

Forum för Health Policy

## Förebyggande Framtid

– En handlingsplan för införandet av en nationell preventionsinfrastruktur

22 Oktober, 2025

Anders Ekholm, Senior rådgivare  
Ina Caesar, PhD

**Vi har tagit fram en modell för att börja praktiskt arbeta med prevention**

**Modellen är en generisk nationell infrastruktur för långsiktiga satsningar**  
(som även kan driva på införandet av den nya Socialtjänstlagen)

**Det kommer att kräva handling från flera aktörer och nationell finansiering**

# Om projektet

- **Finansiering och syfte:** Projektet är finansierat av Vinnova och SweLife och syftar till att utforska nya sätt att organisera och förbättra arbetet med prevention i Sverige.
- **Målsättning: Nationell infrastruktur för prevention**
  - En generisk modell för att skapa en öppen nationell infrastruktur med en beskrivning av aktörer, roller, ev auktorisering, uppföljning och drift – oberoende av område för prevention.
  - Identifiera praktiska åtgärder baserat på aktör (sammanfattas i en actionlista).
- **Tidsplan:** Förslaget togs fram för att preventionsinfrastrukturen skulle kunna tas i praktisk drift 1 Januari 2026.
- **Finansieringslösningar vid prevention:** Undersöka kostnader, behov av puckelfinansiering, potentiella besparingar, hinder och lösningar.
- **Tidsplan:** Målet att påbörja verksamheten den 1 Januari 2026

Vi har samarbetat med Peter Lindgren (Professor i Hälsoekonomi och VD på IHE) under detta projekt

# Bakgrund

# Varför prevention – och varför lyckas vi inte?

- Prevention syftar till att aktivt förhindra uppkomsten av ohälsa eller social utsatthet hos individer eller att undanröja risker för försämring av befintliga tillstånd
- Trots att prevention har varit påbud Hälso- och sjukvårdslagen\* i 30 år har inte mycket hänt
- Majoriteten av hälso- och sjukvårdens resurser i Sverige går i dagsläget till att vårda redan sjuka
- Sverige har flera framgångsrika preventionsprogram: BVC, MVC, vaccinationsprogram etc.
- WHO beräknar att cirka 80 procent av de kroniska, livsstilsrelaterade sjukdomarna globalt går att förebygga med hälsofrämjande insatser
- OECD beräknar att varje investerad krona i obesitasprevention resulterar i sex kronor i besparing av uteblivna vård- och samhällskostnader

**Detta är inte en ny insikt! Ändå fortsätter både regioner och kommuner att kämpa med att omvandla sina resursstrategier från reaktiva till proaktiva insatser**

\* HsL 3 kap §2 Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

# Beräknade samhällskostnader för förebyggbar ohälsa

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

**Sammantaget motsvarar ovanstående ungefär en tredjedels statsbudget årligen**

Detta avser oftast sjukdomens samhällsekonomiska kostnad ("cost of illness") vilka inte är samma sak som vilka resurser man kan spara vid en faktiskt intervention.

Prevention kommer aldrig att påverka alla individer till 100 procent, men klart är ändå att det är substantiella kostnader som ligger i potten – ett stort antal miljarder.

