar sig bättre först när struktur och styrning är etablerad. Eftersom stiftelseurkunder är svåra att justera i efterhand, bör ombildningen först ske när den organisatoriska modellen har satt sig.

Uppdrag och ansvar

Preventionsplattformens primära uppdrag är att säkerställa att preventionsuppdragen fungerar effektivt, ändamålsenligt och långsiktigt, med målet att förbättra folkhälsan och främja jämlikhet på ett samhällsekonomiskt hållbart sätt. Detta innebär att rätt prepatienter ska få tillgång till rätt interventioner, utförda av lämpliga utförare, samt att ersättningen för utfallet tilldelas finansiärerna i enlighet med resultaten från oberoende utvärderare - oavsett vilken inriktning de olika preventionsprogrammen har. Vidare har preventionsplattformen ett ansvar gentemot sina uppdragsgivare att förvalta de tilldelade uppdragen, och gentemot finansiärerna att säkerställa att resurserna används optimalt samt att ersättningen relaterar till utfallet. All interaktion med plattformens tre centrala aktörer – prepatienter, utförare och oberoende utvärderare – samordnas genom preventionsplattformen som en mötesplats. Preventionsplattformens roll är att skapa, förvalta och vidareutveckla en hållbar infrastruktur som möjliggör effektiv samverkan mellan dessa parter.

Det är viktigt att utvärderingen av interventionerna sker på ett sätt som upplevs som rättvist, transparent och gynnsamt för alla berörda parter. För att möjliggöra detta har preventionsplattformen ansvaret att bygga, upprätthålla och utveckla en robust datainfrastruktur som garanterar säker och tillgänglig informationshantering. Denna gemensamma datamängd ska förvaltas korrekt och delas med forskare för att möjliggöra retrospektiva analyser av kausala samband samt driva utvecklingen av evidensbaserade åtgärder. För att säkerställa transparens och långsiktig samverkan är det avgörande att preventionsplattformen uppdrag (stadgar vid stiftelse) omfattar ansvar för hantering och förvaltning av den gemensamma datamängden som används inom preventionsuppdragen. Dessutom ska preventionsplattformen främja innovation och anpassa sig till den tekniska utvecklingen, så att tjänsterna kontinuerligt förbättras och utvecklas i takt med samhällets behov och förväntningar.

Styrning

Preventionsplattformens bör ledas av en mycket tvärsektoriell styrelse som bär det yttersta ansvaret för att preventionsuppdragens ändamål uppfylls och förvaltas på ett korrekt och effektivt sätt - oavsett vilken form av preventionsprojekt som tillämpas. Styrelsens medlemmar utses enligt ett förordnande av en tillsättningskommitté, som består av representanter från statsrådet med ansvar för folkhälsofrågor samt generaldirektörer för myndigheter vars uppdrag

faller under hälsofrämjande preventionsinsatser, till exempel Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Polisen, Skolverket, Arbetsförmedlingen, Brottsförebyggande rådet (BRÅ), Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF), Barnombudsmannen (BO), Myndigheten för vård- och omsorgsanalys etc.

Styrelsens medlemmar bör väljas på minst ett treårsmandat, med en rotationsprincip som innebär att maximalt en tredjedel av styrelsemedlemmarna byts ut årligen. Denna struktur säkerställer kontinuitet, stabilitet och kunskapsöverföring inom styrelsen. Styrelsen ansvarar för att fatta strategiska beslut för preventionsplattformen, fastställa ersättningar i enlighet med utredarnas utredningar av utfallet, samt att förvalta den infrastruktur som är nödvändig för att främja preventionsinsatser.

För att säkerställa en långsiktig och effektiv styrning av preventionsplattformen krävs att styrelsens sammansättning speglar hela ekosystemet kring prevention. Det innebär att ledamöterna inte bara ska ha djup sakkunskap inom preventionens olika fält, utan också bred erfarenhet av hur dessa insatser kan genomföras i praktiken. Förutom expertis inom folkhälsa, sociala insatser och samhällsekonomiska effekter, behöver styrelsen inkludera kompetens inom dataanalys - och infrastruktur, entreprenörskap och finansiering. Att involvera aktörer som representerar finansiärer och innovationsdrivna initiativ är särskilt viktigt för att plattformen inte bara ska bli en förvaltande struktur, utan en aktiv motor för nytänkande och samverkan. Genom att täcka hela det kunskapsmässiga och praktiska spannet ökar förutsättningarna för att samordna preventiva satsningar som ger mätbara resultat och långsiktig effekt. Styrelsens medlemmar bör inkluderar följande kompetensområden:

- **Politisk kompetens:** Styrelsen ska präglas av politisk neutralitet, vilket innebär att ingen enskild sida av politiken får vara överrepresenterad. Denna balans är viktig för att garantera objektivitet och långsiktig trovärdighet i styrelsens arbete.
- **Erfarenhet från myndigheter:** Medlemmar bör ha erfarenhet från myndigheter som är beroende av preventiva insatser. Detta kan inkludera tidigare generaldirektörer, höga chefer från berörda myndigheter eller ledande roller inom kommuner och regioner.
- **Kunskap om datainfrastruktur:** Gedigen expertis inom uppbyggnad och förvaltning av datainfrastruktur och analys är nödvändig för att hantera och utveckla den informationsbaserade grunden för preventionsarbetet.
- **Finansiell expertis:** Styrelsen bör inkludera personer med kunskap om finansieringsmodeller, exempelvis från stora försäkringsbolag, pensionsfonder, Ekonomistyrningsverket eller liknande organisationer.
- **Företagskompetens:** Erfarenhet från företagssektorn är viktigt för att förstå och hantera utmaningar som både stora och små företag (inklusive entreprenörer eller innovatörer) står inför när de ska vara aktiva aktörer i preventionsplattformen.
- **Civilsamhälle:** Idébaserade verksamheter och tex patientorganisationer har viktiga perspektiv som ofta utgår från individen.
- **Akademi:** Särskilt hälsoekonomi, behavioristisk ekonomi och beteendevetare.

Styrelsen ska dessutom ha mandat att fritt efter sina behov och Preventionsplattformens aktiva preventionsprogram samverka med experter och sakkunniga inom olika områden. Detta kan

innefatta föreläsningar eller advisory boards med områdesspecialister såsom exempelvis forskare, patientföreningar, rehabiliteringsexperter och andra relevanta aktörer. Eftersom livsstilsförändringar ofta är starkt kopplade till beteendemönster, är det viktigt att expertis inom beteendeförändring blir en naturlig del av styrelsens kompetens eller rådgivande struktur.

Preventionsprojekt

Den generiska modellen tar utgångspunkt från flera möjliga uppdragsgivare. Uppdragsgivarens uppdrag blir att avsätta medel i form av ersättning för drift och ränteutbetalningar för uppnått utfall för det givna preventionsprojektet. Uppdragsgivaren kan antingen vara riksdagen genom avsatta satsningar i statsbudgeten, kommuner eller regioner som gör lokala satsningar, eller privata initiativ (till exempel fristående stiftelser, företag eller filantroper) som altruistiskt har ett intresse för ökad folkhälsa.

