

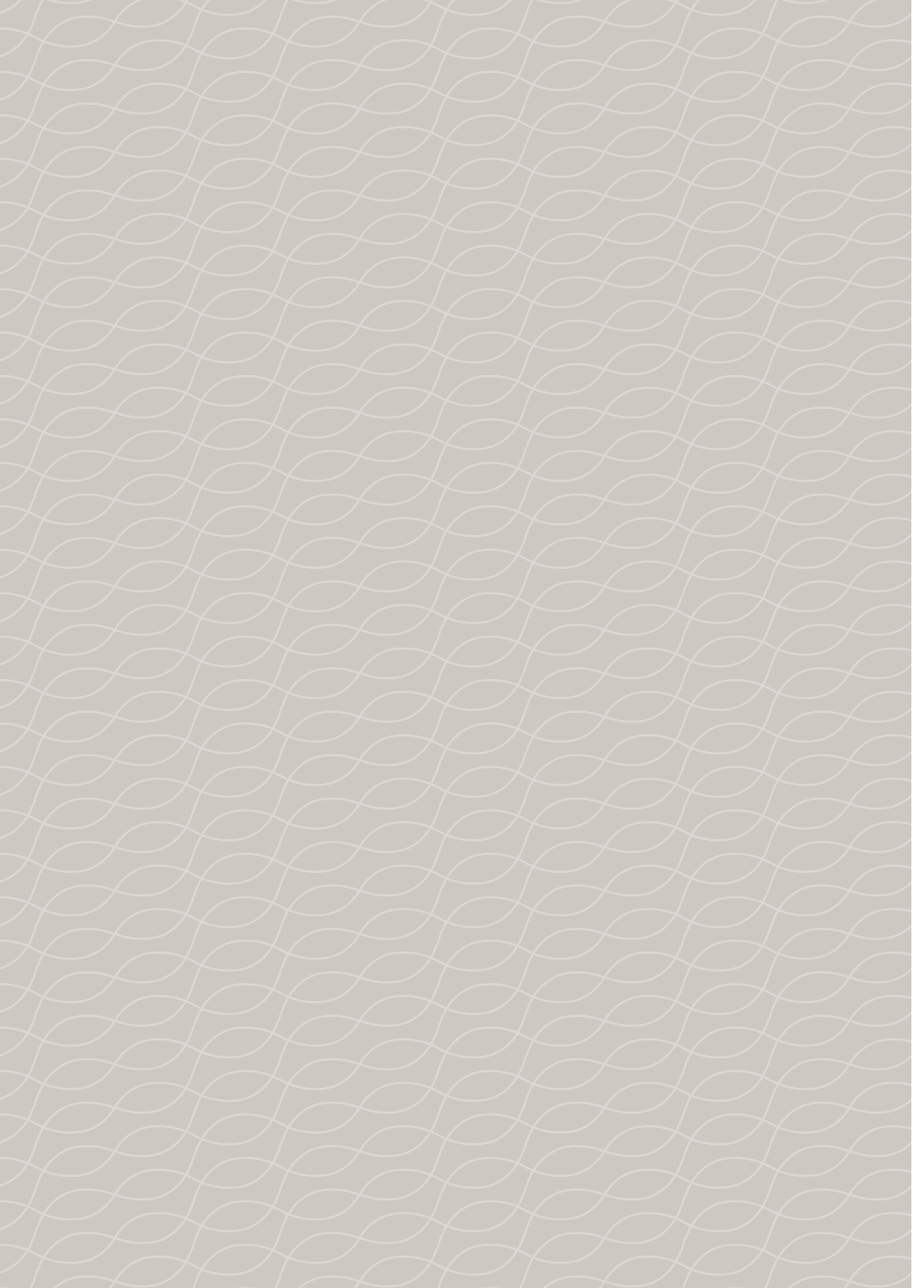


Förebygga eller reparera? - ekonomi och hälsa

UTDRAG UR EKONOMIRAPPORTEN 2019-2021



Sveriges
Kommuner
och Regioner



Förebygga eller reparera? - ekonomi och hälsa

UTDRAG UR EKONOMIRAPPORTEN 2019-2021

Redaktörer
Jesper Ekberg
Jonas Eriksson

Upplysningar om innehållet:
Jesper Ekberg (Strategi för hälsa)
Jonas Eriksson (kostnader för hälso- och sjukvård)
Nils-Eric Gustavsson (Nära Vård)
Lisbeth Löpare Johansson (Nära Vård)
Gunilla Thörnwall Bergendahl (tandvård)
Ing-Marie Wieselgren (psykisk hälsa)

© Sveriges Kommuner och Regioner
1:a upplagan, januari 2022
ISBN 978-91-7585-971-2
Omslagsfoto Thomas Henrikson
Grafisk form och produktion Elisabet Jonsson
Diagram och figurer Jonathan Fransson, Elisabet Jonsson
Typsnitt Chronicle och Whitney.

Förord

Hälsofrämjande och förebyggande arbete blir alltmer nödvändigt för att bromsa behovsökningarna kopplat till den demografiska utvecklingen och bidra till ett bättre nyttjande av tillgängliga resurser. Den pågående pandemin och omställningen till Nära vård har ytterligare aktualiserat vikten av en god hälsa och ett fungerande samspel mellan olika aktörer på lokal, regional och nationell nivå. De bakomliggande orsakerna till skillnader i hälsa och livsvillkor är samma faktorer som gör att vissa befolkningsgrupper har drabbats hårdare än andra under pandemin.

De senaste Ekonomirapporterna från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har innehållit ett särskilt avsnitt om vikten av hälsofrämjande och förebyggande arbete. Den här rapporten består av utdrag från dessa sex rapporter. Sammantaget har behov, utmaningar och handfasta exempel från olika delar av landet belysts och ger tillsammans tillfälle till reflektion. Hur når vi ett större genomslag i arbetssätt som vi ser ger goda resultat för såväl befolkning som ekonomi?

Att agera tidigt i samverkan är smart resursanvändning. Vår förhoppning är att rapporten kan bidra till ytterligare kraft och incitament till ett aktivt hälsofrämjande och förebyggande arbete som gör skillnad.

Stockholm i januari 2022

Helén Lundkvist Nymansson

Sektionschef,

Avdelningen för vård och omsorg

Niclas Johansson

Sektionschef,

Avdelningen för ekonomi och styrning

Sveriges Kommuner och Regioner

Innehåll

5	Inledning
5	Hälsofrämjande och förebyggande arbete är alltmer nödvändigt
6	Ett återkommande fokus i SKR:s <i>Ekonomirapport</i>
6	Ett tillfälle för lärande
7	Förebyggande verksamhet
7	Hälsoekonomi
10	Goda exempel
12	Riktade förebyggande insatser
14	Den psykiska ohälsan och den psykiatriska vården
14	Den psykiska ohälsan ökar framförallt bland de unga
16	Hälsan i befolkningen och coronapandemin
17	Nära Vård
17	Vad innebär en övergång till mer Nära och personcentrerad vård?
19	Fokus på hälsa och mer resurser uppströms
20	Omställningen till Nära Vård
20	En omställning till Nära Vård
20	Fyra konkreta uttryck för omställningen mot Nära Vård
22	Kostnadseffektiva preventiva arbetssätt för barn och ungas hälsa

Inledning

Hälsofrämjande och förebyggande arbete är alltmer nödvändigt

Kommunernas och regionernas ekonomi påverkas starkt av den demografiska utvecklingen. Vi vet att antalet äldre ökar snabbt medan antalet i arbetsför ålder ökar relativt långsamt. De kommande åren beräknas ökningen av befolkningen i arbetsför ålder vara lägre än det demografiska trycket varje år, vilket innebär risk för brist på både finansiering och arbetskraft. Hälsufrämjande och förebyggande insatser behöver få ett bredare genomslag för att möta de demografiska utmaningarna.

Arbetet under pandemin har visat att samverkan över sektors- och huvudmannagränser är ett kraftfullt verktyg för att åstadkomma förändring och nå ut till olika grupper i befolkningen. Gemensamma mål och starka länkar mellan samhällets aktörer ger kraft i ett förändringsarbete. De bakomliggande orsakerna till skillnader i hälsa och livsvillkor är samma faktorer som gör att vissa befolkningsgrupper har drabbats hårdare än andra under pandemin.

Ekonomirapporten från Sveriges Kommuner och Regioner

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ger ut *Ekonomirapporten – om kommunernas och regionernas ekonomi* – två gånger per år. Den sammanfattar sektorns ekonomi samt förväntade utmaningar och konsekvenser av statliga satsningar och reformer som kommuner och regioner åläggs att göra.

Syftet med och målgruppen för *Ekonomirapporten* är att den kan bilda underlag inför framtida planering för kommun- och

regionledning samt alla i sektorn som arbetar med planering. Aktuella områden som belyses är befolkningsutvecklingen och dess påverkan på ekonomin, samhälls-ekonomin, Nära vård, regionernas och kommunernas ekonomi samt aktuella utredningar med stor relevans för kommuner och regioner.

skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/ekonomirapporten.46417.html

Innehåll i korthet

Förebyggande verksamhet

(maj 2019)

- Tandvård, hälsoekonomi, hälso-kalkylator.
- Evidensbaserat beslutsstöd för prioritering av tidiga insatser för barn och unga.
- Goda exempel – tandvården i Sverige, äldreomsorgen i Östersund, NUKA – ett framgångsrikt hälso-system i Alaska.

Riktade förebyggande insatser

(oktober 2019)

- Minskat antal fallskador genom förebyggande insatser.
- Förebyggande arbete i samverkan för barn och unga.

Den psykiska ohälsan och den psykiatriska vården (maj 2020)

- Den psykiska ohälsan ökar framförallt bland unga.
- Samverkansformer för psykisk hälsa i Dalarna.

