

# Att styra kommunsektorn – exemplet fallprevention

*Många statliga myndigheter vill styra landets kommuner inom sina specialområden, där de kan anse att kommunerna saknar tillräcklig kompetens eller gör fel prioriteringar. Flera myndigheter, med Socialstyrelsen i spetsen, har börjat använda evidensbaserade riktlinjer i detta syfte. Men det är oklart om en sådan toppstyrning hjälper eller stjälper och hur den kan förenas med kommunernas kvalitetsarbete och verksamhetsutövarnas utveckling av sin professionella praktik. Klokare vore att ta fram evidensbaserat stöd för hur kommunerna själva kan göra samhällsekonomiska bedömningar för att planera och följa upp sin verksamhet. Detta illustreras med frågan om hur de många fallolyckorna bland äldre, som inte sällan har dödlig utgång, kan minskas.*

Det kommunala självstyret kan kännas besvärande för landets centrala politiker och myndigheter. Å ena sidan har det naturligtvis många fördelar att en stor del av den offentliga sektorn sköts och finansieras på det lokala planet, nära medborgarna. Å andra sidan är de flesta kommuner små och har begränsade möjligheter att själva säkerställa att verksamheten håller hög kvalitet och utvecklas väl, i takt med tidens krav. När kommunerna av någon anledning inte räcker till uppstår snart behov för riksdag, regering och statliga myndigheter att ingripa. Detta har hittills bl a gällt kriser för skolan, psykiatrin, flyktingmottagande, miljöskydd, räddningstjänst och mycket annat. Frågan är med vilka medel den centrala nivån bör stödja kommunerna. De främsta alternativen i dag tycks vara specialdestinerade statsbidrag och "evidensbaserade riktlinjer". I denna artikel föreslår jag att en annan väg kan vara att ge kommunerna stöd för att utveckla samhällsekonomiska analysmodeller som grund för kommunernas planering och uppföljning av sin verksamhet. Som illustration använder jag styrningen av kommunernas arbete med att minska fallolyckor bland äldre. Dessa ger upphov till betydligt fler dödsfall än trafiken och förorsakar samhället mycket stora, och med den ökande andelen äldre växande, kostnader.

## 1. Att styra 290 kommuners preventionsarbete

De 290 svenska kommunerna har ansvar för en stor del av den offentliga verksamhet som direkt berör medborgarnas välfärd. Även när det gäller olycksprevention har kommunerna en central roll, t ex genom ansvar för de kommunala vägnäten, snöröjning och halkbekämpning, skolskjutsar, hemtjänst, räddningstjänst osv. Det är även en medicinsk fråga vilket inne-

### LARS HULTKRANTZ

är professor i nationalekonomi vid Handelshögskolan vid Örebro universitet. Han forskar bl a om styrmedel och samhällsekonomisk lönsamhetsbedömning. [lars.hultkrantz@oru.se](mailto:lars.hultkrantz@oru.se)

Jag är tacksam för synpunkter från Marie Gustafsson, FOU Välfärd Region Örebro, Jan-Eric Nilsson och Lena Nerhagen, Väg- och transportforskningsinstitutet (VTI/TEK), Mikael Svensson, Örebro universitet samt deltagare vid ett seminarium anordnat av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB).

bär ett delat ansvar med landstingen. Olycksprevention är emellertid inte en särskild sektorsuppgift utan huvudsakligen en sidoverksamhet för olika kommunala förvaltningar liksom för den kliniska vården. Ofta samverkar olika förvaltningars insatser på ett komplicerat och svåröverskådligt sätt. Exempelvis kan falloolyckor bland äldre påverkas genom insatser av både hemtjänsten och gatuförvaltningen. De ekonomiska konsekvenserna av en framgångsrik prevention fördelas mellan bl a kommun, landsting, försäkringskassa och individ vilket bidrar till att göra uppgiften svåröverskådlig.

Förutsättningarna för att kommunerna effektivt, dvs på sätt som ger så stor nytta som möjligt för medborgarna vid en viss resursinsats, ska bedriva olyckspreventivt arbete är därför komplexa. Hur kan man få olika förvaltningar inom en kommun, där en stor del ansvaret i sin tur är delegerat till enhetschefer, att bedriva ett samlat, systematiskt och med hänsyn till resursåtgången väl avvägt arbete för olycksprevention? Och hur kan man åstadkomma ett samlat nationellt åtgärdsprogram som säkerställer en någorlunda likvärdig framgång i hela landet, med beaktande av skillnader i lokala förutsättningar?

