

Hälsoekonomisk analys vid minskning eller avveckling av lågvärdevård

Genom att prioritera insatser som ger hög patientnytta och är kostnadseffektiva, bidrar hälso- och sjukvården till att bli mer hållbar, jämlik och effektiv. Samtidigt kräver detta medvetna och transparenta prioriteringar, verksamhetsnära stöd vid implementeringen och ett förhållningssätt som väger in både kliniska, etiska och samhällsekonomiska aspekter. Eftersom nya, mer effektiva metoder kan vara både dyrare och mer resurskrävande behöver utmönstring alltid bedömas i relation till helhetens konsekvenser, för såväl patienter som vårdens långsiktiga hållbarhet.

I denna rapport presenterar vi en hälsoekonomisk analys som är del av regeringsuppdraget *att utveckla stöd för utmönstring av vårdåtgärder som inte är värdeskapande för patienterna, och att genomföra insatser för att stötta regionerna i att utmönstra sådana vårdåtgärder (S2024/01266)*.

Rapporten fokuserar på och beskriver:

- Centrala hälsoekonomiska perspektiv som är viktiga att tänka på när man analyserar kostnadseffektiviteten av olika insatser i hälso- och sjukvården.
- Implementering och stöd till regionerna, inklusive kostnadsberäkningar av ett lokalt arbetssätt som används för att minska vårdåtgärder av liten eller ingen patientnytta och där de följt upp resultatet av arbetet.

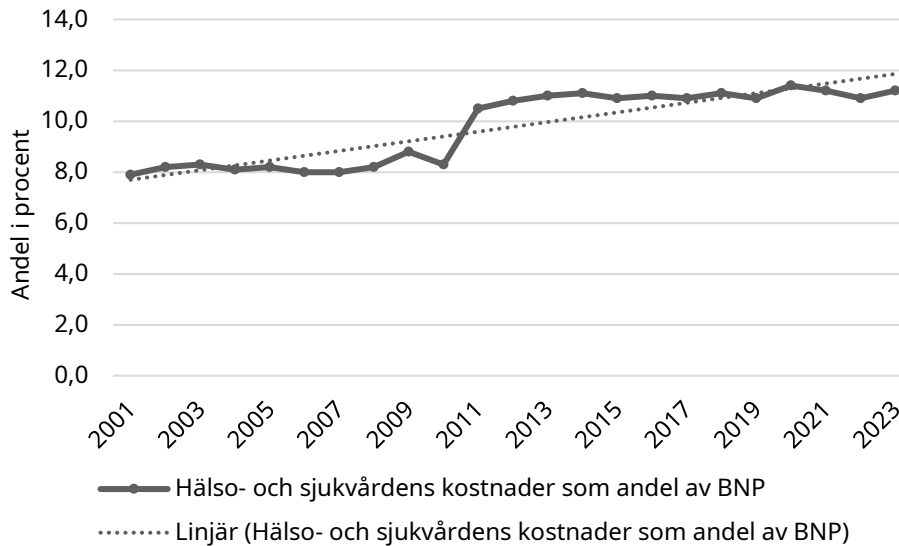
Fokus på lågvärdevård

Enligt Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) kan så mycket som 20 procent av vårdens insatser utgöras av så kallad lågvärdevård, det vill säga insatser som har liten eller ingen patientnytta [1]. Det kan vara utredningar, tester och behandlingar som inte förbättrar patienters hälsa eller livskvalitet. Därför behövs ett kontinuerligt arbete i hälso- och sjukvården med att se över insatser som inte skapar värde för patienter. Att minska på användningen av vård med svag patientnytta eller avveckla vård som saknar relevant effekt eller där riskerna överstiger nyttan kan bidra till att vården blir mer kunskapsbaserad, individanpassad, säker, jämlik, tillgänglig och effektiv.

Sjukvårdens andel av BNP ökar

Hälso- och sjukvårdsutgifterna som andel av BNP uppgick i Sverige för 2022 till 10,5 procent [2].

Figur 1. Hälsa- och sjukvårdens utgifter i förhållande till BNP



Källa: SCB

Regionerna står för majoriteten av kostnaderna, medan hushållens utgifter står för omkring 13 procent av den totala hälso- och sjukvårdskostnaden. Regionerna befinner sig i ett pressat ekonomiskt läge och redovisade år 2023 ett underskott på 9,7 miljarder.

