



Enkla lösningar, svåra val

Förebyggande hälsa – en
ny marknad eller nästa
stora reformområde?

TEXT: MARCO MORNER
PUBLICERAD: 2018-06-28

Innehåll

1. Författarnoteringar	3
2. Sammanfattning	4
3. Förord	5
4. Process och metod	6
4.1. Workshops och intervjuer	6
5. Omvärldsläget	7
5.1. En perfekt trendstorm	8
5.1.1. Digitaliserings- och databoost	8
5.1.2. Pressade offentliga finanser söker hållbara lösningar	9
5.1.3. En öppnare offentlighet	11
5.1.4. Demografisk makeover	11
5.1.5. Ökat individperspektiv och ökade skillnader	12
5.2. Det förebyggande hälsoområdet	12
5.2.1. Medborgare och kunder	14
6. Analys	15
6.1. Utmaningar	15
6.2. Möjligheter	17
6.3. Kommentar	18
6.4. Vad uttrycker behovsdefinitionen?	21
6.4.1. Det offentliga åtagandet	22
6.4.2. Finansiering	23
6.4.3. Politikens roll	24
7. Vägval	25
7.1. Ett ungefärligt upplägg	26
8. Ett möjligt nästa steg	28
8.1. Utgångspunkter	28
8.2. Innovationsspår	29
8.3. Process	29
8.4. Alternativ	30
9. Appendix:	32

Författarnoteringar

Denna rapport har sammanställts för Swelifes strategiska projekt *Förebyggande hälsa – håller det på att utvecklas en ny samhällsnyttig marknad? Analys av aktörer, frågor/områden, scenarier, strategiska vägval och samverkan* (Engelsk projekttitel: *Preventive Health – is there an upcoming market promoting social impact evolving in Sweden? Analysis of stakeholders, problems in focus, strategic crossroads and interplay*). Projektet har finansierats av Vinnova jämte projektpartner.¹ Rapporten bygger på workshops och intervjuer under januari–juni 2018. Synpunkter och kommentarer på texten välkomnas och adresseras marco@krealys.se

Nyckelord: hälsa, förebyggande hälsa, prevention, hälsofrämjande, hälsopolitik, hälsomarknad, innovation, life science, styrning, aktörskap

¹ Projektpartner är Coala Life, Folkhälsomyndigheten, KTH Life Science Technology Platform, Life Gene, Länsförsäkringar, Min Doktor, MSD, RISE (Research Institutes of Sweden) och Unionen.

Sammanfattning

Snabb medicinsk och teknisk utveckling genom digitalisering och nya medievanor ger direkt och enkel tillgång till individ. Detta tillsammans med att det förebyggande området omsätter mycket stora resurser gör det intressant för innovation och entreprenörskap.

De nya hälsoprodukter och -tjänster som skapas har ofta affärsmodeller som baseras på tillgång till persondata och ambitionen att kunna mäta hälsoutfall på individnivå.

Kombinationen konsumtionslogik och mätbar effekt genom ny teknik och digitalisering skapar snabbt stora möjligheter – och utmaningar – och kommer sannolikt att förändra hälsoområdet i grunden.

Hälsa- och sjukvården kommer fr.a. att påverkas genom att det kan bli svårare att dra en tydlig gräns mellan förebyggande hälsoinsatser och vård. En stark drivkraft är vidare hanteringen av framtida utgifter för sjukskrivningar och sjukvård. Givet att ett avgränsat offentligt åtagande är en del av denna hantering, kan det vara av vikt att se hur det förebyggande hälsoområdet utvecklas avseende incitament för ökat individuellt ansvar, och i förlängningen betalningsvilja för delar av utbudet inom hälsoområdet.

Bland utmaningarna finns utformningen av ersättningsmodeller, politikens roll och en påtaglig risk för ojämlikhet i både datatillgång och hälsoutfall mellan socioekonomiska grupper.

Bland möjligheterna finns effektivare insatser och bättre hälsoutfall, ekonomiska vinster och minskade offentliga kostnader samt främjande av innovation, entreprenörskap och Life science.

Eftersom förändringen av det förebyggande hälsoområdet kan få omfattande samhällsliga konsekvenser framför rapporten argument för att ansvariga politiker bör se över det offentliga åtagandet.

Samtliga aktörer med ansvar för förebyggande hälsoarbete kan behöva anpassa sig för att kunna arbeta effektivt i ett system med starkt diversifierat utbud baserat på individuell efterfrågan och med hög tillgänglighet.

Rapporten mynnar ut i ett förslag på en testbädd² med en större kommun som behovsägare och samtliga arbetstagare i kommunen som målgrupp. Fokus skulle kunna ligga på ett hälsosamt arbetsliv och inkludera två innovationsspår: dels synergieffekter mellan insatser på och utanför arbetsplatsen, dels en portfölj av Life science-lösningar som kan utvärderas i testbädden. Målbilden skulle vara att dels hitta en skalbar lösning för att kunna göra behovsinventeringar av förebyggande hälsoinsatser som kan prissättas och upphandlas, dels tydliggöra det förebyggande hälsoområdets behov av nya ersättningsmodeller.

² Här i meningen geografiskt avgränsat område för empirisk studie.

Förord

I Sverige finns det ungefär lika många bilar som vuxna människor. Ändå har vi 5 ggr fler verkstäder än vi har vårdcentraler. Det är uppenbarligen enklare att betala och utföra preventiv service av bilen, än för vår egen hälsa.
Philip Siberg, VD, Coala Life

Det händer otroligt mycket på det förebyggande hälsoområdet.

Delvis beror det på att hälsoområdet överlag, sent om sider och med viss vanda, anpassar sig till de omfattande sociala, medicinska, tekniska och ekonomiska förändringar som skett i Sverige de senaste decennierna. Något som inte alltid är friktionsfritt. Delvis beror det på att förebyggande hälsofrågor idag mer påtagligt påverkar och påverkas av förändringar inom de flesta samhällsområden. Hälsa påverkas därmed också av politiska beslut, vilket har betydelse för debatten om prioriteringar och effekt av insatser.

Men som alltid med stora förändringar är skälen flera och komplexa.

Den tekniska och medicinska utvecklingen bidrar till att individen får alltmer att ta ställning till och konsumera. Vidare skapar effektiva förebyggande insatser möjligheter att omfördela de offentliga resurserna genom minskade kostnader för ohälsa: sjukskrivningar, sjukfrånvaro och vård/rehabilitering.

Sammantaget finns incitament för både befintliga och olika nya aktörer samt ett ökande intresse för utfall och effekt av förebyggande hälsoinsatser. I detta mångfacetterade landskap finns ett behov av överblick. En sådan är avgörande för hållbara, långsiktiga beslut och kloka investeringar.

Det är denna dynamiska utveckling – som också har växande kopplingar till Life Science – som givit Swelife anledning att stötta detta projekt. De, liksom projektpartner, jag själv och alla som varit inblandade och intervjuats i projektet, är förstas intresserade av att förstå vart vi är på väg.

Projektet syftar till att formulera utmaningar och möjligheter, identifiera vägval och ge en första gemensam lägesbild för utvecklingen inom det förebyggande hälsoområdet. Detta är något som intresserade parter förhoppningsvis kan bygga vidare på. I bästa fall kan rapporten bidra till utvecklingen av fungerande samverkansmodeller och en konstruktiv dialog kring förebyggande hälsoarbete.

Rapporten gör inte anspråk på expertis inom folkhälsovetenskap, förebyggande hälsoinsatser och dess terminologi, utan återger hur olika aktörer uppfattar det förebyggande hälsoområdet. Rapporten tar inte ställning till prioriteringar av hälsofrågor. Rapportinnehållet speglar vidare inte författarens åsikter utan återger synpunkter, underlag och kommentarer som delgivits projektet genom alla de som generöst delat med sig av sin tid i intervjuer och workshoppar.

Alla missförstånd och felaktigheter är däremot författarens alldeles egna.

Marco Morner, juni 2018

Process och metod

Föreliggande projektrapport baseras på 31 intervjuer, fyra workshops, analysarbete, branschmässiga och politiska initiativ samt nätverksdialoger.

Projektet startade 1 december 2017 när projektteamet satte ramar, tog fram detaljerad projektplan och process, och avslutades 4 juli 2018 genom en presentation i Almedalen. Projektet presenterade delresultat på Vitalis 2018 i ett seminarium arrangerat av RISE (Research Institutes of Sweden).

Projektteamets analysarbete har under maj och juni 2018 kompletterats med perspektiv från ett mindre urval strategiska samtal med projektpartner (Coala Life, Folkhälsomyndigheten, KTH Life Science Technology Platform, Life Gene, Länsförsäkringar, Min Doktor, MSD, RISE och Unionen), expertis och nyckelpersoner.³

Urval av projektpartner skedde i möten på den hälsopolitiska arenan Livsplats Sverige 2015–2017 där samtliga blivande projektpartner deltagit i seminarier och diskussioner om hur en effektivisering av det förebyggande hälsoarbetet kan ske.

I workshopparna deltog projektpartner, företrädare från politik, regioner/landsting, näringsliv, hälso- och sjukvård och medlemsstyrda idéburna organisationer samt nyckelaktörer.⁴

Projektteamet har analyserat drivkrafter hos olika aktörer och identifierat utmaningar, möjligheter och pekat på möjliga vägval.

Analys av resultaten – med viss tonvikt på policyanalys – utgör underlaget för ett förslag till hur projektpartner liksom andra intressenter kan arbeta vidare för att mer konkret bidra till en utveckling av en ny hälsomarknad med tydlig samhällsnytta eller/och stötta ett större reformarbete.

Workshops och intervjuer

Workshops

Workshop 1: *Analys*. Övergripande lägesbild av det förebyggande hälsoområdet avseende styrning, aktörskap, finansiering, effekt. Diskussion av aktörskap och drivkrafter.

Workshop 2: *Analys*. Samverkan, mätbarhet & uppföljning och processer som kan hantera nya aktörer och teknikförändring – en möjlig strategisk inriktning; Scenariobeskrivning: vart är vi på väg?

Workshop 3: *Strategi*. Vägvalsdiskussion: Modeller för ansvar & finansiering och Utmaningar & möjligheter.

Workshop 4: *Resultat*. Diskussion av slutsatser och budskapsformuleringar.

³ För kort presentation av projektpartner se appendix.

⁴ Se appendix för lista av workshopsdeltagare.

Intervjuer

Intervjuade⁵ valdes ut genom förfrågningar till projektpartner, företrädare från politik, regioner/landsting, näringsliv, myndigheter, intresseorganisationer, hälso- och sjukvård och civilsamhälle med strategin att få en bred samhällelig representation. Intervjuerna var semistrukturerade och anpassades till kända förutsättningar för de intervjuades organisation/verksamhet för att i möjligaste mån fånga upp respektive intervjuobjekts perspektiv. Intervjuernas exakta antal var inte beslutade på förhand utan styrdes till del av innehållslig mättnad.⁶

Omvärldsläget

Ett antal breda samhällstrender får stor effekt på hälsoområdet. Digitalisering och individfokus skapar nya krav på information och bemötande men också komplexare förväntningar hos allmänheten på ”hälsotjänster”. Någon form av hälsoperspektiv – ofta med en ganska organisk syn på möjligheter och hot, rättigheter och skyldigheter – är vanligt förekommande i allt från livsmedel, kläder och accessoarer, sport och fritid, teknik, sociala medier till mycket annat.

En viktig förutsättning för detta är den ständigt växande datamängden jämte möjligheterna att bryta ner analyser på individ- och gruppnivå. Detta stimulerar i sin tur initiativ inom näringslivet som tillsammans med en snabb teknikutveckling möter en efterfrågan som det rådande hälsosystemet ibland inte har möjlighet eller intresse av att erbjuda. Det kan t.ex. röra sig om webbaserade vårdcentraler eller olika digitala applikationer som riktar sig direkt till individer och som – vilket kan få stor betydelse – i allt högre utsträckning grundar eller kommer att grunda sig på god medicinsk forskning.

