

# **Investeringslogik i prevention**

Sammanfattning av Rundabordssamtal den 13 april 2026

## 1 Bakgrund

Vid ett rundabordssamtal arrangerat av SustainGov och SSE Center for Resilient Health på Handelshögskolan i Stockholm 13 april 2026 samlades 35 deltagare från myndigheter, regioner, kommuner, akademi, civilsamhälle, innovatörer och läkemedelsbranschen för att diskutera en central systemfråga:

*Varför investerar vi inte mer i prevention – trots att vi vet att det lönar sig?*

Utgångspunkten för samtalet var en utveckling som också lyfts i den offentliga debatten: en tydlig ökning av psykisk ohälsa, obesitas och andra kroniska sjukdomar, ofta med tidig debut och stora konsekvenser över livsförloppet. Samtidigt är en betydande andel av dessa tillstånd påverkbara genom förebyggande och hälsofrämjande insatser.

Trots detta präglas dagens system i hög grad av att hantera konsekvenserna när ohälsa väl uppstått. Detta skapar en grundläggande paradox: kunskapen om vad som behöver göras finns i stor utsträckning – men omsätts inte i praktiken.

Samtalet inleddes med ett kort anförande av Hans Hägglund, Läkare vid Karolinska Universitetssjukhuset och tidigare Nationell Cancersamordnare, som lyfte en mer grundläggande systemreflektion: att vi i praktiken försöker lösa ett brett samhällsproblem – hur hälsa skapas över livsförloppet – inom ett system som i grunden är utformat för att diagnostisera och behandla sjukdom.

Detta pekar mot behovet av att tydligare särskilja **hälsa och sjukvård som två olika system**, med olika logiker, tidshorisonter och ansvar. I denna distinktion ligger också en viktig implikation: att det förebyggande arbetet i begränsad utsträckning kan bäras av hälso- och sjukvården ensam, utan i stället formas i ett bredare samhällssystem.

Mot denna bakgrund strukturerades rundabordssamtalet i mindre grupper utifrån två frågor:

- Vilka strukturella hinder gör att vi inte investerar mer i prevention idag?
- Vilka förändringar i styrning, incitament och ansvar skulle kunna börja skifta denna logik – och av vem?

Följande dokument sammanfattar förda diskussioner runt sju bord med reservation för att inte alla inspel återspeglas. Syftet är dels att återkoppla de huvudsakliga slutsatserna till deltagarna, dels att utgöra ett underlag för fortsatta insatser på området genom SustainGovs programkontor.

## 2 Identifierade flaskhalsar

Första frågan för samtalet var:

*Vilka strukturella hinder sett till styrning, incitament och ansvar gör att vi inte investerar ännu mer i prevention idag*

- *Vad är det i hur vi styr, budgeterar och följer upp som gör att kortsiktiga resultat prioriteras framför långsiktigt värde?*
- *Hur mäter vi och hur får vi satsningar som tar kostnader och vinster i olika delar i systemet?*

Diskussionerna pekade mot ett antal återkommande och sammanhängande strukturella hinder för ökat fokus på prevention. Det rådde bred samsyn om att det största hindret inte är brist på evidens eller goda intentioner – utan att systemet i sig är designat för kortsiktig drift snarare än långsiktiga investeringar i hälsa.

### 2.1 Kortsiktig styrning och budgetlogik

Dagens styrning och uppföljning gynnar insatser som ger snabba och mätbara resultat. Förebyggande arbete, vars effekter uppstår över längre tidshorisoner, trängs därmed undan. Systemet präglas av årsbudgetar och kortsiktiga politiska cykler där resurser fördelas genom förhandling snarare än utifrån långsiktigt värdeskapande. Fokus hamnar på vilken ”pengapåse” som belastas – snarare än på total samhällsnytta. Prioriteringslogiken präglas av ett ”rule of rescue”- tänkande där akuta behov ges företräde.