# Varför så lite prevention?

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

**Dagens system betalar för utförd insats – inte efter resultat**

# Utfallskontrakt kan (rätt designat) råda bot på detta

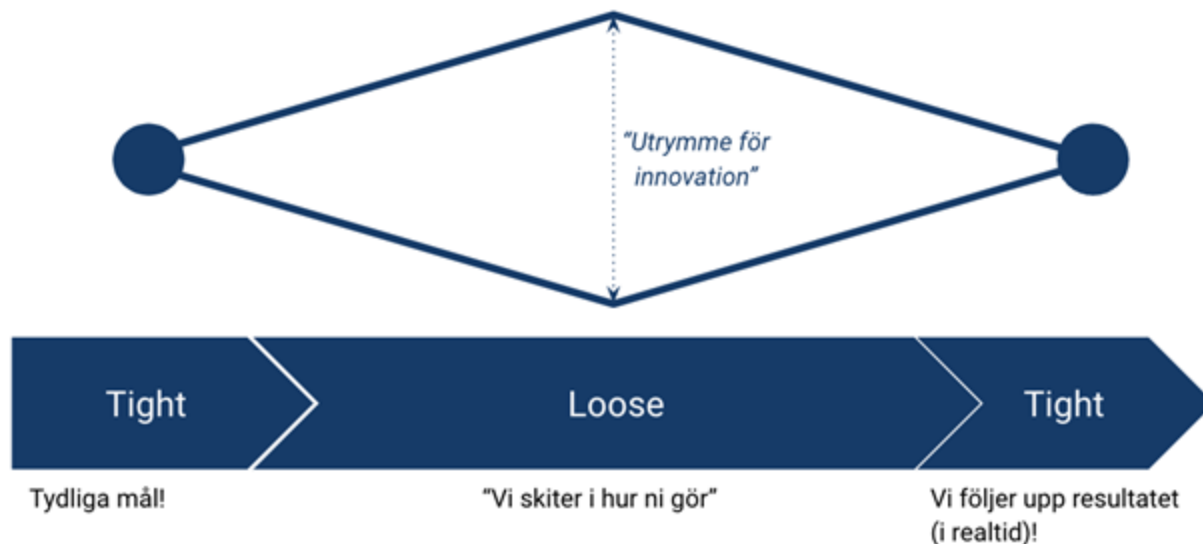
- De som gör besparingar i framtiden får betala för det (i framtiden)
- Modell för externt kapital för puckelfinansiering
- Dock fortfarande problem med data: Legalt och metodik
- Inga resurser från primärvården
- Inget som helst fokus på reglering, riktlinjer och organisation
- Endast pragmatiskt fokus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

**I princip inversen på svensk förvaltningskultur!**

# Ohälsa är ett komplext fenomen

Komplexa fenomen styrs bäst enligt principen Tight-Loose-Tight

## Tight-Loose-Tight



**Med begränsade resurser inom offentligt finansierad verksamhet  
måste vi ställa en avgörande fråga:**

**Är det verkligen samhällsekonomiskt försvarbart, att fortsätta ge  
insatser utan att veta om de fungerar, och utan att koppla  
ersättningen till faktiska resultat?**

# Den nya socialtjänstlagen – ett steg i rätt riktning

- Trädde i kraft den 1 juli 2025
- Verksamheten ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet
- Betonar behovet av systematisk uppföljning och prevention
- Lagen föreslår även en uppgiftsskyldighet som ger socialnämnder rätt att inhämta information från utförare för kvalitetssäkring och resultatuppföljning

**Kommuner kommer att få svårt att implementera detta i enlighet med lagstiftarens intentioner. Det beror bland annat på:**

- Det saknas data
- Man vet inte mekanismer för dagens insatser, om de fungerar eller inte
- Det saknas kompetens att utforma fungerande utvärderingsmodeller
- Det saknas kompetens att mäta och utvärdera faktiskt utfall

**För att den nya socialtjänstlagen ska få verklig effekt krävs att mätning av faktiska utfall ges en central roll i styrningen – ett stort kulturskifte!**