Kort perspektiv

I det korta perspektivet, under preventionsplattformens uppstartsperiod, kommer de initiala uppdragen troligen att vara starkt förankrade i Folkhälsomyndighetens expertis och gedigna kunskapsbas för de preventionsprogram som utgår från statlig- och myndighetsstyrning. De områden som inkluderas i uppdragen förväntas i första hand omfatta de stora folksjukdomarna, eller sociala insatser som berörs av många medborgare (se Appendix 1). Valet av inriktning bör riktas efter så stor samhällsnytta som möjligt, även om prioriteringar mellan olika områden alltid kan bli föremål för diskussion.

Det är viktigt att initialt fokusera på områden där preventionens betydelse är väl etablerad och där effekterna av insatserna kan mätas tydligt och relativt odiskuterbart. Samtidigt måste redan etablerade strukturer med dokumenterat god avkastning, som BVC, MVC och de nationella vaccinationsprogrammen, lämnas orörda under uppstartsperioden. Vi rekommenderar därför att preventionsplattformen initialt byggs kring områden med tydliga inklusionskriterier och väldefinierade målvärden. Därefter kan plattformen gradvis skalas upp för att inkludera bredare preventionsområden när strukturer, infrastruktur och de olika instanserna har etablerats och landat i sina uppdrag och mandat.

Ett centralt behov i denna process är att bygga en gemensam databas som möjliggör insatser även inom mer subtila diagnosområden och där utfallen kan vara individberoende. Det krävs också tid och resurser för att utveckla den kompetens och de modeller som behövs för att säkerställa transparenta och trovärdiga utvärderingar av preventionsinsatser. Av dessa skäl är det avgörande att inledningsvis fokusera på områden där frågeställningarna är odiskutabla och där resultaten kan skapa förtroende för plattformens långsiktiga potential.

Långt perspektiv

På lång sikt kommer fler faktorer att vara avgörande för hur preventionsplattformen styrs och utvecklas. När plattformens stabilitet och infrastruktur väl är etablerade kommer den att vara en naturlig och integrerad del av det svenska ekosystemet för hälsa. Patienter kommer att vara

medvetna om den nationella satsningen på prevention, och de finansiärer som deltog i uppstartsprocessen kommer redan ha fått en god avkastning på sina investeringar. Vid det här laget har de stora folksjukdomarna, med väldefinierade inklusions- och exklusionskriterier, redan börjat hanteras, och vissa delar av utvärderings- och ersättningsprocesserna har kunnat standardiseras. En viktig aspekt av preventionsplattformen är att staten får en mer direkt roll inom hälsa. Medborgarna skattar hälso- och sjukvård bland de viktigaste frågorna, samtidigt som statens påverkansmöjligheter i praktiken har varit begränsad. I kombination med att medborgarna har en relativt begränsad kunskap om vem som faktiskt ansvarar för sjukvård, eller överhuvudtaget vad en region har för uppgifter, innebär att debatten på riksnivå och sjukvårdsfrågor tenderar att bli okonkret. Preventionsplattformen gör att det demokratiska systemet kan fungera bättre, och tydliggöra de olika partiernas prioriteringar i hälsopolitiken även i valet till Riksdagen.

I denna fas uppstår nya avvägningar som blir betydelsefulla för plattformens styrning och vidareutveckling. Ett sådant fokus kan vara att rikta insatser mot populationer som tidigare varit underrepresenterade i preventionsprogrammen, för att ytterligare förbättra jämlik tillgång till plattformen. Ett annat fokus kan vara att anpassa sig till ett förändrat kunskapsläge för diagnoser eller riskgrupper, inte minst då den gemensamma datan är strukturerad på ett sätt att det tillåter gedigna AI-analyser. Detta kan inkludera subpopulationer där indikatorerna tidigare varit otydliga, nya diagnoser som ökar i förekomst i vissa befolkningsgrupper, eller nya läkemedel som påverkar befolkningens riskprofiler. Samhälleliga förändringar som påverkar individers hälsa, till exempel teknologiska framsteg som leder till mer stillasittande livsstil, kan också kräva nya strategier och prioriteringar. Ett gott samarbete med forskare och expertmyndigheter kommer att vara avgörande för denna utveckling.

Folkhälsomyndighetens roll och arbete kommer att vara centralt i detta framtida scenario. Med tiden kommer myndigheten sannolikt ha ett ännu bättre kunskapsläge och kunna genomföra mer avancerade modelleringar kring olika hälsorisker och diagnoser. Datadrivna analyser, simuleringsmodeller och insikter om befolkningens hälsa kommer att utvecklas och ge myndigheten en djupare förståelse för befolkningens behov, utmaningar och individuella förutsättningar. Detta förbättrade kunskapsläge kan i sin tur leda till nya rekommendationer och prioriteringar som bättre möter framtidens utmaningar.

Den organisatoriska och kompetensmässiga sammansättningen kan också ha utvecklats, vilket möjliggör mer sofistikerade insatser och anpassningar i arbetet med att främja folkhälsan. I denna framtida vision är preventionsplattformen inte bara en infrastruktur för hälsa, utan också en dynamisk, lärande organisation som anpassar sig efter samhällets och befolkningens föränderliga behov. Även opinionen hos medborgarna om vad som klassas som hälsa eller ohälsa kan förändras.

Detta innebär att framtida uppdrag antingen kan innebära en förlängning eller en omprioritering av redan etablerade insatser inom en rad olika sektorer. Samtidigt kan helt nya komplikationer uppstå inom områden som idag inte ens är på vår radar, eftersom vi ännu inte har insikt i de framtida risker, vilka grupper som kommer att drabbas, eller vilka lösningar som då kommer att ha etablerats som standard i ett förändrat samhälle. Framtiden rymmer både utmaningar och

möjligheter som vi ännu inte kan förutse, men som preventionsplattformen måste vara flexibel och förberedd att möta. En viktig förutsättning är att utförarna lämnas maximalt utrymme att innovera insatser anpassade till varje individ, och endast utvärderas på fastslaget utfall.

Styrningen av preventionsplattformen är utformad för att ske i relativt långa cykler om kanske två till fem år, vilket ger utrymme för långsiktighet och kontinuitet. Ohälsa är ett komplext fenomen och kräver flexibla åtgärder snarare än strikta direktiv. Därför bör preventionsplattformens uppdraget inte specificera vilka typer av aktörer eller interventioner som ska användas, eller hur ersättningar ska beräknas för olika insatser. Istället ska fokus ligga på tydliga mål och konkreta ramar för att mäta och rapportera utfall för varje enskilt preventionsprogam, oavsett uppdragsgivare, indikation eller mål.