Det förebyggande hälsoarbetet beräknas omfatta ett mycket stort ekonomiskt värde.⁷ Med insatsområden som spänner över hälso- och sjukvård men också jobbskapande, utbildning och integration lockar därför området till sig innovation och entreprenörskap. Det är ingen slump att så många digitala produkter och tjänster på ett eller annat sätt identifierar hälsoområdet som marknad, eller att Life Science intresserar sig för prevention.

En närliggande fråga är pockande diskussioner om ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården. På detta område pågår ett flertal pilot- och samverkansprojekt i syfte att hitta lösningar som mer effektivt kan premiera resultatbaserade insatser, lösa stuprörspromblematiken i beställarleden, betala efter värde och frigöra innovationskraft samt i förlängningen möjliggöra mer systematiska upphandlingar av förebyggande insatser. I intervjuer och workshops framkommer ibland perspektivet att ett investeringsperspektiv med fokus på effekt – vare sig det är

⁵ Se lista av intervjuade i appendix.

⁶ Intervjuerna följde en s.k. grounded theory approach där intervjuer bygger kunskap till kommande intervjuer och där frågor kan kalibreras under processen. Frågeområden stängs efter hand det inte tillkommer ny substantiell kunskap.

⁷ Se t.ex. ”Hur skapar vi patientbrist?” EY 2016. Summan beror förstås på vad man inkluderar i begreppet förebyggande hälsoinsatser. Givet att det förutom riktade hälsoinsatser också omfattar arbetsmarknads-, utbildnings- och integrationspolitiska insatser jämte den privata hälsoindustrin blir ekonomin betydande.

genom offentligt eller privat kapital – skulle bidra till en professionalisering av insatserna.

Samtidigt finns en stark politisk enighet om samhällsnyttan av ett effektivt förebyggande hälsoarbete. Inom det offentliga diskuteras hur allt från skolan till äldreomsorgen i högre utsträckning kan präglas av ett förebyggande perspektiv.⁸

Hos arbetsmarknadens parter, som redan gör stora insatser för att minska ohälsan i arbetslivet genom företagshälsovård och arbetsmiljöarbete, finns också intressanta diskussioner om hur man skulle kunna skapa synergieffekter mellan insatser på och utanför arbetsplatsen.

Allt detta kan få stor betydelse för hälso- och sjukvårdens framtida finansiering och struktur.

Det finns sammanfattningsvis starka politiska men också ekonomiska skäl – från såväl samhället som näringslivet – att utveckla tjänster, ansvar, roller och finansiering av det förebyggande hälsoarbetet.

I slutänden drivs förnyelsen av det förebyggande hälsoområdet av medborgarna själva som både har rätt till och efterfrågar en god hälsa.

En perfekt trendstorm⁹

Digitaliserings- och databoost

Svenskar är bra på att ta till sig och tillämpa ny digital teknik, något som bidrar till att göra vårt land till en attraktiv testbädd för många globala företag. Den snabba digitala utvecklingen och att alltmer data tillgängliggörs genomsyrar hela samhället och ligger högt på den politiska agendan. Stor digital kapacitet är idag en hygienfaktor för bostäder, arbetsplatser och allt oftare offentliga utrymmen. Vi tar för givet att det mobila nätet ständigt får högre hastighet; bredbandsutbyggnaden intensifieras, distansarbete och webbmöten ökar; jobb automatiseras; både offentliga och privata tjänster digitaliseras och blir allt mer friktionsfria. Internethandeln ökar kraftigt (jämfört med andra länder är Sverige långt fram med digitala betalningar) och skapar tillsammans med sociala media enorma persondata som får allt större betydelse för befintliga och nya affärsmodeller. Vi ser följaktligen nya mönster för inköp, arbetsliv och social samvaro. Förändrade konsumtionsmönster påverkar allt från produktion, distribution och marknadsföring till konsumentmakt, medborgerliga förväntningar och samhällelig tillit – men också människors förväntningar på offentlig service och tjänster, inte minst avseende hälso- och sjukvård.

Erfarenheter från en tjänst i en viss sektor kommer att definiera förväntningarna på helt andra tjänster i en annan sektor. Är det t.ex. lika lätt att ställa in läkarbesöket som det är att avboka bordsbeställningen på restaurangen? Om inte – varför?

⁸ Referenspunkten i rapporten för det offentliga folkhälsoperspektivet är folkhälsopolitiken såsom uttryckt av denna och föregående regeringar, i dagsläget särskilt regeringens proposition 2017/18:249 God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.

⁹ Ref. SOU 2016:89 För digitalisering i tiden; Working paper, Strategienheten, Nina Olsson, Folkhälsomyndigheten 2015; PM Jämlik Hälsa, Strategienheten, Patrik Nylander, Folkhälsomyndigheten 2016.

Den obegränsade och oöverskådliga tillgången till information innebär en mängd positiva saker, men också utmaningar vad gäller trovärdighet, auktoritet och genomslag. Människor söker och hittar svar på många olika håll och identifierar nya auktoriteter för råd och hjälp. Trovärdighet fördelas på fler aktörer, konkurrensen ökar mellan expertis och enskilda budskap får allt mindre utrymme och tid. Dagens långsamma processer för att utveckla och sprida kunskap om hälsofrågor/-insatser, konkurrerar med kontinuerligt uppdaterade data i realtid som ändrar syn på både fakta och insatser.

Tjänster går från att vara producerade för den stora massan till att vara skraddarsyddade för den enskilda individen, s.k. levande tjänster. Molntjänster, Internet of Things,¹⁰ wearables,¹¹ sensorer och nya analysmetoder möjliggör anpassning i realtid efter enskild användare och kontext – och kan förutsäga individuella behov och preferenser. Teknikjättar såsom Facebook och Google samverkar med expertis från läkemedelsindustri, etablerade FoU-enheter och hälsoforskning i tester av nya hälsoapplikationer och i utveckling av wearables.

Datainsamling med hjälp av sensorer innebär att digitala tjänste- och produktleverantörer i framtiden kommer att ha mycket stor kunskap om både enskilda människors och hela befolkningens hälsa, i många fall större än den kunskap som traditionella hälsoaktörer har eller kommer att kunna få, åtminstone genom mer traditionella enkäter m.m. Detta kan på sikt innebära en tydlig förskjutning från invanda offentliga perspektiv till prioriteringar och utbud som bygger på analyser med andra målbilder.

Digitaliseringen kommer, som Digitaliseringskommissionen uttrycker det,¹² att förändra det sociala kontraktet: relationen mellan stat och individ, lagstiftning, institutioner och värderingar. En effekt är att insatser i vård, skola och omsorg kan komma att se mycket olika ut för olika individer. Det kommer påverka hur vi ser på kunskap och frågor som jämlikhet och rättvisa.

Digitalisering, stora mängder nya data och förändrade medievänor gör att vi kan analysera beteende, konsumtion och opinion i realtid och nedbruten till individnivå eller små grupperingar. Det betyder att vi bättre kan se vad människor, vare sig de definieras som medborgare eller kunder, gör och inte bara vad de säger sig göra. Det betyder också att målgruppen i högre utsträckning kan granska både budskap och budbärare.¹³

Pressade offentliga finanser söker hållbara lösningar

Utgifter för sjukvård och sjukskrivningar (men även för omställningsförsäkringar överlag) samt kostnader för produktionsbortfall är alltmer svårhanterliga för kommuner, landsting/regioner och stat.

¹⁰ Vardagsföremål som utbyter data över nätet.

¹¹ Dvs. kroppsnära teknik, e.g., datorbaserad teknik i bärbara produkter som t.ex. kläder och accessoarer.

¹² För digitalisering i tiden, SOU 2016:89

¹³ Det måste i sammanhanget läggas till att vi ännu inte vet vilken betydelse Dataskyddsförordningen GDPR (The General Data Protection Regulation) kommer att få. Hur kommer enskildas rätt till skydd av personuppgifter samspela med en snabbt växande och framgångsrik affärsmodell som bygger på analys av persondata?

Det kommer på sikt att bli allt svårare att finansiera det utbud av hälsotjänster och service som morgondagens medborgare förväntar sig och behöver med offentliga medel. Ersättningssystemen behöver hitta ett fungerande samspel mellan stat, näringsliv och frivilligsektor. För att kunna fortsätta att leverera offentliga tjänster på nuvarande nivå till framtida befolkningar har bl.a. Långtidsutredningen¹⁴ lyft möjligheten med ökad privat finansiering av välfärdstjänster och att omprioriteringar kommer att behöva göras inom de offentligt finansierade välfärdssystemen.

Som komplement till den offentliga finansieringen har man ibland diskuterat investeringar av privat kapital. I ett försök att koppla sådana perspektiv till en svensk kontext har internationella exempel av t.ex. *Profit with purpose* (dvs. att resurser satsas på företag som kan kombinera social och finansiell avkastning på investeringar), eller *Social Impact Bonds (SIB)*, (dvs. att det offentliga betalar för utfall som frivilligsektor utför finansierat av privat kapital, på svenska ibland översatt till sociala utfallskontrakt) lyfts fram.¹⁵

Jämfört med t.ex. Storbritannien, Frankrike och Australien är sociala investeringsfonder ännu nytt i Sverige, även om sociala utfallskontrakt¹⁶ förekommer i flera projekt i kommuner och regioner och man kan skönja ett visst ökande politiskt intresse. Aktörer är bl.a. kommuner, försäkringsbolag, pensionsbolag, banker, privat och offentligt riskkapital, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), RISE och frivilligsektorn.¹⁷ Beroende av engagemang får det offentliga olika roller i ett sådant system.

Sociala utfallskontrakt används än så länge i relativt blygsam skala i Sverige (även internationellt är volymerna ännu små relativt det förebyggande hälsoområdets reella ekonomi). I Sverige bygger mycket av diskussionerna kring effektinvesteringar på önskade förändringar av ersättningsmodellerna och man talar gärna om behovet att bryta stuprören, dvs. att en insats på kommunnivå kan ersättas efter värdet på den effekt insatsen har i en annan nivå, t.ex. landsting eller stat.¹⁸ Sammantaget kan man se dagens utfallskontrakt som tidiga exempel. Framtida finansieringslösningar kan komma att se ut på många olika sätt beroende på kontext.

Idag efterfrågas i grunden ett system med mät- och ersättningsbara insatser som kan fördelas efter värde och nytta/effekt. Målet är att systematiskt kunna upphandla förebyggande hälsa. Hur detta ska göras konkret är en öppen fråga.

En öppnare offentlighet

Offentlig styrning har genom åren genomgått stora förändringar. Statsförvaltningen har decentraliserats och målstyrning dominerar. Nya former av styrning har också

¹⁴ SOU 2015:104, Långtidsutredningen 2015, huvudbetänkande, december 2015

¹⁵ En OECD-rapport från 2015 framhåller att: ... innovative approaches are needed for addressing social (...) challenges. Social impact investment has become increasingly relevant (...) as social challenges have mounted while public funds in many countries are under pressure.

¹⁶ På RISE inrättas under 2018 t.ex. ett Social and Health Impact Center för att främja frågan nationellt.

¹⁷ T.ex. Fryshuset och Stadsmissionen.