# Om utfallskontrakt

# Puckelfinansiering och långsiktiga effekter

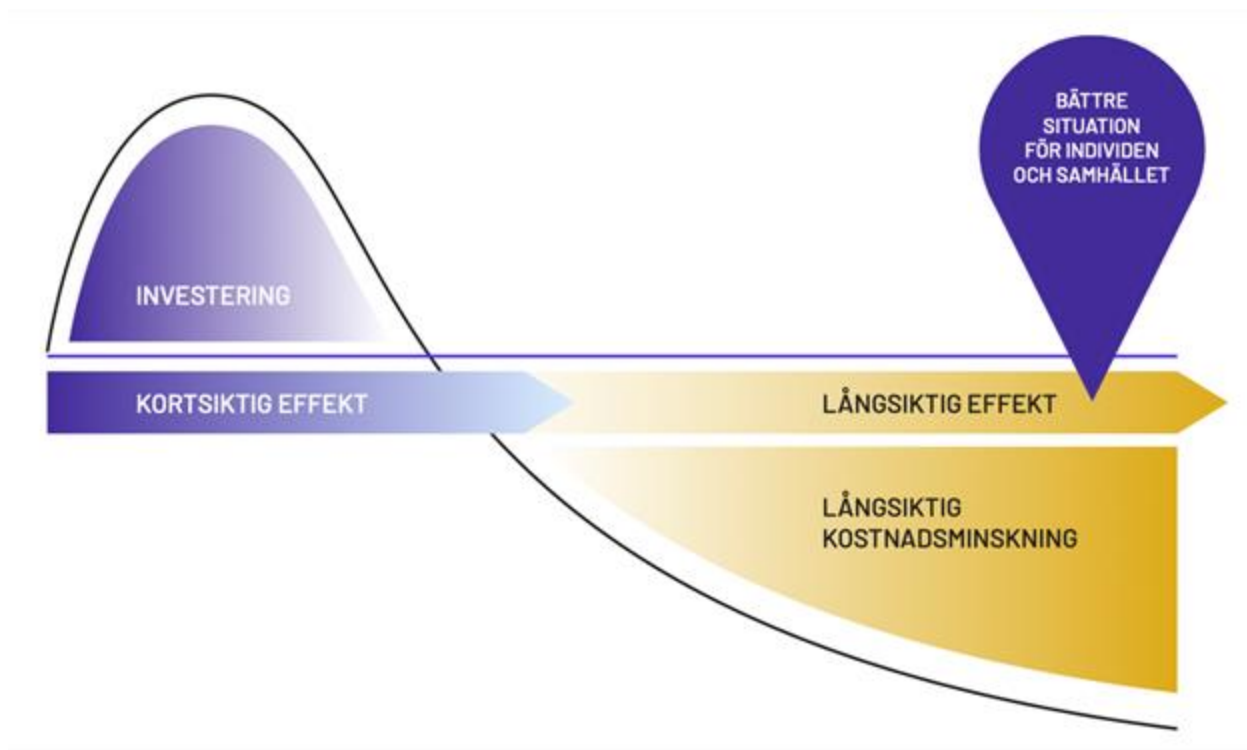


Illustration: SKR, Uppdrag psykisk hälsa

# Hur utfallskontrakt fungerar

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

Beskrivning av  
utfallsmål

Kontrakt med  
aktörer

Individer med  
risk identifieras

Individuella  
insatser utförs

Utvärdering av  
resultat

Minskade  
kostnader i  
verksamheten

Ersättning  
utbetalas till  
utföraren

# Utfallskontrakt är väl beprövat

## – Men i Sverige går utvecklingen och spridningen långsamt

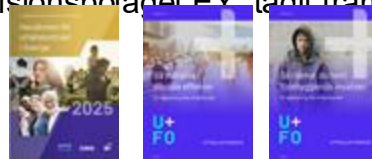
Några exempel:

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

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

# Om ni vill veta mer om utfallskontrakt:

- Utfallsfonden, i samarbete med advokatbyrån Cirio och revisionsbolaget EY, tagit fram tre handböcker för utfallskontrakt i Sverige:
  - Handboken för utfallskontrakt i Sverige
  - Så mäter du sociala effekter
  - Så räknar du hem förebyggande insatser
  - 28 maj: En ny rapport om hur man kan investera och mobilisera kapital för utfallskontrakt
- Handböckerna är skapade för att sänka trösklarna för kommuner och andra offentliga aktörer att själva initiera utfallskontrakt
- Se gärna dessa utmärkta handböcker för mer detaljerad information och metodstöd för att utforma utfallskontrakt. Handböckerna nås gratis och digitalt via: <https://www.utfallsfonden.se/fordjupning>