**”Ju mer vi investerar uppströms, desto större värden skapas nedströms – men systemet är byggt för att hantera behov här och nu.”**

### 2.2 Tids- och ansvarsglapp

Kostnader och vinster uppstår i olika delar av systemet och vid olika tidpunkter. Detta skapar ett strukturellt glapp som kraftigt försvagar incitamenten att investera. Det råder en oklar ansvarsfördelning som leder till suboptimering: när ingen aktör bär hela systemkostnaden, genomförs inte investeringen. Konkreta exempel som lyftes:

- Kommuner bär kostnader för äldreomsorg och demensvård men saknar incitament att investera i insatser vars vinster realiseras i region eller stat, ofta decennier senare.
- Tidiga insatser för psykisk ohälsa hos unga finansieras inom BUP eller skolan, medan de långsiktiga kostnaderna bärs av Försäkringskassan och arbetsmarknaden.
- Rehabilitering och återgång i arbete finansieras delvis av arbetsgivare, men kostnaden bärs av Försäkringskassan.

## 2.3 Fragmentering och avsaknad av helhetsansvar

Systemet präglas av organisatoriska silos – kommuner, regioner, statliga myndigheter, civilsamhälle och privata aktörer agerar utifrån sina egna mandat och budgetar. Det saknas en aktör med tydligt mandat att ta ett samlat ansvar för individens hälsaresa.

Samtidigt finns många kontaktpunkter som möter individen tidigt – mödravård, barnavårdscentral, skola, folktandvård, företagshälsovård och apotek – men som saknar strukturer för att agera samordnat eller föra vidare signaler i systemet. Datadelningsregler begränsar möjligheterna att arbeta proaktivt med information över organisationsgränser.

Regioner arbetar i hög grad internt och lär sällan av varandra, trots att det finns påtagliga skillnader i utfall. Uppsala läns framgångar med integrerad somatisk och psykiatrisk vård är ett exempel som lyftes utan att ha spridits till andra regioner.

## 2.4 Avsaknad av business case och synligt ROI

Ett distinkt hinder som lyftes är bristen på robusta beslutsunderlag som tydliggör värdet av preventiva insatser, inte bara för samhället i stort, utan för varje enskild aktör. Utan tydliga ROI-modeller eller samhällsekonomiska beslutsunderlag (business cases) är det svårt att argumentera för omprioriteringar inom befintliga budgetramar, och ännu svårare att motivera politiska satsningar.

Uppföljningssystemen är i hög grad utformade för att mäta produktion i vården, inte hälsa eller långsiktiga effekter. Vi mäter aktivitet – antal besök, antal patienter – snarare än hälsoutfall. Utan rätt mätetal saknas också grunden för att bygga de beslutsunderlag (business cases) som krävs.

## 2.5 Otydliga mål och bristfällig uppföljning

Det saknas tydliga, långsiktiga nationella mål för hälsa samt relevanta mått för att följa upp dem både på makro- och individnivå. Begreppet ”prevention” rymmer allt från strukturell stadsplanering till individanpassad livsstilsrådgivning – en otydlighet som försvårar politisk prioritering. Befintliga kvalitetsregister används sällan för att följa individer och populationer över längre tidshorisonter.

## 2.6 Kulturella och institutionella låsningar

Bortom de strukturella hindren identifierades djupare normer och föreställningar – och detta tema var särskilt framträdande i samtalen:

- Brist på mod och förändringsledarskap: ”ingen vågar utmana befintlig struktur”. Det är riskabelt att investera i förändring, men relativt riskfritt att fortsätta som tidigare. Asymmetrin i belöningssystemen förstärker en konservativ systemlogik.

- Svag lärandekultur och begränsad transparens: organisationer lär sig inte tillräckligt av varandra, och det saknas strukturer för att systematisera och sprida det som fungerar.
- Hälsa- och sjukvård förknippas i första hand med behandling av sjukdom, inte med att skapa och upprätthålla hälsa. Systemet utgår från vården snarare än från individens hälsa och förmåga.
- Integritetsnormer och juridiska ramar begränsar möjligheten att arbeta proaktivt med data och riktade insatser, trots att det i många fall vore samhällsekonomiskt rationellt.

