

Hur skapar vi patientbrist?

Frågor till den svenska
hälsodebatten



Building a better
working world



Innehållsförteckning

1. Inledning	04
2. Vad är folkhälsa?	07
2.1 Vad är folkhälsa?	07
2.2 Vad påverkar folkhälsa?	08
3. Hur arbetar samhället med folkhälsa?	11
3.1 Hur investerar vi i folkhälsa?	11
3.2 Finns den stora besparingspotentialen inom sjukvården?	14
4. Hur styr vi mot en friskare befolkning?	21
4.1 Vad bör vara styrande i hälsodebatten?	21
4.2 Det krävs nya samarbetsformer	22
4.3 Det krävs nya sätt att mäta och följa upp hälsoinsatser	23
4.4 Det krävs nya perspektiv på risk inom hälso- och sjukvården	24
5. Vad händer nu?	25
Bilaga	28





Inledning

För den som har följt hälso- och sjukvårdsdebatten under senare år är mörka rubriker ingenting nytt. Snabb kostnadsutveckling, pressade sjukvårdssystem och den demografiska utvecklingen gör det svårt för samhället att upprätthålla samma höga nivå på hälso- och sjukvården. Under en längre tid har vi tagit för givet att vår tillgång till hälso- och sjukvård kommer att vara oförändrad eller till och med högre än tidigare. Mycket tyder dock på att denna invanda sanning inte kommer att hålla för de prövningar som hälso- och sjukvården och samhället i stort står inför. Med en snabb ökning av kostnader krävs radikala grepp för att möjliggöra långa och hälsosamma liv.

Som professionella rådgivare är vi på EY specialiserade på att ställa frågor. Vårt arbete startar alltid med att ifrågasätta varför nuläget ser ut som det gör. Vi undersöker om det är möjligt att se på problem ur andra synvinklar och hur vi kan skapa förutsättningar för våra kunder att prestera i enlighet med sin fulla potential. Ju bättre frågor som ställs, desto mer sannolikt är det att vi tillsammans kan komma fram till lösningar på såväl gamla som nya utmaningar.

Syftet med denna studie är inte primärt att ge definitiva svar, utan att göra ett inlägg i den svenska hälsodebatten genom att ställa ett antal centrala frågor såsom:

- Varför investeras merparten av våra skattemedel i att bota sjuka människor i stället för att hålla våra medborgare friska?
- Kommer den svenska välfärdsmodellen att hålla om vi fortsätter att fokusera på att bota sjuka i stället för att förebygga insjuknande?





- Varför är det inte möjligt att värdera effekterna av förebyggande arbete ur ett systemperspektiv när så stor energi läggs på att värdera effekten av enskilda insatser inom sjukvården?
- Finns det fler aktörer på marknaden som skulle kunna involveras i arbetet med att skapa ett friskare och mer hållbart samhälle?
- Kan vi och vill vi åstadkomma patientbrist i framtiden?

EY har gjort en analys av hur offentliga medel fördelas för att upprätthålla medborgarnas hälsa inom den svenska välfärden, det vill säga hur vi investerar i folkhälsa. Investerar vi våra skattemedel på bästa sätt om målet är att säkerställa en så frisk befolkning som möjligt? Analysen skapar en bild av hur resursfördelningen ser ut i nuläget och visar hur fördelningen kan optimeras för att skapa så bra hälsoutfall som möjligt per spenderad krona.

En tydlig bild som framträder är behovet av att göra det möjligt för patienter och medborgare att själva ta en aktiv roll i och ett eget ansvar för sin egen och därmed landets hälsa. Men bilden ger inte bara svar utan föranleder också nya frågor. Hur kan våra insatser för ett bättre hälsoutfall styras och samordnas mellan alla påverkande aktörer? Är det möjligt att utveckla hälsoutfallet med nuvarande strukturer inom offentlig förvaltning eller behöver vi nya tillvägagångssätt för att möta framtidens folkhälsoutmaningar?

Vi är övertygade om att vi måste börja ställa annorlunda frågor och byta perspektiv - från vård till långsiktig folkhälsa. Vår övertygelse baseras på våra omfattande erfarenheter från rådgivning till hälso- och sjukvårdssektorn såväl i Sverige som internationellt samt de frågor som vi har utrett för denna studie. Det är dags att vända på perspektiven och diskutera om det är möjligt att gå mot en framtida patientbrist inom hälso- och sjukvården.



Investerar vi våra skattemedel på bästa sätt om målet är att säkerställa en så frisk befolkning som möjligt?



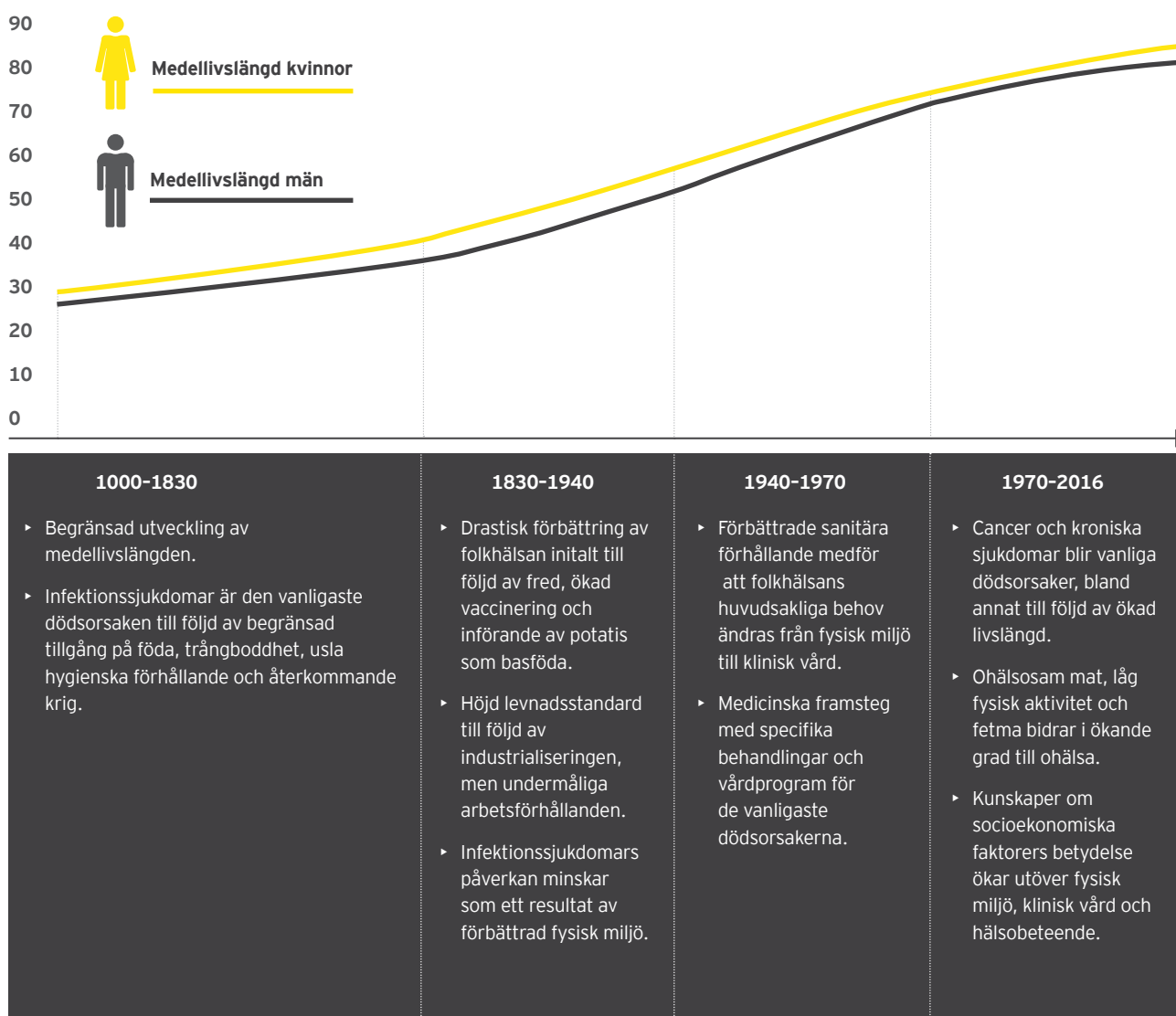


2 Vad är folkhälsa?

2.1 Vad är folkhälsa?

Hälsoutfall för individen kan ses som en funktion av livslängd och livskvalitet¹. Livskvalitet är mer komplext att definiera än livslängd, men i takt med att människor generellt blir äldre och kroniska

sjukdomstillstånd blir allt vanligare blir det mer och mer uppenbart att hälsa inte endast kan mätas utifrån livslängd. Folkhälsa är en aggregering av medborgarnas individuella hälsa med syfte att ge en bild av det generella hälsotillståndet sett över en befolkning.