¹⁸ Samma situation kan rimligen uppstå inom en kommun, dvs. ett skäl till att upprätta ett socialt utfallskontrakt kan vara att man inte ska låsa sig till budgeten för en viss förvaltning utan vill beakta ett kommunperspektiv.

utvecklats för att hantera exempelvis tvärsektoriella eller horisontella områden. I ökande utsträckning är effektiviteten av myndigheters styrning avhängigt förmågan att samverka med externa aktörer inom andra myndigheter, frivilligsektor men också näringsliv. En styrningsform som brukar betecknas *governance* handlar om att staten i ökande utsträckning styr genom att använda instrument såsom partnerskap, nätverk och andra former av samverkan med aktörer från den offentliga, privata och frivilliga sektorn.

Också internationellt går trenden mot en ökad dialog med olika intressenter under såväl forskningsprocessen/kunskapsproduktionen som i kunskapsöverföring och implementering. Allt fler samhällsaktörer efterfrågar medbestämmande och påverkan på välfärdens produktion, tjänster och servicens utformning.¹⁹

Demografisk makeover

Under de senaste 100 åren har Sverige fått en kraftigt förbättrad folkhälsa, med ökad medellivslängd och en allt större andel äldre i befolkningen. År 2029 beräknas åldersgruppen 75–84 år att vara nästan 60 procent större än idag och vi kommer att ha endast 20 procent av befolkningsökningen i arbetsför ålder. Mellan 1980 och 2005 var 70 procent av befolkningsökningen i arbetsför ålder.²⁰

Förortskommunerna till storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö har en förhållandevis ung åldersstruktur. Äldst åldersstruktur har glesbygdskommunerna.

Andelen av befolkningen som är född utomlands har ökat under lång tid och vid början av 2000-talet var den elva procent av Sveriges folkbokförda befolkning. Idag är närmare två miljoner personer i Sverige födda utomlands. Urbaniseringen fortsätter.²¹ Statistiska centralbyråns regionala prognoser visar att befolkningen i glesbygdskommuner kommer att fortsätta minska sakta men säkert. De större städerna och deras omland växer och nya orter kopplas efterhand samman i regioner.

Befolkningens generella utbildningsnivå blir allt högre. I gruppen 20–69 år har antalet personer med grundskola som högsta utbildningsnivå närapå halverats i absoluta tal under perioden 1990–2012 (från knappt 1,8 miljoner till drygt 0,9 miljoner) och mer än halverats procentuellt sett under samma period (från 33 procent till 15 procent). Samtidigt har gruppen med eftergymnasial utbildning ökat markant (från 20 till 37 procent). Sammansättningen av den allt mindre gruppen med låg utbildningsnivå har förändrats i flera avseenden. Kvinnor skaffar sig högre utbildning i större utsträckning än män. Samtidigt minskar andelen lågutbildade snabbare bland kvinnor än bland män. Gruppen med låg utbildningsnivå består följaktligen i allt högre grad av män. Vidare utgör individer i de yngsta och äldsta åldersgrupperna en allt större del av de lågutbildade. Under perioden 1990–2012

¹⁹ Begrepp som Responsible Research and Innovation, Citizen science, Open science, Stakeholder involvement hörs allt oftare i den allmänna debatten – inte minst i England och USA. Utvecklingen syns också i samhällsplaneringsprocesser där det talas om Co-design vilket betyder att olika intressenter är med och skapar kunskap tillsammans. Det är ett landskap där kommunikation sker genom dialog.

²⁰ Samhällstrender, Sveriges Viktigaste Jobb, <http://www.sverigesviktigastejobb.se/fakta/samhallstrender.2000.html>

²¹ Befolkningspyramiden för Sverige, SCB, http://www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Artiklar/Befolkningspyramiden-har-blivit-ett-torn/

fördubblades slutligen andelen utrikesfödda i gruppen med låg utbildningsnivå.²² 2015 års flyktningkris påverkar dessa siffror uppåt.

Sammantaget har vi aldrig mått bättre, levt längre, varit mer utbildade, mångkulturella och jämställda än idag.

Ökat individperspektiv och ökade skillnader

Enskilda individer har allt större möjligheter att påverka sina liv. Ökade realinkomster, högre utbildningsnivå och tillgång till digitalisering bidrar till att allt fler ställer krav på medbestämmande och egen påverkan på välfärdens tjänster och servicens utformning. Utvecklingen förstärks av att valfriheten har ökat för en mängd olika samhällstjänster vilket kräver engagemang och ställningstagande. Föräldrar ska välja barnens skola och pedagogik. De äldre ska välja utförare av hemtjänst. Vårdcentraler möter allt fler patienter som läst på om olika diagnoser och behandlingsmetoder. Med mobilen kan man till exempel följa sin egen hälsa, och i samspel med den offentliga vården eller privata aktörer få konkreta förslag eller inspiration till hur hälsan kan förbättras, inte minst genom konsumtion av nya varor och tjänster. En del trendbedömare betecknar denna utveckling som ”*the rise of the individual*”.²³

Utvecklingen är i huvudsak positiv men ställer också krav på den enskilde. Det finns alltid risk för en polarisering mellan de som har engagemang och resurser för att tillgodogöra sig de möjligheter som utvecklingen skapar, och de som av olika skäl inte är resursstarka nog, vare sig det gäller kompetens, och/eller socialt och ekonomiskt kapital. Denna utsatta grupp riskerar dessutom att snabbt bli större om inte integreringen av nysvenskar fungerar tillfredsställande. Framtidskommissionen skisserade ett scenario där kombinationen av en teknisk utveckling som i huvudsak kommer välutbildade och välavlönade till del, i kombination med ökade inkomstskillnader, ökad segregering i olika dimensioner och ekonomisk utsatthet i vissa grupper riskerar att förstärka varandra i en negativ spiral.²⁴ Ohälsa är tydligt fördelad efter socioekonomiska faktorer, våra storstadsförorters ohälsotal är t.ex. markant sämre än för övrig befolkning.

Det förebyggande hälsoområdet

Av intervjuer och workshops framträder en bild av att det förebyggande hälsoområdet attraherar aktörer från samtliga samhällssektorer. Offentliga, medlemsstyrda och privata – allt från beställare, utförare och investerare inom hälsoområdet till fackförbund och arbetsgivarorganisationer samt entreprenörer och innovatörer inom skilda verksamheter. Tydliga direkta finansiella intressen har t.ex. företag inom digital och medicinsk teknik, liksom kommuner, företagshälsovård och försäkringsbolag. Aktörer som är viktiga av andra skäl är bl.a. SKL liksom forskning/akademi. Det säger sig självt att det inom denna samling ryms mycket olika affärs- och verksamhetsmål.

²² Från 14 till 32 procent bland kvinnor, från 12 till 23 procent bland män.

²³ Se till exempel <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2014/02/future-state-2030-v3.pdf>

²⁴ DS 2013:3. Framtida utmaningar för social sammanhållning och rättvisa. Delutredning från Framtidskommissionen.

I denna fragmenterade aktörsbild har man generellt liten kännedom om varandra, liten kunskap om förebyggande arbete utanför ens egna direkta område/ verksamhet och förhållandevis liten kunskap om skillnaderna mellan offentlig och privat verksamhetslogik. Inte minst kan näringslivsaktörer ibland ha otillräcklig koll på politiska förutsättningar och ramar som kan vara viktiga att förhålla sig till. Motsatt gäller i varierande grad att politiker ibland har en lite utdaterad omvärldsanalys och/eller en bristande förståelse för, alternativt möjlighet att ta till sig, privata aktörers förutsättningar.

Det förebyggande hälsoområdet definieras överlag pragmatiskt och brett och inbegriper förebyggande åtgärder (primärprevention, sekundärprevention)²⁵, hälsofrämjande insatser och rehab.²⁶ Även om förebyggande hälsoarbete generellt ses som ett viktigt komplement till sjukvården²⁷ – för att minska återbesök t.ex. – upplevs avgränsning i sak eller bransch som onödig. I slutänden definierar respondenterna och workshopdeltagarna folkhälsoarbete som att det som prioriteras ska ge dels effekt genom förbättrad hälsa eller minskad ohälsa och dels lönsamhet. Representanter för näringsliv, men också vissa offentliga företrädare, ser betalningsviljan som en viktig måttstock för värdet av insatserna.

Folkhälsopolitiken är inte djupare känd och uppfattas som tämligen akademisk och abstrakt, styrd av goda föresatser med många målsättningar, i huvudsak insatsstyrd, svår att utvärdera och med oklar finansiering. Folkhälsopolitikens målområden²⁸ upplevs som svåra att förlika med målsättningar som i huvudsak fokuserar på hälsoutfall. Hälsoekonomiska studier upplevs överlag som spekulativa. Samtidigt noteras betydande skillnader mellan prioriteringarna i den statliga folkhälsopolitiken, kommuners och regioners folkhälsoarbete och privata hälsofrämjande produkter och tjänster.

Bland respondenter med god kunskap om frågan dominerar uppfattningen att dagens folkhälsoarbete har mycket låg evidens och att man i bästa fall kan se osäkra effekter. Det finns mycket deskriptiv kunskap men få bekräftade kausalsamband, särskilt påtagliga blir svårigheterna när man väger in socioekonomiska faktorer.²⁹

Kommunerna – som har ett hudsakligt ansvar för frågorna – har ofta dålig överblick av sina förebyggande insatser, vilken effekt de har eller hur de skulle kunna värderas. I praktiken legitimeras offentliga folkhälsoinsatser ofta av breda politiska överenskommelser om satsningar inom årets budget.

Samtliga respondenter är överens om att förebyggande hälsoinsatser kan vara både viktiga och mycket effektiva men att man behöver kunna utvärdera och visa resultat.

²⁵ Primärprevention syftar till att förhindra att sjukdom uppstår; sekundär prevention avser att förhindra upprepning av sjukdom.

²⁶ Att det inte finns tydliga avgränsningar är å andra sidan ganska vanligt. En mycket stor variation av begreppsdefinitioner kan t.ex. skönjas hos hälso- och sjukvårdsansvariga politiker och tjänstemän.

²⁷ T.ex. ses preventiva insatser för redan sjuka som en viktig del, vilket ingår i sjukvården, liksom insatser som kan minska ohälsa bland äldre inom omsorgen.

²⁸ Folkhälsopolitiken har elva målområden: Delaktighet och inflytande i samhället; Ekonomiska och sociala förutsättningar; Barns och ungas uppväxtvillkor; Hälsa i arbetslivet; Miljöer och produkter; Hälsofrämjande hälso- och sjukvård; Skydd mot smittspridning; Sexualitet och reproduktiv hälsa; Fysisk aktivitet; Matvanor och livsmedel; Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel.

²⁹ NB att respondenterna inte menar att förebyggande insatser inte kan vara effektiva.

Det finns en stark tilltro till ny teknik och biomedicinska framsteg. Samtidigt manas till viss försiktighet. Ett argument är att teknikutvecklingen visserligen är omfattande och innovativ och med mycket stor potential, men att den medicinska forskningen fortfarande innehåller stora osäkerheter på individnivå när det gäller kausalsamband. Tekniken är kort uttryckt bättre på att upptäcka än att förklara. Det är med andra ord en bit kvar till dess att de ibland mycket stora löften som utfästs av teknik-, medicinsk och digital utveckling helt kan uppfyllas. Att det kommer att ske inom överskådlig tid råder det dock konsensus om bland intervjuade och i workshops.

Att folkhälsoområdet omsätter många miljarder parat med en uppfattning att det finns stora behov leder till slutsatsen att effektiva insatser borde kunna ersättas. Detta är en viktig för privata aktörer som ser möjligheten att just omfördela offentliga medel efter mätbara värden som grunden för en finansiell modell.

Insatser som diskuteras kokar ofta ner till behov av förändrade levnadsvanor, gärna med socioekonomiska mål. I praktiken talar vi om beteende-/konsumtionsmönster som kopplas till en kraftig ökande tillgång till individdata och till digitalisering, teknik- och medieutveckling. Eftersom prissättning av och handel med persondata utgör en allt vanligare del av många affärsmodeller generellt i samhället, finns intresse från näringslivet som kan se hur förebyggande hälsa kan stimulera affärsutveckling.