Utvecklingen i andra länder visar liknande mönster: att sjukvårdsutgifterna ökat över tid. I Storbritannien ökade sjukvårdsutgifternas andel av BNP från 4,1 procent år 1950/51 till 8 procent år 2008 och senaste siffran från 2022 visar 11,3 procent [3]. Detta har väckt frågor om hur man säkrar ”värde för pengarna” – en diskussion som återfinns i hela Europa [4].

Olika perspektiv på värde

Diskussionen om värde genomsyrar hela vårdssystemet. Det handlar inte bara om vilka behandlingar som är effektiva, utan även om vilka konsekvenser ett val får för andra patienter och samhället i stort. Kostnadseffektivitet behöver vägas mot både kliniska resultat och etiska överväganden, inklusive hur resurserna påverkar andra delar av systemet. Bedömningen av vad som är "icke-värdeskapande vård" varierar beroende på vilket hälsoekonomiskt perspektiv som anläggs:

- Ur patientens perspektiv blir det tydligt att en åtgärd som medför obehag eller risker utan att det ger en upplevd förbättring i hälsa eller livskvalitet saknar värde. Patientens upplevelse, preferenser och livssituation blir då centrala faktorer i bedömningen av insatsens betydelse.
- Sjukvårdens perspektiv fokuserar i stället på en effektiv användning av resurser inom vårdsystemet. Ur detta perspektiv handlar utmönstring om att identifiera åtgärder som inte ger tillräcklig nytta i förhållande till resursåtgången, för att i stället kunna omfördela resurser till mer effektiva och värdeskapande insatser. Exempelvis kan man minska överbehandling, undvika onödig diagnostik eller avveckla användningen av ineffektiva läkemedel. Syftet är att maximera nyttan per spenderad vårdkrona och samtidigt minska belastningen på personal och vårdinfrastruktur.
- Från ett samhällsperspektiv vidgas analysen ytterligare. Här betraktas kostnadseffektivitet i relation till hela samhället, inte enbart vårdsektorn eller den enskilde patienten. Åtgärder som inte ger patientnytta men ändå förbrukar resurser, exempelvis i form av produktionsbortfall, överanvändning av vårdtjänster eller insatser utan långsiktig effekt, blir svåra att motivera. En behandling som möjliggör snabbare återgång i arbete kan därför betraktas som kostnadseffektiv trots höga vårdkostnader då den leder till ökade skatteintäkter och minskad sjukfrånvaro för patienten. Omvänt kan en dyr behandling som förlänger livet marginellt, utan förbättrad livskvalitet, uppfattas som ett mindre effektivt resursutnyttjande. Samhällsperspektivet möjliggör också en mer helhetsinriktad syn, där man väger in exempelvis vinster av förebyggande insatser eller effekter på arbetsförmåga och skatteintäkter. Det är den etiska plattformen för prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård som behöver styra hur resurserna ska fördelas för att säkerställa en rättvis och jämlik vård [5].

Olika sätt att se på kostnadseffektivitet

Det är viktigt att förstå att en och samma vårdåtgärd kan framstå som kostnadseffektiv ur ett perspektiv, men som ineffektiv eller till och med olämplig ur ett annat. Det är därför nödvändigt att redovisa vilket perspektiv som används i den hälsoekonomiska analysen. Att en åtgärd är "kostnadseffektiv" utan att ange perspektiv kan vara missvisande. I komplexa beslut, till exempel vid prioriteringar eller vid införande och utmönstring av vårdåtgärder, är det därför värdefullt att jämföra och analysera de olika perspektiven.

Grunden för hälsoekonomiska analyser är att resurser är begränsade och att varje användning innebär en alternativkostnad, det vill säga att något annat får stå tillbaka. Ur ett samhällsperspektiv bör all relevant resursförbrukning beaktas. I Sverige, där sjukvården är offentligt finansierad

via skatter, är det särskilt viktigt att ha ett samhällsperspektiv så att alla kostnader, oavsett var i samhället de uppstår, inkluderas i analysen.

Olika typer av kostnader

För att kunna bedöma kostnadseffektivitet är det nödvändigt att identifiera alla relevanta kostnader:

- Direkta kostnader: vårdinsatser (slutenvård och öppenvård), läkemedel, kommunala insatser som hemtjänst, färdtjänst, resekostnader.
- Indirekta kostnader: produktionsbortfall, sjukskrivning.
- Informella kostnader: insatser som utförs av familj eller nära anhöriga.
- Immateriella kostnader: smärta, lidande och nedsatt livskvalitet.

