



www.iffs.se

Anders Ekholm
Senior rådgivare

Svensk politik och förvaltning:

Är helt besatt av struktur och process

Sällan på utfall

Sällsynt med lärande & feedbackloopar

Överdrivet jämlikhetsfokus

Allmänna förbud mot innovation och
dataanvändning (Legalitetsprincipen, OSL &
GDPR)

**Vad vi egentligen vill ha är en mer datadriven,
pragmatisk och innovativ verksamhet**



Prevention

- Livsstilsfaktorer bakom mellan 30-70 procent av kronisk sjukdom
- Vi har en rad ambitiösa och framgångsrika preventionsprogram: MVC, BVC & Vacciner, det görs mycket i sjukvården men inte tillräckligt med sekundärprevention
- Rätt designade och fokuserade kan vi spara mycket lidande & pengar
- Men vi gör det inte...



Varför?

- Wrong pocket problem?
- Puckelfinansiering: Verksamheten måste betalas samtidigt med investering och utveckling av nya sätt att arbeta?
- Legalt (& metodik) svårt med utfallsdata?
- Oerhörd övertro på reglering, riktlinjer och organisation?
- Primärvården upptagen med annat (bla prevention)
- Kompakt ointresse av resultat/Utfall?



Utfallskontrakt kan (rätt designat) råda bot på detta

- De som gör besparingar i framtiden får betala för det (i framtiden)
- Modell för externt kapital för puckelfinansiering
- Dock fortfarande problem med data: Legalt och metodik
- Inga resurser från primärvården
- Inget som helst fokus på reglering, riktlinjer och organisation
- Endast pragmatiskt fokus på utfall!
- Vi skiter i hur det uppnås!

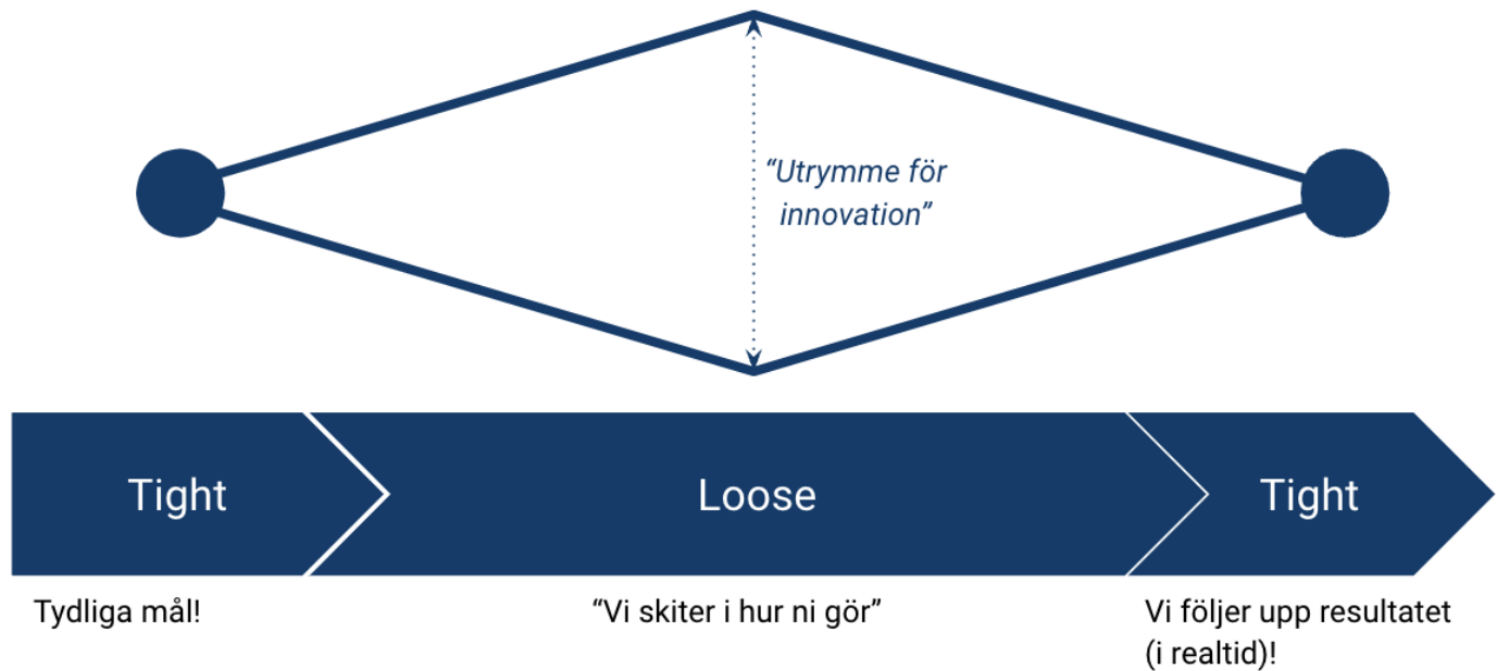
I princip inversen på svensk förvaltningskultur!