Figur 1: Historisk översikt över medellivslängden i Sverige.²

¹ Se bland annat America's Health Rankings från University of Wisconsin Population Health Institute, <http://www.countyhealthrankings.org/our-approach> 2015-12-13

² Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv, Jan Sundin, Christer Hogstedt, Jakob Lindberg, Henrik Moberg, Statens folkhälsoinstitut, 2005



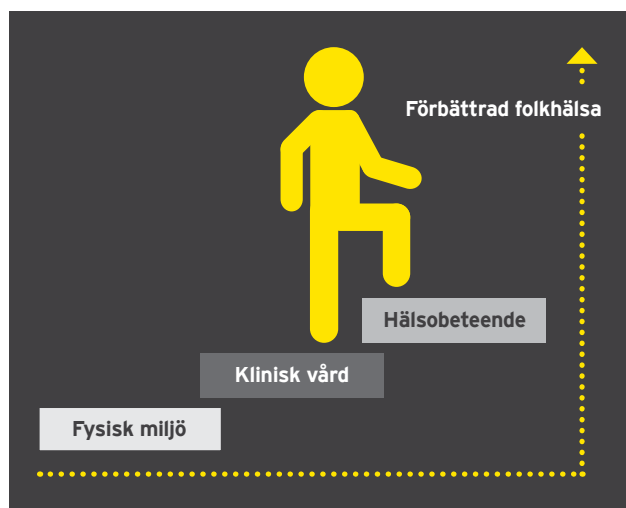


Sverige har, liksom många andra delar av världen, sett stora förbättringar i både livslängd och livskvalitet, särskilt sedan 1800-talets industriella revolution. Högre levnadsstandard och medicinska framsteg har medfört att människor generellt lever längre, är friskare och löper lägre risk att drabbas av exempelvis livshotande infektionssjukdomar.

Likt Maslows behovstrappa behöver de grundläggande behoven tillgodoses först. Avancerad hjärtkirurgi har således marginell effekt på folkhälsan om befolkningen dör av svält och smittsjukdomar innan de insjuknar i hjärt- och kärlsjukdomar. Även om vi i dag står inför störst utmaningar inom hälsobeteende och socioekonomiska faktorer kan vi inte bortse från övriga hälsosfaktorer då dessa är korrelerade.

Slutsatsen som kan dras är att när vården väl anpassat sig efter samhällets fysiska förutsättningar skapas nya behov av klinisk vård. På liknande sätt ökar behovet av att se hälsobeteendet som en del av preventiva lösningar på de diagnoser som klinisk vård har lärt sig att hantera. Viktigt att poängtera är att det under varje period finns behov av samtliga hälsosfaktorer. De hälsosfaktorer som haft störst påverkan under respektive period kan därför ses som en behovstrappa.

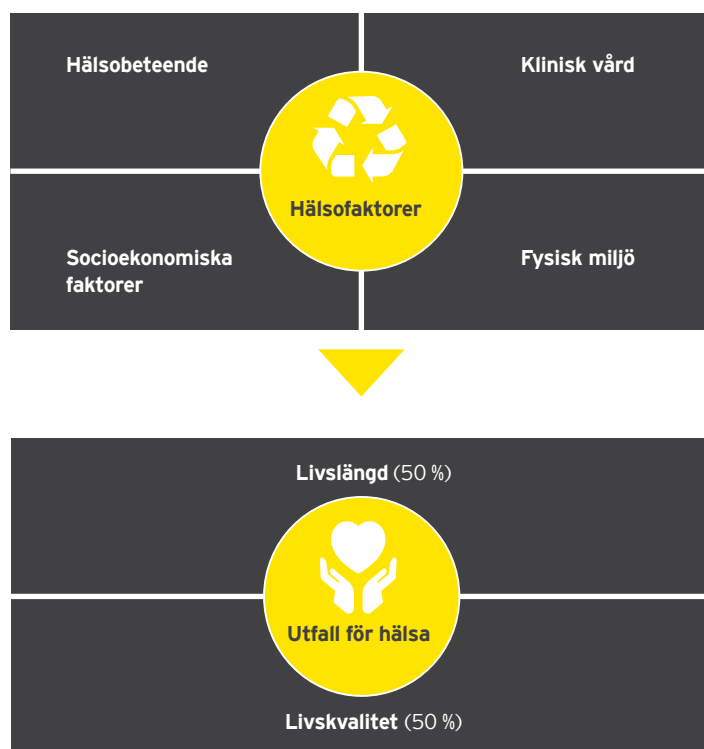
För att möta de utmaningar vi står inför i dag är det dags att ta ytterligare ett steg på hälsotrappan och satsa på hälsobeteende.



Figur 2: Allteftersom den svenska livslängden ökar och folkhälsan förbättras ökar vikten av hälsobeteende för att ytterligare förbättra folkhälsan.

2.2 Vad påverkar folkhälsa?

Hälsa påverkas av en mängd faktorer inom både arv och miljö. America's Health Rankings har definierat centrala hälsosfaktorer som samhället har möjlighet att påverka. Institutet delar upp hälsosfaktorer i fysisk miljö, klinisk vård, socioekonomi och hälsobeteende. Uppdelningen har använts av bland annat University of Wisconsin Population Health Institute för att ranka hälsa sedan 2003³.



Figur 3: Hälsosfaktorer och utfall för hälsa.





Klinisk vård är den faktor som ofta uppfattas ha störst påverkan på individers hälsoutfall. Olika hälsofaktorer har dock olika stor betydelse för marginalet effekten på människors hälsa över tid. Flera studier har därför granskat korrelationen mellan hälsofaktorer och hälsoutfall för att utreda vad som främst påverkar hälsoutfallet. Av dessa anses rapporten County Health Rankings and Roadmaps (CHRR), som studerar hälsan i samtliga amerikanska län, vara en av de mest gedigna och tillförlitliga undersökningarna. Rapporten kartlägger hur stor roll hälsofaktorerna spelar för USA:s hälsoutfall genom fem olika tillvägagångssätt:

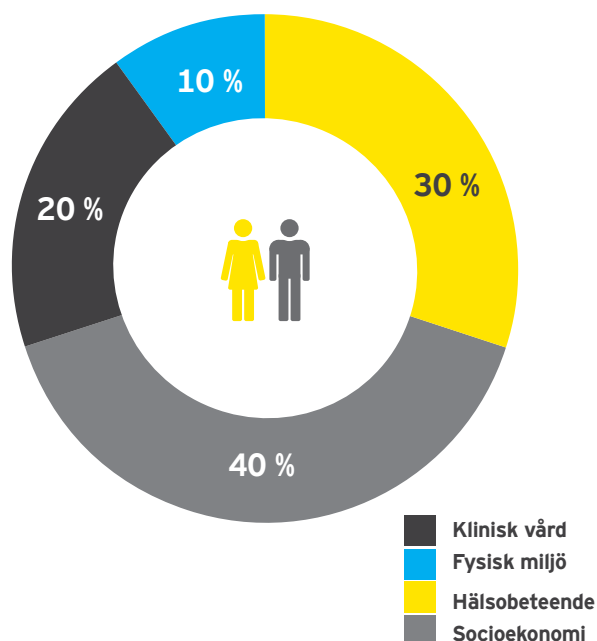
- ▶ Medicinhistoriskt perspektiv
- ▶ Litteraturgenomgång
- ▶ Sammanvägning av andra rankningar inom området
- ▶ Dataanalys
- ▶ Pragmatisk vägning av respektive hälsofaktor.

För att undersöka i vilken utsträckning de olika hälsofaktorerna påverkar hälsoutfallet i Sverige har EY genomfört en analys motsvarande den som CHRR har gjort i USA. Medellivslängd och självuppskattad livskvalitet har undersökts på kommunnivå och analyserats med hjälp av en regressionsanalys. Data som använts kommer från rapporten Öppna jämförelser folkhälsa 2014, som ges ut av Sveriges kommuner och landsting tillsammans med Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten.

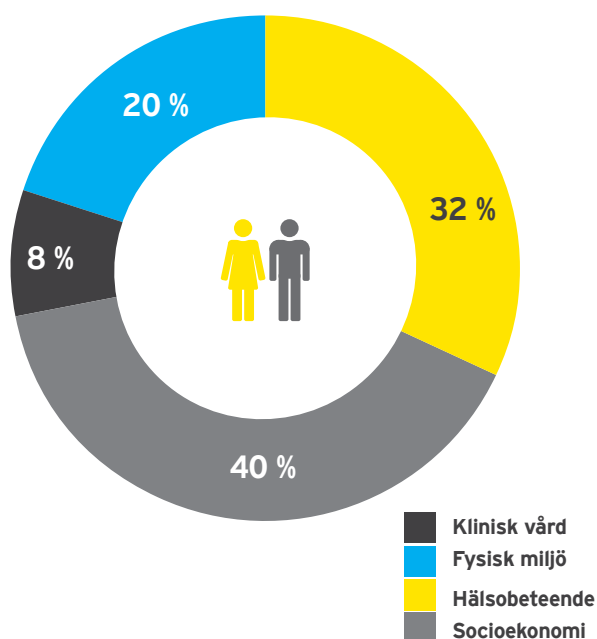
Resultatet av regressionsanalysen bör tolkas med viss försiktighet, dels för att dataunderlaget från Öppna jämförelser innehåller för få vårdrelaterade faktorer för att det ska vara möjligt att dra helt säkra slutsatser, dels för att dataunderlaget är två år gammalt när denna studie publiceras. Analysen ger dock en vägledning kring vad som är styrande för svensk folkhälsa.

Vår regressionsanalys och CHRR:s studie av den amerikanska folkhälsan kommer fram till ett likartat resultat. Hälsofaktorerna socioekonomi och hälsobeteende har störst påverkan på hälsoutfallet. Dessa hälsofaktorer skapar störst utmaningar för oss i dag, men ger oss samtidigt störst möjlighet att fortsätta påverka hälsoutfallet till det bättre.

Figur 4: USA - CHRR:s rankning av hälsofaktorernas påverkan på den amerikanska folkhälsan.



Figur 5: Sverige - Resultat av regressionsanalys - hälsofaktorernas relativa betydelse för hälsoutfall.



³ <http://www.countyhealthrankings.org/our-approach> 2015-12-13





3 Hur arbetar samhället med folkhälsa?

3.1 Hur investerar vi i folkhälsa?

För att skapa störst effekt bör resurser till hälsotfaktorer prioriteras efter deras betydelse för hälsoutfallet. Tidigare nämnda analyser indikerar att styrning och resurser bör riktas mot faktorerna hälsobeteende och socioekonomi. Vår förväntan på kartläggningen av resurser har därför inte varit att finna ett 1:1 förhållande, utan att ge en fingervisning om var det kan finnas ett glapp mellan resurser och behov.