## 3 Mobilisering – möjliga vägar framåt

Andra frågan för samtalet var:

*Vilken förändring i styrning, incitament eller ansvar skulle mest effektivt börja skifta denna logik – och vem behöver ta initiativ till den förändringen?*

- *Det gäller aktörer både inom och utanför sjukvården*
- *Vilka beslut skulle behöva tas imorgon för att flytta resurser mot prevention och vem behöver ta dem?*

Samtalen rörde sig mot ett antal övergripande utvecklingsriktningar. Dessa är inte uttömmande reformförslag utan principiella vägar framåt som kräver vidare prövning. Ett genomgående budskap var att utmaningen inte är att identifiera fler lösningar – utan att börja agera på dem: reframe, think big, act now.

### 3.1 Skapa en gemensam vision och tydliga mål

En samlande berättelse och konkreta, långsiktiga mål lyftes som centrala för att mobilisera aktörer över sektorsgränser. Historien visar att det är möjligt: genom att fokusera på specifika hälsorisker har Sverige tidigare lyckats med stora systemförändringar – rökning, alkoholkonsumtion, hygien, sanitet och vaccinering är alla exempel på områden där samhällsmobilisering faktiskt levererat. Nyckeln var i varje fall en tydlig prioritering, en samlande berättelse och bred uppslutning kring ett nåbart mål.

- Konkreta, kvantifierade mål efterlyses – snarare än vaga intentioner om förbättrad folkhälsa. Målen behöver institutionaliseras på ett sätt som säkrar kontinuitet över mandatperioderna, likt pensionssystemets konstruktion.
- Nollvisionen i trafiken lyftes som en modell inte bara för dess visionskraft, utan för dess användning av design som styrmedel: systemlösningar som gör det lätt att välja rätt – ”design som tyst påverkan”. Många samordnade designlösningar, inklusive riktlinjer och lagar, kan tillsammans ge stor förändringskraft.
- Storytelling lyftes som ett under använt mobiliseringsverktyg: stort genomslag uppstår när olika samhällsaktörer samlas kring en tydlig berättelse med ett mål som upplevs nåbart. Särskilt viktigt är att nå unga i miljöer där de faktiskt befinner sig – i skolor och på nätet.

- SweCan – den svenska nationella cancersatsningen – lyftes som en modell för hur en fokuserad nationell mobilisering kan organiseras.
- En deltagare betonade att politiken behöver återta ett visionärt ledarskap: kortsiktig valbarhet kan inte vara den enda styrande logiken.

## 3.2 Stärk styrning, incitament och ansvar

För att skifta resursflöden behöver styrlogiken förändras – inte bara ambitionerna. Förslag som diskuterades:

- Inför ett tydligt investeringsperspektiv i styrningen, med samhällsekonomiska beslutsunderlag, business cases och ROI-modeller som synliggör värdet av preventiva insatser för varje enskild aktör, inte bara för systemet som helhet.
- Tydligare ansvarsfördelning: exempelvis att arbetsrehabilitering kopplas starkare till Försäkringskassan som bär kostnaden, eller att kommuner ges stärkta mandat och resurser för hälsofrämjande arbete.
- Utfallsbaserad finansiering: ersätt aktörer för hälsoutfall, inte bara för producerade vårdkontakter. Utfallsfonder och liknande instrument finns men saknar idag tillräcklig mottagarkapacitet.
- Särskilj preventiva investeringar från sjukvårdsbudgeten, så att de inte konsekvent förlorar i konkurrens med reaktiv sjuk- och akutvård.
- Ekonomiska incitament kopplade till hälsa: differentierad moms på livsmedel, skattelättnader för dokumenterat hälsofrämjande arbetsmiljö, eller certifieringsprogram för arbetsplatser och skolor.

Internationella modeller lyftes som inspiration – bland annat integrerade vård- och försäkringssystem där aktörer faktiskt får del av vinsterna av sina preventiva investeringar. Samtalen betonade att sådana lösningar behöver prövas och utvärderas i praktiken i en svensk kontext.