Ohälsa är ett komplext fenomen

Komplexa fenomen styrs bäst enligt principen Tight-Loose-Tight

Tight-Loose-Tight



Puckelfinansiering och långsiktiga effekter

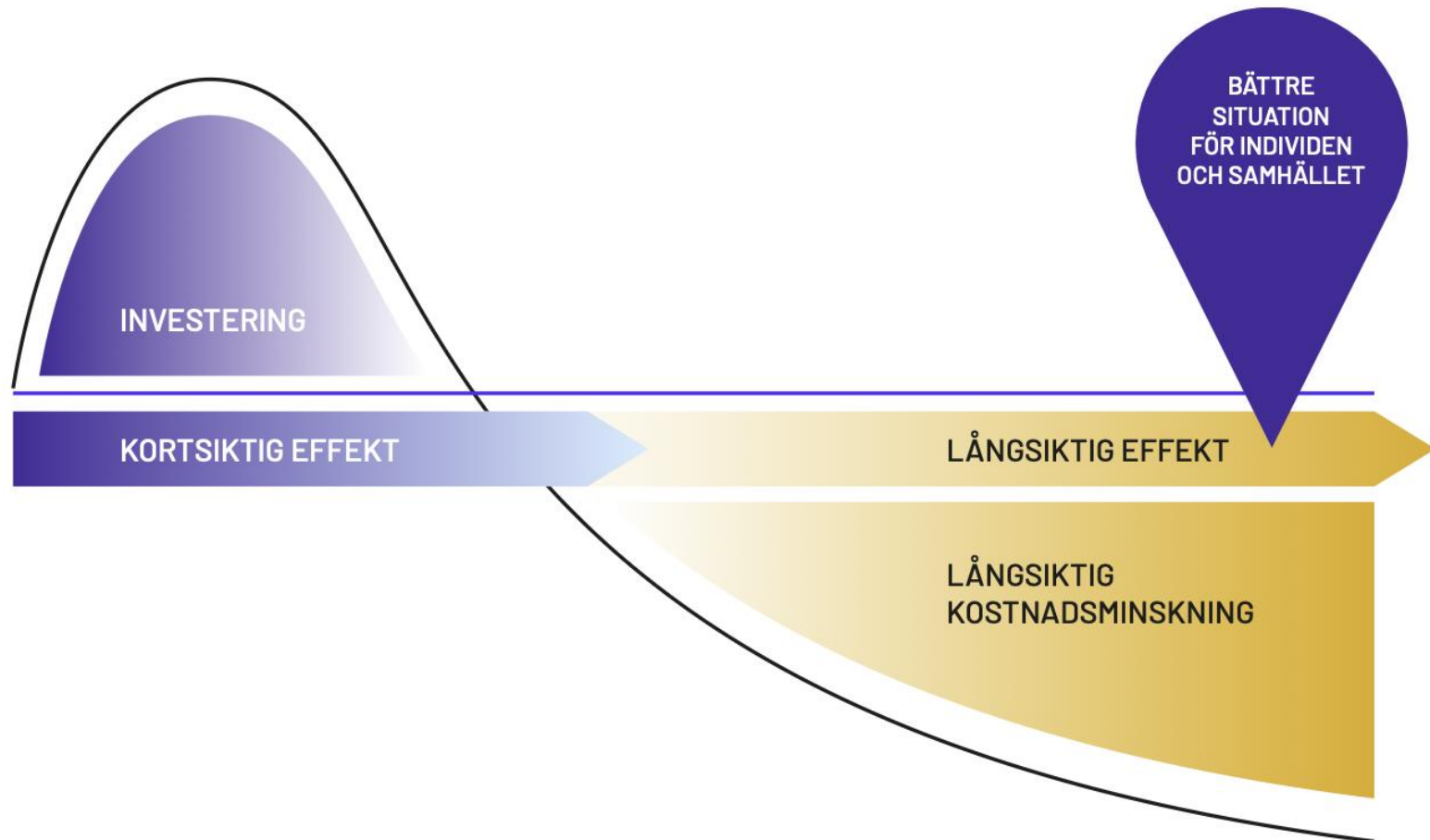


Illustration: SKR, Uppdrag Psykisk Hälsa



Hur utfallskontrakt fungerar

1. Ett utfallsmål beskrivs och operationaliseras med kvantitativa krav på förbättring
2. Aktörer som tror sig kunna genomföra insatser för att uppnå dessa mål identifieras, eventuellt skrivs kontrakt med dem om förutsättningarna
3. Individer med risk för ohälsa selekteras ut (tex av vårdcentral)
4. På en marknad eller plattform kan sedan dessa berättigade personer möta och välja utförare av stödtjänster (tex hälsocoach, företagshälsovården, Apoteken, Friskis & Sveltis, Blodtrycksdoktor osv)
5. I slutet av en i förväg definierad period följs så personens värden upp
6. Om de definierade tröskelnivåerna har uppnåtts, faller en ersättning för insatsen inklusive en ränta ut till utföraren

Beskrivning av
utfallsmål

Kontrakt med
aktörer

Individer med
risk identifieras

Individuella
insatser utförs

Utvärdering av
resultat

Minskade
kostnader i
verksamheten

Ersättning
utbetalas till
utföraren



Exemplet Prediabetes: Förebyggande Framtid

Finansierat av Swelife/Vinnova

Rapport finns på institutet för Framtidsstudier



Anders Ekholm
Senior rådgivare

anders@ekholm.nu

Anders är nationalekonom och före detta vVD och numera senior rådgivare på institutet för framtidsstudier, och har en bred erfarenhet från Regeringskansliet där han arbetat med kvantitativ nationalekonomi och har bland annat varit analyschef på Socialdepartementet men även arbetat på Finansdepartementet, Arbetsmarknadsdepartementet och Utbildningsdepartementet. Han har bland annat arbetat med utveckling av och analyser med mikrosimuleringsmodeller, bland annat med demografi, hälsa, arbetsmarknad, utbildning, skatter och transfereringar. Anders har även arbetat som IT-projektledare, tex för att utveckla det system som staten budgeterar, distribuerar och följer upp statsbudgeten. Anders har suttit i olika styrelser för vård och omsorg, AI-start-ups, samt varit ordförande i Storstockholms diabetesförening. Han är även en ofta anlitad rådgivare och talare för inspiration och nya lösningar inom olika samhällssektorer. Anders har även publicerat en rad rapporter, kapitel och artiklar om digitalisering och styrning av offentliga verksamheter.