Hälsan i befolkningen och coronapandemin (oktober 2020)

Nära vård och fokus på hälsa och mer resurser uppströms (maj 2021)

- Vad innebär en övergång till mer Nära och personcentrerad vård?
- Hälsofrämjande och förebyggande arbete har stor potential.
- Fokus på hälsa och mer resurser uppströms.
- Befolkningsinriktat arbete i primärvården utifrån ett områdesperspektiv.

Nära vård och kostnadseffektiva preventiva arbetssätt för barn och ungas hälsa (oktober 2021)

- Fyra konkreta uttryck för omställningen mot Nära Vård:
 - Egenmonitorering som stöd för personer med kroniska sjukdomar.
 - Kostnadseffektiva preventiva arbetssätt för barn och ungas hälsa.
 - Salutsatsningen i Västerbotten.
 - Digitalt arbetssätt tillsammans med barn och unga i Gävleborgs län.

Det påverkar ekonomin i kommuner och regioner. Att stärka invånarnas förutsättningar och möjligheter till en god hälsa är ett sätt att rusta samhällets motståndskraft vid kommande kriser. Samtidigt ger en friskare befolkning en positiv effekt på välfärdsverksamheternas kvalitet och måluppfyllelse.

Ett återkommande fokus i SKR:s *Ekonomirapport*

SKR:s *Ekonomirapport* har de senaste åren innehållit ett särskilt avsnitt med exempel på hälsofrämjande och förebyggande arbete som ofta sträcker sig över organisationsgränser. Den här rapporten består av utdrag från dessa sex rapporter. Rapportens syfte är att ge inspiration och kraft för fortsatt fokus på hur ett tidigt agerande i samverkan är smart resursanvändning. Ekonomiska incitament kan vara en drivkraft för ett stärkt hälsofrämjande och förebyggande arbete. Den vänder sig till alla som har intresse för sambanden mellan ekonomi, hälsa och välfärd.

Ett tillfälle för lärande

Rapporten belyser behov och utmaningar, men framför allt en rad handfasta exempel från landets olika delar som har åstadkommit goda resultat. Många av dessa lärande exempel har grundat arbetet genom att sätta gemensamma mål i samverkan som inte utgår från organisationen utan snarare befolkningens eller platsens behov. Andra återkommande framgångsfaktorer som ofta är förknippade med goda resultat är en gemensam tilltro att kunna omdisponera medel över organisations- och huvudmannagränser samt att möjliggöra för långsiktighet genom att pröva nya arbetssätt med befintliga resurser. Samverkansformerna tycks ha en central roll. Förmågan att involvera målgruppen i arbetet har också stor betydelse och detsamma gäller ekonomens roll som en naturlig del i teamet.

Uppdragen Strategi för hälsa, Nära vård och Kraftsamling för psykisk hälsa har tillsammans med avdelningen för ekonomi och styrning jobbat nära kring texter och webbsändningar för att belysa vikten av hälsofrämjande och förebyggande arbete med koppling till *Ekonomirapporten*. Många engagerade ekonomer och andra medarbetare i kommuner och regioner har bidragit med värdefulla synpunkter via nätverk och dagliga kontakter.

Förebyggande verksamhet

På 1950-talet var tandhälsan i Sverige dålig och ojämlik. Folk-tandvården behövde allt mer resurser, både i form av pengar och personal. För att klara uppdraget med tillgängliga resurser tog man hjälp av forskning om vad som orsakade karies och använde forskningsresultaten som underlag i förebyggande folkhälsoupplysning. Resultaten är väl kända, förbättrad tandhälsa och hanterbar kostnadsutveckling.

Situationen känns bekant idag. Något måste göras för att kunna hantera de stora behovsökningar som nu kommer av ökat antal barn, unga och gamla i kommuner och regioner, när den arbetsföra befolkningen och skatteintäkterna inte växer i takt med behoven. Vi har därför bett docenten i hälsoekonomi *Inna Feldman* att berätta vad forskningen säger om möjliga effekter av förebyggande verksamhet inom några olika verksamhetsområden och hur hälsoekonomi kan användas som hjälpmedel för att prioritera preventiva insatser. Vi tar också upp några goda exempel på förändrade arbetssätt med prevention som grundtanke.

Hälsoekonomi

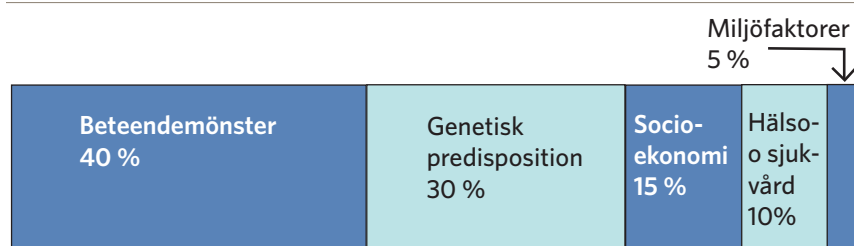
Betydelsen för prioritering av långsiktiga satsningar på preventiva insatser

Dagens hälsoförhållanden och vårdbehov är till stor del resultat av gårdagens levnadsvanor, livsvillkor och vårdstruktur. Vi vet att ohälsosamma levnadsvanor kopplas ihop med många folksjukdomar. Därmed är också utvecklingen av våra levnadsvanor av särskild betydelse för den framtida ohälsan. Enligt forskning påverkas hälsa av faktorer i fem områden: genetik, sociala förhållanden, miljömässiga exponeringar, beteendemönster samt hälso- och

sjukvård. Figur 1 illustrerar hur de olika faktorerna procentuellt utgör orsaker till för tidig död.

Figur 1 • Proportionella orsaker för tidig död
Procent

Ohälsosamma beteendemönster (exempelvis levnadsvanor) utgör hela 40 procent av orsakerna till för tidig död.



Källa: *We can do better - improving the Health of the American People*, av Steven A. Schroeder, publicerad i *The New England Journal of Medicine*, *N Engl J Med* 2007;357:1221-8.

Emellertid läggs en fjärdedel av Sveriges hälsoinvesteringar på klinisk vård medan bara en hundradel läggs på förebyggande satsningar på befolkningens hälsobeteende. Det är vårt beteende som bidrar till att göra ohälsotalen betydligt större än vad de skulle behöva vara. Sundare levnadsvanor i befolkningen anses kunna förebygga 80 procent av hjärt- och kärlsjukligheten och 30 procent av cancersjukligheten, samt förhindra eller försena insjuknandet i diabetes [Källa 1].

På samma sätt har psykiska problem under barndomen långtgående konsekvenser. Psykisk ohälsa i ungdomsåren har visat sig öka risken för kriminalitet och framtida missbruk [Källa 2 och 3]. Många av de mest allvarliga samhällsproblemen (till exempel brottslighet och drogmissbruk) och de mest kostsamma psykiska problemen hos vuxna (till exempel antisocial personlighetsstörning) har sina ursprung i tidiga psykiska problem, även om det motsatta inte är sant: alla barn med tidiga psykiska problem kommer inte hamna i ett svårt utanförskap. Det finns ett stort urval av insatser som kan förebygga och minska den psykiska ohälsan i samhället, och det finns evidens för att sådana insatser kan innefatta både korta och långsiktiga effekter på hälsa och på samhällets resursförbrukning.

Utifrån ekonomiska och personella begränsningar är det viktigt att göra rätt prioriteringar. Hälsoekonomi är en vetenskap som tillämpar och utvecklar ekonomisk teori på företeelser och beteenden av betydelse för människors hälsa [Källa 4]. I syfte att uppnå en så effektiv resursfördelning som möjligt har hälsoekonomi utvecklats och ökat i betydelse under de senaste trettio åren. Val mellan olika insatser har, precis som i samhället i stort, alltid varit nödvändiga inom samhällssektorer som berör hälsa och sjukvård. Det som är speciellt med hälsoekonomiska utvärderingar är att de även inkluderar hälsovinster och inte bara tar hänsyn till monetära kostnader och intäkter. Syftet är att väga kostnader och hälsovinster för en åtgärd mot kostnader och hälsovinster för en annan åtgärd [Källa 5]. En åtgärd som genererar mer hälsa till en lägre kostnad kallas för kostnadsbesparande. En åtgärd definieras som kostnadseffektiv om värdet av åtgärdens hälsovinst i förhållande till den extra kostnaden bedöms som rimlig.

Förebyggande insatser är ibland mer kostnadseffektiva än behandlande och rehabiliterande insatser. För att förändra fördelningen av resurser mellan olika inriktningar inom hälso- och sjukvården och andra samhällssektor-

Källor Hälsoekonomi

1. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, 2017; <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/levnadsvanor/>
2. Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of general psychiatry*. 2002;59(3):225-231.
3. Fergusson DM, Woodward LJ. Educational, psychosocial, and sexual outcomes of girls with conduct problems in early adolescence. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2000;41(6):779-792.

er kan hälsoekonomiska utvärderingar finnas med som en del i beslutsunderlagen.

Nedan ges två konkreta exempel på hälsoekonomiska utvärderingar av preventiva insatser och så kallade sociala investeringar. I båda fallen finns analysmodeller som kommuner och regioner själva kan använda.

Risikfaktorer, hälsa och samhällskostnader – Hälsokalkylator

Hälsokalkylatorn är en modell som skattar de samhällsekonomiska vinsterna av en positiv utveckling av levnadsvanor i befolkningen. Modellen ger en uppfattning av hur sjukligheten och medföljande kostnader påverkas av förändringar i fetma, rökning, fysisk inaktivitet och riskbruk av alkohol.