Eller se vår rapport: Ekholm, Anders, Ina Caesar & Peter Lindgren (2025). Förebyggande framtid. Nationell struktur för prevention. Nås tex via Institutet för Framtidsstudier <https://www.iffs.se/publikationer/ovrigt/forebyggande-framtid-nationell-struktur-for-prevention/>

## **Modellen: En preventionsinfrastruktur**

# Syftet med införandet i två steg:

- Vissa saker (t.ex. datainfrastrukturen) tar tid att skapa – men det betyder inte att man inte kan börja
- Flera aktörer behöver börja arbeta på nya sätt – vissa behöver ta nya roller och ansvar
- Att göra ett nationellt projekt är svårt bara i sig
- Det är först när man arbetar praktiskt som man upptäcker hur man kan lösa vissa saker – *The devil is in the details!*

⇒ Förslaget bygger på att vi skapar infrastrukturen löpande – samtidigt skall kommuner och regioner kunna använda delar av infrastrukturen för egna satsningar redan under Steg 1

Steg 1: **Förbereda infrastrukturen** (start: HT-2025)

Steg 1: **Nationell pilot** (start: 2026)

Steg 2: **Slutgiltiga modellen**  
Start: 2028

# 1

## Steg 1: Införandeprojektet

Steg 1: Förbereda infrastrukturen

(et. ut: HF 2023)

Steg 1: Nationell pilot

(et. ut: 2023)

Steg 2: Slutgiltiga modellen

Start: 2023

# Steg 1: Varför vi har valt prediabetes

- Prediabetes är **testat i relativt stor skala** (Region Stockholm, ca 1 000 individer)
- **Tydliga inklusions-/exklusionskriterier** (blodprov: HbA1c mellan 42-47 mmol/mol)

Jämförelse mellan några viktiga områden som skulle kunna användas för ett införandeprojekt för en nationell preventionsinfrastruktur:

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

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

# En preventionsmiljard i satsning – Hur vi har räknat<sup>1</sup>

Beräknad utifrån Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomis (IHE) modell för diabeteskostnader<sup>2</sup>:

- **Prevalens prediabetes:** Cirka 5–6 procent av Sveriges befolkning mellan 20 och 80 år (motsvarande ungefär 400 000 personer)<sup>3</sup>
- **Risk:** Personer med prediabetes löper en årlig risk på cirka 5 procent att utveckla typ 2-diabetes<sup>4</sup>
- **Modellens innehåll:** Omfattar både direkta och indirekta kostnader relaterade till diabetes

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

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

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

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

<sup>1</sup> Se [Ekholm, Anders, Ina Caesar & Peter Lindgren \(2025\). Förebyggande framtid. Nationell struktur för prevention](#) för mer information

<sup>2</sup> Willis, M., et al., Validation of the Economic and Health Outcomes Model of Type 2 Diabetes Mellitus (ECHO-T2DM). *Pharmacoeconomics*, 2017. 35(3): p. 375-396.

<sup>3</sup> IDF Diabetes Atlas. [diabetesatlas.org](https://diabetesatlas.org)

<sup>4</sup> Nicolaisen S.K. et al, HbA1c-defined prediabetes and progression to type 2 diabetes in Denmark: A population-based study based on routine clinical care laboratory data. *Diabetes Res Clin Pract.* 2023 Sep;203:110829

# Även uppskjuten diagnos ger stora samhällsbesparingar

Att skjuta upp sjukdomsdebuten kan ge betydande besparingar. Behandling av diabetes är i sig inte så kostsamt, men genom att försena sjukdomsdebuten försenas eller förhindras också uppkomst av komplikationer kopplade till sjukdomen såsom till exempel hjärtinfarkt och njursvikt vilka är förknippade med höga kostnader för behandling och sjukskrivning.