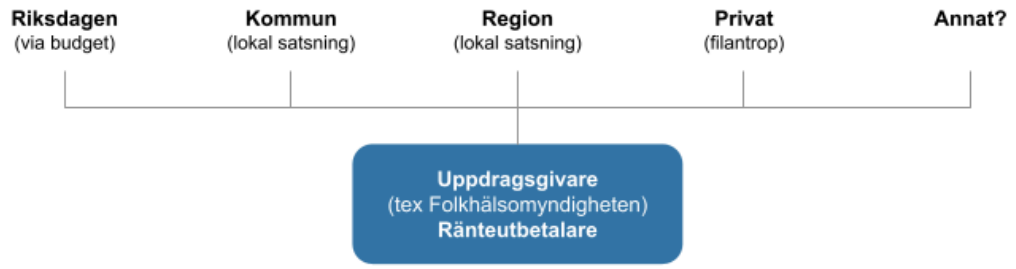
Finansiärer

I den föreslagna modellen identifieras två typer av finansiärer: en som investerar för en samhällelig vinst (uppdragsgivaren) och en som fungerar som finansierar driften under själva preventionsprogrammet (driftfinansiär).

Ränteutbetalande finansiär

Den primära ränteutbetalande finansiären för nationella program bör rimligtvis vara staten. Samtidigt bör preventionsplattformen även ha kapacitet att hantera uppdrag från privata aktörer, inklusive filantropiska finansiärer som vill bidra genom riktade satsningar. Under fas 1 prövas även hur lokala satsningar från kommuner och regioner kan använda den inledningsvis uppbyggda infrastrukturen. Även i ett fullt utvecklat system kommer det att finnas goda skäl för lokalt initierade program – inte minst med tanke på geografiska och demografiska variationer i behov. Därför är det viktigt att kommuner och regioner förblir självklara uppdragsgivare och ränteutbetalande finansiärer även inom ramen för en etablerad nationell struktur.

På längre sikt är ett centralt mål för staten att effektivisera användningen av offentliga resurser genom att möjliggöra omfördelning mellan olika budgetområden. Ett tydligt exempel är att framgångsrik prevention kan leda till minskade kostnader för sjukskrivningar för Försäkringskassan, vilket i sin tur frigör resurser som kan användas inom andra områden. För att detta ska bli möjligt krävs dock nationella satsningar som kan agera på systemnivå och generera mätbara effekter över tid. Eftersom preventiva insatser ofta har en fördröjd effekt, behöver strukturen tillföras resurser initialt – innan de samhällsekonomiska vinsterna fullt ut realiseras. Investeringen i en nationell preventionsstruktur blir därmed inte bara ett folkhälsopolitiskt verktyg, utan också ett strategiskt verktyg för statens långsiktiga resursstyrning.



Figur 8. Möjliga uppdragsgivare

Driftsfinansiärer

I införandeprojektet bygger modellen på att varje utförare antingen själv finansierar sin drift eller tecknar avtal med en extern driftsfinansiär. Det innebär att utföraren ansvarar för sina initiala kostnader och får ersättning först om målen uppnås. I den långsiktiga, nationella modellen bör dock fler typer av driftsfinansiärer tillåtas, inte enbart kopplade till en specifik utförare, utan även knutna till hela program, diagnosområden eller med regional anknytning.

Som driftsfinansiär bör modellen kunna inkludera privata investerare, institutionella aktörer, filantroper och fonder som vill bidra till preventionssatsningar – antingen med avkastning som incitament eller som en samhällsnyttig investering. Exempelvis kan försäkringsbolag, pensionsfonder eller stiftelser välja att finansiera förebyggande insatser där deras intressen sammanfaller med förbättrade hälsoutfall i befolkningen eller som en ren investering.

Prepatienter[46]

Den föreslagna preventionsmodellen bygger på att prepatienter rekryteras nationellt till preventionsprogram som baseras på tydliga uppdrag, tidsramar samt fastställda inklusions- och exklusionskriterier. Genom den nationella utformningen ökar möjligheten att prepatienter kan få tillgång till införandeprogrammen oavsett var i landet de är. Detta är särskilt betydelsefullt för mindre kommuner och regioner som ofta har begränsade möjligheter att erbjuda samma bredd av preventionsåtgärder som större kommuner och regioner. Mindre befolkningsunderlag kan göra att vissa preventionsprogram blir olönsamma eller att patienter tvingas vänta så länge på att grupper fylls att deras hälsotillstånd hinner försämras innan insatsen påbörjas.

Tyvärr präglas dagens vård, omsorg och prevention av stora ojämlikheter. Faktorer som socioekonomisk status, utbildningsnivå, språkförståelse och grundläggande kunskap om det svenska systemet har stor påverkan på individens tillgång till vård och prevention. Detta återspeglas till och med i överlevnadssiffror för cancer, där personer från socioekonomiskt svagare grupper och lägre utbildningsnivå har sämre femårsöverlevnad än mer privilegierade grupper som även har högre utbildningsnivå. I en rapport från Cancerfonden, där man särskilt tittade på socioekonomiska effekter såg man att upp mot 3 000 liv i Sverige kunna räddas varje år om cancersjuka personer i den svagaste socioekonomiska gruppen hade samma överlevnad

[46] Hela denna rapporter benämner de individer som erbjuds insatser som “Prepatienter”, även om preventionsprogrammen inte måste ha en medicinsk kontext utan även kan bestå av olika former av sociala insatser.

som patienter med hög socioekonomisk ställning.[47] Inom prevention är det ofta de individer som har störst behov som står längst ifrån nuvarande kommunala och regionala system. Den föreslagna preventionsplattformen kommer inte lösa dessa utmaningar fullt ut, men i och med att det är möjligt att rikta insatser mot specifika grupper (till exempel genom specifika inklusionskriterier) kan den bidra till att reducera problematiken.

Även om en modell inte passar alla, överallt, i alla situationer, innebär det inte att den inte bör implementeras. För att minimera risken för exkludering krävs dock ett bredare tänkande kring hur patienter får information och tillgång till preventionsmarknaden än dagens system för stöd och hjälp.

Identifierare av prepatienter

Den vanligaste vägen för att identifiera prepatienter i preventionsprogram – särskilt de som riktar sig mot sekundär, tertiär eller kvartär prevention – kommer sannolikt att gå genom det regionala eller kommunala vård- och omsorgssystemet. Här kan prepatienter identifieras baserat på riskfaktorer och matchas mot program som fokuserar på breda folksjukdomar eller andra prioriterade områden. Kommunernas socialtjänst kan också spela en viktig roll i identifieringsarbetet, exempelvis genom biståndsbedömare, handläggare eller via den ordinarie verksamheten.