## 3.3 Stärk individens makt och ansvar

Ett perspektiv som fick särskilt tydligt genomslag handlar om att skifta systemets grundläggande utgångspunkt: från vård till individ. Frågan ”vem är systemet till för?” bör vara vägledande.

- Ge individen större makt och ansvar över sin egen hälsa – stärk genomförandet av befintliga rättigheter, exempelvis patientlagen.
- Differentiera insatser efter livsfas och behov: barn och unga (rörelse, mental hälsa, skärmtid), arbetsför ålder (stresshantering, hälsoundersökningar), äldre (rörelse, social sammanhållning, ensamhet).
- Inför former av ”hälsopeng” eller riktade incitament som ger individer konkreta möjligheter att agera på sin hälsa.

### 3.4 Involvera fler aktörer – ett bredare samhällsperspektiv

En central insikt är att hälsa i stor utsträckning formas i vardagens miljöer – i skola, arbetsliv, boende och sociala sammanhang. Prevention kan inte vara hälso- och sjukvårdens uppgift ensam. Det krävs ett whole-of-society approach:

- Kontaktpunkter med stor räckvidd: mödravård, barnavårdscentral, skola, folktandvård, företagshälsovård, apotek och äldreomsorg kan agera som aktörer med tidiga varningsfunktioner i systemet.
- Arbetsplatsen som arena: kortare daglig rörelse och hälsofrämjande miljöer på arbetsplatser och i skolor når breda grupper.
- Stadsplanering: Boverket och kommunernas planering behöver i högre grad gynna rörelse, tillgänglighet och hälsa.
- Privata aktörer och civilsamhälle: konkurrens och mångfald bland utförare kan driva innovation och effektivitet i det förebyggande arbetet.
- Benchmarking och lärande: kommuner och regioner behöver utmanas att lära av varandra och av privata aktörer med nationell eller nordisk närvaro.

### 3.5 Stärk genomförandekapacitet och bygg ett nytt ansvarsmandat

Utmaningen är inte främst att identifiera rätt insatser, utan att omsätta dem i praktiken i ett komplext system. Flera konkreta förslag rörde hur detta kan organiseras:

- Inrätta en nationell samordnare för hälsofrämjande arbete med ett tydligt mandat att driva prevention ur ett invånarperspektiv – en funktion som idag i praktiken saknas i systemet.
- Starta i liten skala men agera direkt: pilotprojekt med löpande utvärdering och systematiskt lärande, snarare än att vänta på perfekt kunskap.
- Arbeta med många parallella initiativ – ”många bäckar små” – och skala det som fungerar.
- Kommuner behöver stärkt kapacitet att arbeta datadrivet och kan med fördel samverka i kommunförbund för att nå kritisk massa.
- Bygg ett nationellt system för att värdera preventiva insatser – analogt med hur läkemedelskommittéerna fungerar för läkemedel. Ett sådant system skulle ge legitimitet, systematik och gemensamma kriterier för prioritering av preventiva satsningar tvärs över områdesgränser, aktörsorganisationer och förvaltningsnivåer.
- Bygg ett nationellt partnerskap med bred uppslutning – inklusive näringsliv, regioner, kommuner, akademi och civilsamhälle – som gemensamt ställer sig bakom en vision för ökad preventiv hälsa. Påverkansarbete och politisk dialog är avgörande för att omsätta insikt till handling.

### 3.6 Använd data och kunskap mer strategiskt

Sverige har tillgång till unika och omfattande datakällor, men dessa används i begränsad utsträckning operativt för prevention.