Till komplexiteten i detta styrproblem bidrar att det som för den enskilde enhetschefen, eller kommunen, kan te sig som ett marginellt problem, eller i vart fall som ett problem som inte hör till den egna organisationens huvudsakliga ansvar (utan till t ex landsting, stat eller den enskilde medborgaren), på en övergripande nivå kan framstå som ett betydande problem som i första hand måste angripas på just lokal kommunal nivå. Falloolyckor bland äldre uppskattas i en färsk rapport från Statens folkhälsoinstitut (Gyllensvärd 2009) leda till tre gånger så många dödsfall som trafiken och medföra en årlig samhällskostnad på 14 miljarder, vilken till följd av den stigande andelen äldre förutses öka till 22 miljarder år 2050 om inget görs.<sup>1</sup> Sådana olyckor beror av en mängd faktorer (halk- och snubbelrisker utomhus och inomhus, skydd, assistans, benskörhet osv) som i sin tur kan påverkas av olika kommunala verksamheter. Ett annat exempel är vägtrafikolyckor där Vägverket/Trafikverket ges ambitiösa årliga mål av regeringen både för hur trafiksäkerheten ska förbättras till följd av åtgärder som vidtas inom det statliga nationella vägnätet och åtgärder som vidtas av andra aktörer inom vägsektorn, där inte minst väghållningen inom de kommunala gatunäten har stor betydelse.

Frågan om hur man utformar nationella styrsystem som främjar ett effektivt förbättringsarbete i kommunerna är inte unik för detta område.<sup>2</sup> På många områden har därför regering och sektorsmyndigheter sett det som en allt viktigare uppgift att med olika traditionella styrmedel – dvs

<sup>1</sup> Folkhälsoinstitutet bortser från produktionsbortfall vid olyckor vilket innebär att dessa belopp snarast är en underskattning. Man bör dock observera att det här rör sig om räkenskap, inte om analys av beslutsalternativ – att reducera olycksfrekvensen innebär också kostnader.

<sup>2</sup> Det är heller inte ett unikt svenskt problem. En intressant förebild är The Best Value Regime i England och Wales som är en styrmodell för att få den brittiska motsvarigheten till kommuner att ”make arrangements to secure continuous improvements in the way functions are exercised, having regard to a combination of economy, efficiency and effectiveness” (Martin m fl 2006, s 3).

regler, tillsyn, öronmärkta bidrag och rådgivning – driva på kommunernas arbete med att öka verksamhetens kvalitet och effektivitet.<sup>3</sup> Ett genomgående problem när detta ska göras ligger dock i konflikten mellan den ökade statliga styrning som detta innebär och önskan att vidmakthålla den höga grad av kommunalt självstyre vi har i Sverige. Det har därför under senare år funnits ett intresse för att finna nya former för styrningen av/stöd till kommunerna som balanserar mellan de fördelar som ges av tillgång till analyskompetens på central nivå respektive den kunskap om lokala förhållanden kommunerna besitter.

## 2. Evidensbaserad praktik och dess problem

Ett delvis nytt sätt att närma sig denna styrfråga ges av arbetet med att utarbeta ”evidensbaserade” centrala riktlinjer för kommuner och landsting. Detta är ett internationellt fenomen som startade som en rörelse i Kanada för ”evidensbaserad medicin” i reaktion mot läkemedelsindustrins försök att påverka läkarnas förskrivningar. I Sverige har särskilt Socialstyrelsen drivit på för att utveckla denna typ av riktlinjer, baserade på vetenskaplig evidens, vilket i normalfallet hämtas från publicerade rapporter från randomiserade experimentella studier. Detta arbete har efterhand utvidgats till tillämpningar utanför det medicinska området, t ex olika delar av socialtjänstens område och det olyckspreventiva arbetet.