Effektiv resursanvändning

Potential för besparingar

Eftersom hälso- och sjukvårdens resurser är begränsade, är det av stor betydelse att resurserna används så att de ger största möjliga nytta för patienterna. Slentrianmässig användning av åtgärder, till exempel undersökningar, bilddiagnostiseringar och behandlingar som görs i onödan, med begränsat eller inget värde för patienten är ett problem [6]. Genom att identifiera och minska på lågvärdevård kan resurser omfördelas till:

- Effektivare vård för patienter med större behov.
- Implementering av nya behandlingsmetoder.
- Förebyggande insatser som kan minska framtida vårdbehov.

Att frigöra resurser genom att minska ineffektiva åtgärder kan stärka vårdens kapacitet och öka tillgängligheten, vilket är en central utmaning i svensk hälso- och sjukvård. ”God och nära vård” är en omställning inom hälso- och sjukvården med målet att göra vården mer tillgänglig, personcentrerad och jämlik med fokus på patientens behov [7].

Undanträngningseffekter

Om man lägger tid och resurser på insatser som har liten eller ingen patientnytta kan det leda till undanträngningseffekter i form av:

- Patienter med större behov får vänta längre på att få vård.
- Ny teknik och effektiva behandlingar inte får genomslag.
- Längre vårdköer.

Kostnad-nytta-perspektivet

Ur ett hälsoekonomiskt perspektiv är det viktigt att vårdåtgärder utvärderas utifrån deras kostnad per hälsonytta, exempelvis uttryckt i kvalitetsjusterade levnadsår (QALY). Åtgärder som medför höga kostnader men ger låg eller ingen effekt har en negativ inverkan på hälsoekonomisk effektivitet och innebär ett ineffektivt resursutnyttjande.

I kostnadseffektivitetsanalyser används olika effektmått, såsom antal smärtfria dagar eller undvikna sjukhusinläggningar. Det vanligaste måttet är dock QALY, eftersom det beaktar både livslängd och livskvalitet. QALY beräknas genom att multiplicera antalet levnadsår med en skattning av livskvaliteten under dessa år. Livskvaliteten uttrycks som en nytto-vikt mellan 0 och 1, där 1 motsvarar full hälsa och 0 motsvarar död.

För att avgöra om en ny behandling är kostnadseffektiv används det inkrementella kostnadseffektivitetsmåttet, Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER). ICER beräknas som skillnaden i kostnad mellan den nya och den befintliga behandlingen dividerat med skillnaden i effekt (vanligtvis mätt i QALY). Resultatet uttrycks i kronor per QALY och ger ett mått på hur mycket den nya behandlingen kostar för varje vunnet kvalitetsjusterat levnadsår jämfört med den tidigare.

När ICER är beräknad uppstår den centrala frågan: är den extra kostnaden för den nya behandlingen motiverad av den hälsovinst som uppnås? Bedömningen av kostnadseffektivitet vilar därmed inte enbart på den tekniska beräkningen, utan också på värderingar av vad som anses vara ett rimligt pris för förbättrad hälsa.

Inom hälsoekonomin talar man ofta om *betalningsvilja*, det vill säga hur mycket samhället är berett att betala för att vinna ett extra QALY. Även om det inte finns ett fastställt tröskelvärde i Sverige, har vissa riktmärken identifierats. Socialstyrelsen har i sina bedömningar föreslagit ett differentierat intervall: en låg kostnad per QALY anses vara under 100 000 kronor, en hög kostnad över 500 000 kronor, och en mycket hög kostnad över 1 miljon kronor [8].

Det är dock viktigt att förstå att dessa riktvärden inte tillämpas mekaniskt. Att en behandling har en ICER under ett visst tröskelvärde innebär inte automatiskt att den subventioneras, och motsatsen gäller inte heller alltid. Flera andra faktorer påverkar beslutsfattandet, däribland allvaret i det tillstånd som behandlas. Tröskelvärdet kan justeras uppåt vid behandling av svåra eller livshotande tillstånd – det vill säga, samhället kan acceptera en högre kostnad per QALY för patienter med stort medicinskt behov.

Detta återspeglar *behovs- och solidaritetsprincipen*, som innebär att de med störst behov ska ges företräde. Betalningsviljan varierar därmed i praktiken beroende på patientgrupp och sjukdomsburda.