Så hur fördelas resurserna i dag? För att kartlägga detta har vi fördelat samhällets allokerade resurser på respektive hälsotfaktor.

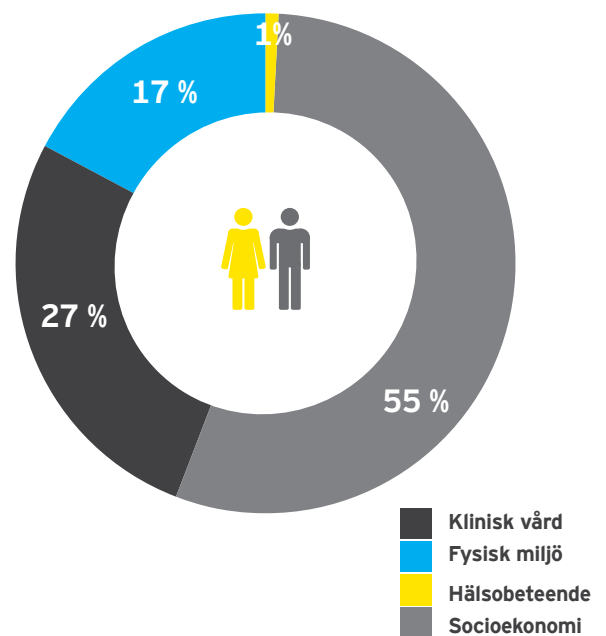
I Sverige står den offentliga sektorn för de största investeringarna i de undersökta hälsotfaktorerna. Kartläggningen består därför av allokering av skattemedel inom denna sektor. Det finns även andra aktörer som har utgifter kopplade till hälsotfaktorerna, men dessa ligger utanför studiens avgränsning. Hälsoinvesteringar för stat, kommuner och landsting har sammanställts och fördelats på fem kategorier: hälsobeteende, klinisk vård, socioekonomi, fysisk miljö och ej hänförlig till någon hälsotfaktor. Den sistnämnda kategorin har använts för utgiftsposter som inte kunnat kopplas till någon av de fyra hälsotfaktorerna.

Kategoriseringen av offentliga utgifter visar att socioekonomi tilldelas 55 procent av resurserna, klinisk vård 27 procent och fysisk miljö 17 procent. Sammantaget läggs cirka 1 400 miljarder på dessa kategorier. Enligt våra analyser korrelerar hälsobeteendet och hälsoutfallet med 32 procent. Ändå spenderas bara 1 procent av de offentliga utgifterna på denna post. Socioekonomi och klinisk vård får däremot mer av samhällets resurser i relation till deras påverkan på hälsoutfallet. Hälsa är inte det enda som styr hur politiker budgeterar, men det är ändå anmärkningsvärt att en faktor som i vår studie och annan litteratur tillskrivs cirka 30 procent av hälsoutfallet endast får 1 procent av budgeten medan klinisk vård får nästan 30 gånger så mycket.

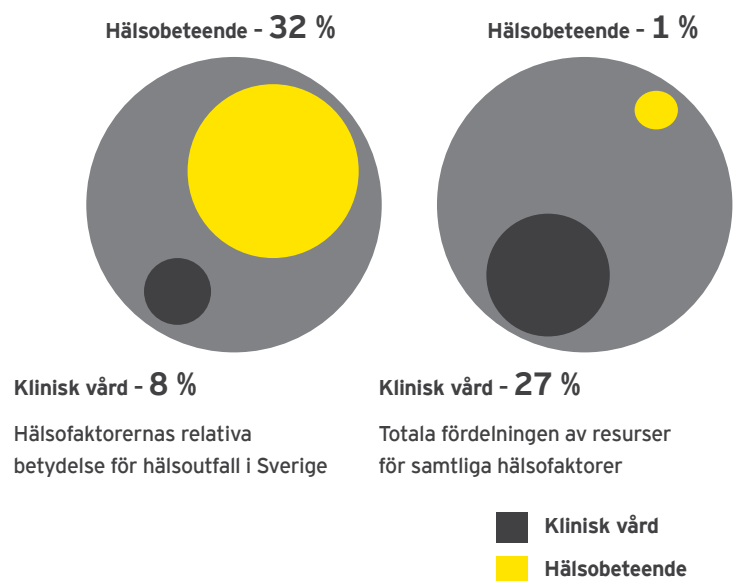
Att så lite resurser avsätts till hälsobeteende trots att det står för en stor del av hälsoutfallet väcker frågan om det inte finns fog för att ändra fördelningen. För att kunna besvara den frågan bör man även beakta marginaeffekten på hälsoutfallet givet en ökad investering, eller uttryckt på ett annat sätt: hälsoutfallet per krona (hälsoutfall/kostnad). Grundprincipen bör vara att investera i sådant som har det högsta hälsoutfallet per krona.



Figur 6: Fördelningen av utgifter per hälsotfaktor.



Figur 7: Allokering av resurser matchar ej relativ betydelse för hälsoutfallet

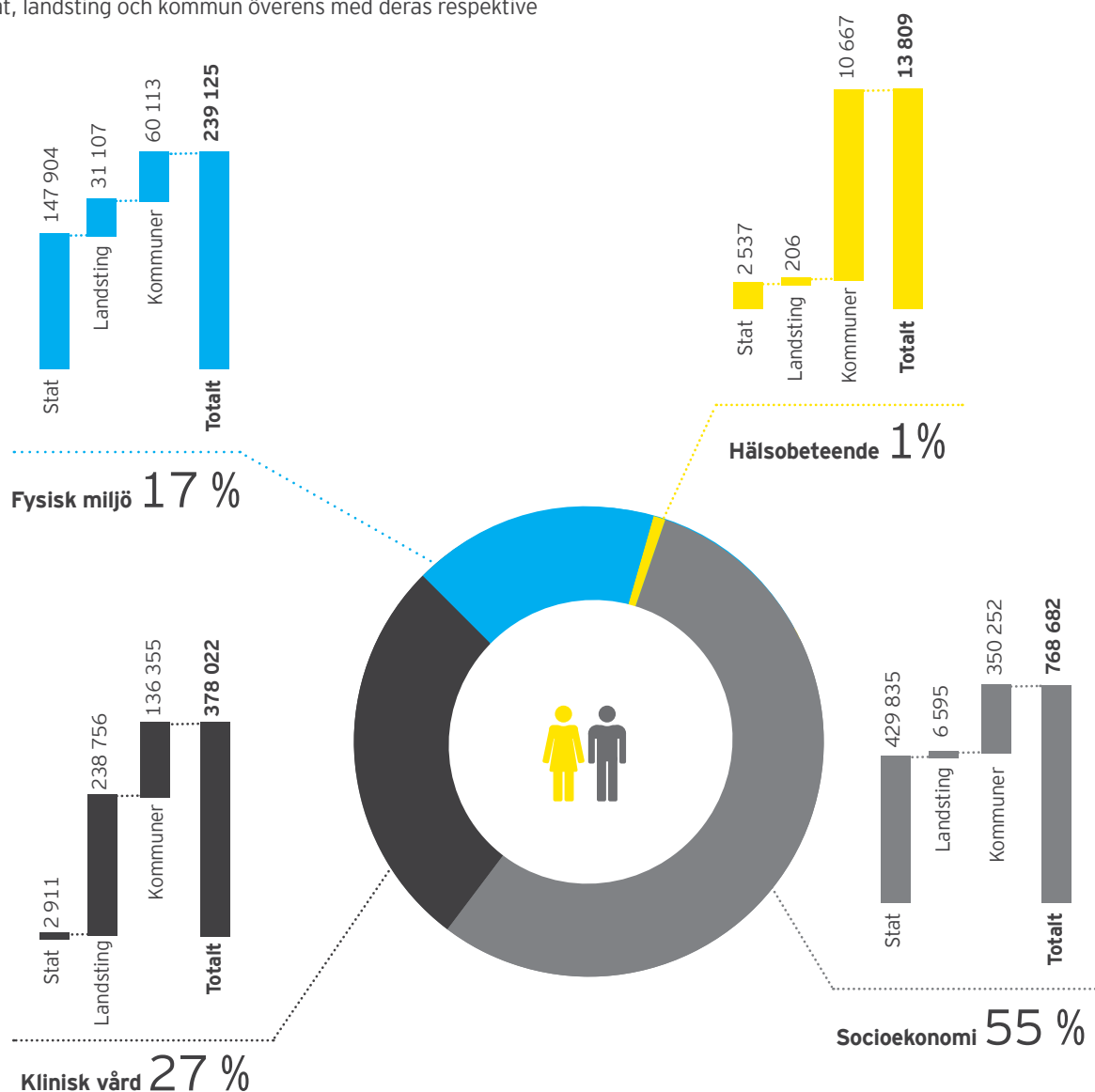




En jämförelse av hur resurser allokeras i stat, landsting och kommun visar på stora skillnader. I analysen har vi utgått från den statistik för kommuners och landstings utgifter som finns i KOLADA⁴. Det innebär att fördelningen beräknats utifrån aggregerad statistik. Det kan inte uteslutas att kostnader som riktar sig mot en kategori, till exempel hälsobeteende, finns dolda i poster som i huvudsak hör till andra kategorier. Det är därför möjligt att fördelningen ser något annorlunda ut om en analys görs på mer detaljerad nivå.