## Om insjuknandet skjuts upp med 3 år:

- Direkta besparingar: 40 000 SEK per person
- Indirekta besparingar: 125 000 SEK per person
- Socialförsäkringen: 75 000 SEK per person

## Om insjuknandet skjuts upp med 5 år:

- Direkta besparingar: 60 000 SEK per person
- Indirekta besparingar: 200 000 SEK per person
- Socialförsäkringen: 100 000 SEK per person

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

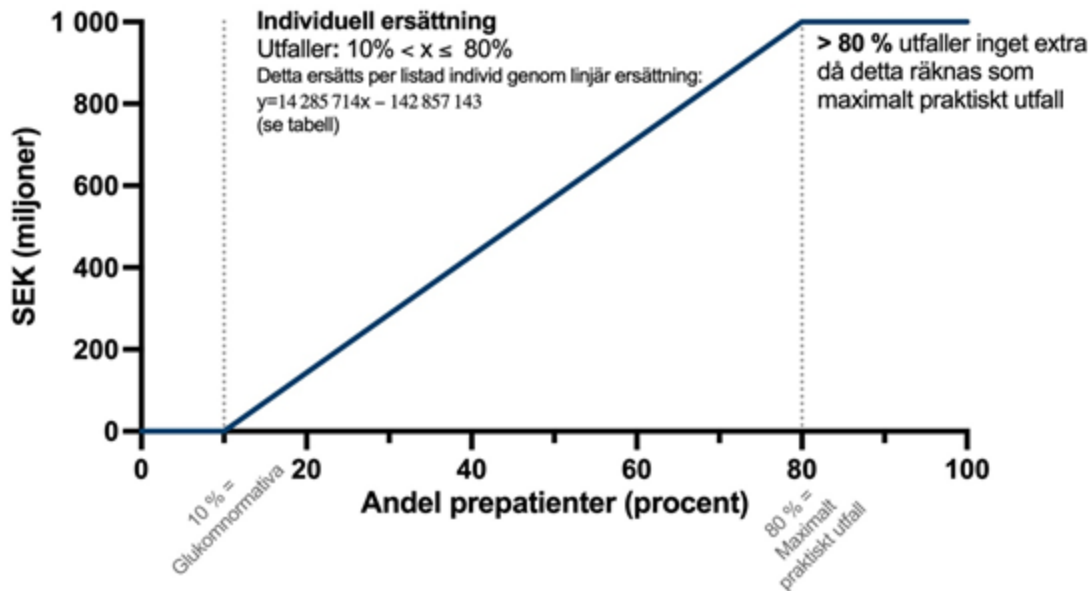
**En preventionsmiljard kan därmed utgöra en lämplig utgångspunkt för att minska den ekonomiska och mänskliga bördan av typ 2-diabetes i Sverige**