Samtidigt bör även andra aktörer kunna bidra till att definiera och rekrytera prepatienter beroende på preventionsprogrammets inriktning. För program som bygger på biomarkörer kan företagshälsovården eller specialiserade aktörer som erbjuder labbtester för privatpersoner vara relevanta samarbetspartners i identifieringsarbetet. Även apotek, som idag både genomför viss provtagning (till exempel blodtryck) och säljer självtester baserade på biomarkörer, kan spela en viktig roll i rekryteringen. För att maximera effektiviteten och räckvidden i programmen är det avgörande att rekryteringen är enkel, sker brett och inkluderande – genom samhällets alla delar – anpassat till respektive preventionsprograms målgrupp och syfte.

I vissa projekt kan det både vara naturligt och nödvändigt att utförare även ansvarar för att identifiera prepatienter, särskilt i verksamheter där de redan har en etablerad kontakt med målgruppen. Det är viktigt att inte hämma innovation i hur man identifierar prepatienter och därför bör utförare inte exkluderas generellt som identifierare på grund av generella förutfattade meningar om risk till exempel cream skimming (där utförare prioriterar de lättaste fallen för att maximera ersättning). För att minska risken för till exempel cream skimming är det avgörande att preventionsprojekt där utförare samtidigt kan vara identifierare styrs av tydliga och enhetliga inklusions- och exklusionskriterier. Utförare kan ha innovativa sätt att nå prepatienter, särskilt i preventionsområden där vården och socialtjänsten har haft begränsad framgång.

I ett första steg föreslår vi att patientrapporterad data, såsom upplevd dålig sömn eller tillfällig hög stress, inte bör vara tillräckligt för att prepatienten själv ska kunna initiera deltagande i ett preventionsprogram. Samtidigt pågår en snabb teknisk utveckling inom inte minst

[47] Cancerfonden (2018). Cancerfondsrapporten 2018. Tillgängligt: https://static-files.cancerfonden.se/Cancerfondsrapporten2018_webb_(2)_1521607903.pdf

medicintekniska produkter, där vissa produkter erbjuder objektiva mätmetoder inom en rad olika områden. Exempelvis är Apple Watch klassad som en medicinteknisk produkt och håller därmed samma noggrannhet som den standardiserade mätutrustning som används på många vårdcentraler. Idag baserar många kommuner och regioner avancerade medicinska beslut eller beslut om insatser på patientens egenmonitorerade data – inom ramen för ett framtida system bör detta också utgöra grund för inklusion.

Samsjuklighet är en betydande utmaning, och det är viktigt att prepatienter inte utesluts från preventionsprogram på grund av deltagande i andra preventionsprogram med annat fokus. En diagnos är ofta en riskfaktor för ytterligare hälsoproblem, och i många fall är riskfaktorer inte enbart additiva, utan har en förstärkande effekt, där 1+1 snarare blir 4. För att säkerställa att programmen fungerar effektivt och inkluderande krävs särskild omsorg i hanteringen av samsjuklighet, med målet att skapa helhetslösningar för prepatienternas behov. Case-mixjsutering av utfall kan här vara ett viktigt verktyg för att se till att prepatienter med samsjuklighet hanteras på ett rättvist sätt. Av det skälet blir även en generisk dataplattform med möjlighet till att samla data från olika håll helt central.

Ersättning för identifiering av prepatienter

Huruvida preventionsprojekten även ska inkludera ersättning till identifierare beror på projektets utformning. I detta arbete har det ofta lyfts om vården bör få ersättning för att identifiera individer utifrån medicinska kriterier. Vår uppfattning är att vården, i sekundär-, tertiär- eller kvartär-preventionsprojekt, inte bör ges någon särskild ersättning för detta. Att remittera vidare till relevanta åtgärder bör istället ses som en del av uppdraget – på samma sätt som för skolpersonal, socialtjänst eller primärvård då de skickar individer vidare till passande insats. Vårdens betydelse vid primärpreventionsprogram kommer att vara begränsad, då många prepatienter ännu inte har någon etablerad kontakt med vården inom berört område. Undantag kan göras i fall då ett omfattande screeningarbete behöver göras, men vi ser detta som just undantagsfall.

Om identifieringen däremot baseras på biomarkörer som kräver exempelvis blodprov eller annan testkapacitet, kan kostnaden för provtagning och analys inkluderas som en del av programmets utvärdering – i likhet med den modell som föreslås i införandeprojektet. I dessa fall kan laboratorier, inklusive de som är kopplade till vården, ersättas direkt utifrån faktisk kostnad för testet. Det är dock troligt att många prepatienter i primärpreventiva program baserade på biomarkörer för inkludering snarare kommer att identifieras genom samverkan med aktörer som företagshälsovård eller genom egeninitierade hälsokontroller. Detta eftersom den offentliga vården sällan tar generella prover – provtagning sker främst för att diagnosticera eller följa upp redan kända sjukdomstillstånd.

I vissa typer av preventionsprojekt kan det även vara motiverat att införa en mindre ersättning, en så kallad “finder’s fee”, till de aktörer som lyckas identifiera individer med relevanta riskfaktorer. Ett sådant incitament skulle kunna främja innovativa metoder för screening och nå målgrupper som annars riskerar att förbises.

Utförare

Modellen för en nationell preventionsinfrastruktur bygger på öppenhet, resultatfokus och mångfald bland utförare. En av dess största styrkor är möjligheten att engagera en bred uppsättning aktörer – från traditionella vårdgivare till nya innovativa organisationer. Utgångspunkten för utfallskontrakt är att ersättning endast utgår vid uppnådda resultat, vilket minimerar behovet av administrativ kontroll i förväg och skapar incitament för faktisk effekt. Detta öppnar för en ny dynamik på preventionsområdet i synen på utförare. Genom att tillåta fler typer av utförare kan individanpassningen förbättras, fler livsstilsområden omfattas och nya metoder testas i praktiken.

Administration zero

Den föreslagna modellen bygger på en bred flora av utförare utan krav på licensiering eller liknande. Licenskrav skulle innebära en betydande administrativ börda och riskera att både effektiviteten och produktiviteten inom prevention minskar kraftigt. Hela modellen bygger på utfallskontrakt, så ersättning erhålls endast vid uppnådda utfall. Dock kan ett grundläggande krav för utförare vara att de innehar relevanta märkningar såsom CE- eller MDR-certifiering där det är tillämpligt, samt att de inte har kopplingar till olagliga verksamheter eller lider av ekonomiska problem. Utöver detta bör administrationen hållas på ett absolut minimum.

En annan viktig faktor för att inte kräva särskilt godkännande som utförare är att det riskerar att begränsa innovationen i vilka interventioner som en patient erbjuds. Om administrationen blir för omfattande missgynnas små, innovativa företag som ofta har kapacitet att snabbt utveckla och implementera nya lösningar. Dessa mindre aktörer kan vara avgörande för att möta behov inom prevention där traditionella metoder inte har varit tillräckliga. Till exempel kan startups med fokus på AI-baserade hälsomätningar, digitala coachningsprogram eller banbrytande diagnostiklösningar ha en central roll i att skapa nya effektiva metoder. Att begränsa deras deltagande genom komplexa regler och krav skulle direkt motverka syftet med preventionsplattformen.