På en övergripande nivå stämmer allokeringen av resurser inom stat, landsting och kommun överens med deras respektive

uppdrag. Staten fokuserar på socioekonomiska faktorer genom omfördelning av resurser och landstingen fokuserar på klinisk vård. Hälsobeteende har mestadels resurser allokerade från kommunnivå. Det finns därför en stor diskrepans i det offentliga systemet avseende var skattemedel spenderas på respektive hälsofaktor kontra var kostnader uppstår till följd av ökade sjukdomstal. Detta skapar lägre incitament för respektive instans att ta ett samlat grepp kring den övergripande folkhälsan.



Figur 8: Fördelning av kostnader i miljoner kronor per hälsofaktor uppbrutet per nivå i offentlig sektor, år 2014.





⁴ KOLADA, Kommun och Landstingsdatabasen, innehåller nyckeltal från alla Sveriges kommuner och landsting.



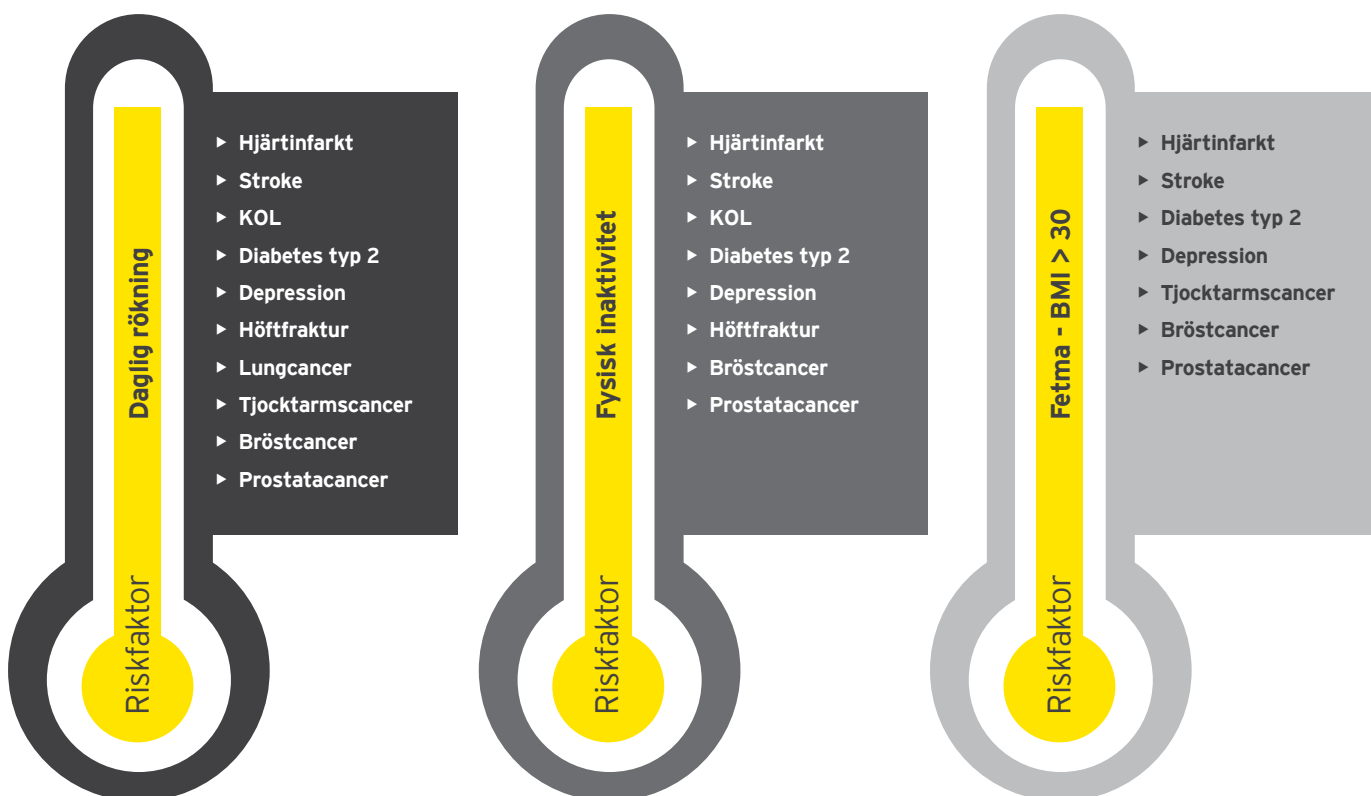


3.2 Finns den stora besparingspotentialen inom sjukvården?

3.2.1 Relationen mellan hälsobeteende och kostnader för klinisk vård

För att visa hur ökningarna av kostnader för klinisk vård principiellt skulle kunna stävjas genom satsningar på hälsobeteendet har vi analyserat kostnaderna för riskfaktorerna daglig rökning, fysisk inaktivitet och fetma. Gemensamt för dessa faktorer är att de påverkar hälsoutfallet och det direkta behovet av klinisk vård, eftersom de kan kopplas till ett antal av våra vanligaste folksjukdomar.

Figur 9: Relationen mellan riskbeteenden och vanliga folksjukdomar. ⁵





En investering för att minska riskfaktorerna och således förbättra hälsobeteendet skulle minska prevalensen av flera diagnoser och skapa kostnadsbesparingar för klinisk vård. Av de diagnoser som direkt kan härledas till daglig rökning, fysisk inaktivitet och fetma har vi genomfört en fördjupad kostnadsanalys för diagnoserna hjärtinfarkt, stroke och lungcancer.

Dessa sjukdomar är kopplade till fler riskfaktorer än daglig rökning, fysisk inaktivitet och fetma. Vissa riskfaktorer kan inte påverkas såsom familjehistoria, kön, etnicitet och ålder. Andra riskfaktorer går att påverka via individens eller samhällets insats. Enligt WHO orsakar ohälsosamma levnadsvanor 80 procent av all hjärtinfarkt och stroke.

Figur 10: Ökning i relativ risk för hjärtinfarkt, stroke och lungcancer för olika riskfaktorer.⁶

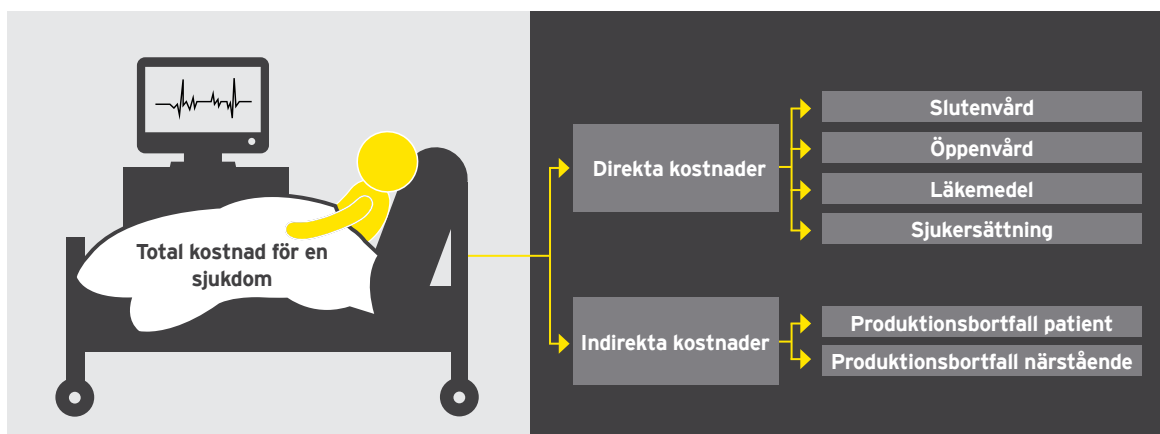


	Olika riskfaktor					
	Fetma BMI > 30		Daglig rökning		Fysisk inaktivitet	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Hjärtinfarkt	1,7	1,9	3,1	3,6	1,3	1,3
Stroke	1,3	1,4	2,8	3,2	1,2	1,2
Lungcancer	N/A	N/A	26,4	16,1	N/A	N/A

Kostnaden för respektive sjukdomsfall kan delas upp i direkta kostnader och indirekta kostnader. Med direkta kostnader avses kostnader som innebär en extra utbetalning för den offentliga sektorn. Det handlar dels om vårdkostnader, dels om kostnader för läkemedel och sjukersättning. Utöver de direkta kostnaderna

finns indirekta kostnader för produktionsbortfall och informell vård som ges av anhöriga. Kostnaderna för den informella vården utgörs primärt av produktionsbortfall då närstående avstår från förvärvsarbete för att ta hand om en närstående.

Figur 11: Huvudsakliga kostnadskategorier för ett sjukdomsfall.