Ina Caesar
PhD

ina.caesar@gmail.com

Ina Caesar har arbetat som hjärnforskare i ungefär tio år, både i Sverige och i New York City. Hon har varit med och startat eller drivit ett flertal forsknings- och entreprenörskapsorganisationer samt suttit i olika styrelser och varit med och drivit och utvecklat doktorandskolor, juniora forskningsprogram och digitala plattformar. Under coronapandemin ledde Ina ett Regeringsuppdrag om datadrivna analyser och implementering av förändrade arbetsmetoder på Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Nu arbetar hon med forskningsstudier om optimal reglering i komplexa system samt olika former av digitaliseringsutveckling av främst vården och omsorgen.



Peter Lindgren
VD, PhD, professor

peter.lindgren@ihe.se

Peter är från början civilingenjör i datateknik (KTH) men intresserade sig tidigt för tillämpningar inom hälsoekonomi vilket resulterade i ett doktorat vid Karolinska Institutet med fokus på hälsoekonomiska aspekter av prevention inom hjärt- kärlområdet och diabetes. Han har varit verksam i ledande roller inom såväl konsult- som FoU-verksamhet, hela tiden med en fot i forskarvärlden. Han har mer än 20 års erfarenhet av svenska och internationella hälsoekonomiska studier inom flera olika områden publicerade i fler än 100 vetenskapliga artiklar – ett särskilt intresse har varit ersättningsprinciper inom läkemedelsområdet och sjukvården brett. Idag är han VD vid IHE samt adjungerad professor i hälsoekonomi vid Karolinska Institutet.



Uppskjuten diabetesdiagnos ger samhällsbesparingar

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 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

En preventionsmiljard är en lämplig start för att minska den ekonomiska och mänskliga bördan av typ 2-diabetes i Sverige

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



Införandeprogrammets design (inklusion)

– Fokus på individer från särskilt utsatta områden

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 **individer från särskilt utsatta områden* förtur till programmet**, 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 (i linje med befolkningen i stort) motsvarar det omkring **30 000 personer**.