Modellen gör det möjligt för utförare att själva välja metoder och verktyg för att nå önskade resultat, vilket i sin tur driver konkurrens och effektivitet. Om statliga aktörer hade vetat vilken intervention som var bäst för patienter så hade problemet redan varit löst. Den grundläggande premissen är dock att det inte kan finnas någon bästa metod för att nå alla. Modellens flexibilitet skapar istället en mekanism där de mest effektiva och innovativa lösningarna för varje enskild patient premieras. Genom att inte lägga hinder för utförarna med licenskrav och administrativa överbyggnader, skapas också ett mer dynamiskt system som kan anpassa sig efter patienternas förändrade behov, ny evidens och nya innovationer. Grundprincipen är tydlig: Vi bryr oss om vilka utfall som nås, inte om vilken åtgärd som har givits prepatienten.

Den avgörande kontrollen av utförare görs av riskkapitalfinansiären – därför behövs ingen licensiering.

Automatiserad kontroll av utförare

Eftersom preventionsplattformen kommer använda det offentligas resurser är det viktigt att utförare uppfyller de lagstadgade kraven för ekonomi, dokumentation och inte är beblandade med organiserad brottslighet. Därför föreslås en automatiserad modell inspirerad av Jens Nylanders AI-baserade algoritmer för automatiserad dokumentkontroll[48].

Den nuvarande databasen täcker dock endast företag som redan fakturerar offentlig sektor, medan preventionsmarknaden kan inkludera många fler aktörer – särskilt små, innovativa företag som annars inte har tagit sig igenom byråkratins upphandlingsprocesser. Genom samverkan med en aktör som Jens Nylander eller liknande, kan Preventionsplattformen använda denna teknik för att effektivt och tillförlitligt identifiera potentiella ekonomiska eller organisatoriska problem hos utförare, något som dagens system har bevisat att det inte lyckas med.

Befintligt system för automatiserad dokumentkontroll med hjälp av AI

Jens Nylander, en framstående svensk IT-entreprenör och grundare av bolag som Jens of Sweden och Automile, har på senare år gjort sig känd för sitt arbete med att granska offentliga utgifter med hjälp av AI. Genom att analysera stora datamängder från kommuner, regioner och myndigheter har han identifierat ineffektivitet, slöseri och välfärdsbrott. Den öppna databasen som utvecklats visar bland annat om leverantörer som fakturerar kommuner uppfyller krav som giltig F-skatt, momsregistrering och arbetsgivarstatus. Den kan även flagga för riskindikatorer såsom uteblivna årsredovisningar, ogiltiga signaturer eller andra tecken på oegentligheter.

Nylander har även grundat The Intelligence Company AB (publ), ett publikt aktiebolag som drivs av personer med mångårig erfarenhet inom revision och redovisning. Bolaget har tillstånd från Integritetsskyddsmyndigheten att bedriva rikstäckande kreditupplysningsverksamhet och har därmed uppgifter om samtliga personer i Sverige över 15 år – oavsett om de har betalningsanmärkningar eller inte.

Hantering av utfall

Den öppna strukturen på preventionsmarknaden, där alla lagliga aktörer kan delta och ersättning baseras på uppnådda utfall, kräver tydliga gränsdragningar för att säkerställa rättvisa och effektivitet. Ett exempel är hanteringen av placeboeffekten. Eftersom placeboeffekten kan generera mätbara resultat, kommer utförare att kunna få ersättning även för dessa effekter. Att försöka särskilja kausala effekter från placebo är omöjligt utan randomiserade kliniska studier, så kausala samband och placeboeffekten överlåts istället till långsiktiga forskningssamarbeten. Ytterligare en effekt som måste hanteras är “regression to the mean” det innebär att individer med från medelvärdet avvikande data har en tendens att rör sig mot medelvärdet. Ett exempel är att 10 procent av personer med prediabetes inte har det några år efter. I införandeprojektet hanteras det enkelt med att inte ge ersättning för de första 10 procenten. För att ersätta utförare på ett rättvist sätt behöver ersättningsnivåerna justeras med hänsyn till detta och till andra

[48] Se: https://kommun.jensnylander.com/

mekanismer som kan leda till att patienter hade nått det önskade utfallet även utan interventionen.

Läkemedelsbaserad prevention är ytterligare en aspekt som kräver noggrann hantering. Nya läkemedel, som vissa diabetesbehandlingar, visar stora effekter för hjärt-kärl, övervikt och obesitas och kan fungera som primärprevention. Andra läkemedel kan även bli aktuella. Istället för att exkludera läkemedelsbehandlingar från preventionsprogrammen bör varje programs specifika inklusions- och exklusionskriterier reglera detta på individuell nivå, vilket ger flexibilitet utan att läkemedelsbaserad prevention exkluderas. Detta generella synsätt på läkemedel som tillåten intervention gör att det istället blir upp till utföraren att avgöra om kostnaden för läkemedel är rimlig i förhållande till ersättningen vid utfall i preventionsprogrammet.

Ersättningsmodellen måste även ta itu med risken för "cream skimming", där utförare väljer att endast behandla patienter med enklare förutsättningar för framgångsrika resultat, vilket kan utestänga mer komplexa patienter. Ett sätt att hantera detta är att programmen utformas som i införandeprojektet, där prepatienten alltid är den som väljer utförare och utförare inte får tacka nej till prepatienter.

Ett annat viktigt område är kravet på minimiantal patienter per preventionsprogram. Initialt är ett sådant krav nödvändigt för att möjliggöra statistisk utvärdering av programmets effekter samt att minimera administrationen för ersättning vid utfall om det finns många utförare. Dock bör systemet på sikt anpassas för att stödja precisionsprevention, där behandlingar baseras på individens unika förutsättningar, såsom genetisk information. För att möjliggöra detta bör minimikraven gradvis sänkas i takt med att utvärderingsmetoderna för ersättningen förbättras.

Uvärderare

Modellen utgår från att en uppsättning oberoende utvärderare – eller så kallade trusted third parties – ansvarar för att bedöma effekterna av genomförda preventionsprogram. Dessa utvärderare spelar en central roll i att objektivt fastställa i vilken grad målen har uppnåtts, vilket i sin tur ligger till grund för utförarens ersättning. Grunden för denna struktur etableras redan under införandeprojektet, där en nationell pool av kvalitetssäkrade utvärderare byggs upp som samtidigt har syftet att kunna stödja kommuner och regioner i egna satsningar.

Det är av största vikt att utvärderingsprocessen präglas av transparens och korrekthet. Utvärderingarna får inte utföras i slutna system som riskerar att ifrågasätta ersättningsnivåerna. Brist på transparens kan även leda till korruption eller felaktiga utbetalningar av ersättningar till aktörer som inte uppfyller de nödvändiga kriterierna.