Medborgare och kunder

Kundbegreppet är ideologiskt känsligt på hälsoområdet. Frågan ställs om det ens kan finnas en ”ren” kund. Å ena sidan är kunden en realitet inom delar av hälsomarknaden, och de flesta innovationer utgår från att individen gör egna val.³⁰ Å andra sidan har många aktörer (inom alla sektorer och oaktat politiska ståndpunkter) uppfattningen att individer ofta saknar full kunskap om sina hälsobehov. Ur ett sådant perspektiv är egentligen samhället som entitet den enda möjliga kunden.³¹

Man kan hävda att principiellt gäller för både kund och invånare, att den som betalar också borde bestämma vad som är viktigt att prioritera. Invånaren betalar via skatten och är endast med och beslutar prioriteringar mer indirekt via demokratiska processer. Det kunden betalar beslutar hen om mer direkt och påverkar å sin sida utbudet via marknadsmekanismer som efterfrågan och priskänslighet. Kunden måste vidare uppfatta sig som kund. I den meningen finns inte så många kunder på folkhälsoområdet eftersom allmänheten överlag ser bevisligen effektiva förebyggande hälsotjänster som ett huvudsakligen offentligt åtagande. Detta skapar låg privat betalningsvilja och svårare förutsättningar för entreprenörer.

En diskussion är om man ska fokusera på de mest utsatta eller om det är mer effektivt att genomföra generella insatser. En ofta använd jämförelse är att ca 94

³⁰ Projektpartner Coala Life utgör ett pedagogiskt exempel: de har av skäl som faller under beteckningen transaktionskostnader valt att sälja sin produkt – en väl befordrad teknikapplikation för att upptäcka hjärtarytmi – direkt till konsument, utan att passera landstinget.

³¹ Man kan antingen beteckna detta synsätt som paternalistiskt eller tvärtom hävda att samhället måste kompensera olika förutsättningar hos olika individer på hälsoområdet.

procent av befolkningen mår bra och bättre medan resterande sex procent mår dåligt och sämre och behöver allt större resurser.³² Det ska understrykas att det kan finnas starka sociala, medicinska, ekonomiska och kulturella skäl till att alla inte har möjlighet att agera som kunder. Redan friska människor har mycket olika socioekonomiska förutsättningar. Sjuka och riskgrupper har generellt mindre köpkraft och därmed sannolikt mindre möjligheter att formulera behov. Ansvariga politiker behöver förhålla sig till dessa gruppers relation till en individualiserad kund- och datastyrd utveckling. Skillnaden mellan kund och invånare/skattebetalare behöver kompletteras med skillnaden mellan friska och sjuka/riskgrupper.

Frågan är då vem man vänder sig till med förebyggande insatser: vem är målgrupp eller kund? Alla invånare? Riskgrupper? Drabbade grupper (socioekonomi; genetik; missbruk)? På företagsnivå och oftast även på myndighetsnivå, finns goda kund-/målgruppsanalyser baserade på respektive affärs-/verksamhetslogik. Någon övergripande gemensam bild av området är dock svår att urskilja.

Det finns vidare en skillnad mellan att rikta insatser mot friska (ofta uppfattade som "kunder") och att göra det mot sjuka eller riskgrupper (ofta uppfattade som "invånare"). Kund och invånare har förstås olika roller. En kund agerar på en marknad, förfogar över köpkraft och kan formulera sina behov. Invånaren har vissa rättigheter i ett samhälle, kan ha önskemål men har i slutändan överlåtit prioriteringar åt politiken. Kunden är vidare i högre grad en individuell representant i sitt köp av tjänster och produkter som företag erbjuder, emedan invånaren vad gäller prioriteringar, får påverka genom demokratiska, myndighetsstyrda och juridiska processer.

Analys

Utmaningar

I workshops och intervjuer identifieras och formuleras bl.a. följande utmaningar:

- > *Långa tidsperspektiv.* Man jämför med klimatfrågan och pensioner och svårigheterna att översätta engagemang till aktiviteter här och nu. Det är en inneboende konflikt att behöva hantera framtida utmaningar och samtidigt vara lyhörd för behov i samtiden.
- > *Felaktiga politiska beställningar.* Kritiken tycks gå ut på att politiken ibland beställer målbilder och inte utgår från reella hälsobehov, vilket försvårar effektivitet/mätbarhet av utfall. Om det faktiska samhällsbehovet är att minska ohälsa och kostnader för ohälsa, uppfattas den faktiska politiska beställningen till myndigheter och utförare som insatser med normativa målsättningar som de facto inte prioriterar kostnadsminskning och som inte prioriterar hälsoutfall. Ett konkret exempel är målet om jämlikhet som är mycket svårt att mäta effekt av, men som, det ska påpekas, närmast ingen tycker är ett dåligt mål.

³² Ref Tystnaden hos de många, Eva Nilsson Lundmark & Ingvar Nilsson, 2018. De sex procenten anspelar på de ca 600 000 personer som bor i landets ca 180 så kallade utsatta områden.

- > *Kunskapsbrister.* Det saknas systematiska uppföljningar. Insatser har osäkra effekter på hälsoutfallet och det förebyggande hälsoområdet lider överlag av svag evidens, även i frågor där detta kanske skulle vara möjligt att efterfråga.³³ Offentliga kunskapsprocesser är långsamma och har svårt att hantera snabba perspektivförändringar. Det behövs också bättre ekonomiska underlag: idag kan man räkna på kostnader men avkastningen är otydligare. Även om man kan visa att kostnader på ett ställe kan minskas med frigörande av pengar på ett annat, finns stora hinder för att detta ska fungera i praktiken. Konkret kan man inte prissätta insatser.
- > *Risken för ökad ojämlikhet.* En snabbt ökande tillgång till hälsodata för aktiva konsumenter av nya hälso-tjänster, ofta med högre utbildning och inkomst kommer snabbt att kontrastera mot betydligt mindre tillgång till hälsodata för lågutbildade och med lägre inkomst.³⁴ Ju effektivare nya hälso-tjänster och hälso-produkter blir desto mer kommer detta också att gälla hälsoutfall. Vissa upplever också en risk i att förebyggande hälsoinsatser kan komma att ta resurser från sjukvården och att detta kan förvärra en redan ojämlig vård.
- > *Förändringsovilligt system.* Här talas bl.a. om kulturkonflikter, t.ex. när det gäller professionens relation till patienter, liksom en förvaltning som byggt in sig i gamla och utdaterade politiska beställningar. Hälso- och sjukvården anses ha ålderdomliga strukturer med liten faktisk acceptans för starkare individperspektiv. Alla aktörer agerar utifrån sina egna drivkrafter: forskare utifrån lösningar, näringsliv utifrån försäljning, politik utifrån ideologiska mål etc. Tröghet i systemet förvärras av svårigheter att förstå varandra över sektorsgränser, fr.a. näringsliv och politik men också näringsliv och förvaltning.
- > *Geografiska skillnader.* Sverige uppvisar stora regionala skillnader i resurser, policy, tekniska plattformar, demografi, ohälsotal etc.³⁵
- > *Svag behovsbild och efterfrågan* (fr.a. kommunerna). Det finns ett behov av ökad men också fortlöpande förståelse av målgrupper (både som invånare och kunder). Näringsliv ser ett hinder i vad de uppfattar som en omogen syn på kund och betalningsvilja. Offentliga aktörer brottas å andra sidan med att leverera värde på individnivå i organisationer och system som inte är byggda för det.
- > *Oklart offentligt åtagande.* Det förebyggande hälsoområdet är tämligen oreglerat och roller och mandat är inte särskilt tydliga. En växande gråzon mellan sjukvård och hälsofrämjande och prevention skapar otydlighet i offentligt åtagande och därmed även för privata affärsmodeller.
- > *Data och integritet:* det finns en otydlighet i vem som äger data. Det finns också en oro för försäkringslösningar och hur integriteten kan skyddas,

³³ Det är per definition inte alltid möjligt att ha evidens för hälsofrämjande och preventiva insatser. I diskussioner om nya finansieringslösningar förekommer ofta diskussioner om och hur man skulle kunna bryta ner sådana insatser i mätbara moment. I sammanhanget kan påpekas att mätbarhet anses som en svår fråga inom förebyggande hälsoarbete.

³⁴ Man kan tillägga att även om det råder konsensus om vikten av jämlikhet så definierar olika politiska partier jämlikhet på mycket olika vis. Menar man t.ex. relativa eller absoluta inkomstskillnader? Talar man om rättighet till jämlikt utfall eller jämlika förutsättningar? Generella och samtidigt effektiva och därmed framgångsrika insatser kan dessutom riskera att öka hälsoklyftorna mellan grupper i samhället, oskattat att alla grupper har ett mätbart bättre utfall.

³⁵ Detta kopplas till diskussionen om regionreformer och vidare till möjligheten till förändrade ersättningsmodeller.

särskilt för grupper i samhället som inte själva kan kompensera sämre förutsättningar för sin hälsa.³⁶

- > *Dåligt fungerande ersättningsmodeller.* Stuprören mellan landsting, kommun och stat behöver förändras så att den som utför insatser kan ersättas efter värdet som skapas. Både privat och offentligt behöver kunna hantera avkastning av investeringar över långa tidsperspektiv. Många projekt har detta som förutsättning för uppskalning. Få respondenter hyser dock någon större tro till att detta kommer att ske inom överskådlig tid. Så som systemet ser ut idag främjar det ”nånannanism”.
- > *Höga transaktionskostnader* (ökar exponentiellt m fler deltagare i processen) för privata aktörer.
- > *Investering saknar tydlighet, förutsägbarhet och volym.*
- > *Tveksamhet från politiskt håll till att stötta marknadslösningar*

Möjligheter

I workshops och intervjuer identifieras och formuleras bl.a. följande möjligheter:

- > *Digitalisering.* Man kan i högre utsträckning individualisera och automatisera tjänster vilket ökar mottagligheten för information och inte minst genomslag.
- > *Datatillgång.* Den snabbt växande tillgången till data, både aggregerad och på individnivå, skapar förutsättningar för betydligt mer kalibrerade mätningar men framför allt mycket stora möjligheter att förstå och komplettera kunskap om målgrupper, (brukare och kunder).
- > *Teknikutveckling.* Allt från sensorer till AI ökar förutsägbarhet i beteende och köpmönster. Man kommer i ökande utsträckning att kunna se och mäta orsak och verkan i beteende och köpmönster.
- > *Medicinsk utveckling.* Precisionsmedicin effektiviserar både diagnostik både behandling. Man kan t.ex. visualisera stora mängder data för att skapa individualiserade behandlingar. Det blir möjligt att kalibrera insatser efter behov och därmed mätbart öka effektivitet och resultat.
- > *Goda förutsättningar för entreprenörskap.* Nya aktörer skapar nya affärsmodeller som är anpassade till starka omvärldstrender som starkare individperspektiv, stora data, nya medievanor och digitaliseringsboost. Av betydelse är också incitament från industri/näringsliv utanför hälsoområdet. Exempel och kunskap från andra områden stärker möjligheterna att lyckas på hälsoområdet. Sammantaget finns en tydlig dynamik på det förebyggande hälsoområdet.
- > *Att resurser finns i det offentliga systemet.* Att det idag redan läggs stora summor och resurser på förebyggande hälsoarbete visar att man kanske i första hand kan omfördela och inte, åtminstone inte i första hand, behöver tillföra nya medel.

³⁶ Denna utmaning behöver förhålla sig till vilken effekt GDPR får (se ovan not 10).