- Socioekonomiska och demografiska kartor bör tas fram som beslutsunderlag för kommuner och regioner – ett kompletterande underlag för prioritering vid sidan av medicinska kriterier. Lokala initiativ som Seniortorget i Umeå – en samhällsarena för äldres hälsa och sociala delaktighet – visar hur datadrivna insatser på kommunal nivå kan skalas upp nationellt när rätt strukturer finns på plats.
- Nationella folkhälsoenkäter och kvalitetsregister behöver kopplas tätare till det operativa arbetet, inte bara till forskning.
- Välgrundade scenariobeskrivningar av konsekvenserna om vi inte agerar proaktivt behövs som komplement till positiva investeringsargument. Att synliggöra kostnaderna av passivitet – i konkreta termer som alternativkostnad – är ett viktigt verktyg för att skapa politisk handlingskraft.

Data i sig skapar inte förändring – den behöver kopplas till tydliga beslut, incitament och ansvar för att få genomslag.

## 4 Vem tar initiativet?

Ansvarsfrågan återkom genomgående i samtalen. Ingen enskild aktör kan driva omställningen – förändringen förutsätter samspel mellan flera nivåer och sektorer, och initiativ måste komma från flera håll samtidigt:

- **Staten** sätter ramar, mål och möjliggör samordning. Staten har mandatet, lagstiftningsansvaret och resurser för specifika ändamål, och bör formulera långsiktiga nationella mål för hälsa – inte bara för sjukvård.
- **Kommunen** är närmast medborgaren och framstår som en central men underskattad nyckelaktör. Med rätt mandat, kapacitet och stöd kan kommunerna ta en mycket mer aktiv roll i det hälsofrämjande arbetet.
- **Regioner** ansvarar för sjukvård men behöver stärka kopplingen mellan vård och prevention, och lära mer av varandra och internationella erfarenheter.
- **Näringsliv och civilsamhälle** är nödvändiga parter som bidrar med kapacitet, innovationskraft och legitimitet.
- **Individen** behöver ges reell makt och ansvar – systemet måste i större utsträckning utgå från individens perspektiv och förmåga, inte bara från vårdens organisationslogik.

**“Den centrala utmaningen är att skapa ett system där långsiktiga investeringar i hälsa blir rationella – inte bara för helheten, utan för varje enskild aktör.”**

## 5 Samlad slutbild

Samtalen visade på en bred samsyn kring problembilden, men också att frågan rymmer grundläggande avvägningar och att vägen framåt är komplex. Nedan sammanfattas de mest centrala slutsatserna:

- Det största hindret är inte brist på evidens, utan ett system designat för kortsiktig drift. Kortsiktig styrning, fragmenterat ansvar, avsaknad av samhällsekonomiska beslutsunderlag (business cases) och brist på mod att förändra gör att prevention systematiskt förlorar mot akutvård.
- Hälsa skapas i ett bredare samhällssystem, inte enbart inom vården. Skola, arbetsliv, boende och stadsplanering är minst lika viktiga arenor – och individen själv är en central aktör.
- Det behövs ett skifte i logik – från vårdproduktion till hälsoskapande, från kostnad till investering, och från systemets perspektiv till individens. Frågan ”vem är systemet till för?” bör vara vägledande.
- Samhällsekonomiska beslutsunderlag, business cases, synligt ROI och alternativkostnaden av status quo, är nödvändiga verktyg. Utan beslutsunderlag som visar värdet för varje enskild aktör är det svårt att motivera omprioriteringar – oavsett hur stark evidensen är på aggregerad nivå.
- Kommunen framstår som en central men ofta underskattad aktör. Med rätt förutsättningar kan kommunerna ta ett mycket starkare grepp om det hälsofrämjande arbetet.
- Historiska framgångar – vaccinering, tobaksprevention, Nollvisionen – visar att systemskiften är möjliga när vision, ledarskap och resurser samlas kring ett gemensamt mål.
- Förändringen kräver mod, ledarskap och handling nu. Budskapet från samtalen är tydligt: sluta analysera, börja agera. Starta i liten skala, utvärdera löpande, skala det som fungerar.

Samtalen präglades av olika perspektiv och delvis motstridiga synsätt, särskilt vad gäller individens ansvar, graden av statlig styrning och hur preventiva insatser bör utformas och värderas.

**“Hur organiserar vi ansvar, styrning och incitament så att långsiktiga investeringar i hälsa blir rationella?”**