Socialstyrelsen önskar att kommunerna ska förena riktlinjerna med systematiskt kvalitetsarbete enligt moderna principer för kvalitetsledning (”plan, do, check, act”); se Socialstyrelsens handböcker *Godvård* (2006) och *God kvalitet i socialtjänsten* (2008). Syntesen kallas ”evidensbaserad praktik, EBP”, men riktigt hur den kommer till stånd är svårt att förstå. De evidensbaserade riktlinjerna innebär centralstyrning, medan metoderna för systematiskt förbättringsarbete är tänkta för platta organisationer (där även bilarbetare kan stoppa ett löpande band när de ser en kvalitetsbrist). Om inte kommunerna själva anses kapabla att analysera (”plan”) vad som ska göras (”do”) är det svårt att begära att de ska kunna följa upp (”check”) och dra slutsatser om vad som behöver förändras (”act”).

Det finns även skäl att ifrågasätta om det är möjligt eller lämpligt att centrala myndigheter på olika områden ger detaljerade riktlinjer, om än utformade som rekommendationer. För det första är det självklart svårt att göra det i frågor när val av metod i hög grad är avhängigt av förhållanden som bara är kända lokalt. För det andra, och kanske viktigare, är att det är svårt att på central nivå utforma riktlinjer som balanserar ”vetenskap evi-

<sup>3</sup> År 2006 gav staten kommuner och landsting 42 miljarder kr genom 38 specialdestinerade bidrag på minst 50 miljoner kr. Av dessa var 20 sk stimulationsbidrag med syfte att påverka de kommunala huvudmännens insatser eller prioriteringar (Statskontoret 2007). Statskontoret konstaterar att dessa bidrag tenderar att rycka sönder och snedvrider kommunernas planering och dessutom kan vara orättvisa genom att de ibland främst kan nyttiggöras av de kommuner som underlåtit att själva avsätta resurser för ett visst ändamål. Inte desto mindre avsattes medel för tio nya bidrag av denna typ i statens budgetproposition hösten 2008.

dens” och ”beprövad erfarenhet”. Utan ett väl fungerande samspel mellan central och lokal nivå kan det vara svårt att överblicka vad som är aktuell professionell erfarenhet, medan det är förhållandevis lätt att med hjälp av översikter av internationell forskning sammanställa ”evidens”. Resultatet blir lätt att den centrala myndigheten ger rekommendationer som bygger på vetenskapliga studier i länder (främst anglosaxiska) med andra institutionella och kulturella förutsättningar och med fokus på åtgärder som på olika sätt lätt kan avgränsas så att de görs utvärderingsbara.

Lars Oscarsson (2009) har i en nyutkommen bok problematiserat genomförande av EBP utanför det medicinska området, i hans fall inom socialtjänstens områden. Han pekar på de särskilda svårigheter som finns inom socialtjänsten att genomföra randomiserade studier, t ex för att utvärdera olika terapier för vård av missbrukare, och på en rad problem vid tolkning och tillämpning av sådana studier för att utarbeta riktlinjer. Ett centralt problem är att de terapeutiska insatser som genom avgränsningar i tid och rum lämpar sig för utvärdering bara utgör en del av en behandlingskedja. Möjligheten till framgång för en enskild brukare inom socialtjänsten bestäms i hög grad av dennes egen motivation och förutsättningar, t ex stöd från sin omgivning, och de samband som bestämmer detta kan vara komplexa och ha långa ledtider. Hans slutsats är att EBP på detta område i högre utsträckning än inom klassisk ”evidensbaserad medicin” måste baseras på systematisk utveckling av professionell praktisk erfarenhet. Han spetsar till detta med påståendet att riktlinjer när det gäller behandling av missbrukare kan bidra till 15 procent av EBP, resten faller på den praktiska professionella erfarenheten.

### 3. EBP för fallprevention

När det gäller prevention av fallolyckor bland äldre har Statens folkhälsoinstitut (Gyllensvärd 2009) nyligen presenterat en rapport som kan ses som ett första steg mot utarbetande av svenska riktlinjer på detta område. Rapporten lutar sig tungt mot ett arbete utfört av det engelsk-walesiska ”National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)” (se [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)) som har utarbetat riktlinjer för prevention av äldres fallolyckor. Dessa bygger i sin tur huvudsakligen på metastudier av forskningsresultat som tillhandahålls inom det s k *Cochrane-samarbetet* (se [www.wiley.com/cochrane](http://www.wiley.com/cochrane)). NICEs riktlinjer anges genom en kategorisering av olika typer av åtgärder i två nivåer, dels en nivå som anger om åtgärden har visats ha effekt, inte ha effekt eller om evidens saknas för att bedöma detta, dels en rangordning bland de åtgärder som har visats ha effekt.