- > *Starka politiska incitament.* Det råder enighet bland de politiska partierna om att effektiva förebyggande hälsoinsatser kan ha stor positiv verkan på samhället och ekonomin.
- > *Tydliga ekonomiska incitament.* Det finns gedigna studier som visar på samhällsekonomiska vinster av väl genomförda förebyggande hälsoinsatser.
- > *Att individen fått en allt starkare ställning* har främjat självskattning som ett bra sätt att synliggöra behov och efterfrågan,³⁷ något som skulle kunna stärka insikter om hälsobeteende men också betalningsviljan.

Kommentar

Det kan vara en fördel att inte vara låst vid tidigare positioneringar och kunskap men samtidigt en nackdel att inte ha en gemensam överblick av utvecklingen på hälsoområdet. Oavsett vad man har för utgångspunkt så är det ganska tydligt att det saknas dialog och samverkan mellan de många och olika aktörer som visar intresse för förebyggande hälsoinsatser.

En vanlig fråga är varför förebyggande hälsoinsatser, trots god kunskap om samhällelig nytta, inte tydliggörs mer i offentliga budgetar. Stuprör och långa ledtider är vanliga svar. Mål som är svåra att utvärdera ett annat. Ytterligare ett perspektiv är den politiska utmaningen i att den stora majoriteten sällan själva upplever någon effekt av stora satsningar som i grund och botten riktas mot en liten minoritet. Samtidigt som just effektivitet mot dessa minoriteter förutsätter en så stor volym av insatser att det skulle det innebära generella ingrepp i invånarnas valfrihet. Resurser finns trots allt i systemet. Hur dessa fördelas och enligt vilka förutsättningar är däremot en annan fråga.

Intervjuer och inlägg under workshopparna visar på att flera aktörer efterlyser ett perspektivskifte: att individen, snarare än "folket", måste känna att hen mår bättre av de insatser som erbjuds. Det innebär givet nuvarande samhällstrender att problemägarna (betalarna/invånarna) måste ta, eller tillåtas, större plats och vara mer aktiva. Fler individuella val behöver i så fall kopplas till ökande kunskaper om varje enskild individ – vilket ju också implicit är affärsmodellen för många nya företag, både i och utanför hälsoområdet. Det kommer att vara en avgörande fördel att ha en kontinuerligt uppdaterad förståelse av invånare/kund. Att individer äger sina data, en utveckling som understryks av bl.a. GDPR, är en förutsättning för att systemet ska bli rättssäkert men främjar kanske samtidigt efterfrågan av effektiva insatser: *en ökad självmonitorering kopplat till att individen äger sina data, skapar ökad delaktighet och kunskap i egen hälsa, men flyttar också en del av ansvaret till individen, vilket kan öka möjligheterna till betalningsvilja av individuella val.*

Att så många appar riktar in sig på hälsofrågor har rimligen viss koppling till att det finns ett strukturellt stöd, i någon mån identifierandet av en marknad, inom områden som sjukvård, äldreomsorg och företagshälsovård men också – inte minst – att stora IT/kommunikationsaktörer identifierar hälsoområdet som potentiell

³⁷ Ett aktuellt exempel är SKL:s Strategi för Hälsa 2018 där självskattade mål blandas med mer objektiva som underlag för ett synliggörande av behov.

marknad. Något de gör utifrån affärsmål som per se inte behöver ha direkt koppling till hälsoutfall. Detta kan man ha olika åsikter om, men att det finns externa incitament kan samtidigt indikera att utvecklingen anses robust.

Målgrupps- eller kundanpassade system förutsätter mycket stora förändringar av tjänste- och produkterbjudanden – i förlängningen av verksamhets- och affärsmodeller. Det finns därför en risk att insikterna om individanpassning i många verksamheter, fr.a. offentliga,³⁸ stannar vid läpparnas bekännelse. De organisatoriska kostnaderna upplevs helt enkelt av olika skäl som ohanterliga. Samtidigt är individanpassning en villkorlös förutsättning givet affärsmodellen. Till skillnad från folket (invånarna) har individer (kunderna) liten förståelse för låg tillgänglighet, långa ledtider och svag effekt.

Beteendeförändringar resulterar ofta i förändringar av konsumtion. Det finns därför en logik i att styrningen av individens kostnader och ersättningar ses som ett effektivt sätt att förändra beteende. Man kan vidare lägga till att kostnader och ersättningar inte uteslutande behöver uttryckas i pengar utan kan t.ex. handla om ändrade konsumtionsmönster. Principen är inte heller väsensfrämmande ur ett offentligt perspektiv där ju pris – företrädesvis av hälsoskadliga produkter – är ett vanligt verktyg. Det utgår från att det effektivaste sättet för individen att ändra beteende är att själv tvingas betala för sina ”hälsoskadliga val”.

Det finns också mer systemiska frågor. Vad blir t.ex. konsekvenserna av en växande gråzon av förebyggande hälsotjänster som är mätbart effektiva och som riktas direkt till kund för synen på solidarisk finansiering?

Ansvariga politiker behöver ta höjd för att det kan bli ganska omfattande förändringar av nuvarande system om man öppnar upp en dialog där näringsliv och civilsamhälle är med och formulerar inriktning. Samtidigt kan inte en del privata initiativ leva i föreställningen att man kan använda offentliga medel utan att få politisk styrning av beställningar och behovsdefinition på köpet.

I grund och botten uttrycker många respondenter behovet av ett nytt mindset, en vision av skraddarsydd prevention, där förebyggande insatser betraktas som affärsmässigt goda investeringar. Konkret handlar det om att uppnå volym som baseras på ekonomiskt mätbara behov på individnivå, inte på aggregerade hälsoekonomiska siffror. Att mäta och prissätta förebyggande insatser blir en nyckelkompetens.

Näringslivsföreträdare understryker behovet av förutsägbara spelregler för investeringar och långsiktig hållbarhet inom det förebyggande hälsoområdet och är gärna en aktiv part tillsammans med politiken i utformningen av förutsättningar, regelverk och system. För att möjliggöra en nationell reform efterfrågas fler och större testbäddar, liksom systematiska utvärderingar (både regionalt och nationellt).

Det är vidare värt att understryka att även om ett ensidigt jämlikhetsfokus kan uppfattas som problematisk av entreprenörer verkar alla som deltagit i studien

³⁸ Jfr t.ex. patientfokus inom vården.

samtidigt ense om att ökande ojämlikhet i data och hälsoutfall är en påtaglig risk och att detta bör undvikas.

En viktig bidragande effekt av utvecklingen som den beskrivits, är att kunskap blir mer flytande. Dels finns grundläggande kunskapsbrister, inte minst avseende kausalsamband. Men just eftersom sambanden är svåra att belägga för förebyggande hälsoinsatser ökar stora mängder data tolkningsmöjligheterna och legitimerar nya perspektiv. Kunskap blir kort och gott mer kontextberoende. Det blir med andra ord svårare för en enskild stor aktör (t.ex. staten) att styra och det går inte längre att "äga" en fråga. Med anledning av bl.a. detta anses det viktigt att ägandet av data tydliggörs och värdesätts.

Frågan om mätbarhet är komplex. Hälsoutfall inom förebyggande hälsa är inte alltid möjligt eller ens önskvärt att mäta. Resan mellan beteende och utfall innehåller så många faktorer att kausalsamband är svåra att belägga. Delar av det förebyggande hälsoarbetet kommer därför sannolikt att fortsatt behöva göras i ljuset av långsiktiga insatser som återspeglar demokratiskt beslutade målbilder. Kanske är dessa insatser mer naturliga för ett offentligt åtagande och mindre för ett mer marknadsstyrt system som i högre grad efterfrågar mätbarhet. Men även där evidens inte är möjlig krävs tydliga mål och mätbara variabler som kan utvärderas.

Ett ökat fokus på mätbarhet och hälsoutfall öppnar för möjligheter ur ett entreprenöriellt perspektiv men också vissa risker. En uppenbar risk med ett absolut krav på mätbarhet är att det sannolikt skulle styra om insatser till just områden där mätningar av utfall låter sig göras, inte nödvändigtvis till områden med de allvarligaste hälsoutmaningarna.

Om respondenterna har rätt i att vi står inför en snabb utveckling av effektiva förebyggande hälso-tjänster och -produkter som riktas direkt till individ, finns i så fall ökande möjligheter att mäta och prissätta dessa tjänster och produkter, ungefär med samma logik som för andra marknader som t.ex. sport och fritid med gymkort, dieter, personlig träning etc. och som redan omsätter betydande summor, men där mätbarhet inte är systematisk.

Ett sådant system kan i varierande grad ha ett offentligt åtagande. Möjligen är det enklare att avgränsa och prioritera offentligt åtagande för huvudsakligen friska och symptomfria människor. Alternativt finns så stora samhällsekonomiska vinster att hämta av den nya utvecklingen att det offentliga åtagande kan vara fortsatt stort och ändå finansiellt hållbart.

När det gäller mötet mellan ett offentligt perspektiv – med skattefinansierade beställningar och långsiktiga målbilder och en syn på insatser som en rättighetsfråga underkastad politiska prioriteringar – och ett snabbt framväxande privat utbud av hälsoinsatser riktade direkt mot konsument, handlar det till stor del om hur man ska se på hur man ska se på behov, beställare och användare/brukare.

Vad uttrycker behovsdefinitionen?

Idag uppfattas behovsdefinitionen, i fallande ordning, skapas av politiken, forskningen, medicinska behov och efterfrågan/betalningsvilja.

Behovsdefinitionen behöver vara mer relevant för de som berörs av insatserna liksom för de som finansierar dem. Insatser behöver förstås och accepteras av målgrupperna.³⁹

Hälsa, som innefattar behov långt utanför hälso- och sjukvårdens budgeterade hälsoåtaganden, är idag en mix av efterfrågan och politisk intervention. Förebyggande hälsofrågor har på en skala mellan expert- och målstyrda befolkningsperspektiv och ett mer individualiserat medborgarperspektiv, förflyttat sig tydligt åt det senare. Oavsett åsikt om den utvecklingen kan man hävda att om invånarnas accept eftersträvas så behöver man kunna visa relevans som syns och känns på individnivå. Det betyder inte nödvändigtvis att folkhälsans solidaritetsbegrepp tappat sin poäng⁴⁰ *men åtminstone* att argumenten behöver vara mer transparanta och tydligare.

När man diskuterar behov kan det vara värt att påminna om att hälsofrämjande och primärpreventiva insatser, som riktar sig till både friska och symtomfria individer, idag gör det i en kontext där Sveriges medborgare aldrig mått bättre. Det medför i praktiken svårigheter att få loss pengar ur en offentlig budget som behöver prioritera här och nu.

Många respondenter påpekar samtidigt att själva poängen med förebyggande insatser ofta är att alla i befolkningen har tillgång till dem,⁴¹ inte bara riskgrupper eller de med en specifik diagnos.⁴² Men om effektiva hälsofrämjande och förebyggande insatser erbjuds alla invånare så återstår frågan om och i så fall hur efterfrågan kan styras. En konsumtionskostnad – i tid eller pengar – skulle kunna styra volym. Och *om* samtliga invånare ska nås, krävs rimligen antingen en väldigt stor aktör med närmast uteslutna finanser, eller ett stort antal aktörer som kan nå ut till väldigt många.

Det förebyggande hälsoområdet är beroende av politiska målsättningar. Samtidigt är det ett rörligt kunskapsområde, med stor variation och känsligt för samhällsovergripande trender. Det vetenskapliga stödet är generellt svagt, vi talar vidare ofta om risker och inte utfall. Området är tämligen otydligt avseende roller, ansvar och mandat och som redan sagts adresseras ofta friska eller symtomfria människor. Sammantaget skäl som inte utesluter att betalningsvilja skulle kunna vara ett verktyg för att definiera behov.