Genom epidemiologiska data och metoder [Källa 6], tillsammans med uppgifter om befolkningens levnadsvanor, går det att göra prognoser för framtida sjuklighet och även beräkna relaterade samhällskostnader och hälsoeffekter. Med hjälp av sådana skattningar kan olika tänkbara scenarier beskrivas, i form av beräkningar av hypotetiska tillstånd. På dessa principer bygger den hälsoekonomiska modellen »Riskfaktorer, Hälsa och Samhällskostnader« (RHS-modellen) som många landsting och regioner har digital tillgång till (dataapplikation »Hälsokalkylator«, www.hfsnatverket.se/sv/halsokalkylatorn/). I en teknisk rapport [Källa 7] redovisas modellens data och beräkningsprinciper i detalj.

Modellen inkluderar fyra vanliga riskabla levnadsvanor i den vuxna befolkningen 18–84 år: kraftig övervikt (BMI över 30) (proxy för matvanor), daglig tobaksrökning, fysisk inaktivitet, och riskbruk av alkohol. Dessutom inkluderas 15 vanliga sjukdomar, innefattande diabetes, hjärtinfarkt och sex olika typer av cancer, där levnadsvanor har visat sig ha betydelse för risken att insjukna. Modellen beräknar de årliga samhällskostnaderna för nya sjukdomsfall (incidens).

Ett exempel kan förtydliga modellen: Anta att förekomsten av de fyra riskfaktorerna i befolkningen minskade med 1 procentenhet på fem år. Denna nivå är mycket rimlig utifrån olika studier av samhällsinterventioner. Det betyder att andelen överviktiga män i åldersgruppen 20–44 år minskade från 12 procent idag till 11 procent om fem år, och så vidare. Detta skulle minska antalet sjukdomsfall i befolkningen med 4 300 (exempelvis 680 färre fall av hjärtinfarkt) fem år senare. Givet samma genomsnittliga kostnad per sjukdomsfall som idag skulle hälso- och sjukvården årligen spara 225 miljoner kronor. Besparingarna i kommunerna skulle uppgå till 173 miljoner och i den statliga sjukförsäkringen skulle 180 miljoner sparas.

Evidensbaserat beslutsstöd för prioritering av tidiga insatser för barn och ungdomar

Under de senaste åren har kommunernas medvetenhet om värdet av tidiga insatser vuxit avsevärt. För att ta reda på vilka insatser som är effektiva krävs vetenskapliga utvärderingar av beprövade metoder och hälsoekonomiska analyser. Skandia Idéer för livet har därför gett Uppsala universitet uppdraget att skapa ett beslutsstöd för tidiga insatser för barn och ungdomar (<http://socialainvesteringar.pubcare.uu.se/>)

Beslutsstödet ger information om tillgängliga insatser, dess effekter samt kostnader och möjliga besparingar. Beslutsstödet är evidensbaserat med för-

Källor Hälsoekonomi, forts.

4. SBU. SBU:s ordlista. 2016; <http://www.sbu.se/sv/var-metod/sbu-ordlista/>.

5. Drummond M, Sculpher M, Torrance G, O'Brien B, Stoddart G. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 3rd edn ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.

6. Morgenstern H, Bursic ES. A method for using epidemiologic data to estimate the potential impact of an intervention on the health status of a target population. *Journal of community health*. 1982;7(4):292–309.

7. Feldman I, Johansson P. The Swedish RHS-model (Risk factors, health and societal costs). Technical Report. 2014; www.hfsnatverket.se.

ankring i nationell statistik med statistiska samband hämtade från longitudinella skandinaviska studier. Beslutstödet är utformat som ett beräkningsverktyg som skapar långsiktiga jämförelser och prognoser av olika insatser med hänsyn till både effekt och kostnad. Jämförelse görs mellan utfallen, då man antingen implementerar en insats eller inte gör något alls.

En kommun kan alltså se resultaten av en specifik insats inriktad mot barn och unga i form av färre: obehöriga till gymnasiet, narkotikamissbruk, ekonomiskt beroende, alkoholmissbruk och självmord. Resultaten finns både på kort, medellång och lång sikt. Beslutsstödet omvandlar även resultaten till kronor och ören. Alltså går det att se vilka besparingar den specifika insatsen leder till.

Goda exempel

Vi har samlat några goda exempel på hur man kan arbeta förebyggande: Tandvården i Sverige har sedan mitten av 1900-talet genom olika reformer och satsningar lett till att Sverige har bland de bästa tandhälsovärdena i världen. På andra sidan jordklotet, i Alaska, har man ett framgångsrikt hälsofrämjande arbetssätt som på drygt femton år bland annat lett till en stor reduktion av antalet vårddagar. Och inom Östersunds äldreomsorg har man med flera olika aktiviteter och satsningar lyckats sänka sina höga kostnader och arbeta hälsofrämjande, både för medborgare och personal.

Tandvården är ett tankeväckande exempel där det fanns en gemensam samhällslig vilja att förhindra de allvarliga effekterna av karies och tandsjukdomar. Det visar att ett systematiskt förebyggande arbete faktiskt kan bidra till att

Tandvården i Sverige

Vuxna svenskers tandhälsa rankas bland de bästa vid internationella jämförelser och studier av tandhälsa på befolkningsnivå. Andelen med mindre än 20 intakta tänder eller helt tandlösa var 2013 lägst i Sverige i en stor internationell jämförelse.

Den relativt goda tandhälsan i befolkningen är en långsiktig effekt av framförallt ökad fluoranvändning, en utbyggd och avgiftsfri barn- och ungdomstandvård och de satsningar på information om munhygien i skola och tandvård som gjorts sedan mitten av 1900-talet. Det har också skett en ökad medvetenhet inom vetenskapen och hos befolkningen om hur och varför tandsjukdomar uppkommer. Även hälsomedvetenheten i allmänhet har ökat i samhället.

På 1950-talet hade de flesta människor i befolkningen karies och många saknade helt eller delvis tänder i vuxen ålder. Resultaten från studier på 1950-talet användes för en stor folkhälsoupplysningskampanj. Begreppet »lördagsgodis« myntades för att koncentrera sockerkonsumtionen till en dag. »Aldrig hål i en ren tand« var ett annat begrepp som myntades. Regelbunden fluor-sköljning infördes i skolorna i början av 1960-talet. Information om karies gavs till föräldrar och blivande föräldrar i samarbete med folktandvården, barnavårdscentraler och mödravårdscentraler. Tandborstövningar, kostrådgivning och fluortillskott infördes för barn och ungdomar i samband med undersökningar i tandvården. Fluortandkrämen introduceras också under 1960-talet och munhygienens betydelse för uppkomst av framförallt tandlossning påvisades. I slutet av 1960-talet såg man de första tecknen på den kraftiga förbättringen av tandhälsan hos barn och ungdomar som sedan fortsatt fram till idag.

Den successivt utbyggda, avgiftsfria barn- och ungdomstandvården har skapat förutsättningar för att regelbundet nå barn och unga med kontroller och att grundlägga en god munhälsa genom information och råd om kost och skötsel.

När det gäller vuxna har troligen den successivt utbyggda tandvårdsförsäkringen haft betydelse för tandhälsan. Ett viktigt mål med den tandvårdsreform som genomfördes 2008 var att bibehålla tandhälsan hos personer med inga eller små tandvårdsbehov och att ge stöd vid stora tandvårdsbehov. Subventionerad tandvård genom tandvårdsförsäkring och ett tandvårdsstöd som omfattar alla vuxna har sannolikt bidragit till att många människor regelbundet uppsöker tandvården för att få sina tänder undersökta och åtgärdade.

Dessutom finns tandvårdsstöd till särskilda grupper som innebär viss tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Tandvården har successivt kommit att utveckla ett mer profylaktiskt arbetssätt från ett tidigare mer reparativt. I slutet av 1960-talet anställdes de första tandhygienisterna. Och andelen tandsköterskor och tandhygienister i tandvården som arbetar med förebyggande och hälsofrämjande arbete på individnivå har sedan ökat.

Tandvården arbetar för att förbättra tandhälsan, framförallt genom att vända sig till barn- och ungdomar utanför klinikerna, exempelvis mot förskolor och skolor och andra miljöer där barn och unga vistas.

Äldreomsorgen i Östersunds kommun

Lars Liljedahl, omsorgschef i Östersund, beskriver hur de tog sig an problemen med höga kostnader inom äldreomsorgen.

Östersund har de senaste sex åren arbetat med en utmanande situation. Totalt sett så har över 50 olika aktiviteter och satsningar genomförts. Resultaten är goda – även om det är svårt att klarlägga exakt vad det är som gjort skillnad. Den årliga kostnaden för äldreomsorgen har under de senaste sex åren minskat med cirka 160 miljoner kronor jämfört med utvecklingen i riket i genomsnitt. Utvecklingen ser ut att hålla i sig även under 2018 och 2019.

Hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande Mer tid, resurser och uppmärksamhet har satsats på att jobba hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande – och i just den ordningen. Målsättningen har varit att fler östersundsbor ska klara sig utan stöd längre än tidigare och när stödet behövs är ambitionen att bidra till att medborgaren återerövrar sin självständighet i så hög utsträckning som möjligt. Kommunen arbetar med digitala tekniska lösningar. GPS-larm är ett tydligt exempel på en sådan lösning som ökat friheten för många invånare och deras anhöriga. I dagsläget har Östersund nästan 330 GPS-larm vilket motsvarar ungefär varje fjärde hemtjänstagare i kommunen. Här finns också en flerårig satsning på arbetsterapeuter och fysioterapeuter som både själva och genom att handleda baspersonalen förbättrar möjligheterna att jobba rehabiliterande.