Begränsningarna för att utforma och styra den kommunala praktiken när det gäller olycksprevention med evidensbaserade riktlinjer är många. Jag vill särskilt framhålla två, nämligen (1) att ”åtgärder” (dvs motsvarigheterna till medicinens terapier) ofta är ”multifaktoriella” (ett paket av åtgärder som kan sättas samman på många olika sätt) samt situations- och kon-

texts specifika, vilket kan göra det svårt att förstå hur vetenskaplig evidens från en specifik tillämpning i en viss kontext ska implementeras i en konkret verksamhetssituation samt (2) att implementeringen inte, som ofta är fallet i medicinsk och kirurgisk klinisk verksamhet, görs inom en enhetlig organisation där medarbetarna har en bestämd position och likartad utbildning och referensramar, utan ska göras i många skiftande verksamheter och hierarkiska nivåer.

Steget från riktlinjer av den typ Folkhälsoinstitutet/NICE föreslår och praktisk tillämpning är därför stort. Om kanske missbruksvård utgör ett extremfall när det gäller svårigheten att komma fram till generaliserbara slutsatser från experimentella studier finns när det gäller olycksprevention en glidande skala från situationer som är analoga med den medicinska terapins, t ex användning av höftskydd för att förebygga frakturer (för övrigt en av de terapier som NICE finner sakna stöd i befintlig evidens) till situationer där det är (nästan) omöjligt att utvärdera effekten av en åtgärd, t ex därför att det rör sig om en mycket lågfrekvent olycksrisk (katastrofrisker).

Exempelvis rekommenderas att ”alla äldre som fallit upprepade gånger eller bedöms ha en ökad fallrisk” (Gyllensvärd 2009, s 79) bör erbjudas ”individualiserade multifaktoriella interventioner” (Gyllensvärd 2009, s 79) som bl a innebär styrke- och balansträning, bedömning av faror i hemmet och intervention, synbedömning och remiss samt översyn av medicinering med modifiering/tillbakadragande av medicin. Det är givet att en så allmän rekommendation kan implementeras på många olika sätt. Det är också givet att olika utformningar, i skilda kontexter, kan ge högst olika resultat och vara olika resurskrävande. Som riktlinje framstår den som alldeles för vag för att kunna ha någon styrande effekt. Att å andra sidan göra den mer detaljerad och villkorad skulle möta stora svårigheter. Dels varierar förhållandena från fall till fall och från en tid till annan, dels räcker inte ”evidensen” från olika kontext för att täcka alla varianter.

Dessa faktorer talar för att central statlig styrning med ”evidensbaserade” riktlinjer kan framstå som meningslös, i värsta fall som kontraproduktiv. Även med ökade insatser på forskning kommer det att råda stor brist på relevant evidens och riktlinjerna kommer därför inte att kunna ge avsett stöd. Det blir också svårt att tillämpa riktlinjer givna av en central myndighet när det är oklart vem (kommun/landsting, förvaltning, driftsenhet) som ska tillämpa dem på det lokala planet. Den brittiska styrmodellen kan i alla händelser inte tillämpas rakt av, där finns inte den höga graden av kommunalt självstyre.

#### 4. Att koppla vetenskaplig evidens till lokal verksamhetsutveckling

I de skilda dokumenten från olika svenska myndigheter saknas en mer ingående diskussion om hur ”evidens” och professionell erfarenhetsuppbyggnad kan knytas samman. Min uppfattning är att det stöd kommunerna i

första hand bör ges är ”evidensbaserade” hjälpmedel för att själva analysera vad som är en rimlig nivå och utformning av olika åtgärder, som grund för sin prioritering, styrning och uppföljning av den egna verksamheten.