Antal individer som maximalt kan rekryteras: 30 000 individer

Rekryteringen stänger vid 30 000 individer eller senast 12 månader efter projektstart. Förtur gäller endast under de första 6 månaderna. Utföraren ansvarar för rekryteringen.

Inklusionskriterier 12 månader:

- FINDRISC score ≥ 13 (screening för blodprov)
- Blodprov: HbA1c mellan 42-47 mmol/mol
- Informerat samtycke till datadelning mellan lab, utvärderare och utförare

Förtur (första sex månaderna) till programmet skall ges till:

- Personer som är skrivna på postnummer i särskilt utsatta områden
- BMI > 25
- Ålder: 20-60 år

*Individer som är skrivna på postnummer från dessa områden



Stora samhällsbesparingar även vid låg måluppfyllelse

Population: 30 000 personer med prediabetes

- Då ersättningen är direkt kopplat till utfallet är det inte säkert att hela bemyndigandet kommer att utbetalas
- Även låg måluppfyllelse ger stora samhällsbesparingar
- Den ekonomiska modellen finansierar även delar av infrastrukturen vid full måluppfyllelse (resterande 13 miljoner SEK)

Måluppfyllelse (%)	Direkta kostnader	Indirekta kostnader	Försäkringskassan	Total ersättning
30	699 000 000 SEK	1 351 000 000 SEK	746 000 000 SEK	282 000 000 SEK
50	992 000 000 SEK	1 918 000 000 SEK	1 058 000 000 SEK	564 000 000 SEK
80	1 419 000 000 SEK	2 743 000 000 SEK	1 513 000 000 SEK	987 000 000 SEK
100	1 888 000 000 SEK	3 650 000 000 SEK	2 014 000 000 SEK	987 000 000 SEK

Även låg måluppfyllelse motiverar en preventionsmiljard – men fokus är att bygga infrastrukturen för långsiktiga satsningar



Ersättningsmodell: 47 000 kr / lyckad prepatient

– Utfallsmåttet är det enda som ersättningen baseras på

Utfallsmått:

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

Löpande uppföljningsmått (HbA1c, Blodfetter, Kolesterol, BMI, FINDRISC score) tas minst var tredje månad i programmet. Prepatienter som inte lämnar löpande uppföljningsdata exkluderas från programmet.

Detaljer:

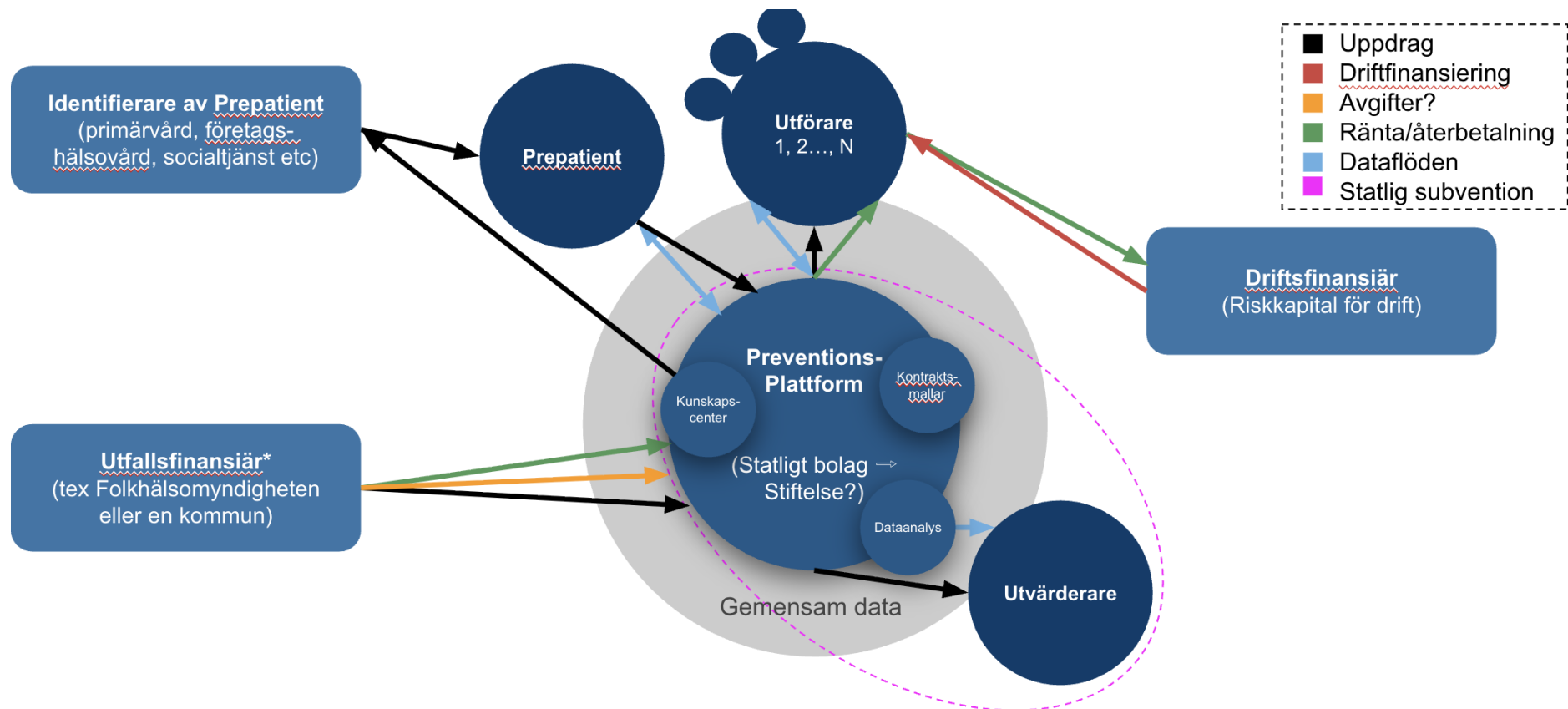
- Uppföljningsmätning skall i införandeprogrammet bekostas via utvärderarens budget efter beslut om inkludering.
- Prepatienter som hoppar av programmet efter att de har fått sina grundvärden registrerade (utfallsmått för T=0) kommer att räknas som ej uppfyllt utfall (Prepatienter som avlider under programmets gång exkluderas däremot i utvärderingen)
- Det är prepatienten som väljer utförare och utförare får inte neka en prepatient att anslutas till deras program
- Prepatienten får fritt byta utförare under de första 18 månaderna
- 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.