Arbeta smartare I Östersund har man försökt hitta vägar att kunna utföra jobbet effektivare än tidigare, samtidigt som de kunnat behålla och i vissa fall öka resurserna inom både hemtjänst och särskilt boende. Bemanningen har ändrats så personalen finns på plats när behoven är som störst. Kommunen har varit tidig med att använda digitala hjälpmedel såsom digitala lås (så kallad nyckelfri hemtjänst). Planeringen finns alltid tillgänglig i mobilen – där också dokumentationen kan skötas på plats hos den

enskilde. 25 trygghetskameror och trygghetssensorer är installerade i dagsläget och växer i popularitet hos medborgarna. De ger möjlighet för medarbetarna att ägna sin uppmärksamhet åt de som verkligen behöver den personliga kontakten. Kamerorna har lett till minskat resande och minskat behov av personal på natten, vilket vida överstiger kostnaden för kamerorna på cirka 12 500 kronor per år.

Medborgarna i Östersunds kommun kommer inom kort att erbjudas guider som kan komma hem och visa hur videosamtal kan användas och/eller hur räkningar kan betalas på nätet. Även kostnadsfria säkerhetsbesök, där såväl brand- som fallrisk går igenom, kommer att erbjudas.

Attraktiva arbetsgivare Den demografiska utmaningens konsekvens i form av »arbetskraftsbrist« har kommunen tagit sig an genom att helt enkelt försöka bli en ännu bättre arbetsgivare. Vikten av stolta medarbetare betonas – det vill säga medarbetare som »på riktigt« uppskattar, och därmed kan tala gott om sin arbetsgivare i olika sammanhang.

Lars Liljedahl menar att det inte är några avancerade åtgärder de vidtagit. Samtidigt verkar jobbet ha burit frukt. Det som inspirerar allra mest är det faktum att Östersund alltjämt lägger små resurser på det hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande arbetet. Listan över idéer på vad de skulle vilja göra – men ännu inte mäktat med – är lång. Lars Liljedahl säger att det är hans övertygelse att det finns väldigt goda möjligheter att ta sig an utmaningarna på ett sätt som i första hand är bra för medborgarna (ökad hälsa) och därmed också är bra för samhällsekonomi. Framgångsfaktorerna i Östersunds arbete med att utveckla äldreomsorgen handlar om uthållighet i arbetet och mångfald när det gäller angreppssätt.

förbättra hälsan med begränsade resurser. Men det tar tid. Det förebyggande arbetet inom tandvården har pågått i över 100 år även om de största insatserna genomförts under de senaste 40 åren.

Sundare levnadsvanor i befolkningen anses kunna minska hjärt- och kärlsjukligheten med upp till 80 procent. Även om människors levnadsvanor är långt mer komplexa att påverka än orsaken till karies bör dessa vara möjliga att påverka med systematisk prevention. Det finns goda exempel. NUKA är ett, där vården framgångsrikt stöttar individerna att förbättra sina levnadsvanor. Möjligheten att tidigt upptäcka risk för sjukdomar kommer att utvecklas med ny teknik och mer AI-stöd. Vårdgivare kommer att, utifrån hälsotillstånd, livsstil, och eventuellt DNA, kunna ge individriktade råd om åtgärder för att förbättra chansen till god hälsa. Men kanske behövs en gemensam samhällelig strävan till förändring och omställning på samma sätt som med tandvården.

Det inte säkert att en minskad sjuklighet kan växlas ut i form av sänkta kostnader för hälso- och sjukvården eftersom behoven i någon mån är oändliga. Men prevention är kanske den bästa strategin för att bromsa kostnadsökningstakten och öka hälsan i befolkningen.

Avslutningsvis kan vi konstatera att innebörden av prevention och förebyggande verksamhet ligger väl i linje med omställningen till nära vård.

Riktade förebyggande insatser

I *Ekonomirapporten, maj 2019* var förebyggande åtgärder ett temaavsnitt. Där visades att hälsan kan förbättras i identifierade målgrupper för att på sikt minska behoven av hälso- och sjukvård genom ett systematiskt förebyggande arbete.

Att förbättra hälsan i befolkningen är nödvändigt för att klara de demografiska utmaningar vi har framför oss, där fler behöver välfärdstjänster samtidigt som den arbetsföra befolkningen inte ökar i tillräcklig utsträckning.

En strategi som bidrar till att möta utmaningen är **Strategi för hälsa*** som har tagits fram tillsammans av regioner och kommuner. Den innebär att skola, socialtjänst, vård- och omsorg samt hälso- och sjukvård behöver ledas, styras och samordnas för att främja hälsa och förebygga ohälsa.

I Strategi för hälsa finns mål och indikatorer som är valda för att kunna göra gemensamma jämförelser och analyser. Varje mål behöver brytas ner och anpassas till kommunens och regionens förutsättningar och nuvarande nivåer.

För att synliggöra den ojämlika hälsan behöver analys och åtgärder grundas på data som är uppdelat på kön och så långt möjligt även på socioekonomiska faktorer såsom utbildning och bostadsområde. Vid uppföljning av mål är det inte bara angeläget att genomsnittet blir bättre, utan också att hälsoskillnaderna minskar, för ökad jämlikhet.

Indikatorerna visar både en positiv och en negativ utveckling

Av de indikatorer som valts för att spegla arbetet med Strategi för hälsa utvecklas flera i positiv riktning, även om det finns stora skillnader utifrån olika grupper i befolkningen (kön, ålder, socioekonomi). När det gäller fallskador och färre barn och unga som lever i ekonomiskt utsatta hushåll syns tydliga förbättringar jämfört med för några år sedan. Fler elever är också klara med sin gymnasieutbildning efter fyra år. Även den självs kattade hälsan har förbättrats liksom den förväntade medellivslängden, för både kvinnor och män.

Det finns även indikatorer som utvecklas i negativ riktning. Andelen elever i årskurs 9 som är behöriga till yrkesprogram har minskat kraftigt under några år, dock bröts den negativa trenden 2018. En annan indikator som utvecklats negativt är andelen invånare mellan 16 och 84 år som saknar tillit till andra.

Minskat antal fallskador genom förebyggande insatser

Fallolyckor är den vanligaste olyckstypen och utgör två tredjedelar av alla olycksfall. Varje år faller cirka 67 000 personer så illa att de behöver läggas in på sjukhus för vård. Drygt 1 000 personer dör. Cirka 70 procent av de som faller är 65 år eller äldre**. Men med förebyggande insatser kan många fallolyckor förhindras. Fallskador kostar årligen 5,6 miljarder kronor i den specialiserade somatiska vården. Fallskadorna har minskat i flertalet län under senare år.

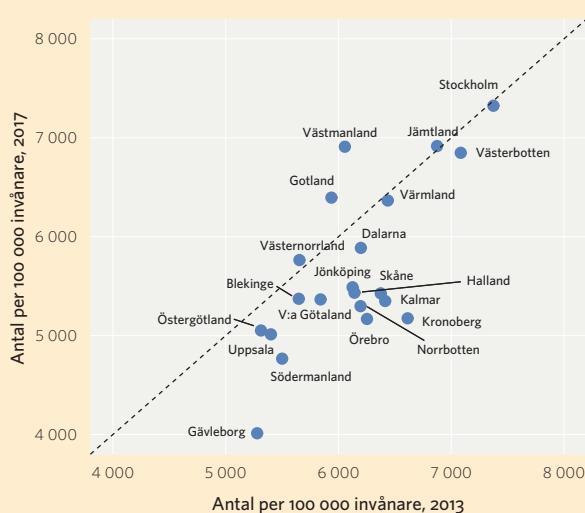
Gävleborgs län utmärker sig på ett positivt sätt. Här har fallskadorna minskat med 24 procent mellan 2013 och 2017 och fallskadorna är också få jämfört med andra regioner.

Exempel som bidragit till den positiva utvecklingen är länets gemensamma arbete med en modell för proaktiv hälsostyrning där fallprevention ingår som en del. Proaktiv hälsostyrning innebär att patientens situation är utgångspunkten, inte diagnoser eller symtom. Personalen gör en kartläggning av situationen, tolkar behoven och sätter i samråd med patienten in de åtgärder som behövs för att bibehålla hälsa, förebygga ohälsa och vårdbehov. Hälsocentralerna har uppdrag att arbeta enligt arbetsmodellen som en del i **Hälsovalet Region Gävleborg**. Det finns en direkt samverkan mellan kommunerna och hälsocentralerna, dels genom biståndshandläggare som deltar i kartläggningarna, dels via kommunens hemtjänst som uppmärksammar behov av insatser.

I hemsjukvården, på särskilda boenden och i primärvården används kvalitetsregistret **Senior alert** för att arbeta systematiskt med förebyggande insatser. Exempel på förebyggande åtgärder är fördjupad läkemedelsgenomgång, gruppbehandling för ökad balans och medverkan på träffpunkter för äldre.

Diagram 31 ■ Fallskador bland personer 80 år och äldre åren 2013 och 2017

Antal per 100 000 invånare



Källa: Kolada.

Region Stockholm har den högsta andelen personer över 80 år som drabbats av fallskador. Det gäller både år 2013 och år 2017 och andelen har varit stabil, värdet ligger på linjen i diagrammet. Region Gävleborg har den lägsta andelen både 2013 och 2017 och resultaten har förbättrats, andelen minskade med cirka 1 200 fall per 100 000 invånare.

Om samtliga län skulle lyckas få ner fallskadorna till samma nivå som i Gävleborgs län, skulle cirka 13 700 fall undvikas. Teoretiskt sett skulle 1,1 miljard kronor kunna sparas i den slutna somatiska vården.

>>forts.

Not: Statistik från KPP och Socialstyrelsen har använts för att illustrera effektiviseringspotentialen.

Förebyggande arbete i samverkan för barn och unga

Under ett antal år har andelen elever i årskurs 9 som är behöriga till yrkesprogram minskat. I huvudsak förklaras försämringen av att skolan tagit emot många elever som kommit till Sverige under den senare skolåldern och därmed varit kortare tid i svensk skola. För elever födda i Sverige syns ingen tydlig försämring under samma period.