En annan grundläggande princip inom hälsoekonomin är *alternativkostnaden*, resurser som används till en viss åtgärd kan inte samtidigt användas till något annat. Därför måste nyttan av varje insats alltid vägas mot det som går förlorat när resurser allokeras. I en värld med begränsade resurser blir det centralt att varje investerad krona genererar så mycket hälsa som möjligt.

Att utmönstra vård är inte alltid en besparing

Att utmönstra vårdinsatser med låg eller ingen patientnytta framställs ofta som en ekonomisk vinst, men i praktiken är det inte alltid så enkelt [9]. Det finns flera faktorer som gör att detta inte nödvändigtvis leder till besparingar därför att andra och ibland dyrare alternativ kan behöva ersätta de utmönstrade behandlingarna.

När vårdinsatser som inte anses ha tillräcklig patientnytta tas bort, kan utrymme öppnas för att införa nya metoder och behandlingar. Dessa är ibland mer evidensbaserade, men kan också vara förenade med en högre kostnad. Till exempel kan en ny läkemedelsbehandling som ersätter en gammal, ineffektiv sådan, kosta mångdubbelt mer. Det innebär att de ekonomiska resurser som "frigörs", i vissa fall, snabbt återförbrukas, eller till och med överstiger tidigare kostnader.

Resursfördelning och kapacitetsproblem

Nya behandlingar kräver ibland mer avancerad utrustning, kompetensutveckling för att de ska kunna användas eller längre vårdtider. Det kan leda till ökad belastning på vårdapparaten, trots att själva åtgärden i sig tillför mer patientnytta. Exempelvis kan en ny kirurgisk teknik förbättra resultaten för patienterna, men om den kräver längre operationstider eller mer eftervård och uppföljning, kan personalresursen ändå öka totalt sett.

Förändrad förväntan och efterfrågan

När ineffektiva behandlingar tas bort kan patienters och närståendes förväntningar påverkas. I vissa fall kan det leda till en ökad efterfrågan på andra åtgärder, vilket kan skapa en "kompensationseffekt" i vården. Exempelvis kan patienter som inte längre får en viss typ av fysisk rehabilitering eller terapeutiskt samtal i stället söka sig till primärvården oftare, vilket flyttar, snarare än minskar, resursbehovet. Ett annat exempel är om ett läkemedel såsom till exempel antidepressiva eller ångestreducerande läkemedel ska undvikas eller sättas ut, så kan det innebära en ökad

tidsåtgång av psykologiska resurser. Införandet av ny teknik kan innebära dyra investeringskostnader initialt men som leder till, som nämnts ovan, kortare och färre besök för patienten.

Implementering och stöd till regionerna

För att arbetet med att minska eller avveckla ineffektiva vårdåtgärder ska ge effekt krävs både systematiskt arbete och tydligt stöd. I det nationella uppdraget till Socialstyrelsen ingår att erbjuda regionerna vägledning i detta arbete.

Ekonomiska incitament och styrmodeller kan vara viktiga för att exempelvis uppmuntra vårdpersonal och organisationer att följa kunskapsbaserade rekommendationer. En stor utmaning kan vara att förändra invanda beteenden och att skapa en kultur där det är accepterat och eftersträvaransvärt att avveckla eller minska insatser med liten eller ingen patientnytta. Att minska överbehandling behöver ses som ett led i ökad patientsäkerhet.

Exempel i praktiken: Lokalt arbetssätt för att minska lågvärdevård

Inom ramen för detta regeringsuppdrag har Socialstyrelsen haft dialog med representanter från några avdelningar vid Länssjukhuset Ryhov i Region Jönköping, som aktivt arbetar med att identifiera och fasa ut vårdåtgärder som har liten eller ingen patientnytta. Dialog har förts med representanter från Medicinkliniken och Kardiologsektionen vid Medicinkliniken samt Onkologkliniken, som utvecklat lokala arbetssätt inspirerat av Kloka Kliniska Val.

Medicinkliniken har etablerat en struktur som möjliggör löpande utvärdering och utfasning av vårdåtgärder med liten eller ingen patientnytta. Exempel på deras arbetssätt är:

- Veckovisa korta möten där behandlingar, utredningar och tester med svagt evidensstöd diskuteras.
- Stående inslag på veckans läkarmöte: Varje vecka presenterar en läkare ett patientfall under tre till fem minuter för gemensam diskussion med kollegorna. Det kan handla om både underbehandling och överbehandling.
- Arbetet leds av vårdenhetschefer och medicinskt ansvarig i de olika sektionerna som har ansvar för att organisera arbetet och säkerställa genomförande, uppföljning och långsiktighet.