Oavsett kan man fundera över hur det ansvarsfördelningen på det förebyggande hälsoområdet kan behöva förändras för att kunna jämkas med ett system för förebyggande hälsoinsatser med starkt diversifierat i utbud baserat på individuell efterfrågan, fokus på hälsoutfall och med hög tillgänglighet.

³⁹ Jfr "Ett mästrande tilltal är bara till skada för folkhälsoarbetet", Dagens Medicin 2018-05-09 där Folkhälsomyndighetens generaldirektör Johan Carlsson påpekar att arbetet "med att förändra levnadsvanorna är beroende av medborgarnas förståelse och deras vilja och förmåga att bidra."

⁴⁰ Jfr vaccinationsfrågan som ju sätter frågan på sin spets.

⁴¹ En fråga som diskuteras är bl.a. screening.

⁴² En intressant diskussion rör insatser för att komma åt prediabetes och var gränserna går mot diabetes typ 2.

Ett sådant system skulle anamma en logik skild från sjukvården – vilket kan vara en risk givet den växande gråzonen mellan vård och förebyggande hälsa – genom att det både skulle gå att finansiera men också utveckla utanför det offentliga åtagandet.

Synen på det offentliga åtagandet

Att det offentliga åtagandet är stort upplevs principiellt inte som ett problem så länge det offentliga också klarar att finansiera efterfrågan. Offentlig finansiering med privata utförare och utvecklare förutsätter dock att värdet i hög grad kan beslutas av beställaren/betalaren, något som idag kräver allt större lyhörighet för invånarnas önskemål.

I praktiken råder det dock enighet om att det offentliga åtagandet inte villkorslöst klarar att omfatta hälsofrämjande och förebyggande insatser om de utvecklas i den takt som respondenterna förutser.⁴³

Om det offentliga inte levererar förebyggande tjänster och produkter som invånarna – just för att dessa tjänster och produkter är effektiva – anser bör ingå i den skattefinansierade vårdkedjan och därför inte borde betala för, utgör det en utmaning för privata aktörer. Om det å andra sidan skapas en fungerande konsumentmarknad för dessa tjänster och produkter riskerar man kanske ett ifrågasättande av den solidariska finansieringen.

Det offentliga åtagandet bör därför vara tydligt och avgränsat (var den gränsen än går) och erbjuda ersättningsmodeller som kan hantera förebyggande insatser.⁴⁴ Vägen dit antas vara komplicerad och ta lång tid, varför flera privata aktörer uttrycker att utvecklingen sannolikt kommer att föregå regel- och systemändringar. Man tror t.ex. inte att man kan vänta på att det offentliga ska ändra stuprör och ersättningsmodeller.

Att det i så fall skapas en rent privat marknad med erbjudanden direkt till konsument skulle kunna befästa ett system med två parallella spår: ett offentligt med mer fokus på långsiktiga behov och samhällsutvecklande insatser och ett privat med fokus på mätbara och prissatta effektinsatser. Man kan också tänka sig alternativ med delat eller helt privat ansvar. I någon mån har två spår alltid funnits, ett privat, på vissa hälsoområden med lite ormoljestämpel, och ett offentligt med mer eller mindre evidens. Skillnaden framöver ses som att privata alternativ växlar upp i kvalitet och effekt och i högre utsträckning påverkar hälsoutfall. En sannolik effekt av detta är en ökad ojämlikhet i både datatillgång och hälsoutfall mellan olika socioekonomiska grupper.

Att allt går mycket fort och kräver stor flexibilitet talar emot erfarenheter av offentliga system där det ibland finns en tendens att försöka få innovationer att passa in i befintliga strukturer. En ytterligare komplicerande faktor är uppkomsten av integrerade system, med stor uppblandning av erbjudanden och sakfrågor, och en

⁴³ En del respondenter menar att detta kommer att lösa sig av sig självt: effektiva tjänster och produkter kommer med tiden att inlemmas efter hand i det offentliga åtagandet, medan övrigt utbud kommer att förbli för privat konsumtion.

⁴⁴ Ett förslag kan vara att tillsätta en statlig utredning som kan föreslå strategier för hur ett offentligt åtagande kan behöva se ut på det förebyggande hälsoområdet.

tydlig utgångspunkt i effekt,⁴⁵ som nu kan ses hos allt fler aktörer på det förebyggande hälsoområdet och som är svårt att hantera i offentliga stuprör.

Finansiering

Att förebyggande hälsoarbete är ett otydligt och samtidigt växande område, komplicerar synen på finansieringsfrågan, men uppfattningen att området i huvudsak borde finansieras via skatteintäkter dominerar bland respondenterna. En helt privat marknad är något som de flesta respondenter inte anser önskvärt eller ens möjligt. Man ser också politiska risker i parallella självständiga finansiella spår (privat och offentligt).

Konkreta frågor blir dock svåra. Ska produkter och tjänster som bevisligen funkar alltid inlemmas in i landstingsbudgeten? Ska systemet bygga på privata investeringar av produkt och tjänsteutveckling för att sedan övertas av landstingen? Eller ska landstingen bara finansiera det man tror sig veta kommer att fungera?

En utmaning är att entreprenörer och innovatörer idag inte upplever att det finns fungerande rutiner och processer för hur innovativa produkter och tjänster ska hanteras av landstingen.

Det behövs också bättre vetenskapliga studier som visar på lönsamhet och ett nytt system måste tydliggöra betalningsviljan. En fråga som ställs är vem som ska styra utbudet – den som betalar eller den som levererar värdet? Eller ska man närma sig försäkringslogiken, som inte upplevs särskilt främmande det förebyggande tankesättet – även om utformningen kanske är svår politiskt?

Ett brett införande av investeringslogik inom det förebyggande hälsoområdet skulle förtydliga ett antal nya förutsättningar. Till exempel behov att förhålla sig till omfattande nya data, men också nödvändigheten av flexibilitet och kompromiss i jakten på win-win lägen mellan inbördes mycket olika aktörer med olika behov av evidens. Möjligen skulle man i högre utsträckning acceptera "good enough" som slutprodukt, något kraven på mätbarhet i så fall behöver förhålla sig till. Ett entreprenöriellt perspektiv gagnas av en bred och mindre akademisk definition av förebyggande hälsoinsatser. Om det finns tillräckligt förtroende mellan olika aktörer och om mätbarhet inte alltid förutsätter evidens skulle förhandlingsutrymmet kunna öka i en diskussion om pris/kostnad för insatser.

Respondenterna anser ofta att skattebetalaren i högre grad bör vara delaktig i utformandet av vilka hälso- och vårdtjänster hen erbjuds, något hälso- och sjukvården inte alltid upplevs riktigt förstå. I någon mening talar man om konsumentkraft (om än uttryckt via skattsedeln).

Människor uttrycker vad de värdesätter genom sin tid och sina pengar. Vi har framgångsrika exempel på konsumtionslogik och hälsofrämjande ambitioner – hur effektiva är t.ex. Ica? Vad händer när effekterna av deras kampanjer mäts systematiskt?⁴⁶ Något man alltid vetat men som idag kan visualiseras på långt mer

⁴⁵ Något som ju också återkommer i respondenternas pragmatiska definition av det förebyggande hälsoområdet.

⁴⁶ Jfr t.ex. med Partnership for a Healthier America (PHA) som arbetar i stora sektorsövergripande kampanjformat tillsammans med näringslivet för att minska övervikt och fetma bland barn.

detaljerat, är att *vad folk vet inte nödvändigtvis är samma sak som de gör*. Stora data och trendkänsliga digitala vanor som bärande verktyg för beteendeförändringar kommer därför knappast att utgå från ett strikt kunskapsperspektiv. Och om individer mer och mer äger sina data – och ju mer individuella medicinska mätningar blir – kan det bli mer komplext för politiken att beställa målbilder.

Det är just kombinationen konsumtionslogik och mätbar effekt genom ny teknik och digitalisering som skapar stora möjligheter – och utmaningar.

Här ses kopplingar till nätverksekonomi och delningsekonomi. När olika innovativa utvecklingar korsbefruktar varandra uppstår också frågan vad det är som skiljer hälsoområdet från andra samhällsområden. I praktiken utgör detta ett starkt omvärldstryck på hälso- och sjukvården.

Om det, som de flesta deltagare i studien verkar eniga om, inte inom överskådlig tid går att förändra stuprören i ersättningarna betyder det att det åtminstone initialt kommer att vara svårt att flytta pengar från vård till förebyggande. Detsamma gäller pengar ur den statliga budgeten, t.ex. att Försäkringskassan skulle ersätta värdet av förebyggande insatser i kommuner och som minskar kostnader för sjukskrivningar. Vad gäller landstingen kanske det finns anledning att uppmärksamma eventuella kommande reformer av primärvården⁴⁷ och småningom kommer säkert någon förändring av ersättningsmodellerna. Men fram till dess behöver finansiering sannolikt ske på annat sätt.

Politikens roll

Folkhälsopolitikens mål om det goda samhället – som kan se annorlunda ut beroende på politisk färg – är en legitim politisk fråga som kan drivas i samtliga politikområden. Den berör alltifrån barns och äldres villkor, jämlikhet, jämställdhet, arbetsliv, utbildning och integration. Av naturliga skäl är utmaningar och lösningar ofta mer långsiktiga och politiken har ett tydligt ansvar. I någon mån används folkhälsa som proxy för annan politik (i värsta fall) eller som resultat av annan politik (i bästa fall).

Kostnader och resurser för förebyggande hälsa utgörs följaktligen till stor del av insatser inom fler politikområden än hälso- och sjukvård, som arbetsmarknad och utbildning men även exempelvis samhällsbyggnad och infrastruktur, äldreomsorg och konsumentpolitik. Denna utveckling har främjats av starka regionala folkhälsoengagemang – ofta under regionala utvecklingsstrategier – som har vuxit fram under efterspelen av WHO:s hälsokommission 2008⁴⁸ och som har haft fokus på implementering av insatser som kan minska offentliga utgifter och skillnader i hälsa samt öka social hållbarhet.

⁴⁷ God och nära vård. En primärvårdsreform. SOU 2018:39

⁴⁸ WHO tillsatte 2005 en kommission med uppgift att verka för en global mobilisering för jämlik hälsa, "Commission on social determinants of health", den s.k. Marmotkommissionen, ledd av Sir Michael Marmot. Kommissionen presenterade sina resultat 2008 i rapporten "Closing the gap in a generation".

Det förebyggande hälsoområdet upplevs av respondenterna som bitvis präglat av partipolitiska hänsyn, något som anses förklara att folkhälsopolitiken i så stor utsträckning är insatsfokuserad och inte lägger stor vikt vid utfall. Vidare går det ibland att undvika svåra frågor genom att målbilder kan ändras ad hoc längs med vägen eftersom det inte finns något utfallsmått att ta hänsyn till.

Å ena sidan behövs en politisk ledning som kan leverera långsiktiga och trovärdiga förutsättningar. Dagens syn på förebyggande hälsoinsatser långt utanför hälsoområdet stärker politikens roll. Å andra sidan är det ibland svårt att jämföra politiska mål och visioner med mätbarhet och evidens. En del privata aktörer upplever t.ex. att jakten på perfekta lösningar ibland mer kan stjälpa än hjälpa.

Eftersom politiska mål i praktiken är svåra att utvärdera – även om viljan finns – så ökar utrymmet för teoristyrda målsättningar utifrån folkhälsovetenskapliga hypoteser. Man noterar också en diskrepans mellan att det statliga folkhälsoåtagandet i praktiken utgörs av smittskydd och ANDT-S och att regeringens folkhälsopolitik uttrycker stora ambitioner på arbetsmarknads-, utbildnings- och integrationsområdet.