Att eleverna klarar av sin skolgång är centralt för barns framtida hälsa. Därför behöver skolan, kommunen och regionen arbeta tillsammans för att så många som möjligt ska fullfölja sin utbildning.

I Västerbottens län är det en hög andel elever som är behöriga. I länet bedrivs ett systematiskt arbete i samverkan genom HLT-team (**hälsa, lärande, trygghet**). Det innebär att barn och unga mellan 0–16 år erbjuds ett så tidigt samordnat stöd som möjligt, där en av effekterna är ett minskat behov av mer omfattande insatser senare. HLT utgör en del av första linjen för psykisk hälsa, och består av tvärprofessionella arbetsgrupper. I teamet finns representanter från förskola, grundskola, elevhälsa, socialtjänst och familjecentral/hälsocentral.

Samarbetet har resulterat i:

- Tidigare upptäckt och därmed också tidigare insatser, redan i förskoleåldern.

- En bättre helhetssyn utifrån barnets behov, innebär möjlighet att sätta in rätt insatser i rätt tid för att hjälpa barnet på bästa sätt. De olika professionerna kan hjälpas åt över de traditionella verksamhetsgränserna för att möta barnets behov, vilket leder till ett bättre stöd för barnet och familjen.
- Teamet får konkreta råd av varandra, som kan tas tillbaka och användas i den egna organisationen.

Samverkan ger kraft till förbättring

Det finns riktade förebyggande insatser där goda resultat har nåtts. Gemensamt för de exempel som har belysts ovan är att det krävs en aktiv samverkan som utgår från gemensamma mål, arbetsätt och en helhetssyn utifrån individens behov. Tillsammans har kommuner och regioner möjligheter att nå större befolkningsgrupper än var för sig. Därmed kan hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt även omfatta invånare som ibland kan vara svåra att nå.

Varje län har uppbyggda strukturer för samverkan mellan länets kommuner och region, många gånger mellan de verksamheter som omfattas av Strategi för hälsa. Uppföljningen av indikatorerna i Strategi för hälsa ger insikter om att det finns stora skillnader i hälsa inom och mellan Sveriges 21 län. Det finns därmed potential att få gemensam kraft och lärande mellan län i olika hälsoutmaningar.

Den psykiska ohälsan och den psykiatriska vården

Den psykiska ohälsan har ökat i samhället ända sedan mitten av 1980-talet. Till det ska nu läggas de direkta och indirekta effekterna av coronakrisen, med risk för ytterligare ökad psykisk ohälsa. Med lägre sysselsättning minskar även skatteunderlaget och därmed försämras möjligheterna att finansiera välfärden. Det gör det svårare att möta den ökade psykiska ohälsan med ett ökat vårdutbud. Begränsningen gäller resurser både i form av pengar och personal. Det betyder att främjande och förebyggande insatser blir desto mer angelägna, liksom att i ökad grad använda digitala kontaktvägar och digitala verktyg, för ökad tillgänglighet och ökad effektivitet. Det är också viktigt att ta vara på erfarenheterna av de förändringar i arbetssätt som coronapandemin medfört, för att även fortsättningsvis använda det som fungerar bra för verksamhet och invånare.

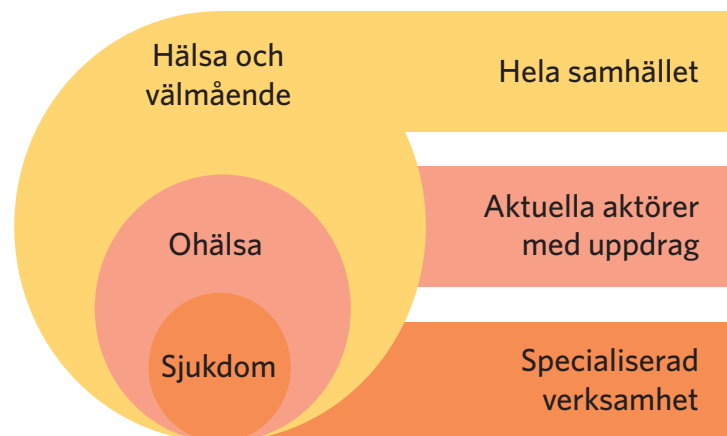
Den psykiska ohälsan ökar framförallt bland de unga

Andelen invånare som uppger nedsatt psykisk hälsa har ökat under en följd av år. År 2018 uppgav 17 procent av invånarna i åldern 16–84 år nedsatt psykiskt välbefinnande. Andelen är högre för kvinnor (20 %) än för män (14 %) och yngre mår sämre än äldre (yngre kvinnor 33 %).¹² Sedan mitten av 1980-talet har andelen unga som uppger att de återkommande har psykosomatiska symtom fördubblats enligt Folkhälsomyndighetens rapporter. Samtidigt uppger kring 90 procent av 11-åringarna en hög livstillfredsställelse.

Långt ifrån alla med nedsatt psykiskt välbefinnande är aktuella för diagnosättning och behandling i den psykiatriska vården (figur 1). Ett sätt att se det är att hälsa och välmående är en fråga för hela samhället, medan psykisk ohälsa är en fråga för aktörer med olika uppdrag, exempelvis primärvård, företagshälsovård, socialtjänst, ungdomsmottagning etc. Psykiatrisk sjukdom är en fråga där den specialiserade vården ger stöd och behandling.

Figur 1 • Främjande förebyggande och tidiga insatser - för att öka välmående och undvika sjukdomar

För barn och unga är en bra skolgång en av de viktigaste skyddsfaktorerna för god hälsa och välbefinnande. Bra relationer med föräldrar och kompisar, en meningsfull fritid med goda vuxna förebilder, positiv uppmärksamhet och framtidstro är andra hälsofrämjande faktorer som bidrar till att barn mår bra och utvecklas positivt. En del behöver också särskilt stöd eller behandling. Av dessa behöver en liten grupp omfattande och specialiserade insatser.



Källa: Kraftsamling för psykisk hälsa, Sveriges Kommuner och Regioner.

12. Nationella folkhälsoenkäten »Hälsa på lika villkor?« Folkhälsomyndigheten.

Förekomsten av allvarliga psykiska sjukdomar, som bipolär sjukdom eller schizofreni, har över tid varit relativt konstant och verkar inte ha ökat de senaste åren.

Under senare år har det genomförts en rad insatser för att minska den psykiska ohälsan, bland annat genom att öka tillgången till medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser för personer med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta. Arbetet har i huvudsak skett inom primärvården. Olika stöd- och behandlingsprogram har byggts ut via webb och finns tillgängliga i samtliga regioner. Även tillgången till olika former av digitala kontakter, exempelvis med psykolog online, har ökat markant. Att på det sättet öka tillgängligheten är väsentligt eftersom långa väntetider ofta fördjupar den psykiska ohälsan.

Samverkansformer för psykisk hälsa i Dalarna

Dalarna är ett av de län som har utvecklat samverkansformer för den psykiska hälsan under lång tid. Kommunerna i länet har tillsammans med Region Dalarna haft ett uthålligt arbete med fokus på samverkansstruktur, arbetsmetoder, mål och uppföljning. Den gemensamma grunden har möjliggjort insatser på lokal nivå, exempelvis i Mora och Hedemora kommun.

I Mora kommun har samverkansarbetet utgått från tre utvecklingsområden som i sin tur har bidragit till uppbyggnad av familjecentral, en strukturerade skolnärvaroplan och en rad kompetenssatsningar:

- Förbättra det hälsofrämjande och förebyggande arbetet
- Förbättra utredning, bedömning, vård och behandling
- Förbättra kompetens och kvalitet.

Åren 2020–2022 avsätts 10 miljoner kronor årligen för att stimulera och driva på omställningen till Hållbara Mora. Kommunens verksamheter och medarbetare söker stöd ur medlen och med koppling till psykisk hälsa har exempelvis digitalt anhörigstöd och hemmasittarteam skapats.

I Hedemora kommun skapades tidigt en medveten samverkansstruktur, TRIO för samverkan, som består av operativa chefer för utbildningsförvaltningens elevhälsa, omsorgsförvaltningens barn och ungdomssektion samt primärvård, mödra- och barnhälsovård, samtalsmottagning och ungdomsmottagning i Hedemora. Genom täta avstämningar var 14:e dag koordineras insatser på ett systematiskt sätt utifrån målgruppens behov.

Hälsan i befolkningen och coronapandemin

Hälsan i den svenska befolkningen är generellt god, vilket till viss del förklaras av att Sverige har väl utbyggda välfärdstjänster av hög kvalitet. En god och jämlik hälsa i befolkningen ger positiva effekter på sysselsättning, företagande, samhällsekonomi och den sociala sammanhållningen, vilket i sig bidrar till ett hållbart samhälle. Trots den generellt goda hälsan, finns det orimliga skillnader i hälsa mellan olika grupper i den svenska befolkningen.

Coronapandemin riskerar att få mer långsiktiga effekter på samhälls ekonomin och folkhälsan. Det är ännu för tidigt att dra några sådana långtgående slutsatser, men det finns tecken på att socioekonomiskt utsatta grupper tidigt drabbades mest av covid-19.

Även om vi ännu inte kan dra slutsatser av effekterna av pandemin, visar erfarenheter från tidigare ekonomiska kriser att ökad arbetslöshet leder till ökad dödlighet i befolkningen. De som drabbas hårdast är de med sämst förutsättningar, i synnerhet män med kort utbildning och låg inkomst. De mest utmärkande dödsorsakerna relaterade till arbetslöshet är alkoholrelaterade sjukdomar och självmord. Ytterligare orsaker till förtida död är hjärt- och kärlsjukdomar. Risken för arbetslöshet kan även leda till oro för ekonomiska problem, stress, sömnsvårigheter och psykisk ohälsa.