- Diskussioner förs även i ledningsgrupp och på budgetmöten, inklusive dialog med controllers.

→ Läs mer om arbetssättet i [Socialstyrelsens praktiska stöd](#).

För att en förändring ska få fäste i vårdverksamheter krävs kontinuitet i förändringsarbetet och ett inkluderande arbetssätt. Centralt är också ett tydligt fokus på patientsäkerhet, snarare än organisatoriska gränsdragningar. Enligt verksamheterna är en avgörande framgångsfaktor att arbetet leds av personer med högt förtroende i personalgruppen. Detta bidrar till förankring och långsiktighet och är en viktig framgångsfaktor för att säkerställa initiativets genomförande och hållbarhet. Tid för att följa upp resultaten sker inom ramen för befintliga möten.

Medicinklinikens mål är att kontinuerligt utvärdera och anpassa arbetssätt för att skapa hållbara och effektiva rutiner där tydlig patientnytta kan uppnås. En viktig del är också att ”göra rätt från början”, till exempel genom att se över provpaket inför nybesök och återbesök för att undvika dubbelprovtagningar. Uppföljning sker i nära samarbete med medicinska sekreterare, som har en central roll i uppföljningsarbetet.

Indirekta kostnader

Arbetssättet är en utveckling av befintliga strukturer i verksamheten och inga medarbetare i personalen har tid avsatt i sin tjänst för arbetet. Däremot finns indirekta kostnader. Läkarna på avdelningen har en timme avsatt i veckan för att delta på det kollegiala reflektionsmötet. De lägger också viss tid på förberedelser av exempel inför, samt arbetet efter det gemensamma mötet. Verksamhetschefen, vårdnadschefer och medicinskt ansvariga lägger bland annat tid på att driva arbetssättet framåt, utveckla formerna och ser till att arbetet följs upp i nära samarbete med vårdadministrativ personal. Dessa kostnader är dock att betrakta som indirekta eftersom det rör sig om arbetsuppgifter som kan sägas ingå i deras roller. Därav driver dessa inte några ”nya” kostnader. Det är dock en prioritering som verksamheten valt att göra, att lägga tid och resurser på sitt systematiska arbete med in- och utmönstring.

Positiva effekter

Genom att användningen av vissa åtgärder kunnat minskas, har Medicinkliniken frigjort tid för både personal och patienter:

- Tillgängligheten förbättrades under 2023. Andelen patienter som fått kontakt inom 60 dagar ökade från 56 procent 2023 till 72 procent 2024.
- Väntetiden på provsvar kortades.
- Tydligare fokus på läkemedelsgenomgångar för förbättrad läkemedelsanvändning.

- Ökat kollegialt lärande genom diskussioner tillsammans.
- Mer individanpassad vård.
- Arbetet har lett till kunskapsspridning mellan kliniker och utveckling av handlingsplaner kopplade till budget i balans.

Exempel på besparingar på Medicinkliniken mellan 2023 och 2024:

- Röntgenundersökningar vid medicinkliniken har minskat med cirka 1 000, vilket motsvarar en kostnadsminskning på 3,5 miljoner kronor.
- Antalet laboratorieanalyser har minskat med cirka 60 000, vilket även det motsvarar cirka 3,5 miljoner kronor i besparingar.
- Läkemedelskostnaderna minskade med 2,9 miljoner kronor (-3,4 procent) mellan 2023 och 2024.

Framgångarna har möjliggjorts genom nära samarbete mellan controller, läkare och apotekare, med ett gemensamt fokus på rationell läkemedelsanvändning utan att kompromissa med medicinsk kvalitet.

Medicinska sekreterare har haft en nyckelroll i uppföljningen, särskilt vad gäller diagnosrapportering och registrering.