⁵ Feldman, Inna & Johansson Pia, 2014, The Swedish RHS-model (Risk factors, health and societal costs), Uppsala universitet

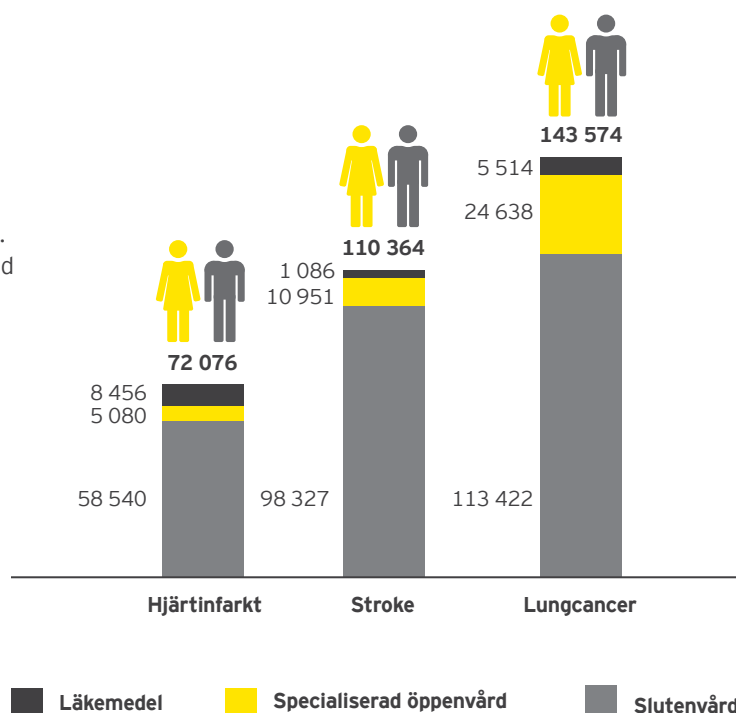
⁶ Van Baal et al, 2008, Prochaska & Hilton, 2012, Wannamethee & Shaper, 2002





Endast kostnader för vård under patientens första år har inkluderats. Det innebär att kostnaden är större i verkligheten då diagnoserna ofta följs upp av sjukvården under flera år. Beräkningarna exkluderar kostnader för sjukersättning, indirekta kostnader och kostnader för informell vård som ges av närstående. Beräkningarna visar endast kostnader när sjukdomen är registrerad som huvuddiagnos. Kostnader för eventuella komplikationer har inte tagits i beaktning vilket gör att det sannolikt finns ytterligare vårdkostnader.

Figur 12: Vårdkostnader per person under första året för hjärtinfarkt, stroke och lungcancer. ⁷



Vårdkostnader: Så har vi räknat		
Hjärtinfarkt	Stroke	Lungcancer
Kostnaden för slutenvård har beräknats med data från KPP-databasen hos Sveriges kommuner och landsting (SKL). Kostnaden för den specialiserade öppenvården har utgått från att varje patient får två uppföljningsbesök i den specialiserade öppenvården i enlighet med SEPHIA. Kostnaden för ett besök har beräknats genom att ta kostnaden per minut för ett genomsnittligt besök i den specialiserade öppenvården gånger den genomsnittliga längden på ett besök. Kostnaden för läkemedel har beräknats utifrån att varje patient får den behandling som rekommenderas av Socialstyrelsen och europeiska riktlinjer.	Kostnaden för slutenvård har beräknats med data från KPP-databasen hos Sveriges kommuner och landsting (SKL). Kostnaden för den specialiserade öppenvården har beräknats med data från KPP-databasen. Kostnaden för läkemedel är hämtad från rapporten Kostnader för insjuknande i Stroke år 2009. En incidensbaserad studie.	Kostnaden för slutenvård har beräknats med data från KPP-databasen hos Sveriges kommuner och landsting (SKL). Kostnaden för den specialiserade öppenvården har beräknats med data från KPP-databasen. Kostnaden för läkemedel har beräknats genom föreslagen snittbehandling från läkemedelsboken. Nyligen har nya dyrare läkemedel lanserats. Dessa läkemedel är inte medräknade, men på sikt kommer de att höja läkemedelskostnaderna markant.
		





3.2.2 Potentiella kostnadsbesparingar för olika kommuner

Det finns stora skillnader mellan hälsobeteendet i olika kommuner i Sverige. I de kommuner som har sämst hälsobeteende rör knappt hälften av befolkningen på sig dagligen, en tredjedel har en stillasittande fritid och en fjärdedel lider av fetma. I den kommun med högst andel rökare röker 17,6 procent av befolkningen dagligen. Det kan jämföras med 3,3 procent i kommunen med lägst andel rökare⁸. Skillnaderna gör att potentiella kostnadsbesparingar varierar kraftigt mellan olika svenska kommuner beroende på prevalensen av de riskfaktorer och sjukdomar som vår analys omfattar.

Det finns ett tydligt samband mellan dåligt hälsobeteende och hög andel sjuka i respektive diagnos. Kommuner som ligger över rikssnittet i insjuknande av hjärtinfarkt, stroke och lungcancer kan därför göra stora besparingar inom sjukvård genom att investera i hälsobeteende och därmed minska antalet riskfaktorer förknippade med diagnoserna.

	Hälsodata			
	Fetma (%)	Stillasittande fritid (%)	Fysisk aktivitet minst 30 min per dag (%)	Daglig rökning (%)
Bäst 	6,2	6,9	72,9	3,3
Medel 	16,1	13,9	64,8	11,3
Sämst 	24,8	32,9	49,9	17,6

Figur 13: Översikt över den relativa frekvensen av riskbeteende mellan svenska kommuner.

⁷ EY-analys av direkta vårdkostnader, se faktaruta

⁸ Öppna jämförelser folkhälsa 2014, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, SKL <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/oppna-jamforelser-folkhalsa-2014.html>





För att beräkna hur många fall av stroke, lungcancer och hjärtinfarkt vi skulle kunna undvika i Sveriges kommuner har vi använt metoden Potential Impact Fraction⁹. Metoden ger en förenklad bild av verkligheten då rökare har en något förhöjd risk för lungcancer även efter att de har slutat röka. Metoden ger ändå en fingervisning avseende potentialen med investeringar i förbättrad folkhälsa. Vår beräkning baseras på antagandet att samtliga kommuner i Sverige skulle förbättra sitt hälsobeteende så att de hamnar i den översta kvartilen.

Kommuner som Haparanda, Burlöv och Bromölla kan uppnå stora effekter om de förbättrar invånarnas hälsobeteende, medan befolkningen i Lidköping, Umeå och Vallentuna redan har ett i jämförelse bra hälsobeteende¹⁰. Det innebär att politiska åtgärdsprogram inte nödvändigtvis bör riktas mot hela Sveriges befolkning, utan mot de geografiska områden där riskfaktorerna är som störst.

Figur 14 visar vad kommunerna med störst förbättringspotential enligt räkneexemplet skulle kunna spara i direkta vårdkostnader, det vill säga endast en del av samhällets totala kostnad, om de investerade i hälsobeteende och på så sätt minskade antalet fall av hjärtinfarkt, lungcancer och stroke. Besparingarna avser kliniska kostnader under det första året efter insjuknandet.

Kommuner med ett högt insjuknande i sjukdomarna och dessutom en hög riskprevalens har störst besparingspotential. I Haparanda har man således möjlighet att spara över 12 miljoner kronor per år på minskade kliniska kostnader för dessa diagnoser. Besparingen för Sverige som helhet under en treårsperiod skulle uppgå till cirka 2,8 miljarder kronor eller cirka 1,3 procent av landstingens årliga budget för hälso- och sjukvård¹¹. För att ge en korrekt

bild av den totala effekten måste analysen kompletteras med de ökade kostnader som uppstår vid investeringar i förändrade hälsobeteenden. Räkneexemplet ger bara en antydning om potentiell besparingspotential då det varken omfattar samtliga hälsobeteendefaktorer, samtliga sjukdomar som påverkas av förbättrat hälsobeteende eller samtliga kostnader för att påverka hälsobeteendet till det bättre.





Kommun	Antal invånare	Hälsobeteende innan förändring			Total teoretisk besparing
		Fetma	Stillasttande fritid	Daglig rökning	
Haparanda	9886	20,50 %	16,10 %	16,30 %	12 630 000 kr
Burlöv	17114	17,10 %	19,40 %	16,90 %	11 430 000 kr
Bromölla	12336	17,30 %	13,40 %	16,50 %	11 390 000 kr
Eda	8426	20,20 %	US	16,10 %	11 070 000 kr
Örkelljunga	9653	16,00 %	16,60 %	17,60 %	10 590 000 kr
Övertorneå	4709	21,50 %	16,30 %	13,20 %	10 500 000 kr
Oxelösund	11403	18,20 %	15,70 %	17,40 %	10 460 000 kr
Perstorp	7139	19,80 %	18,70 %	15,20 %	10 350 000 kr
Surahammar	9834	21,90 %	14,20 %	15,40 %	10 140 000 kr
Norberg	5608	17,30 %	16,30 %	16,40 %	9 820 000 kr

Figur 14: Teoretisk årlig kostnadsbesparing för olika kommuner i Sverige.