Politiken har samtidigt en svår roll i styrningen av förebyggande hälsoarbete. Inte bara för att utvecklingen går så fort och så mycket nytt händer. Politiker förväntas också styra över experttunga och tvärvetenskapliga upplägg med en stor variation av möjliga resultat. Och eftersom det är svårt att visa resultat i någon objektiv mening, är det svårt att göra frågorna politiskt prioriterade. Dessutom kan man i praktiken inte kan göra vad som helst – även om forskningen ibland kan ha mycket långtgående förslag – och politiken riskerar därför kritik för bristande mod och kraft.

Många respondenter skulle föredra att politiken nöjde sig med att ta övergripande beslut och låta implementeringen vara mer självständig och främja en inriktning mot mer utfallsmått. Antagandet är att långsiktiga finansiella förutsättningar skulle betyda mindre ideologi och mer fokus på faktiska förändringar av hälsoläget.

Vägval

Med stöd av föreliggande rapport kan man argumentera för att utvecklingen på det förebyggande hälsoområdet kan komma att få mycket stora konsekvenser på olika delar av samhället. Självklart främst för medborgarna men också för näringsliv, politiken, hälso- och sjukvård och civilsamhälle. Samtidigt är det tydligt att utvecklingen i hög grad går att påverka av proaktiva aktörer.

Man kan på goda grunder hävda att svenskt förebyggande hälsoarbete redan är inne i ett nytt landskap, vare sig stora och små aktörer känns vid det eller ej. Befintliga strukturer, mål och kompetenser är i olika grad i behov av uppdatering eller i värsta fall utdaterade. Kanske är det förebyggande hälsoområdet helt enkelt så dynamiskt att det är svårt att greppa med ett begränsat antal politiska mål.

Ett tydligt tecken på att det förhåller sig på detta sätt är just den spridda osäkerheten kring vad vi talar om. Ett annat att hälsa vävs in i så många breda samhällsfrågor.

Liksom att en snabb utveckling av effektiva hälso- och sjukvårdstjänster, inom och utanför hälso- och sjukvården, skapar en efterfrågansdriven marknad.

Utmaningen ligger i att främja innovation och därmed utbudet inom hälsoområdet samtidigt som tjänster och produkter som de facto förbättrar hälsa eller minskar ohälsa kan vara svåra att undanta från det offentliga åtagandet. Tillgänglig teknik och kunskap på hälsoområdet uppfattas gärna som en medborgerlig rättighet.

Det behövs dessutom en struktur som kan hantera snabba skiftningar i insatsbehov och som kan fungera oavsett var i Sverige vi befinner oss. Om tjänster och produkter ska spegla samhällets utveckling de senaste decennierna bör efterfrågan vara så individstyrd som möjligt.

Vi står i en situation där medicinsk och teknisk utveckling genom digitalisering och nya medievanor får direkt access till individ/konsument. Detta förändrar det nuvarande systemet i grunden – men kan också skapa incitament för ökat individuellt ansvar.

Ett nytt system blir med andra ord normbrytande (dvs. väsensskilt föregående system) och behöver därför ha starkt stöd och engagemang hos nya aktörer. Utvärderingar bör ske av hälsoutfall men också – separat – av ekonomiskt utfall. Politiken bör fokusera på att främja effektivitet och förutsättningar som skapar tillgänglighet.

Volym på insatsområde behöver ha viss storlek för att intressera investeringar. Detta kan man säkerställa genom att identifiera områden som har stor samhällsrelevans och betydande målgrupper parat med betalningsvilja och variation i hälsobehov. Det är också viktigt att synliggöra incitament och tillmötesgå behov hos drivande aktörer.

Ur vad som ovan anförts kan ett vägval på det förebyggande hälsoområdet urskiljas i projektresultaten:

att fortsätta med en i huvudsak policy-styrd behovsdefinition eller öka inflytandet för aktörer vars behovsdefinition bygger på individens betalningsvilja. En sådan betalningsvilja kan mycket väl kanaliseras genom offentlig aktör, intresseorganisation eller arbetsgivare. Betalningsvilja kan vidare uttryckas i konsumtionsmönster/beteende och inte bara i pengar.

I praktiken torde det innebära att antingen planera för ett i huvudsak offentligt åtagande och finansiering av framtida förebyggande hälsoinsatser eller att låta individer tydligare axla mer ansvar genom incitament som eget val och individuellt skraddarsydda insatser baserade på en variation av betalningsmodeller.

Ett ungefärligt upplägg

Utgångspunkten för att kunna ta ett nästa steg är behovet av en testbädd i ett geografiskt/demografiskt avgränsat område i form av en större kommun.

Avseende vilka aktörer som kan bidra i en sådan process kan man börja med att fundera över statens och landstingens roller. Både landsting och stat har tydliga reformbehov avseende utmaningar med dagens stuprör, något som förutsätts ta lång

tid. Därför kan det vara rimligt att inledningsvis inte räkna med stat och landsting som huvudsakliga finansörer i en testbädd med utfallslogik. Staten har däremot en viktig roll som metod- utvärderings- och mätstöd. Landstingen, företrädesvis genom regionerna som ju har i uppdrag att samverka med kommunerna kan med fördel delta i en sådan här process eftersom de dels gagnas av minskade vårdutgifter givet att testbädden levererar resultat, dels är viktiga avseende mät- och utvärdering, särskilt för de tjänster och produkter som används i projektet och som på sikt aspirerar på att ingå i landstingsåtagandet.

Testbäddsprojekt bör inte låsa sig a priori vid någon särskild finansieringsform utan bör vara öppen och låta de ingående parterna besluta om hur man vill göra med finansiering. Möjligen kan man fokusera på former som underlättar ett politiskt fokus på mätbarhet och utfall. Processen bör därför fokusera på ett samhällsfält som kan samla starka och inflytelserika aktörer med så konkreta och mätbara intressen som möjligt – och som redan har viss finansiering.⁴⁹

Ett vanligt förekommande förslag är att fokusera på arbetslivet och att fånga upp ohälsa i tid på arbetsplatsen. Här görs redan idag mycket genom företagshälsovård och arbetsmiljöarbete. Arbetsmarknadens parter företräder samtidigt tydliga långsiktiga samhällsintressen och borde kunna säkerställa en jämlik och bred överenskommelse kring hur insatser bör riktas utan att negligera kostnadssidan.

Målgrupp är alla arbetstagare i kommunen. Behovsinventering bör genomföras på kommunnivå av både kommunens offentliga verksamhet och av lokalt näringsliv och med fokus på mätbara och kostnadssatta behov (kostnad för insatser och avkastning inom budgetåret).

En stor fördel är om ett testbäddsprojekt kan inkludera satsningar som tydliggör potentiell samhällsrelevans på nationell nivå. Företrädesvis genom sektorsöverskridande innovationer där hälsa är en av flera starka områden och som kan främja skilda affärs- och verksamhetsmål.

Det behövs också en trovärdig kompetens som kan mäta och utvärdera utfall av insatser.

Till detta tillkommer ett flertal stödfunktioner.

Inblandade initiala huvudaktörer skulle kunna vara arbetsmarknadens parter, företagshälsovården, RISE, SKL och utvald kommun jämte region:

Företagshälsovården drivs privat och finansieras av arbetsmarknadens parter. En lösning där finansieringen alltså inte är offentlig men samtidigt har en mycket bred målgrupp och med tydlig samhällsnytta.

Fackföreningar företräder sina medlemmars behov och arbetar redan mycket med företagshälsovård och arbetsmiljö. I den nuvarande utvecklingen på hälsoområdet ser man en risk för ojämlikhet och vill se strukturella lösningar. Det finns samtidigt en medvetenhet om att digitaliseringen kommer att påverka arbetslivet. För just

⁴⁹ Finansiering av testbäddsprojekt kan antingen ske genom externt kapital (offentligt eller privat) alternativt genom de inblandade aktörerna. Tanken är att en lokal inventering av hälsobehov skulle främja accept av insatser och kostnader. Det skulle också öka relevans för investeringar genom att tydliggöra avgränsning mot mer policy-styrda projekt.

hälsotjänster är man orolig för integritetsaspekterna och hyser viss oro för försäkringslösningar kopplade till kartläggning av individdata. Men om man kan visa att dessa utmaningar kan lösas är borde t.ex. LO ställa sig positivt till fler och effektivare förebyggande hälsoinsatser. Facken (liksom arbetsgivarna) är mycket medvetna om att ett flertal starka trender, vilka alla beskrivits i denna rapport, håller på att snabbt förändra förutsättningarna för bärande delar av den svenska modellen.

Arbetsgivarorganisationers medlemmar har intresse av minskade kostnader för ohälsa och stärkta förutsättningar för nya entreprenörer.

RISE har kompetens att mäta utfall och värde.

SKL skulle kunna stötta utvald kommun och säkerställa att resultat och process kan vara så generiska som möjligt och därmed användbara för övriga kommuner.

Kommunen behöver ha ett tydligt åtagande och en ledning som har goda möjligheter att samverka med näringslivet. En åsikt som framförs är att det möjligen bör vara en stor men inte en av de största kommunerna.

Ett möjligt nästa steg

Utgångspunkter

1. Att politiken fokuserar på att främja större effektivitet

En effektivisering av förebyggande hälsoarbete i större skala förutsätter starka privata och offentliga aktörer – inklusive politiska beslutsfattare. Även om det finns goda argument för att politiken kanske inte ska driva innovation utan i högre grad bör inriktas på att efter bästa förmåga skapa goda förutsättningar,⁵⁰ är det helt nödvändigt med politisk ledning av en samhällsprocess som utvecklingen av det förebyggande hälsoområdet.

Samhällsnyttan av ökade satsningar på förebyggande hälsoinsatser råder det politisk enighet om. Ett ökat fokus på effektivitet och mätbarhet har tydliga politiska incitament, t.ex.

- > Möjligheten till jobbskapande – företrädesvis också jobb med låga utbildningskrav
- > Möjligheten till integrationspolitiska vinster
- > Innovationseffekter inom både tjänstesektor och industri
- > Besparingar/budgetkontroll inom offentlig sektor: minskade kostnader för sjukvård och sjukskrivningar
- > Hantering av ”utbudsutmaningen”, dvs. att på sikt kunna prioritera inom det offentliga åtagandet för hälso- och sjukvården

⁵⁰ Det finns sämre erfarenheter av offentligt ägda bolag som gett sig ut på marknaden, som en respondent uttryckte sig.

2. Att individen står i centrum – både som medborgare och kund.

Ett ökat individperspektiv har stora effekter på all samhällsverksamhet. När medicinsk och teknisk utveckling möter nya digitala lösningar får också hälsotjänster och -produkter direkt access till individ (invånare och konsument). Det är en avgörande förändring av förutsättningar för allt förebyggande hälsoarbete och sätter ett tvingande fokus på effektivitet och tillgänglighet.

Incitament för individ kan vara

- > Skräddarsydda insatser
- > Ökad valfrihet
- > Ökat engagemang i egna hälsan
- > Mätbarhet

3. Att behoven speglar efterfrågan och betalningsvilja.

En behovsinventering på kommunnivå bör göras så nära invånarna som möjligt och med fokus på mätbara och kostnadssatta behov. Målgruppen skulle utgöras av samtliga arbetstagare i kommunen – privata som offentliga. Privata arbetsgivare kartlägger behoven av sina anställda och kommun/region samordnar kartläggningen av alla offentliganställda.

Incitament för kommun, arbetsgivare och fack kan vara

- > Bättre hälsa för kommuninvånare, arbetstagare och medlemmar
- > Nöjdare kommuninvånare, arbetstagare och medlemmar
- > Minskade kostnader för ohälsa
- > Ökade skatteintäkter för kommun

Innovationsspår

En testbädd kan förslagsvis inkludera två innovationsspår för att visa på sektorsövergripande nytta, t.ex.