Tjänsteavsättning – ett kostnadsexempel

Onkologkliniken vid Länssjukhuset Ryhov i Region Jönköping arbetar också utifrån konceptet med Kloka Kliniska Val. Detta arbetssätt har en annan sorts struktur. Här organiserar verksamheten, som en återkommande rutin, bland annat workshops där personalen kan dela erfarenheter, diskutera åtgärders patientnytta och reflektera över kloka vårdval. Två gånger per år organiserar de ett möte där verksamhetschefen, medicinskt ansvarig läkare och controller träffar radiologiklinikens chef och medicinskt ansvarige. Mötet har fokus på uppföljning och på hur resurser för diagnostik effektivt och ändamålsenligt kan bidra till en god vård för patienterna. För att stärka arbetet med Kloka Kliniska Val i verksamheten har några personer i verksamheten viss del av sin tid avsatt för detta arbete.

Onkologkliniken har utsett en arbetsgrupp bestående av tre överläkare (0,6 procent av tjänst), en specialistläkare (0,6 procent av tjänst) och en lednings- och organisationsutvecklare (2,5 procent av tjänst) som, baserat på lönekostnader från tabell 1, motsvarar en sammanlagd månadskostnad 6 625 kronor. Detta är en kostnadsuppskattning för tid som är specifikt avsatt för

arbetet med att minska eller avveckla insatser med liten eller ingen patientnytta¹.

Tabell 1. Genomsnittliga lönekostnader för 2023

| Yrkeskategori | Lönekostnad per månad ink. soc avg. kr* | Andel av tjänst | Antal | Kostnad per månad, kr | Total kostnad per år, kr |
|--|---|-----------------|-------|-----------------------|--------------------------|
| Överläkare | 169 648 | 0,6 % | 3 | 3 054 | 36 644 |
| Specialistläkare | 169 648 | 0,6 % | 1 | 1 018 | 12 215 |
| Lednings- och organisations-utvecklare | 102 120 | 2,5 % | 1 | 2 553 | 30 336 |
| Totalt | | | | 6 625 | 79 495 |

*SCB Lönestatistik 2023 [Lönestatistik – Hur mycket tjänar...?](#)

Schablonen inkluderar semesterersättning, arbetsgivaravgifter samt en overheadkostnad. Ekonomiska effekter av nya regleringar, Tillväxtverket, 2017 s. 16.

Den totala kostnaden uppgick till 79 495 kronor per år, utifrån 2023 års löneläge. Detta kan ge ett riktmärke om ungefär vad det kan krävas för att införa, driva och utveckla ett lokalt och verksamhetsnära arbetssätt utifrån modellen med Kloka Kliniska Val.

För kontinuerliga forum behövs mer resurser

Onkologklinikens arbetssätt skiljer sig från Medicinklinikens. För att tillsätta resurser till kontinuerliga veckovisa forum är kostnaden sannolikt väsentligt högre än i kostnadsexemplet från Onkologkliniken. Erfarenheten från Medicinkliniken visar dock att nya kostnader inte nödvändigtvis behöver tillkomma om det snarast handlar om en utveckling av redan befintliga strukturer i verksamheten. Samtidigt visar exemplet från Medicinkliniken att det är troligt att, rätt utfört, så överstiger de kostnadsbesparingar som kontinuerliga och veckovisa arbetssätt kan ge, de kostnader som eventuellt tillkommer av att några personer i verksamheten behöver få tid i sin tjänst för att driva arbetet framåt.

¹ Sedan oktober 2025 ingår även en controller i arbetsgruppen.

Referenser

1. OECD. Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris; 2017.
2. Statistikmyndigheten SCB: [Hälso- och sjukvårdens andel av BNP var 10,5 procent 2022](#)
3. Utrikespolitiska institutet. *Landguiden – Statistik: Topplista*. Stockholm: Utrikespolitiska institutet. Hämtas från: [Topplistor | Utrikespolitiska institutet](#)
4. J. T. The Future of Healthcare in Europe: Meeting Future Challenges; Key Issues in Context.; 2016.
5. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning: Linköpings universitet, Prioriteringscentrum; 2017.
6. Brownlee SC, K. Doust, J. Elshaug, A. G. Glasziou, P. Heath, I. Nagpal, S. Saini, V. Srivastava, D. Chalmers, K. Korenstein, D. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 2017; 390(10090):156–68.
7. God och nära vård 2023. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Bilaga till regeringsbeslut 20223-01-26 nr. II:3. [overenskommelse-mellan-staten-och-sveriges-kommuner-och-regioner-om-god-och-nara-var-d-2023.pdf](#)
8. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer metodbeskrivning 2011.
9. Ingvarsson S. Tipping the scale of resources: de-implementation of low-value care from an operant perspective. Karolinska Institutet. Thesis. ; 2023.