Principerna för hur ett sådant analysmedel kan utformas finns i den samhällsekonomiska lönsamhetsanalysen (*cost-benefitanalys*, CBA) som i sin tur finns i olika varianter och har utvecklats inom delvis olika traditioner (hälsoekonomi, miljöekonomi, transportekonomi). CBA innebär att ett beslutsproblem struktureras genom att handlingsalternativ och deras konsekvenser för alla medborgare i samhället identifieras. Så långt möjligt är kvantifieras dessa konsekvenser, värderas och vägs samman. Beslutsfattaren får därmed ett mer överskådligt och mindre komplext problem att slutligen ta ställning till. CBA (i den variant som kallas *cost-effectiveness-analys*) används av NICE men då som grund för att utarbeta centrala riktlinjer. Det som behövs i Sverige är i stället CBA-modeller som kommunerna självständigt kan anpassa, utveckla och tillämpa.

En sådan inriktning skulle ge möjlighet att sammanföra kunskap som baseras på vetenskaplig evidens med systematisk utveckling av professionell erfarenhet. Den centrala myndighetens roll blir att på basis av ny kunskap från forskning och professionell erfarenhet utveckla de verktyg kommunerna behöver för att driva sitt förändringsarbete. Den evidensbaserade kunskap som byggs in i CBA-modellernas effekt- och kostnads-samband kan sedan successivt och systematiskt byggas på med den kunskap som erhålls från det egna kvalitetsarbetet i takt med att förbättrings cyklerna rullar. Genom återföring av erfarenheter från kommunala tillämpningar erhålls vidare en återkoppling som inte på ett lika naturligt sätt finns vid utformning av centralt bestämda riktlinjer som är tänkta att helt baseras på vetenskaplig ”evidens”.

En uppenbar förebild för detta arbetssätt är den norska Trafikksikkerhetshåndboken (Elvik 2009) som ges ut av Transportökonomisk institutt (TÖI) i Norge. En ständigt uppdaterad version av denna bok, som omfattar 700 sidor, finns på TÖIs hemsida. Handboken är efter en inledande del indelad i två sektioner. Den första behandlar åtgärder som inte primärt är trafiksäkerhetsinriktade, men som har trafiksäkerhetseffekter. Den andra behandlar olika typer av åtgärder som direkt är avsedda att påverka trafiksäkerheten. Denna del innehåller åtta kapitel och behandlar för närvarande totalt 128 typer av åtgärder. För varje typ av åtgärd beskrivs:

1. Vilket/vilka problem som åtgärden är tänkt att lösa  
Innehåller kvantitativa och kvalitativa beskrivningar av olycksrisker och andra problem.
2. Beskrivning av åtgärden  
Beskriver åtgärden och i vilken utsträckning den används (i Norge).
3. Effekter på olycksrisker  
Beskriver vad som enligt tillgänglig forskning är känt om åtgärdens effekt på olycksrisk och skadegrad, i bästa fall med kvantitativa effektsamband, annars i kvalitativa termer.



4. Andra effekter (främst framkomlighet, miljö)  
Liknande beskrivning ges för effekter i andra avseenden eftersom det är väsentligt att beakta i en CBA även när det primära syftet är att påverka olycksrisker.
5. Kostnader  
Redovisar åtgärdens kostnad med stöd av uppgifter i forskningsrapporter, offentliga ekonomiska budgetar och redovisningar.
6. Nyttokostnadsanalys  
Visar, i form av *räkneexempel*, hur CBA för åtgärden kan göras. Genom att det är räkneexempel markeras att en slutlig analys endast kan göras i en specifik tillämpning med beaktande av de särskilda omständigheter och erfarenheter som gäller.
7. Ansvarsförhållanden  
Redovisar i den norska kontexten vem som ska eller kan ta initiativ till att genomföra åtgärder och vilken procedur som då ska följas.

## 5. Vilken ytterligare kunskap behövs för att utforma CBA-baserade riktlinjer?

Vid en jämförelse mellan TÖIs handbok och NICEs riktlinjer när det gäller fallprevention bland äldre framstår skillnaderna i underlag inte som särskilt stora. På grundval av det forskningsmaterial som sammanställs i Cochrane och granskas i NICE-rapporten skulle det gå att för ett flertal av de åtgärder som man listar göra en ”CBA-guide” enligt TÖIs modell. Den främsta skillnaden ligger i ”attityd”, dvs att NICEs ambition är att göra direkta rekommendationer, medan TÖI i stället ger planeringsverktyg.