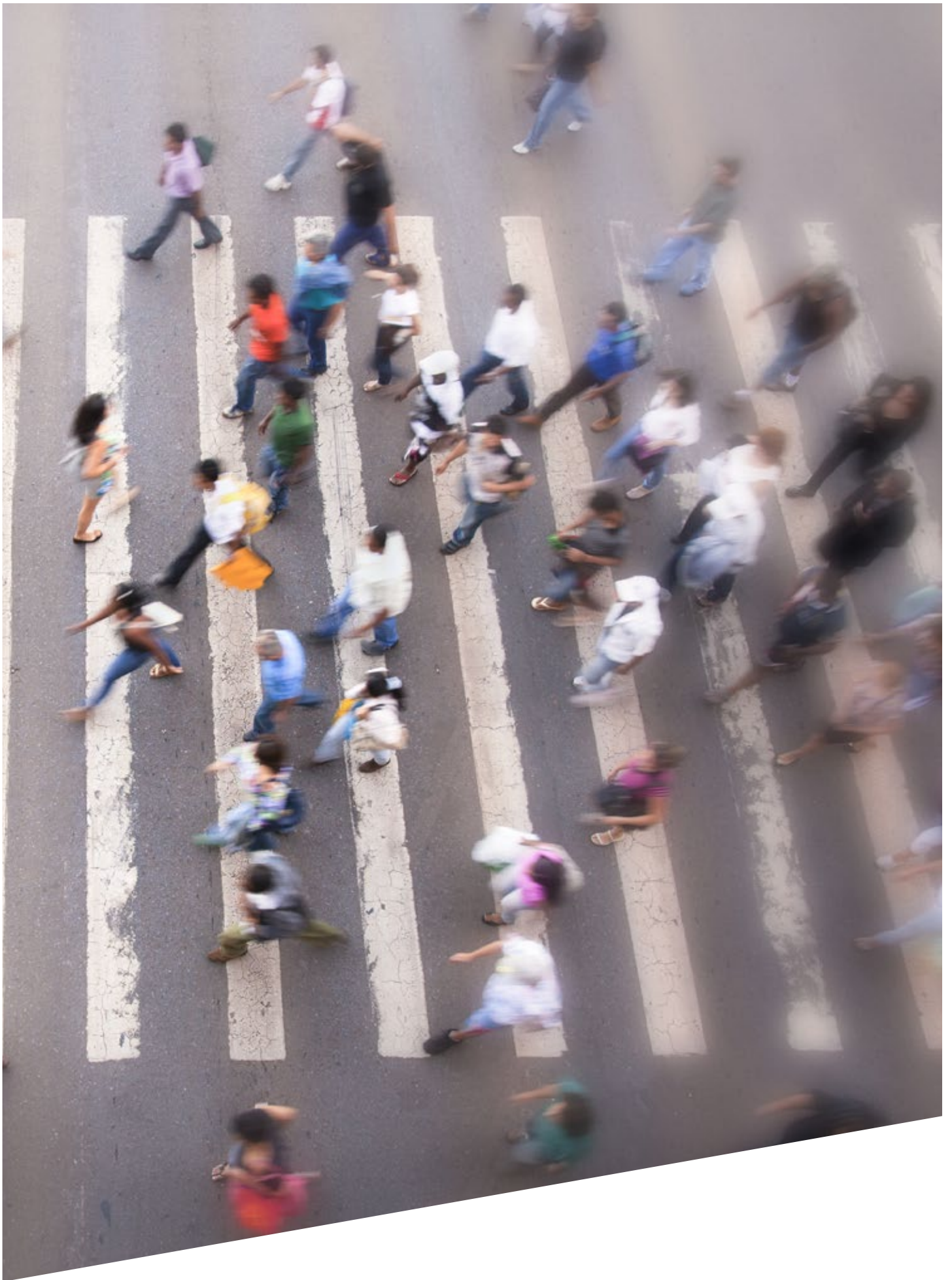
Slutsatsen av räkneexemplet är att det troligtvis går att göra stora besparingar på att få befolkningen att förbättra sitt hälsobeteende i förebyggande syfte. Räkneexemplet omfattar endast direkta vårdkostnader under det första året. Det innebär att den totala effekten borde vara mycket större, dels för att effekten varar under längre tid än ett år, dels för att många andra faktorer också påverkas positivt, exempelvis lägre sjuktal och att individen kan återgå till arbetet.

⁹ WHO information om metod http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/en/

¹⁰ Öppna jämförelser folkhälsa 2014, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, SKL <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/oppna-jamforelser-folkhalsa-2014.html>

¹¹ Siffran har beräknats genom att beräkna förändringen i antal insjuknanden i stroke, hjärtinfarkt och lungcancer om invånarna i alla kommuner skulle bete sig lika hälsosamt som den översta kvartilen av kommunerna i Sverige. Därefter har de direkta vårdkostnaderna det första året efter beräknats och summerats ihop över tre år. De kommuner som sedan tidigare ligger i den översta kvartilen kommer med den använda metoden inte att få någon besparingar







4 Hur styr vi mot en friskare befolkning?

4.1 Vad bör vara styrande i hälsodebatten?

Den ökande ohälsan i samhället med ökande andel livsstilssjukdomar leder till ökade kostnader för hälso- och sjukvård. Kombinerat med individens rätt till ett långt och hälsosamt liv skapar detta incitament för att se över nuvarande angreppssätt.



Analyserna i tidigare kapitel indikerar att det finns möjligheter att påverka sjukvårdens kostnader genom att exempelvis investera i förebyggande åtgärder som förbättrar hälsobeteenden. Separationen av uppdrag och nytta av insatser mellan olika huvudmän leder dock till utmaningar vad gäller naturliga incitament och stimulans till åtgärder. Det krävs ett helhetsperspektiv för att skapa samband mellan investeringar i och nytta av hälsostimulerande åtgärder. Kan vi skapa incitament som säkerställer ett helhetsperspektiv på medborgaren och folkhälsan? Detta skulle innebära att ett system- och helhetstänkande tillämpas på olika komponenter som påverkar den enskilda medborgarens hälsa. På så sätt kan resurser fördelas mellan olika insatser för att optimera investeringar utifrån vad som uppfattas generera mest nytta. Denna ansats kräver att medel, både vad gäller investeringar och realisering av nytta, kan omfördelas mellan olika huvudmän om detta bedöms gynna berörda medborgare.

Med ett helhetsperspektiv kan riktade satsningar på folkhälsa och förebyggande arbete genomföras på ett smidigare sätt. Men att rikta om resurser från sjukvården till att förbättra hälsobeteenden i förebyggande syfte kan vara en politiskt känslig fråga. Det kräver en riskvillighet som i dagsläget kan ifrågasättas om den finns i den

offentliga strukturen. Initialt krävs dock investeringar under viss risk för att genomföra pilotprojekt som kan ligga till grund för lärdomar om hur investering och nytta kan mätas och kopplas till risk. Med ökad kompetens kan beslut om investeringar fattas på bättre grund. Det är viktigt att bygga in kontrollfunktioner som möjliggör risktagande samtidigt som riskerna hålls på kontrollerbara nivåer.

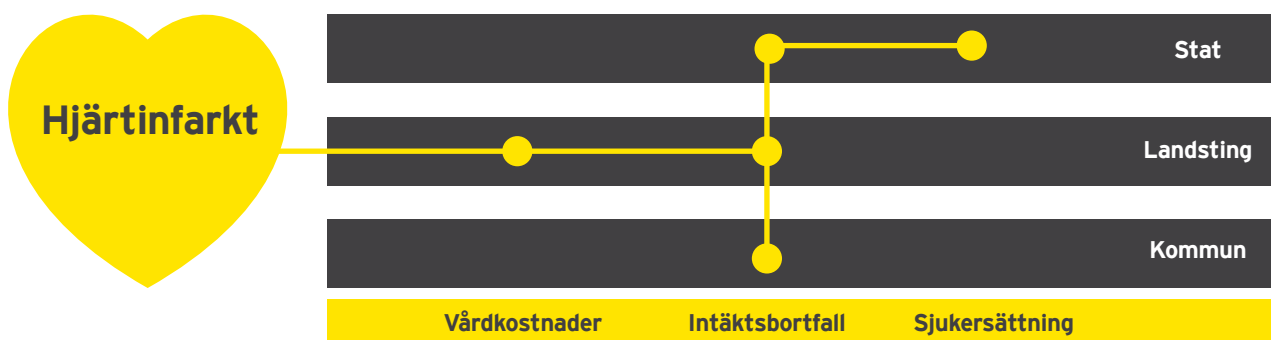




4.2 Det krävs nya samarbetsformer

Trots att ett minskat antal insjuknanden skulle leda till stora besparingar för samhället och dessutom förbättra folkhälsan investeras betydligt mer pengar i vård av de som redan blivit sjuka än i förebyggande insatser. En orsak kan vara att investeringarna i hälsa måste göras av en part, medan vinsterna i form av mindre vårdbehov kommer en annan part till del. Därför behövs nya samarbetsformer och en översyn av hur resurserna fördelas.

Om vi exemplifierar med en hjärtinfarkt hanterar landstinget de initiala kostnaderna för vården. Under sjukskrivningen får kommun, landsting och stat intäktsbortfall i form av förlorade skatteintäkter. Dessutom ökar kostnaderna för exempelvis sjukersättning, vilket drabbar staten. Samtidigt är det kommunerna som investerar överlägset mest i hälsofrämjande och förebyggande insatser.



Figur 15: Fördelningen av kostnader för en hjärtinfarkt i det offentliga systemet.

Detta betyder att de investeringar i förbättrad folkhälsa som oftast görs på kommunnivå får störst ekonomisk effekt i andra delar av det offentliga systemet. Nya samarbetsformer mellan kommuner, landsting och staten krävs för att säkerställa att investeringar från en nivå medför återbärning för denna part. Alternativt krävs ett större enhetligt grepp exempelvis genom ett samarbete mellan staten och Sveriges kommuner och landsting.

Så länge investeringar och kostnadsbesparingar inte kan kopplas till den egna budgeten kommer det sannolikt kvarstå stora hinder för fortsatta investeringar i radikalt förbättrad folkhälsa. Som diskuterats ovan är dock incitamenten så stora att ett ökat samarbete bör ses som prioriterat.



4.3 Det krävs nya sätt att mäta och följa upp hälsoinsatser

Den kanske främsta utmaningen med att investera i hälsobeteende är mätning och uppföljning av hur och på vilket sätt investerade medel leder till förbättrad hälsa för medborgarna och därmed minskade offentliga utgifter. Hur säkerställer vi att satsningar på att öka den fysiska aktiviteten och minska andelen rökare och personer som lider av fetma får effekter i form av minskad sjukdomsburda? Det råder ingen tvekan om att vi bör investera i hälsobeteende, men det råder desto större tvekan kring vilka konkreta projekt vi bör investera i och hur dessa investeringar bör hanteras för att säkerställa att skattemedel används på bästa sätt.

Offentliga investeringar medför precis som andra investeringar en alternativkostnad då de kräver en omfördelning av medel från andra utgiftsposter. Det är därför centralt att de offentliga myndigheter som investerar i folkhälsa kan påvisa värdet av dessa investeringar. De måste kunna rättfärdiga att skattemedel investeras på lång sikt i stället för att säkerställa kortsiktiga behov.