En försämrad samhälls ekonomi och sjunkande konjunktur till följd av pandemin, innebär sålunda en risk för att hälso-klyftorna ökar. Risken är särskilt stor för personer som är nya på arbetsmarknaden och som saknar gymnasial utbildning. En fullföljd gymnasieutbildning är den enskilt viktigaste faktorn för möjligheterna att få en varaktig förankring på arbetsmarknaden och en förutsättning för högre utbildning.

Personer med kort utbildning tenderar att i större utsträckning än andra ha otrygga anställningsvillkor. De arbetar också i större utsträckning i servicebranscher som har drabbats hårt till följd av restriktionerna under pandemin. Det innebär en ökad risk för arbetslöshet i grupper med en osäker ställning på arbetsmarknaden och som har små ekonomiska marginaler. Risken att förlora sitt arbete och ha sämre förutsättningar ifråga om sjuk- och arbetslöshetsförsäkring kan leda till olika former av ohälsa. Inte minst medför det en risk för ökad psykisk ohälsa. Utrikes födda personer samt personer med funktionsnedsättning hade redan innan pandemin svårare att etablera sig på arbetsmarknaden och det finns risk för att deras förutsättningar försämras ytterligare.

Coronapandemin har ökat medvetenheten om betydelsen av en god och jämlik hälsa i befolkningen och nödvändigheten av att vidta åtgärder som dels riktar sig till hela befolkningen, dels till grupper av människor som riskeras att drabbas särskilt svårt. Sådana insatser behöver fortsätta drivas även efter pandemin, för att stärka samhällets motståndskraft för kommande hälsoutmaningar, pandemier och andra kriser. Kommuner och regioner behöver därför prioritera att arbeta hälsofrämjande och förebyggande i sina verksamheter. Här går det att nyttja befintliga, eller utveckla nya, samverkansformer tillsammans med andra kommuner, regioner eller andra aktörer som snabbar på omställningsarbetet till ett mer hälsofrämjande samhälle. Det är inte bara en ekonomisk nödvändighet utan ett strategiskt val för att klara framtidens välfärd. Vi är beroende av att människor i arbetsför ålder är anställningsbara och att fler behåller en god hälsa högt upp i åldrarna.

Lärdomar under covid-19 synliggör vikten av en god och jämlik hälsa

I april 2021 publicerade SKR rapporten *För ett motståndskraftigt samhälle*. Den belyser lärdomar för en god och jämlik hälsa under pandemin. Den tar bland annat upp att ett sätt att rusta samhällets motståndskraft mot kriser är att stärka medborgarnas förutsättningar för en god hälsa.

Rapporten går att ladda ned från skr.se på följande sida: skr.se/skr/tjanster/rapporteroch-skrifter/publikationer/forettmotstandskraftigtsamhalle.52087.html

Nära vård

Den svenska hälso- och sjukvården har de senaste decennierna gjort stora framsteg. Idag lever befolkningen längre, mår bättre och flera tidigare dödliga sjukdomar har istället blivit kroniska tillstånd. Samtidigt innebär den demografiska utvecklingen stora utmaningar framöver, både vad gäller ekonomi och personalförsörjning. En utveckling mot Nära vård är en av lösningarna för att hantera detta, där nya personcentrerade vårdtjänster växer fram, såväl fysiska som digitala.

Utvecklingen mot Nära vård involverar flera delar av sektorn, där tät samverkan mellan region och kommun är en nyckel. I en välfungerande nära vård utgår alla aktörer från individens behov och nyttjar de resurser och kompetenser som behövs för att möta dessa behov.

Syftet med detta kapitel är att visa på vilka möjligheter Nära vård ger och samtidigt vilka utmaningar som måste hanteras under resans gång.

Vad innebär en övergång till mer Nära och personcentrerad vård?

Tack vare hälso- och sjukvårdens utveckling och goda livsvillkor i samhället lever vi allt längre i dag. Sjukdomar som tidigare varit dödliga kan nu botas eller behandlas. Det har lett till att vi blir allt fler som lever allt längre, men också allt fler som lever med kroniska sjukdomar och långvariga tillstånd. I dag lever ungefär varannan invånare i Sverige med en eller flera kroniska sjukdomar.

När behoven förändras, måste också hälso- och sjukvården förändras. Under lång tid har vården varit organiserad mer utifrån vårdens logik än utifrån patient- och brukarperspektiv. Det behöver förändras. Tillgänglighet, bemötande, samordning och kontinuitet behöver förbättras. Därför ställs nu hälso- och sjukvården om till en mer nära vård.

Personcentrerat förhållningssätt ändrar fokus

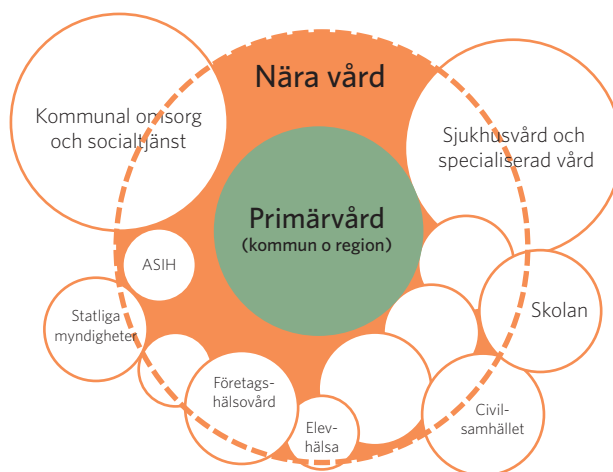
Nära vård tar sin utgångspunkt i ett personcentrerat förhållningssätt. Kännetecknen för den nära vården är att den är mer flexibel, ofta mobil, och att den möter och inkluderar patienten eller brukaren, såväl fysiskt som kognitivt. Personen är en aktiv partner och medskapande i sin vård utifrån dennes behov, förmågor och preferenser. För att den nära vården ska bli verklighet behöver vården samordnas och hänga ihop oavsett huvudman eller vårdaktör.

Omställningen till nära vård ändrar fokus för hela hälso- och sjukvården. Det är en rörelse som går från att fokusera på organisation till person och relation, från att vara reaktiv till att bli förebyggande, och från en fragmentiserad till en sammanhängande vård och omsorg. För patienten innebär det att man blir en aktiv medskapare istället för en passiv mottagare av vårdens tjänster.

Ett arbete i mellanrummen

I den nära vården är primärvården, som utförs av såväl kommuner som regioner, basen och har ett viktigt uppdrag att samverka med andra delar av hälso- och sjukvården. Den ska också samverka med till exempel socialtjänst och civilsamhället. Omställningen berör därmed hela hälso- och sjukvårdssystemet och handlar till stor del om att genom samverkan arbeta i de organisatoriska mellanrummen mellan vården och omsorgens olika verksamheter.

Figur 1 • En beskrivning av de delar som ingår i Nära vård



Bilden visar hur olika delar av den offentliga sektorn, näringsliv och ideell sektor hänger ihop och måste samverka för att den Nära vården ska fungera smidigt.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete har stor potential

Nära vård handlar också om att i större utsträckning arbeta hälsofrämjande och förebyggande. En stor del av de kroniska sjukdomarna går att förebygga. Enligt Världshälsoorganisationen kan sunda levnadsvanor förebygga merparten av kranskärlssjukdom och stroke och 30 procent av all cancer. Att arbeta hälsofrämjande och förebyggande har därmed stor potential och det är möjligt att påverka såväl insjuknande som vårdbehov. Både grad av insjuknande, risk för komplikationer och den successiva försämring som är kopplade till många kroniska diagnoser går till stor del att påverka genom behandling, rehabilitering och förebyggande insatser.

Digitaliseringen en kraft i tjänsteutvecklingen

Nära vård handlar i hög grad om att utveckla och förnya vårdens tjänster och därmed om förändrade arbetssätt i vården. Här är digitaliseringen och användningen av välfärdsteknik viktiga möjliggörare. Genom digital teknik kan vården komma närmare och personens självständighet öka.

Omställningen pågår

Runtom i Sverige pågår omställningen till en nära vård. Det finns många exempel på hur den nära vården tar form. Som exempel kan nämnas Väster-norrland, Jönköping och Östergötland där regionen och kommunerna i respektive län tillsammans enats om den gemensamma målbilden för omställningen. Det införs nya arbetssätt och tjänster i syfte att erbjuda en vård när och där den behövs. Exempel på det är mobila team av vårdpersonal som kommer hem till patienterna, eller olika digitala hjälpmedel för att kunna sköta viss vård själv. Det handlar också om redskap för en ökad personcentrering genom utformningen av patientkontrakt.

Fokus på hälsa och mer resurser uppströms

Förebyggande och främjande alltmer nödvändigt för att klara välfärdsutmaningarna

Vikten av förebyggande åtgärder även ur ett ekonomiskt perspektiv har belysts bland annat genom temaavsnitt i *Ekonomirapporten*. Genom en systematisk samverkan över verksamhets- och huvudmannagränser har goda resultat uppnåtts inom kostnadsdrivande områden, såsom att få fler unga att klara skolan med fullföljda studier, fallförebyggande arbete och att förbättra den psykiska hälsan. Att förbättra hälsan i befolkningen är alltmer nödvändigt för att klara de demografiska utmaningarna, där fler behöver välfärdstjänster samtidigt som den arbetsföra befolkningen inte ökar i samma utsträckning. Sundare levnadsvanor i befolkningen anses till exempel kunna förebygga 80 procent av hjärt- och kärlsjukligheten och till exempel 30 procent av cancersjukligheten, samt förhindra eller försena insjuknandet i diabetes.¹¹

Befolkningsinriktat arbete i primärvården utifrån ett områdesperspektiv

Omställningen till en god och nära vård sker genom en förflyttning av sättet att arbeta. En av förflyttningarna handlar om att gå från reaktiva till proaktiva och hälsofrämjande arbetssätt. Det finns regioner som har påbörjat ett tydligare befolkningsinriktat arbete för primärvården med ett förstärkt geografiskt uppdrag. Bland annat pågår inom regionerna Uppsala, Östergötland, Jönköpings län, Stockholm och Västra Götaland ett arbete för att knyta samman hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet tillsammans med kommuner, civilsamhälle och andra aktörer i lokalsamhället. Uppdragen utgår från ett geografiskt områdesperspektiv.