1) att ta fram konstruktiv och mätbar samverkan mellan förebyggande insatser gjorda på och utanför arbetsplatsen. Både på arbetstagar- och arbetsgivarsidan finns röster som ser det önskvärda i detta. Man mår ju på jobbet som man mår hemmavid och vice versa. Detta är intressant nationellt.

2) Att bygga en portfölj av Life Science lösningar som kan användas i testbädden, dvs. att låta testbädden vara skyltfönster och utvärdering av innovativa tjänster/produkter inom medicinsk och digital teknik som idag kanske idag står och stampar utanför landstingen. En testbädd kan genom utvärdering och mätbara värden dels utveckla dessa tjänster och produkter, dels stärka en av våra största exportindustrier.

Process

Uppdelat i tre led – kortare förprocess, avtalsprocess och testbäddsprocess:

Kortare förprocess:

ett preliminärt förslag på gemensamma utgångspunkter, ingående aktörer, deras respektive incitament och hur dessa ska tillmötesgå förankras hos i första hand parterna, utvald/a kommu/er, tillhörande region, RISE, Sveriges Företagshälsor och SKL men kanske också Akademi i samverkan med Swelife som kan samordna Life Science leverantörer, Länsförsäkringar som finansiär och utvärderingsstöd samt nätverk av sales points (t.ex. en apotekskedja). Syftet är att komma fram till ett beslut om att ta fram underlag till avtalsprocess.

Avtalsprocess: Om förprocess landar väl finns underlag för en dialog- och analysprocess med syfte att låsa åtaganden (detta åtar sig X att bidra med givet Y) och sätta gemensamma ramar och mål för att gå vidare. Ett projektteam föreslås att leda processen (som stödfunktion, inte som ägare av prioriteringar). En rundabordsdialog med företrädare för arbetsmarknadens parter, företagshälsovård, kommunstyrelsens ordförande och kommunchef i utvald kommun, lokalt näringsliv och finansiär av satsningar som inte täcks av parterna/avtal. Fördelning av roller och detaljerad uppdragsbeskrivning. Framtagande av mätmetodik och överenskomna parametrar för utfall.

Testbäddsprocess: Starta process som riggar och kör igång testbädden, och utvärderar och levererar slutrapport. För testbäddsprocessen inrättas en organisation med starkt ägarskap av utförarna/finansiärerna. Finansieringen av testbädd beror på vilka incitament som finns för varje part och behöver rimligen brytas ner i respektive åtagande. Delen med företagshälsovården handlar t.ex. främst om prioriteringar och samverkan och är i hög grad parts-/avtalsfinansierad. En "plusmeny" för att bekosta insatser utanför arbetsplatsen kräver extern finansiering, detsamma gäller mätning och utvärdering. Förslagsvis kan man se om det finns möjlighet till extern finansiering genom stat, akademi eller näringsliv/industri.

Sedan gäller för alla processdelar att hur resultaten konkret ser ut och vilka ramar som slutligen sätts, avs. t.ex. storlek, relation privat/offentligt, finansieringsprinciper och många andra parametrar, blir upp till de som sitter vid bordet och som åtar sig att vara tydliga ägare av processen.

Alternativ

Man behöver förstås inte göra någonting. Ur ett offentligt perspektiv kan utvecklingen upplevas gå för fort, och ofta ligga utanför det offentliga uppdraget. Det förebyggande hälsoområdet är ännu tämligen otydligt avseende roller, ansvar, mandat och finansiering.

Man kan vara marknadsdeterministisk och hoppas på viss självsanering där de bra idéerna efterhand finns kvar och annat inte. Och när prisbilden blir rimlig så kan kanske det offentliga inkorporera en del av de produkter och tjänster som visat sig effektiva. Vi kan nöja oss med att se det som en marknad och låta ansvariga myndigheter reglera vissa produkter och ge tydlig konsumentinformation så att konsumenterna kan välja bort uppenbart dåliga saker. Det är en väg.

Sverige är en liten marknad och kanske skulle det fungera med en helt privat lösning av det nya förebyggande hälsoarbete som beskrivs i rapporten.

Den politiska kostnaden för detta är sannolikt en ökad demografisk och social ojämlikhet i både hälsoutfall och data. Det kommer att finnas betydligt mindre data om hälsoläget för socioekonomiskt svagare grupper jämfört med data för socioekonomiskt starka grupper. Man kan också fråga sig vad effekterna blir på skattemoralen om fler och fler effektiva hälsofrämjande och förebyggande produkter och tjänster säljs direkt till konsument.

Risken med att det offentliga *inte* tar en tydlig roll i utvecklingen av det förebyggande hälsoområdet är att samhället alldeles oavsett kommer att få hantera en expansiv privat marknad med effektiva hälsotjänster och -produkter direkt till konsument – och som kan förändra förutsättningarna för hälso- och sjukvården. Man kan gå ett steg längre och fundera över hur en renodlad marknad för förebyggande hälsoinsatser skulle kunna påverka bilden av den generella välfärden.

Det är också rimligt att anta att en privat marknad för effektiva förebyggande hälsoinsatser, som skapat tydlighet i aktörskap och där betalningsvilja hos konsument är huvudsaklig drivkraft är svår att reglera i efterhand.

Appendix

Projektpartner⁵¹

Coala Life är ett svenskt medicintekniskt företag inriktat på hjärtdiagnostik och mobil hälsa. Företaget har utvecklat en portfölj av patenterade produkter och tjänster för digital distansövervakning, analys och screening av hjärtat.

KTH Life Science Technology Platform ska stötta och katalysera tvärvetenskaplig forskning inom Life Science, samt underlätta samverkan mellan expertis vid KTH och externa partners inom akademi, offentlighet och företag verksamma inom olika discipliner under Life Science-paraplyet.

Life Gene är ett nationellt samarbete mellan sex svenska medicinska fakulteter med Karolinska Institutet som värd och som på sikt vill kunna förebygga, diagnostisera och behandla sjukdomar som exempelvis allergier, depression, infektioner, hjärt- och kärlsjukdom och cancer.

Research Institutes of Sweden (RISE) är ett statligt forskningsinstitut som samverkar med akademi, näringsliv och samhälle i det svenska innovationssystemet.

Projektfinansiärer

Folkhälsomyndigheten har ett nationellt ansvar för folkhälsofrågor och verkar för en god folkhälsa. Myndigheten arbetar också för att befolkningen ska ha ett skydd mot smittsamma sjukdomar och andra hälsohot.

Länsförsäkringar består av 23 fristående och i Sverige geografiskt avgränsade försäkringsbolag. I Länsförsäkringar ingår också Länsförsäkringar Bank, Agria och Wasa Kredit. Länsförsäkringsgruppen hade 2016 totalt cirka 3,7 miljoner kunder.

Min Doktor erbjuder läkarbesök över nätet, dygnet runt och använder sig främst av skriftlig icke simultan kommunikation med patienten, och har strukturerad datainsamling och diagnostik till hjälp för att ställa diagnos.

MSD är ett forskningsintensivt globalt hälso- och sjukvårdsföretag som i samverkan med hälso- och sjukvården upptäcker, utvecklar och förser samhället med läkemedel, vacciner och tjänster som förbättrar människors hälsa.

Unionen är Sveriges största fackförbund med över 650 000 medlemmar och samlar alla tjänstemän i det privata arbetslivet.

Intervjuer

- > Ansvarig Hälsoområdet, Anonymt (på egen begäran) konsumentteknologiföretag
- > Karolina Antonov, Analyschef, LIF
- > Thomas Bokström, projektledare sociala investeringar, Sveriges Kommuner och Landsting/RISE

⁵¹ Swelife skiljer i ansökningar på projektpartner och projektfinansiärer. I projektet har detta inte inneburit någon skillnad avseende möjlighet att delta och ge input genom workshops eller/och intervjuer. I rapporten talar jag därför generellt om projektpartner.

- > Johan Carlson, GD, Folkhälsomyndigheten
- > Ann Carlsson VD, Apoteket AB
- > Mats Eriksson Regionstyrelsens ordförande (M), Region Halland
- > Göran Färm, Ordförande, Kommuninvest
- > Livia Holm, Sverigechef, Kry
- > Lars Hultkrantz, professor, Handelshögskolan vid Örebro universitet
- > Niklas Huss, innovationschef Länsförsäkringar
- > Emma Höglund, Director Digital & Customer Solutions, MSD
- > Ulf Janzon, Specialist Advisor, MSD
- > Anders W Jonsson, Ledamot (C) Riksdagens socialutskott
- > Magnus Lejelöv, Head of Strategic Accounts, MSD
- > Hans Karlsson, Avdelningschef Vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Landsting
- > Karin Liljeblad, näringspolitisk chef, Almega Vårdföretagarna
- > Marie Ljungberg Schött, Sjukvårdslandstingsråd (M), Stockholms läns landsting
- > Titti Lundgren, Marknadschef, Coala Life
- > Joachim Morath, VD, Feelgood
- > Anders Morin, ansvarig välfärdspolitik, Svenskt näringsliv
- > Ingvar Nilsson, nationalekonom, tidigare kommissionen för jämlik hälsa
- > Daniel Persson, affärsutvecklingschef, Min Doktor
- > Philip Siberg, VD, Coala Life
- > Petra Sommarlund, projektledare Hälsorörelsen, RISE
- > Heidi Stensmyren, Ordförande, Sveriges Läkarförbund
- > Lars Stjernkvist, kommunstyrelsens ordförande (S), Norrköpings kommun
- > Kristina Ström Olsson, Hälsostrateg, Länsförsäkringar
- > Fredrik Söder, VD, Hälsorörelsen
- > Maja Wessel, folkhälsostrateg, Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting
- > Malin Wreder, Chef Enheten för välfärd, utbildning och arbetsmarknad, LO
- > Ozan Öktem, director, KTH Life Science Technology Platform

Workshops

Workshop 1: Analys. 25 januari.

Deltagare: Jessica Ericsson, Liberalerna, Stockholms läns landsting; Henrik Ehrenberg, Unionen; Khashayar Farmanbar, Socialdemokraterna, Nacka kommun/SKL; Daniel Färm, Public Society; Niklas Huss, Länsförsäkringar; Emma Höglund, MSD; Sofia Karlsson, Funktionsrätt Sverige; Kicki Kjaergaard, Life Gene; Titti Lundberg, Coala Life; Marco Morner, Krealys; Magnus Nyhlén, Min Doktor; Petra Sommarlund, RISE; Krim Talia, RISE; Johan Wallér, Sveriges Apoteksförening; David Ziemsky, BellPal; Ozan Öktem, KTH Life Science Technology Platform.

Workshop 2: Analys. 15 februari 2018.

Deltagare: Daniel Färm, Public Society; Niklas Huss, Länsförsäkringar; Emma Höglund, MSD; Sofia Karlsson, Funktionsrätt Sverige; Kicki Kjaergaard, Stockholms Läns Landsting; Titti Lundgren, Coala Life; Marco Morner, Krealys; Petronella Warg, Min Doktor; Petra Sommarlund, RISE; David Ziemsky, BellPal;

Workshop 3: Strategi. 21 mars 2018.

Deltagare: Mats Eriksson, Region Halland; Daniel Färm, Public Society; Johan Holmsäter, Liv & Lust; Niklas Huss, Länsförsäkringar; Emma Höglund, MSD; Sofia Karlsson, Funktionsrätt Sverige; Kicki Kjaergaard, Life Gene; Philip Siberg, Coala Life; Joachim Morath, Feelgood; Marco Morner, Krealys; Petronella Warg, Min Doktor; Lars Stjernkvist, Norrköpings kommun; Petra Sommarlund, RISE; David Ziemsky, BellPal; Lukas Käll, KTH Life Science Technology Platform.

Workshop 4: Resultat och budskap. 4 juni 2018.

Deltagare: projektpartner, projektfinansiärer och Swelife