Inledningsvis kommer utvärderingarna behöva utföras manuellt av experter med djup kunskap inom nationalekonomi, hälsoekonomi och statens datamängder, men målsättningen är att successivt utveckla automatiserade utvärderingsmodeller. För att undvika jävsituationer bör myndigheters (inklusive kommuner och regioner) egna analysavdelningar inte ges rollen som oberoende utvärderare då dessa samtidigt kan vara uppdragsgivare.

För att säkerställa ett gemensamt och transparent kunskapssystem är samverkan mellan utvärderare avgörande. Aktörer som deltar i utvärderingsarbetet ska inte kunna skydda sina analysmetoder under förevändning av företagshemligheter. Alla oberoende utvärderare arbetar därför på direkta kontrakt med preventionsplattformen och alla insikter och analyser tillfaller preventionsplattformen. Om det uppstår problem eller frågor kring analysmetoderna bör Riksrevisionen kunna utses som tillfällig utredare eller inspektör för att granska de metoder som legat till grund för ersättningar.

Gemensam data

Det är viktigt att förstå att data är själva grunden för preventionsplattformen. Själva idén om preventiva insatser bygger på statistiska analyser. Data är inte enbart bra att ha, eller möjligt att lägga till senare, utan är en helt avgörande integrativ del av en preventionsplattform. Som vanligt är det inte de tekniska svårigheterna särskilt utmanande utan det är den väldigt rigorösa svenska lagstiftningen som bygger på att data kan möjligen få användas, men endast inom respektive stuprör. Själva preventionstanken bygger ofta på att åtgärder och effekter finns i olika stuprör, och det är ofta därför som prevention inte kommer till stånd i en samhällsekonomisk effektiv utsträckning.

Den föreslagna preventionsplattformen har potential att generera en omfattande och värdefull mängd data som kan bidra till både förbättrad folkhälsa och ökad kunskap om effektiva interventioner. Data är en central komponent i preventionsplattformens framgång, vilket gör det avgörande att redan från start utforma en modell som integrerar alla aktörer, interventioner och resultat i en gemensam, sömlös infrastruktur. Denna infrastruktur måste möjliggöra effektiv datadelning och analys, samtidigt som den garanterar högsta möjliga skydd för prepatienternas integritet.

Datainfrastrukturen

Datainfrastrukturen inom preventionsplattformen kommer att vara avgörande för att säkerställa att ersättningssystemet är transparent och att de samhällsekonomiska värdena av plattformens insatser förverkligas på bästa sätt. För att uppnå detta krävs en betydande investering i infrastrukturen redan från början. Därför är det motiverat att en viss andel av preventionsprogrammens investeringsutrymme avsätts för att bygga och förvalta denna datainfrastruktur.

En av Preventionsplattformens mest kritiska uppgifter är att säkerställa att datainfrastrukturen fungerar som ett centralt nav för hela verksamheten, där aktörer, interventioner och resultat kopplas samman och blir tillgängliga på individnivå. Denna infrastruktur är avgörande för att fatta välgrundade beslut och driva processer effektivt. Front-end-produkten, som kopplar samman patienter och utförare, är bara ett verktyg – det verkliga värdet ligger i kvaliteten och tillgängligheten av informationen som ligger till grund för systemets funktion.

Om data är ostrukturerad eller svåråtkomlig, undermineras även de mest avancerade systemen. Däremot, när information är korrekt strukturerad och standardiserad, kan system snabbt

bearbeta data och generera resultat, vilket säkerställer en hög produktivitet och rättvisa i ersättningsmodellen. Att investera i datainfrastrukturen är därför en nödvändighet – inte bara för att skapa en fungerande plattform utan också för att garantera att samhällets resurser används på ett optimalt sätt. Med rätt prioriteringar inom informationshantering kan plattformen långsiktigt bidra till en mer effektiv, transparent och rättvis fördelning av preventiva insatser och deras ekonomiska effekter.

Inspel till ett Preventionskvalitetsregister

Kvalitetsregister är strukturerade, digitala databaser som samlar och följer upp data om vårdens processer, resultat och kvalitet över tid. Registren innehåller kliniskt relevanta uppgifter på individnivå, och används aktivt av vårdgivare och huvudmän för att systematiskt följa, jämföra och förbättra vårdkvaliteten. Kvalitetsregister utgör därmed ett viktigt kunskapsstöd i arbetet med vårdutveckling, patientsäkerhet och evidensbaserad medicin. Registren utgör även betydelsefulla källor för forskning och utvärdering, då data kan användas för analyser av behandlingsmetoder, läkemedelseffektivitet och preventiva insatsers långsiktiga effekter. Statliga myndigheter, såsom Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket, kan också använda kvalitetsregister för att ta fram nationella riktlinjer, utvärdera reformer, följa upp folkhälsosatsningar och stödja nationella strategiska prioriteringar inom vårdområdet. En välutvecklad infrastruktur för kvalitetsregister möjliggör därmed en effektiv samverkan mellan vårdens olika aktörer och stärker möjligheterna till kontinuerligt förbättrad kvalitet och jämlikhet i vården.

Ett preventionskvalitetsregister är ett förslag till ett digitalt register som kontinuerligt samlar in och följer basala hälsodata för patienter med risk för kroniska sjukdomar. Registret kan innehålla grundläggande laboratorievärden såsom blodfetter, blodsocker, blodtryck, vikt, längd, rökvanor och andra relevanta mått direktuppkopplade till laboratorier och vårdgivares journalsystem. Genom digital integration kan data automatiskt överföras till registret utan manuell hantering. Detta möjliggör också automatiska processer där remisser till laboratorieprovtagning läggs digitalt, vilket underlättar för patienten genom att proven tas i patientens närområde samtidigt som informationen direkt överförs till registret. På sikt kan patientens egna insamlade hälsodata från personliga enheter såsom stegräknare, digitala vågar och blodsockermätare integreras med registret för en ännu mer omfattande och realtidsbaserad uppföljning av patienternas hälsoutveckling. Denna kombination av kliniska data och patientrapporterade hälsovärden bidrar till bättre underlag för både individuell prevention och uppföljning på befolkningsnivå samt kan stärka patientens egenvård och medverkan i sin hälsoresa.

Mötesplatsen

Den front-end-produkt som ska koppla samman patienter och utförare kommer att vara en central del av preventionsplattformens framgång. Den ska göra det enkelt för prepatienter att få tillgång till preventionsprogram och välja utförare utifrån sina behov. Men det är avgörande att förstå att front-end-produkten endast är ett verktyg – det verkliga värdet ligger i den bakomliggande datainfrastrukturen. Även om själva gränssnittet kan bytas eller uppgraderas, måste infrastrukturen byggas för långsiktig stabilitet och tillförlitlighet och utifrån principer om öppna API:er för att inte låsa miljön till en specifik leverantör.