De fem regionerna har ett gemensamt syfte i att genomföra hälsofrämjande och förebyggande insatser för god och jämlik hälsa. De ekonomiska resurser som är avsatta används till aktiviteter i förbättringsområden som exempelvis hälsokommunikation med nyanlända, psykisk hälsa och tillsättning av samordnare för arbetet. Även befolkningsanalys genom samlad områdesstatistik genomförs av merparten av regionerna. Merparten har också som mål att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvården utifrån ett socioekonomiskt perspektiv. Sättet att genomföra uppdraget har dock olika utgångspunkter. Exempelvis riktar Region Jönköpings län och Region Stockholm in sig på de vårdcentraler som finns i områden med störst socioekonomiska utmaningar enligt Care Need Index (CNI), medan Uppsala och Östergötland har ett bredare fokus på hela länet. Att pröva nya arbetssätt i samverkan mellan hälso- och sjukvård och det omgivande samhället är ett handfast sätt att få ytterligare kraft i omställningen till en god och nära vård.

11. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/>

Omställningen till Nära Vård

Demografins utveckling innebär att vårdbehoven ökar. Sjukvårdens kapacitet, i synnerhet personaltillgången, matchar med dagens arbetssätt inte de kommande behoven. Det är inte bara en kommande utmaning, utan även en beskrivning av läget i vården de senaste åren.

Med nuvarande arbetssätt kommer det att bli allt svårare att finansiera och bemanna hälso- och sjukvårdens verksamheter och svara upp mot förändrade vårdbehov där kroniska tillstånd utgör en allt större del av sjukvårdspanoramat. Därför behövs en omställning som gör det möjligt att öka kvaliteten och effektiviteten i vården och samtidigt förbättra arbetsmiljön och ekonomin. Det handlar i stor utsträckning om att skapa förebyggande, främjande och proaktiva arbetssätt som förbättrar hälsan i befolkningen och därmed minskar behovet av sjukvård.

En omställning till Nära Vård

SKR och regeringen har genom överenskommelsen *God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav* tydliggjort en gemensam ambition att skapa en mer samhällsekonomiskt effektiv och långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård genom en omställning som utgår från invånarens behov av »en god, nära och samordnad vård« som stärker hälsan.

Målbilden för omställningen är att primärvården är navet i vården och omsorgen och samspekar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Primärvården ska vara basen i svensk hälso- och sjukvård. Den ska finnas nära invånarna och ha goda möjligheter att arbeta främjande och förebyggande för att förbättra hälsan i befolkningen och proaktivt för att minska risken för försämring hos personer med kroniska sjukdomar. På så sätt minskas behovet av kommande vårdinsatser. I primärvården byggs kontinuitet upp för att främja relationer och bidra till ökad trygghet och tillgänglighet. Genom denna omställning minskar trycket på sjukhusen och dess vårdplatser och hälso- och sjukvårdens begränsade resurser kan nyttjas på ett effektivare sätt.

Fyra konkreta uttryck för omställningen mot Nära Vård

Omställningen mot Nära Vård är bred och rör hela befolkningen. Det handlar om förebyggande och främjande arbete för att förbättra hälsan i befolkningen och om ökad proaktivitet som minskar risken för kroniska sjukdomar samt försämring hos personer som redan lever med kroniska sjukdomar, för att på så sätt minska behovet av kommande vårdinsatser.

De exempel som lyfts fram har som gemensam nämnare att främjande, förebyggande och proaktiva arbetssätt bidrar till minskat behov av vårdinsatser i senare skeden, vilket är själva kärnan i omställningen till Nära Vård.

Som en röd tråd löper också nödvändigheten av att använda digitaliseringen som stöd i omställningen. Än så länge är det dock svårt att urskilja en bred sammanhängande omställning med substantiell effekt på hälsan i befolkningen och därmed på vårdkonsumtionen.

Egenmonitorering som stöd för personer med kroniska sjukdomar

Personer med kroniska sjukdomar har inte alltid tillgång till det kontinuerliga stöd och behovet av vård som behövs för att minska besvären. För merparten av de kroniska sjukdomarna är måluppfyllelsen inte tillräckligt hög. Det är bara en femtedel av personer med för högt blodtryck som når behandlingsmålen och inte ens för personer med samtidig diabetes 2 nås behandlingsmålen för mer än drygt hälften av patienterna²⁶. Det här ökar risken för komplikationer som stroke och hjärtinfarkt, vilket inte bara försämrar måendet, utan också leder till ytterligare behov av vårdinsatser, ytterst inläggning vid sjukhus. Mot denna bakgrund är det inte förvånande att personer med kroniska sjukdomar står för merparten av behoven av vård och även för kostnaderna²⁷.

Att behandlingsmålen inte uppnås hänger ihop med dagens arbetssätt, i huvudsak fysiska besök på en vårdcentral eller klinik, som kan försvåra möjligheten till tillgänglighet, kontinuitet, patientinvolvering och proaktivitet. Det är helt enkelt inte möjligt att skapa ett dagligt stöd, inte ens i en fullt utbyggd primärvård, vilket gör det nödvändigt med digitalisering.

Med egenmonitorering har patienterna och vården en möjlighet att med digital teknik kontinuerligt mäta viktiga värden i en patients hälsotillstånd där patienten befinner sig utanför en vårdinrättning, ofta i hemmet, men det är inte bundet till en viss plats. Avsikten är att stärka patientens egenvård och kontroll över sin egen hälsa samt känsla av trygghet och att därmed undvika onödiga besök på akutmottagningar och inläggningar i slutenvård. Egenmonitorering används i första hand för tillstånd som diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, IBD, artros, migrän och KOL.

Patienterna kan kontinuerligt följa utvalda hälsoparametrar med digitala verktyg, exempelvis blodtryck, vikt, blodsocker, syresättning, lungfunktion, EKG, men också levnadsvanor som kostvanor, fysisk aktivitet och sömn. Vid avvikelser kan åtgärder snabbt sättas in, som ändrad medicinering eller mer fysisk aktivitet. Patienterna får bättre insikter i sina egna diagnoser och kan tillsammans med vården snabbare sätta in åtgärder vid försämrade värden. Flera monitoreringstjänster innehåller också träningsprogram med olika typer av påminnelser. De generella erfarenheterna är goda, med minskat behov av andra vårdinsatser, även inläggning vid sjukhus.

I och med framväxten av digitala tekniker som gör egenmonitorering möjligt går det att öka kvaliteten genom ökad kontinuitet, proaktivitet och patientinvolvering, och därmed förbättrad hälsa samtidigt som vården belastas mindre. Till det kommer digitala lösningar som är distansoberoende och kan skalas upp över geografiska gränser. Bundenheten till den egna bostadsorten minskar och vården kan ges på likartat sätt i städer och i glesbygd, vilket kan minska de idag stora geografiska skillnaderna i tillgång till vård.

Sedan flera år pågår i flera regioner olika typer av pilotverksamhet kring egenmonitorering. Bland annat Region Jämtland Härjedalen och Region Östergötland har upphandlat tillämpningar för breddinförande. Men den generella bilden är att egenmonitorering inte har en bred spridning, vare sig regionalt eller nationellt. Det betyder att endast en bråkdel av personer med kroniska sjukdomar har tillgång till sådana tjänster.

26. Målnivåer för diabetesvård. Uppföljning och översyn, Socialstyrelsen 2017, artikelnummer 2017-9-26.

27. VIP i vården. Om utmaningar i vården av personer med kroniska sjukdomar, Vårdanalys, Rapport 2014:2.

För att öka användningen behövs investeringar som gör bred tillämpning av egenmonitorering möjlig för flera diagnoser. Det är först med en bred omställning som effekterna vid sjukhusen blir tydliga. Det är svårt att hämta hem de ekonomiska effekterna diagnos för diagnos.

Att det är så lite av brett genomförande kan ha många orsaker, där en har att göra med att det är svårt att frigöra sig från en vårdlogik, som har fysiska möten vid en vårdcentral eller en klinik som utgångspunkt. Det gör att digitaliseringens stora fördel, att kunna skala upp, regionalt och nationellt, inte utnyttjas. Egenmonitorering implementeras oftast med vårdcentraler eller kliniker som utgångspunkt, trots att de digitala lösningarna är skalbara regionalt och nationellt. Det är fullt möjligt för en patient som har merparten av sina vårdkontakter vid sin vårdcentral, att samtidigt få en nationellt utformad tjänst som stöd för att hantera exempelvis sin artros. Vårdcentralen kan från tjänsten få tillgång till data som möjliggör en helhetsbild av patientens vård.