Inklusion sker enbart om individen uppfyller inklusionskriteriet för prediabetes (baserat på blodprov), och ersättning utgår enbart om individen uppnår det definierade målet

*Individer som är skrivna på postnummer från dessa områden



Den slutliga modellen



* OBS Term ändrad från i Slutrapporten

Forskare – kan använda data för att långsiktigt beräkna kausala effekter. Ingår inte i ersättningsmodellen.

Utfallskontrakt är väl beprövat

– Men i Sverige går utvecklingen och spridningen långsamt

Några exempel:

- **Norrköping:** Team Nystart var Sveriges första sociala utfallskontrakt, en satsning som prövade ett nytt arbetssätt för att stödja placerade barn och unga
- **Hässelby-Vällingby:** Utfallskontrakt i samarbete med fem civilsamhällesorganisationer för att förebygga kriminalitet och missbruk bland barn och unga
- **Region Stockholm:** Utfallskontrakt för att undvika att personer med prediabetes utvecklar typ-2 diabetes
- **Region Uppsala:** Har ett pågående projekt som syftar till tidig upptäckt och behandling av högt blodtryck för att förhindra allvarliga hjärt-kärlsjukdomar
- **Botkyrka kommun:** Utfallskontrakt med syfte att minska korttidssjukfrånvaron och skapa en mer hälsofrämjande arbetsmiljö

Internationellt är utfallskontrakt betydligt vanligare. Till exempel Storbritannien har genomfört ett stort antal utfallskontrakt, särskilt inom sociala insatser, som ofta visat goda resultat. Erfarenheterna därifrån visar att tydliga mål, oberoende mätning och flexibilitet i genomförandet kan ge både bättre resultat och ökad kostnadseffektivitet.



Svårigheten ligger inte i att hitta nya idéer, utan att lämna de gamla
John Maynard Keynes

Tack!

www.regeringen.se Den ljusnande framtid är vård

www.regeringen.se Empati och High tech

www.iffs.se När vården blir IT

www.iffs.se/bortom_it

www.IFFS.se Människan och maskinen

Youtube: Omsorg om framtiden

Förbjuden Framtid; den digitala kommunen

Genväg till Nära Vård. Förändrade resultat kräver förändrat arbetssätt

Förlamad förvaltning. Om digitaliseringsmisslyckandet och dess lösning

Förebyggande framtid. Nationell struktur för prevention

Den Dumma Digitaliseringen, Vårdförbundet





www.iffs.se