Techjättar som Apple och Google har satt standarden för intuitiva och användarvänliga gränssnitt, som exempelvis hjälper användare att enkelt navigera och välja rätt app. Denna användarupplevelse bör också vara visionen för preventionsplattformen. Prepatienterna ska intuitivt kunna välja utförare baserat på kvalitet, rating och filtreringar, exempelvis program på distans, fysiska program, AI- eller mänskliga coacher, språkval och erbjuda uppläsning för synskadade. Ett enkelt och användarvänligt gränssnitt ökar tillgängligheten och säkerställer att ingen utestängs från programmen på grund av tekniska hinder. Om en individ kan ladda ner en privat app till sin mobiltelefon ska samma enkelhet erbjudas i ett statligt sanktionerat preventionsprogram.

Det är dock viktigt att erkänna att företag som Google och Apple har resurser och en innovationskraft som vida överstiger de flesta statliga initiativ. Deras årsomsättningar är två till tre gånger större än den svenska statsbudgeten[49], vilket ger dem förmågan att rekrytera världens främsta innovatörer och utvecklare. En svensk preventionsplattform har inte samma resurser. Samtidigt har tekniken gjort enorma framsteg sedan dessa företag byggde sina plattformar, och det är idag inte tekniken eller ekonomin som är den största utmaningen – det är ambitionen och viljan från statens sida att leverera intuitiva och högkvalitativa tekniska lösningar till sina medborgare. Dock har offentligt finansierad verksamhet gång på gång misslyckats i detta uppdrag exempelvis skolplattformen, digitala nationella prov, hälsa för mig etc...

Det är därför viktigt att inte ge uppdraget att utveckla en ny front-end till en statlig myndighet, utan låta den kommande aktören vara ansvarig. Detta är även ett projekt som lämpar sig väl att att organisera det som ett open-source projekt där olika delar av ett community kan bidra.

Forskare

Forskare är inte en del av själva preventionsplattformen eller dess ersättningsmodell, men ska ges fri och enkel tillgång till anonymiserad data för att långsiktigt analysera och beräkna kausala effekter av olika insatser. Datamängden ska betraktas som ett öppet register, sammankopplat på mikrodatanivå, som tjänar som en unik resurs för att utvärdera och förbättra preventionsåtgärder. Användare bestämmer själva genom informerat samtycke om de vill donera data till forskning.

Den långsiktiga visionen är att skapa en forskningsportal som möjliggör enkel dataåtkomst och stöder avancerade sammanlänkningar till alla aktörer, interventioner och ersättningsnivåer, men initialt ligger fokus på att bygga den grundläggande datainfrastrukturen. I den första fasen behöver preventionsplattformen verksamhet prioritera att utveckla en användarvänlig plattform som kopplar samman prepatienter och utförare på ett smidigt och transparent sätt, samtidigt som datainsamlingen struktureras och kvalitetssäkras. När datamängderna är tillräckligt omfattande för att kunna tjäna som forskningsunderlag och den tekniska infrastrukturen är etablerad, kan forskningsportalen utvecklas för att stärka den vetenskapliga nyttan av preventionsplattformen.

[49] Den svenska statsbudgeten för 2024 ligger på cirka 1 400 miljarder kronor (motsvarande ungefär 130 miljarder USD). Som jämförelse hade Alphabet (Google) en årsomsättning på cirka 282 miljarder USD och Apple på cirka 394 miljarder USD under 2022. Detta innebär att Googles omsättning är mer än dubbelt så stor som den svenska statsbudgeten, medan Apples omsättning nästan är tre gånger större.

Forskares insatser kommer att vara avgörande för att långsiktigt identifiera kausala samband och förstå vilka preventionsåtgärder och interventioner som fungerar bäst för olika individer och varför. För att säkerställa detta bör preventionsplattformen ställa som krav att forskare som använder dess data också återkopplar sina insikter till preventionsplattformen och utvärderingsmodellen. Återkopplingen ska bidra till att ständigt förbättra och förfina ersättningsmodellerna, vilket gör att framtida preventiva insatser baseras på gedigen vetenskaplig kunskap. Detta skapar ett cykliskt lärande där forskningsresultat leder till förbättrade åtgärder och ersättningssystem. Genom att integrera forskningsresultaten i preventionsplattformen arbete kan vi inte bara skapa bättre preventionsprogram utan också lägga grunden för ett framtida preventionssystem som bygger på data och evidens.

Appendix 1: Andra case som man kan använda

Det är viktigt att den nationella infrastrukturen för prevention byggs upp etappvis och med skalbarhet i fokus. En fullskalig preventionsinfrastruktur är komplex, särskilt vad gäller datahantering och utfallsmetodik, vilket gör det varken praktiskt eller strategiskt möjligt att etablera allt samtidigt. Genom att stegvis introducera nya projekt kan man successivt bygga ut olika delar av infrastrukturen utifrån faktiska behov och lärdomar från tidigare insatser. På så sätt kan varje nytt projekt både erbjuda befolkningen tillgång till preventiva program och samtidigt bidra till vidareutvecklingen av infrastrukturen. Nedan ges exempel på områden där preventionsinfrastrukturen kan generera stora förändringar och där även preventionsinfrastrukturen kan utvecklas vidare:

- **Läskunnighet hos barn:** Erfarenheter från den lokala modellen i Härnösand kan användas och vidareutvecklas för att på sikt fungera som ett nationellt program riktat till barn med störst behov för. Ett nationellt program inom läskunnighet kräver samverkan mot skolor och eventuellt andra aktörer som erbjuder olika former av lässtöd.
- **Obesitas:** Programmet kan riktas till olika målgrupper, exempelvis barn, vuxna i specifika åldersspann eller äldre inom särskilt boende och hemtjänst. Diagnosen har tydliga inklusions- och exklusionskriterier, såsom BMI, vikt och midjemått, vilket möjliggör en relativt enkel utformning av ersättningsmodeller. Med tanke på läkemedelsutvecklingen inom området finns möjlighet att inkludera läkemedel som indikation eller att använda läkemedel som kontrollgrupp.
- **Fysisk inaktivitet:** Programmet kan införas brett i befolkningen eller riktat till specifika grupper. Digitala verktyg såsom mobiltelefoner och aktivitetsmätare möjliggör enkel datainsamling, och programmet kan fokusera på integrationer med tredje part. Dessutom öppnar detta för samverkan med civilsamhället, exempelvis idrottsföreningar och ideella organisationer, som idag inte är kopplade till ersättningssystem för prevention.
- **Ensamhet:** Ett program mot ensamhet kan utformas brett för hela befolkningen eller riktas specifikt till särskilt utsatta grupper. För att mäta utfall krävs att infrastrukturen möjliggör insamling av individers egenrapporterade data på ett strukturerat, tillförlitligt och jämförbart sätt. Denna typ av program öppnar också för samverkan med civilsamhället och frivilligorganisationer inom en mycket bred tillämpning.
- **Psykisk ohälsa:** Ett preventionsprogram för psykisk hälsa kan anpassas efter olika målgrupper och svårighetsgrader. Eftersom diagnossystemet för psykisk ohälsa för närvarande genomgår en omstrukturering[50] är det särskilt viktigt med tydliga inklusionskriterier, objektiva och mätbara utfallsmått samt insamling av data om samtidig läkemedelsanvändning. Ett brett program idag riskerar dock att leda till omfattande metoddiskussioner som riskerar att överskugga fokus på faktiska resultat. Det kan därför vara strategiskt mer framkomligt att inkludera primära eller sekundära mått på psykisk hälsa inom andra, mer avgränsade preventionsprogram – exempelvis i satsningar kopplade till sömn, vikt, fysisk aktivitet eller liknande, såsom gjordes i diabetesprogrammet i Region Stockholm.