# Stora samhällsbesparingar även vid låg måluppfyllelse

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

# Ersättningsmodell

## – Betalningen för lyckat utfall följer en linjär modell



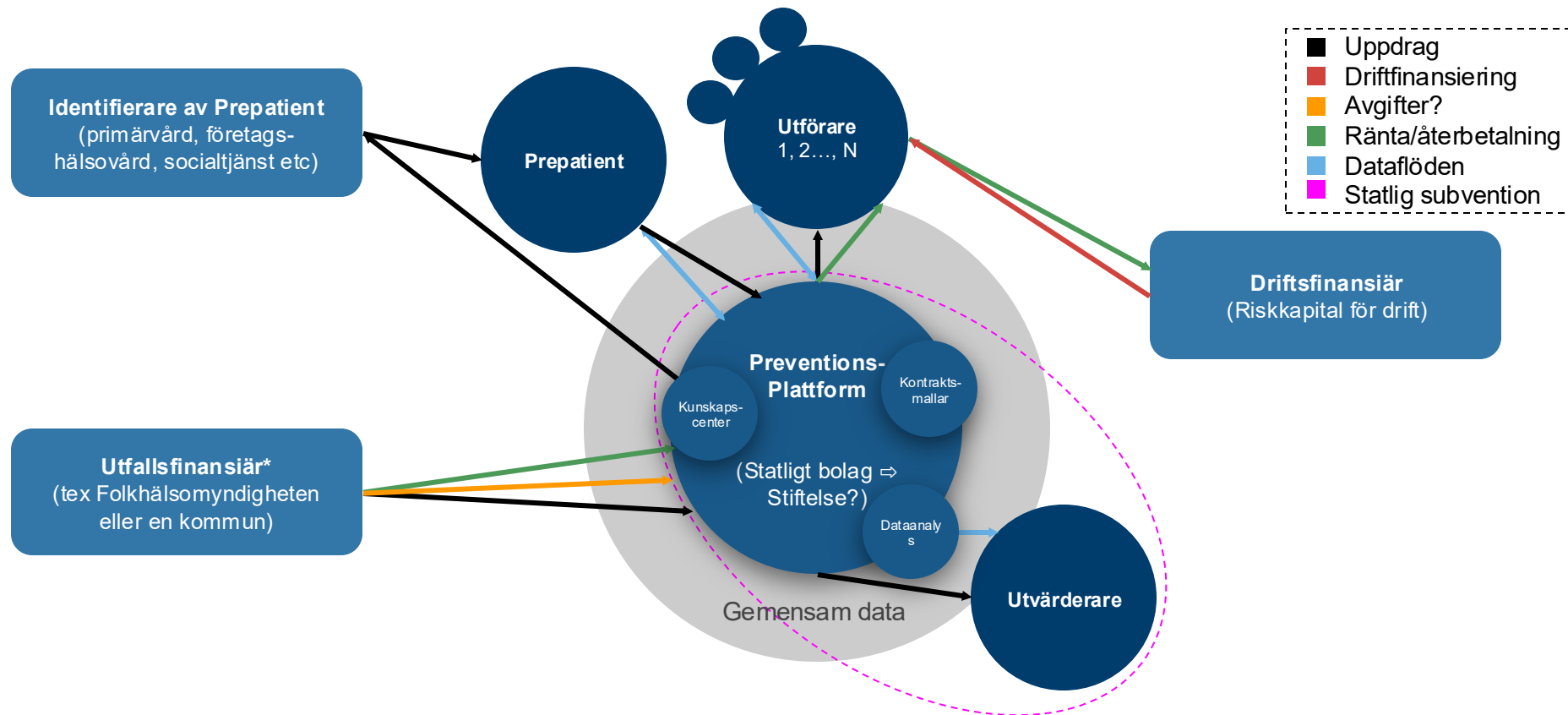
- Vi har utgått från en grundersättning per framgångsrik deltagande prepatient på 47 000 kronor vid > 10 procents måluppfyllelse
- Valet av 10 procent baseras på data från den amerikanska DPP-studien, där cirka 10 procent av deltagarna återgick till glukonormativa nivåer efter två år utan någon intervention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

### Budgetberäkningar

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

# 2

## Steg 2: Slutgiltiga modellen



\* OBS Term ändrad från i Slutrapporten

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

# Data

- Data är inte ett tillval – det är navet i utfallskontrakt och därmed i hela Preventionsplattformens funktion
- Effektiv prevention kräver data från flera sektorer – dagens stuprörslagstiftning står i vägen
- Ostrukturerad eller svåråtkomlig data underminerar hela ersättningsmodellen
- Datainfrastrukturen måste byggas från start och finansieras som en central del av varje program
- Data möjliggör träffsäkra beslut, rättvis ersättning och samhällsekonomisk uppföljning
- Bokstavsutredaren behöver få i uppdrag att utreda hur en slutgiltig Preventionsplattform kan organiseras för att långsiktigt bära denna datainfrastruktur

**Utan en gemensam, välfungerande datainfrastruktur faller hela preventionsmodellen – data är inte stödjande, det är navet i hela Preventionsplattformen**

# Utförare

- Alla lagliga aktörer kan delta, ersättning ges endast vid uppnått utfall
- Ingen licensiering krävs, enbart auktorisation – Administration Zero undviker administrativ börda och stimulerar innovation
- Både traditionella vårdgivare och nya innovativa aktörer kan medverka
- Automatiserad kontroll: Modell för att säkerställa grundläggande krav på ekonomi, seriositet och dokumentation sker genom en automatiserad kontroll (se gärna faktarutan på s. 57 i Slutrapporten för hur Jens Nylanders system kan inspirera till att undvika oseriösa aktörer – ett system som borde användas i all offentligt finansierad verksamhet)
- Utförare väljer metod, prepatienten väljer utförare
- Prepatienter kan byta metod under projektets gång\*, vilket gynnar konsortier av seriösa utförare med flera leverantörer knutna till sig. Utförare som består av flera aktörer ansvarar själva för att reglera sina interna ersättningsmodeller.