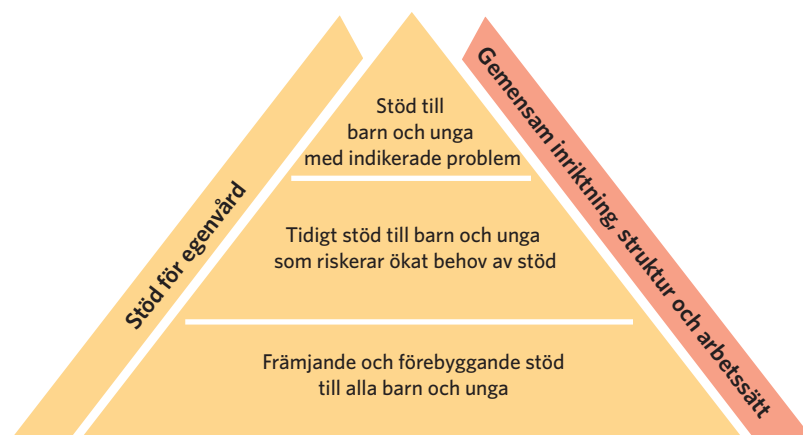
Samtidigt, vilket är illustrativt, har en ny typ av privata digitala vårdgivare etablerats, som med nationell täckning erbjuder egenmonitorering för personer med olika kroniska sjukdomar. De når fler patienter än regionernas olika tillämpningar. Ingången är LOV och utomlänssättning, vilket är långt ifrån perfekt. Det driver besök, håller tillbaka mer automatiserade lösningar och är inte en integrerad del av vården. Samtidigt illustrerar det potentialen och möjligheten att skala upp nationellt.

För att öka effektiviteten och hållbarheten i det svenska sjukvårdssystemet behöver arbetssätten kring kroniska sjukdomar förändras. Det handlar både om preventiva insatser som minskar förekomsten av kroniska sjukdomar och, vilket gäller egenmonitorering, om att öka kvaliteten i vården av personer med kroniska sjukdomar.

Kostnadseffektiva preventiva arbetssätt för barn och ungas hälsa

Det är viktigt med förebyggande åtgärder även ur ett ekonomiskt perspektiv. Systematisk samverkan över huvudmannagränser visar ofta på goda resultat inom kostnadsdrivande områden, såsom att få fler unga att klara skolan med fullföljda studier, fallförebyggande arbete och att förbättra den psykiska hälsan.

Figur 1 • Nära vård för barn och unga, tre nivåer



Källa: Nära vård för barn och unga, SKR 2021.

I skriften *Nära vård för barn och unga – exempel på inspirerande arbetssätt* presenteras 13 exempel på hur nära, främjande, förebyggande, tidigt, samordnat och personcentrerat stöd för barn och unga kan se ut. Stöden behöver utformas på olika sätt beroende på behov och målgrupp. Figur 1 synliggör stöd till barn och unga uppdelat på tre olika nivåer: universellt stöd till alla barn och unga, selektivt stöd till riskgrupper, och indikerat stöd till barn och unga med indikerade problem.

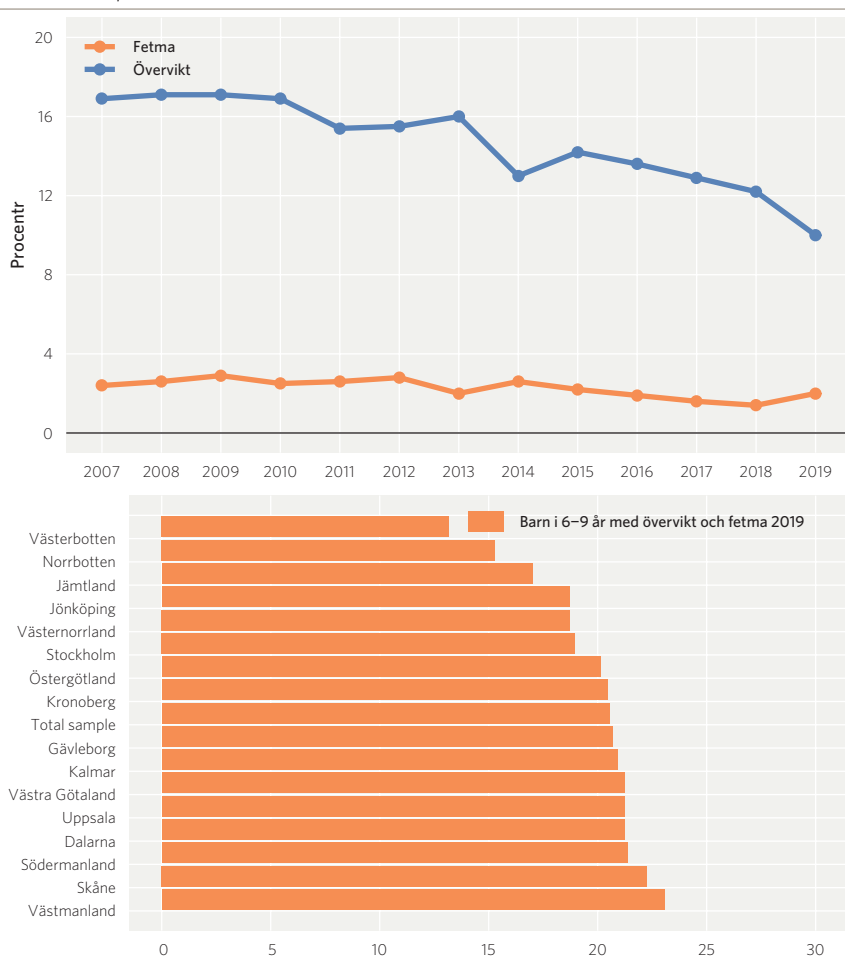
Salutsatsningen i Västerbotten

Salutsatsningen – en hälsofrämjande satsning för barn och ungdomar i Västerbotten – initierades år 2005. Satsningen har fått sitt namn från ordet salutogen som innebär ett hälsobetingat förhållningssätt, då en grundtanke är att främja processer som ger barn och deras föräldrar en möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och förmåga att förbättra den.

Salutsatsningen motiverades av alarmerande rapporter, bland annat om övervikt/fetma redan hos fyraåringar. Syftet är att alla barn och ungdomar 0–18 år ska nås av hälsofrämjande insatser under hela uppväxten, med början hos de blivande föräldrarna under graviditeten. Befintliga insatser stärks och nya utvecklas och införs för olika åldersgrupper i syfte att förebygga ohälsa (psykisk ohälsa, övervikt/fetma och karies), samt främja trygga och goda uppväxtvillkor.

Diagram 19 • Övervikt och fetma

Andel av barn i procent



Källa: Diagram 19a: Kompetenscentrum för mödra- och barnhälsovård, Region Västerbotten; diagram 19b: Folkhälsomyndigheten 2020.

Diagram 19a: Övervikt och fetma hos fyraåringar i Västerbotten 2007-2019 (preliminära resultat).

Diagram 19b: Övervikt och fetma hos 6-9-åringar nationellt och per region 2018/2019.

Den oroande nationella utvecklingen av övervikt och fetma kan kontrasteras mot Västerbottens län där förekomsten hos fyraåringar gradvis minskat mellan åren 2007 till 2019, från 20 till 12 procent (diagram 19). Starten av denna minskning sammanfaller i tid med att Salutsatsningen nått länsspridning för blivande föräldrar och förskolebarn.

Studier visar att högt Body Mass Index (BMI) under unga åldrar ofta följer med upp genom livet och medför högre kostnader på grund av sjuklighet, mer vård och produktivitetsförlust under vuxen ålder. Dessutom associeras kraftig övervikt hos barn med extra hälso- och sjukvårdskostnader på mellan 1 200–3 100 kronor per barn och år (Ward et al, 2021)²⁸.

Digitalt arbetssätt tillsammans med barn och unga i Gävleborgs län

I Region Gävleborgs arbete med att utveckla digitala lösningar har app:en HIPR växt fram som stöd för barn och unga vid insättning av ADHD-medicin. Barn och unga har varit delaktiga i utvecklingen från start – från idé och att formulera behoven till att testa app:en i nära samverkan med Barn och ungdomspsykiatri (BUP).

HIPR är ett bra exempel på resurseffektiv samverkan. Barn och unga, som påbörjat medicinerings ska slippa åka till en mottagning. Målet är istället att göra egenvård möjlig genom att underlätta delaktighet och självständighet. Samtidigt bidrar arbetssättet till att löpande utvärdera och ge en tryggare och säkrare behandling. Arbetssättet är idag etablerat på samtliga mottagningar inom BUP såväl som inom vuxenpsykiatri. En annan positiv sak är att andel uteblivna besök för de som använder HIPR är 1,92 procent jämfört med 8,33 procent för de som ej använder app:en.

Cirka 55–60 procent av barn och unga i målgruppen i Region Gävleborg använder HIPR vid insättning av ADHD-medicin. App:en ska ses som ett komplement som riktar sig till de unga i målgruppen som har förmåga och föredrar en digital lösning.

Utvecklingen av digitala stöd för egenvård fortsätter i Region Gävleborg och flera satsningar är på gång. Bland annat utvecklas nu app:en Seno som bygger på samma idé som HIPR och är en app för uppföljning av antidepressiva läkemedel.

28. Ward ZJ, Bleich SN, Long MW, Gortmaker SL. Association of body mass index with health care expenditures in the United States by age and sex. *PLoS one*. 2021;16(3):e0247307.



Förebygga eller reparera? – ekonomi och hälsa

Utdrag ur Ekonomirapporten 2019–2021

Att agera tidigt i samverkan är smart resursanvändning. De senaste Ekonomirapporterna från Sveriges Kommuner och Regioner har innehållit ett särskilt avsnitt om vikten av hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Den här rapporten består av utdrag från dessa sex rapporter. Sammantaget har behov, utmaningar och handfasta exempel från olika delar av landet belysts och ger tillsammans tillfälle till reflektion. Hur når vi ett större genomslag i arbetssätt som vi ser ger goda resultat för såväl befolkning som ekonomi?

Ekonomiska incitament kan vara en drivkraft för ett stärkt hälsofrämjande och förebyggande arbete. Rapporten vänder sig till alla som har intresse för sambanden mellan ekonomi, hälsa och välfärd.

ISBN 978-91-7585-971-2

Ladda ned på webbutik.skr.se

Pris gratis, enbart för nedladdning.

Post 118 82 Stockholm | **Besök** Hornsgatan 20

Telefon 08-452 70 00 | www.skr.se



**Sveriges
Kommuner
och Regioner**