[50] Till exempel kommer ca 20 000 individer som årligen sjukskrivs med utmattningsdepression att få förändrad diagnoskod då ICD-11 implementeras.

- **Tobaksavvänjning:** Sekundärpreventiva program kan med fördel baseras på evidensbaserade metoder. En större utmaning uppstår vid utformningen av primärpreventiva insatser, där det kan vara svårt att definiera tillräckligt tydliga inklusions- och exklusionskriterier samt robusta utfallsmått.
- **Sömnproblem:** Program kan införas brett i befolkningen eller riktat till specifika grupper. Digitala verktyg såsom sömnmätare och digitala verktyg kan ge objektiva mått på sömnkvalitet och följsamhet till behandling, och programmet kan fokusera på integrationer med tredje part.
- **Hälsosam kost och näring:** Program för att främja bättre matvanor, särskilt hos riskgrupper såsom barn, äldre och individer med metabola riskfaktorer. Program kan inkludera digitala matdagböcker, subventionerade hälsosamma livsmedel eller utbildningsprogram i skolor och vårdinrättningar. Program kan fokusera på olika aktörer samt integrationer med tredje part.
- **Långvarig smärta och kroniska sjukdomar:** Program kan riktas till personer med kroniska smärttillstånd, såsom fibromyalgi eller långvarig ryggsmärta. Insatserna kan vara mångfacetterade och genomföras av olika typer av utförare – från fysisk aktivitet och psykologiskt stöd till multidisciplinära behandlingsinsatser – med syfte att minska sjukskrivningar och förbättra livskvaliteten. En central aspekt för programdesignen är att utfallsmåtten bör ta sin utgångspunkt i individens egna mål, exempelvis att kunna leka med sina barn i en lekpark, gå en viss sträcka utan smärta, återuppta en fritidsaktivitet eller uppnå andra funktionella förbättringar som definieras av patienten själv – vilket ytterligare skulle utveckla preventionsinfrastrukturen om individen själv sätter målvärdet.
- **Fallprevention för äldre:** Fallolyckor bland äldre är ett väldefinierat problemområde med god tillgång till longitudinella data, eftersom kommuner redan idag rapporterar fallrelaterade akutinläggningar inom ramen för öppna jämförelser. Därtill finns stora samhällsekonomiska besparingar redan kalkylerade för ersättningsnivåer. Ett preventionsprogram kan omfatta realtids-screening av fallrisk, individanpassad balans- och styrketräning samt individuella åtgärder för att anpassa hemmiljön. Program kan riktas till personer med kommunal hemtjänst eller som bor i särskilt boende, och integrera tekniska lösningar såsom sensorer eller system som redan finns integrerade i många äldres smarta telefoner.
- **Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) hos barn och unga:** Program för att identifiera och stödja barn med ADHD och autism tidigt genom digitala screeningverktyg, pedagogiskt stöd och ett tydligt fokus på att förbättra samverkan mellan förskola eller skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård.
- **Demensprevention:** Programmet kan med fördel bygga på den evidensbaserade FINGER-studien (Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability), ledd av professor Miia Kivipelto vid Karolinska Institutet. Studien visade att en strukturerad livsstilsintervention signifikant förbättrade den kognitiva funktionen hos äldre i riskzon, jämfört med kontrollgrupper som enbart fick allmän hälsorådgivning. Genom att etablera ett nationellt preventionsprogram inspirerat av denna modell har Sverige möjlighet att ta ett ledarskap i demensprevention. Program skulle kunna fungera som ett åldersanpassat komplement till framgångsrika strukturer som

barnavårdscentralerna (BVC) och mödravården (MVC), men med fokus på äldres hälsa och livskvalitet.

- **Postcovid-rehabilitering:** Program för individer med långvariga symtom efter covid-19 (eller annan diagnos), där fokus ligger på fysisk återhämtning, kognitiv träning och stöd för att återgå till arbetslivet. Digitala uppföljningar och interdisciplinära vårdteam kan användas för att optimera insatserna.

Appendix 2: Hur beräkna besparingar till följd av återgång till normoglykemi?

För att beräkna besparingar knutna till uppskjuten diabetesdebut behöver vi veta dels när individer insjuknar med och utan ett preventionsprogram samt hur mycket en person som insjuknar kommer att kosta.

I en nordisk prediabetespopulation är den årliga risken att utveckla diabetes ungefär 5 procent I referensfallet (ingen prevention) kommer alltså 5 procent av de patienter som i nuläget har prediabetes att utveckla diabetes varje år. Vi utgår i analysen från att det är gruppen med prediabetes idag som kan utgöra målet för interventionen och bortser därför i beräkningarna från att nya personer med prediabetes tillkommer över tid. Personer som under preventionsprogrammet återgår till normoglykemi har inte längre någon risk att utveckla diabetes – om de inte återgår till prediabetes först. Vi antar att en av fem normoglykemiska patienter kommer återgå till prediabetes varje år. Dessa patienter har sedan samma risk att utveckla diabetes som andra individer med prediabetes under kommande år.

Kostnaden för diabetes ökar över tid i takt med att komplikationer uppstår (själva behandlingen av diabetes i sig är inte särskilt kostsam). För att uppskatta de totala kostnaderna för en individ som utvecklar diabetes har vi använt ECHO-T2DM, en validerad modell som använts vid analys av nya läkemedel i många länder. Modellen har uppdaterats med aktuella data från Sverige avseende kostnaden associerad med komplikationer. Nuvärdet av alla kostnader har beräknats med en diskonteringsränta på 3 procent (i enlighet med rekommendationerna för hälsoekonomiska utvärderingar publicerade av Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket, TLV). För varje person som utvecklar diabetes i de två scenarierna allokerar vi alltså nuvärdet av diabeteskostnaden. Vi kan på så sätt beräkna besparingen genom att jämföra totalkostnaden i de två grupperna.