Ur ett investeringsperspektiv medför investeringar i hälsobeteende tre huvudsakliga utmaningar:

- 1 Det saknas ett vedertaget ramverk och en enhetlig metodik för investeringar som rör hälsobeteende.**
Vid investeringar i infrastruktur genomförs vanligen livscykelanalyser ur ett samhällsperspektiv för att säkerställa att den framtida installationen medför nytta för medborgarna. Dessutom görs oftast nyttokalkyler för att rättfärdiga ytterligare investeringar, till exempel i en byggprocess som medför större enskilda kostnader, men som sparar kostnader för samhället i stort genom minskade trafikstörningar. Det behövs liknande ramverk för investeringar i folkhälsa med livscykelanalyser som säkerställer hälsa över tid i stället för ett kortsiktigt fokus på vårdkostnader. Detta inkluderar även att ta fram relevanta mätetal för att kunna följa upp investeringar i förbättrad hälsa och se till att investeringen medför nytta för samhället över hela investeringshorisonten.

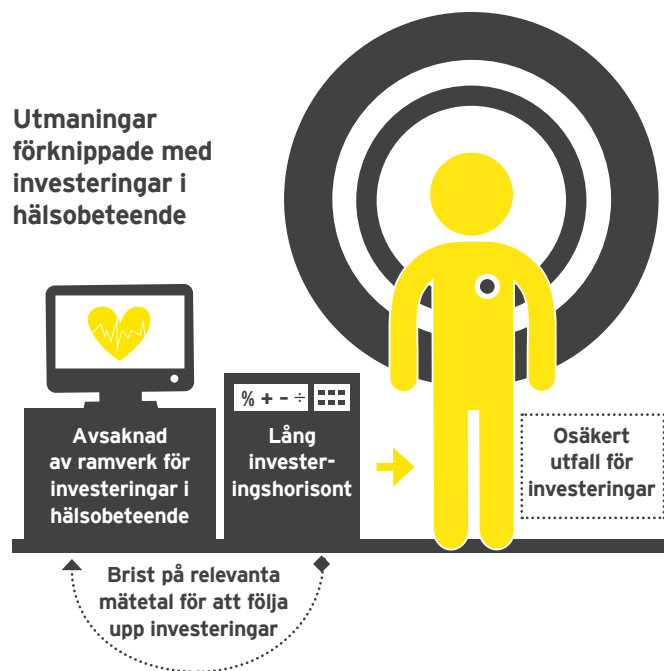
- 2 Investeringar i hälsobeteende har en lång investeringshorisont.**

En investering i hälsa har sannolikt inga stora effekter på hälsosystemet i sin helhet på kort- eller ens medellång sikt. Detta gör det komplicerat att följa upp investeringarna och minskar incitamenten för folkvalda att prioritera dessa investeringar.

- 3 Det konkreta utfallet för investeringar i hälsobeteende kommer alltid att vara osäkert.**

Givet att folkhälsa är extremt komplext kommer effekterna av enskilda satsningar på hälsobeteende vara osäkra. Det är svårt att isolera vilka enskilda insatser som har givit den önskade effekten. Detta medför att investeringar i folkhälsa kräver nya sätt att förhålla sig till och hantera risk inom det offentliga systemet.

Utmaningar förknippade med investeringar i hälsobeteende



Figur 16: Utmaningar förknippade med investeringar i hälsobeteende.





4.4 Det krävs nya perspektiv på risk inom hälso- och sjukvården

Investeringar i hälsobeteende har stor ekonomisk potential. Utfallet av dessa investeringar är dock osäkert och svårt att mäta. Sättet att hantera ekonomisk risk blir därför centralt. Risk är ett område som offentlig sektor traditionellt sett har liten erfarenhet av. Det är inte tillåtet att använda skattemedel likt riskkapital¹². Ändå är samtliga investeringar som offentlig sektor gör behäftade med risk. Nya perspektiv på hantering av risk skulle väsentligt öka den offentliga sektorns möjlighet att ta, men framför allt hantera, risk vad gäller sina investeringar. Det är främst två områden som kan förstärkas:

- Hantering av risk vad gäller investeringar i folkhälsa och fördelning av risk mellan offentlig och privat aktör vad gäller samarbeten.
- Upphandlingar av partnerskap för att förbättra folkhälsan.

Att investera i sjukvård för att förbättra hälsan för medborgare är en satsning som medför låg risk. De medel som investeras går direkt till att bota sjuka individer eller, inom ramen för vårdgivarens budget, till att skapa ännu bättre förutsättningar för att bota sjuka individer. Att allokera om medel från exempelvis sjukvården till förebyggande insatser i form av ett förbättrat hälsobeteende är förenat med högre risk.

Vad är det som säger att medel som omfördelas kommer att generera en nytta som överstiger den som medlen skulle ha genererat om de hade investerats i hälso- och sjukvården? För att kunna besvara den frågan måste effekter av investeringar följas upp bättre. Samtidigt måste risker, eller omformulerat osäkerheter, i projektens genomförande minimeras. Detta kan göras med hjälp av så kallade agila metoder för projektgenomförande såsom exempelvis scrum eller klassisk innovationsmetodik. Om dessa tekniker tillämpas korrekt skapar de förutsättningar för att hantera ekonomisk osäkerhet.

Allt fler aktörer får upp ögonen för behovet av att se medborgarnas hälsa ur ett systemperspektiv där enskilda aktörer är delar av en större helhet. För en aktör är det inte längre tillräckligt att vara världsledande på exempelvis en medicinteknisk produkt. Om produkten inte levererar en högre nytta ur ett systemperspektiv

skapar produkten ingen nytta. För att kunna skapa ett bättre utfall söker allt fler aktörer partnerskap inom systemet. Att ingå partnerskap ger förutsättningar för delade investeringar och risker, men även för tillgång till spetskompetens inom nya områden. Partnerskap gör det möjligt att minimera risk och maximera nytta. Tillsammans kan vi skapa förutsättningarna för att på sikt åstadkomma patientbrist på våra sjukhus.

¹² Kommunallagen (1991:900) 8 kap. §2



Vad händer nu?

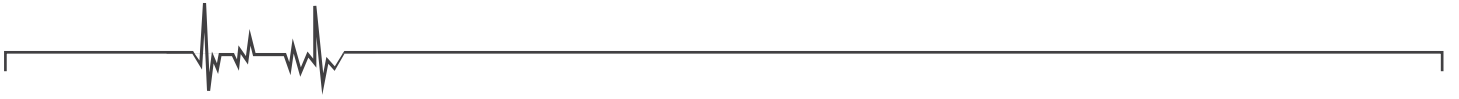
Vår ambition med denna studie har varit att lyfta ett antal frågor och perspektiv som, enligt vår uppfattning, inte diskuteras tillräckligt i den offentliga debatten. Som rådgivare inom offentlig verksamhet ser vi dagligen vilken påverkan utmaningarna inom hälso- och sjukvården har - både på möjligheten att behandla patienter och på samhällsekonomin. Vi tycker därför att det är angeläget att lyfta blicken, ställa nya frågor och söka lösningar på de långsiktiga och systemövergripande utmaningarna.

Vår förhoppning är att våra efterforskningar, omfattande beräkningar och analyser ska få fler aktörer att engagera sig och finna lösningar för hur vi kan:

- Skapa nya samarbetsformer mellan stat, landsting och kommuner för att öka villigheten att investera över myndighetsgränser.
- Upprätta och gemensamt komma fram till nya ramverk och metoder för att mäta och följa upp investeringar i hälsobeteende för att säkerställa att investeringar görs på rationell grund.
- Omvärdera synen på risk och riskfördelning inom offentlig verksamhet för att öka villigheten att investera på lång sikt.

Vi på EY kommer fortsätta att försöka hitta lösningar på dessa frågor. Vi ser fram emot att ställa frågor, debattera, analysera och förhoppningsvis hitta svar!







Bilaga





Exempel på lyckade insatser inom förändring av hälsobeteenden

Insatser mot fetma och övervikt

Kosthållning och fysisk aktivitet är beteenden som påverkar vikt i hög grad och insatser som syftar till att främja dessa undersöks därför primärt. Insatser relaterade till måttet fysisk inaktivitet inkluderas alltså här inom insatser inriktade på att minska övervikt och fetma. Medicinsk behandling, till exempel genom magsäcksoperation, är ytterligare ett alternativ för viktnedgång som vi dock bortser från då det inte är en direkt förändring av ett beteende.

En lättare framtid - Norrtälje kommun och Stockholms läns landsting

Omfattning

Norrtälje kommun genomförde i samarbete med Stockholms läns landsting (SLL) ett treårigt samarbetsprojekt mellan åren 2008-2010 med namnet En lättare framtid¹. En lokal handlingsplan skapades för kommunen med utgångspunkt att öka den fysiska aktiviteten och förbättra matvanorna hos unga. Projektet startades då kommunen hade ett ovanligt högt antal invånare med övervikt och fetma. Det samfinansierades av Norrtälje kommun (800 000 kronor, SLL (1 000 000 kronor) och externa finansieringskällor (332 000 kronor). Totalt innefattade satsningen 730 åtgärder inom områdena ungdomsträffar, förbättrade matvanor, fysisk aktivitet på recept (FaR³), informationsinsatser, idrottsfritids samt säker och lekvänlig skolväg. Åtgärderna riktades antingen direkt till barnen, till deras föräldrar eller till personal inom kommunen.