**Då ersättning enbart sker vid uppnått utfall blir systemet självreglerande**

\*Under införandeprojektet sätts en bytesgräns 6 månader innan slututvärdering

# Utvärderare “trusted third parties”

- Oberoende utvärderare är en grundförutsättning för legitimitet och transparens i hela preventionsinfrastrukturen
- En nationell pool av kvalitetssäkrade utvärderare etableras redan under införandeprojektet
- Utvärderingen ligger till grund för ersättning och måste bygga på öppna, verifierbara metoder
- Alla insikter och analyser tillfaller Preventionsplattformen – företagshemligheter får inte begränsa transparens
- Utvärderare får inte ha uppdragskoppling till upphandlande myndighet eller utförare
- Vinnova bör finansiera uppbyggnaden av oberoende utvärdering istället för ytterligare en pilot

**En av de största brister i tidigare utfallskontrakt har varit bristen på data och oberoende utvärderare**

# Summering

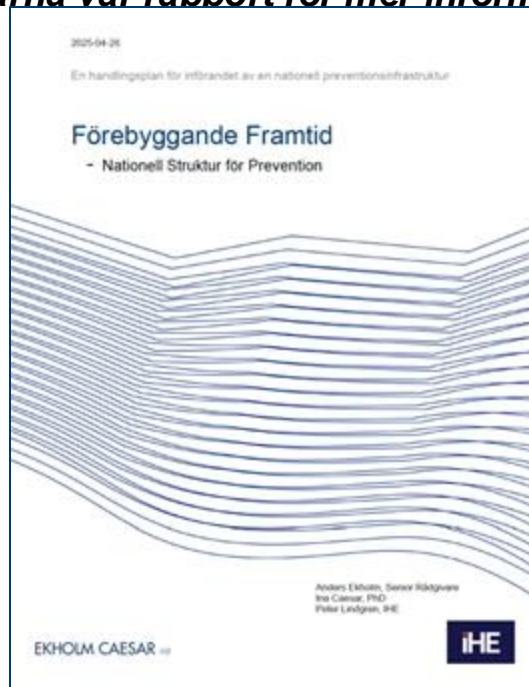
- Vi måste börja arbeta med prevention – Idag!
- Vi måste börja arbeta med faktiska resultat – Idag!
- Utfallskontrakt bra modell för att:
  - Börja fokusera på resultatet
  - Betala för resultat i stället för process eller struktur
  - Samarbeta mellan olika aktörer när problemet är komplext
  - Börja arbeta med individcentrering på riktigt
- Kräver fokus på data i realtid

**Kräver att ledningen formulerar uppföljbara mål som inte är snömos – Svårt!**

**Kräver att politiken inte lägger sig i utförandet eller kryddar med bivillkor – Svårt!**

# Tack!

***Se gärna vår rapport för mer information:***



Nås tex via Institutet för Framtidsstudier:

<https://www.iffs.se/publikationer/ovrigt/forebyggande-framtid-nationell-struktur-for-prevention/>

# Kontaktuppgifter



**Anders Ekholm**  
Senior rådgivare

[anders@ekholm.nu](mailto:anders@ekholm.nu)

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



**Ina Caesar**  
PhD

[ina.caesar@gmail.com](mailto:ina.caesar@gmail.com)

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



**Peter Lindgren**  
VD, PhD, professor

[peter.lindgren@ihe.se](mailto:peter.lindgren@ihe.se)

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