Resultat

En positiv trend kunde framförallt ses hos 4-åringar. Deras övervikt och fetma minskade från 15,8 procent 2008 till 14 procent 2010, trots att motsvarande förändring i hela Stockholms län var något uppgående. Även hos skolungdomar kunde en tendens till nedgång av övervikt iaktas. Vidare bidrog insatserna till många idrottstillfällen och gör så även fortsättningsvis då många projekt har blivit permanenta efter programmets avslutande. Till exempel genererade idrottsfritids 1 913 deltagande barn. Barnen fick ta del av 26 idrottsföreningars olika idrotter på fem olika skolor mellan åren 2008-2010. En annan åtgärd skapade förutsättningar för att kunna ordinera fysisk aktivitet på recept (FaR²) då 23 vårdgivare och 15 mottagare inom friskvården utbildades inom ämnet. Inom initiativet "Familjeviktsskolan" uppgav samtliga familjer utom en att de hade gjort hälsofrämjande förändringar och ökat sin fysiska aktivitet eller förbättrat sina matvanor. Barnen som deltog tappade i snitt 2,07 centimeter i midjemått och 0,08 i BMI Iso (BMI anpassat för barn).

Konkurrenskraftig prissättning av nyttig mat - amerikanska gymnasieskolor

Omfattning

Ett flertal amerikanska skolor har gjort insatser för att påverka elevernas val av mat i skolmatsalar och skolkafeterior³. Insatserna är en följd av kraftiga ökningar i övervikt hos amerikanska barn och vuxna. Initiativen för att påverka elevernas val baseras på att använda konkurrenskraftig prissättning för nyttig mat (prissätta den lägre än skräpmat) och därmed göra den till ett mer attraktivt alternativ. Detta kombineras ofta med andra strategier såsom att ersätta all skräpmat med nyttigare alternativ, marknadsföra nyttiga alternativ på ett mer attraktivt sätt och förbjuda försäljning av sockerhaltiga drycker i automater. Strategierna har också testats på arbetsplatser i USA.

Resultat

Initiativen har visat sig påverka elevernas val av mat och har ökat försäljningen av mat med låg fetthalt (Fox, 2005). Det finns även bevis för att det har lett till en nyttigare konsumtion (AHA-Mozaffarian, 2012⁴). Efterfrågan på nyttig mat tycks enligt första studier vara priselastisk - en 1-procentig prissänkning på nyttig mat leder till en mer än 1-procentig konsumtionsökning av nyttig mat (An 2013⁵). En studie på en varuautomat i en av skolorna visade till och med att en prisminskning med 25 procent på nyttiga alternativ resulterade i en 39-procentig ökning av försäljning av livsmedel med låg fetthalt och en prisminskning med 50 procent resulterade i en ökning på 93 procent. De totala intäkterna hölls stadiga i båda fallen⁶. Det har även visat sig att skolorna i regel har skapat en ökad försäljning av mat och dryck till följd av prissättningsstrategierna, i stället för det motsatta vilket tidigare har varit ett motargument.

Insatser mot rökning

Under det senaste decenniet har en stor ökning av rökfria miljöer ägt rum i världen, till stor del på grund av WHO:s konvention för tobakskontroll, FCTC, som tillkom 2005⁷. 170 länder har bekräftat tobakskonventionen, i vilken total rökfrihet rekommenderas för effektivast möjliga skydd. Drygt ett 30-tal länder har i dagsläget helt rökfria inomhusmiljöer. Dessa förändringar har visat sig ha stora hälsovinster såsom minskning av hjärt-kärl-sjukdomar och cancer samt astmafall. Även om omfattande initiativ mot rökning görs genom regleringar, äger också initiativ rum på många andra nivåer och i andra typer av forum, drivna av såväl kommuner och sjukhus som oberoende organisationer⁸. Nedan följer både ett exempel på en insats i form av en reglering och en insats av frivillig karaktär.





Rökförbud inom restaurangverksamhet - Sveriges regering

Omfattning

År 2005 var kritiken stark mot den nya regleringen som innebar rökförbud på restauranger och barer⁹. Kritiken var stor både från rökare och från krogägare och personal. Bestämmelsen gjordes som ett tillägg till en paragraf i den befintliga tobakslagen från 1993. I denna lades restauranger och serveringsställen till i listan med platser där rökning inte är tillåten.

Resultat

Kritiken mot den nya lagen visade sig obefogad. Lagen fick en positiv effekt på hälsan för alla inblandade grupper och fick inte heller några märkbara negativa effekter på restaurangernas försäljning, vilket hade befarats. Sex månader efter införandet ansåg nästan nio av tio svenskar att förbudet var bra. Sverige är numera ett av de länder i världen med lägst andel rökare. År 2014 noterade cirka 10 procent rökare. Det är en nedgång med 6 procentenheter sedan 2004 (året innan rökförbudet). Rökförbudet spelar sannolikt en stor roll i minskningen då det inte införts några fler stora regleringar relaterade till rökning sedan dess. En stor minskning i andel personer som utsätts för passiv rökning kunde också noteras. Bland restaurangpersonal märktes de positiva hälsoeffekterna snabbt. Symptom på luftvägar och slemhinnor minskade kraftigt redan efter fyra månader och halverades efter ett år.

Som efterföljd till den positiva utkomsten av rökförbudet i restaurangers inomhusmiljöer har det även satts igång ett initiativ för rökfria utomhusmiljöer. Regeringsuppdraget ANDT utförs av Folkhälsomyndigheten och innehåller särskilda utvecklingsprojekt inom områdena alkohol, narkotika, dopning och tobak. Som del av tobaksstrategin startades initiativet Rökfria uteserveringar. Hittills har endast 11 uteserveringar valt att publicera sig som rökfria. Förhoppningen är dock att initiativet ska lagstadgas för att få större genomslagskraft. Den övergripande målsättningen för tobaksstrategin inom ANDT är att göra Sverige helt rökfritt till 2025.

En rökfri skola - Karlstad kommun

Omfattning

Karlstad kommuns gymnasieskolor införde 2010 projektet En rökfri skola efter att ett pilotprojekt hade testats på Hammarö skola två år tidigare. Anledningen till införandet var ett högt antal rökande elever som gjorde att man ansåg det nödvändigt att skapa en förändring. Initiativet syftade därmed till att få de som redan rökte att sluta och hindra de som inte rökte från att börja. Projektet initierades till följd av ANDT-strategin. 61 000 kronor satsades på initiativets första år.

Initiativet har innefattat information om rökning och nikotin i olika forum på skolan. Målet var att projektet skulle drivas på ett positivt sätt och fokus var därför på fördelarna med att inte röka. Bland annat skapades antirökgrupper för att man skulle kunna stötta varandra i beslutet att sluta röka. Det hölls även föreläsningar, man hade besök av Non-smoking generation, utbildade personal och satte upp rökfri zon-skyltar på speciellt utsatta platser. Skolorna skaffade också nikotinersättning till elever eftersom det är så dyrt i affärer vilket ledde till att de annars hellre köpte cigaretter. Initiativet innehöll även en tävling som kallades "Utmaningen", vilken handlade om att vara rökfri i två månader. De som lyckades fick vara med i en utlottning om 2 000 kronor. Även icke-rökare fick delta då syftet med utmaningen var att visa på fördelarna med att inte röka.

Resultat

En enkätundersökning visade att tobaksanvändningen minskat med 50 procent bland gymnasieeleverna i årskurs 1-3 ett år efter att projektet inleddes. Projektet erhöll vidare finansiering från statens folkhälsoinstitut på 170 000 kronor för att kunna drivas vidare ett andra år. Tillskottet gick framförallt till att utbilda fem ytterligare anställda i rökavvänjning. Under det andra året kunde man notera en ytterligare minskning av tobaksanvändare.

¹ En lättare framtid, FoUU TioHundraförvaltningen, Norrtälje kommun och Stockholms läns landsting

² FaR, Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet, STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT, Östersund 2011, R 2011:30

³ Wisconsin Medical Journal 2005, Volume 104, No. 5, Competitive food initiatives in schools and overweight in children: A review of the evidence

⁴ Population Approaches to Improve Diet, Physical Activity, and Smoking Habits, "<http://circ.ahajournals.org/content/126/12/1514.full.pdf+html>"

⁵ Effectiveness of Subsidies in Promoting Healthy Food Purchases and Consumption: A Review of Field Experiments, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3898771>

⁶ Effectiveness of Subsidies in Promoting Healthy Food Purchases and Consumption: A Review of Field Experiments, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3898771>

⁷ <http://rokfriuteservering.se>

⁸ En samlad återrapportering, ANDT, 20110331

⁹ <http://rokfriuteservering.se>





Kontakt



Ulf Borgcrantz

Partner

Mobil: 070-318 90 63
ulf.borgcrantz@se.ey.com



Daniel Brämhagen

Uppdragsledare, hälso- och
sjukvårdsuppdrag

Mobil: 070-671 51 79
daniel.bramhagen@se.ey.com

Övriga deltagare i studien

Emma Loven

Kristoffer Kenttä

Sofia Busck

David Kåverud

Ádin Hjertberg

Per Wester

Hannes Jakobsson

Marcus Carleson

Michael Jonsson

Carl Grufman



Om EY

EY är ett världsledande företag inom revision, redovisning, skatt, transaktioner och affärsrådgivning. Våra tjänster och insikter hjälper till att skapa förtroende och hållbar tillväxt på finansmarknader och i ekonomier världen över. För att hålla våra löften till våra intressenter utvecklar vi ledare och medarbetare som arbetar i team över gränserna. Vi vill att allt vi gör ska bidra till att affärsvärlden och arbetslivet fungerar bättre - för våra medarbetare, våra kunder och de samhällen vi verkar i.

EY refererar till den globala organisationen samt kan avse en eller flera medlemsföretag i Ernst & Young Global Limited. Varje medlemsföretag utgör en egen juridisk person.

© 2016 Ernst & Young AB.
All Rights Reserved.

ey.com/se