Likväl finns det naturligtvis behov av kompletteringar för att det ska vara möjligt att genomföra ett sådant projekt. Insikten att åtgärder inom fallprevention till en del utförs inom ramen för åldringsvården och därför är beroende av det sätt på vilket denna organiseras i vårt land sätter fokus på behovet av relevant forskningsevidens, dvs kostnads- och effektsamband för svenska förhållanden.

Flertalet evidensstudier är utförda utomlands. Ofta finns det anledning att tro att ett praktiskt genomförande under svenska förhållanden skulle kunna bli väsentligt annorlunda. Detta gäller inte minst just fallprevention bland äldre där den svenska organiseringen av äldreården, som ju bygger på att även de mycket gamla ofta bor kvar i sina hem och får hemtjänst, kan tänkas ha stor betydelse för överförbarheten. I fall där man kan bedöma att effektsamband ändå är överförbara kan det likväl vara svårt att överföra kostnadsdata eftersom dessa beror av en rad omständigheter (andra än växelkurser) som varierar mellan olika länder, t ex lönespridning mellan olika yrkeskategorier. Detta är naturligtvis i många fall möjligt att avhjälpa genom insamling av relevanta kostnadsdata utan att göra om studierna, vilket kanske ofta görs bäst av en kommuns egna ekonomer.

Av de ca 360 studier som NICE (2004) har använt för sina riktlinjer för fallprevention bland äldre förefaller endast åtta stycken (dvs två procent) vara gjorda i Sverige. I Räddningsverkets och IMS/Socialstyrelsens rapport (2007) om olycksprevention bland äldre listas ytterligare nio rapporter, varav dock några avser samma studier. Även om studierna är fåtaliga illustrerar de att åtgärder som utförs i en specifik svensk kontext kan ha ett annat utfall än vad som kan bedömas från en sammanställning av evidens från forskning utförd i andra länder. Exempelvis har Sahlén m fl (2005, 2006) gjort en randomiserad experimentell studie av förebyggande hembesök bland äldre. I den svensk kontexten är detta något annat än den reguljära hemtjänstens besök, dvs det rör sig om återkommande men glesa hembesök hos äldre som bor i eget boende. I studien fann forskarna anmärkningsvärt stor effekt av denna intervention, dödligheten blev endast hälften mot den förväntade. Men vad som också var särskilt intressant var att besparingarna inom reguljär hemtjänst och sjukvård var nästan lika stora som kostnaden för insatsen. Det är uppenbart att denna senare effekt i högsta grad beror på hur äldrevården är organiserad och utförs. Man kan därför också misstänka att denna effekt skulle kunna visa sig variera betydligt mellan olika kommuner beroende på en rad omständigheter.

Den ytterligare kunskap som behövs för att bygga användbara CBA-modeller som kan användas av svenska kommuner för att analysera fallprevention kan delas upp i kostnadssamband, effektsamband och värderingar av nyttoeffekter.

När det gäller att klarlägga kostnadssamband behövs inte främst forskning utan snarare systematisk insamling av kostnadsdata. Detta är i och för sig inte triviale uppgifter om kostnader för olika typer av åtgärder ofta är svåra att extrahera ur den kommunala bokföringen utan stor arbetsinsats. Redovisningen görs främst för att följa verksamheter, inte åtgärder, och är vanligen organiserad efter verksamhetens struktur, vilken skiftar mycket mellan kommunerna. Inte heller är olika fördelningsnycklar för att periodisera och fördela samkostnader enhetliga mellan kommuner. Men problem som dessa är lösbara och det finns dessutom en stor samlad erfarenhet från bl a SKLs arbete med att på olika områden få fram relevanta och jämförbara kommunala kostnadsdata.

När det gäller effektsamband är det naturligtvis önskvärt med fler experimentella studier. Sådana är dock både tids- och kostnadskrävande. Vad som faller mig i ögonen är därför avsaknaden av studier på detta område som utnyttjar observationsdata baserade på naturliga experiment och mellankommunal variation. Det kommunala självstyret och fragmenteringen i många kommuner ger i kombination med den stora tillgången till longitudinella registerbaserade individdata särskilda förutsättningar för svensk forskning som borde kunna utnyttjas bättre.

När det gäller värderingar av nyttoeffekter återfinns en stor del av de säkerhetsrelaterade studierna av betalningsvilja såväl i Sverige som utomlands inom trafiksäkerhetsområdet (se Hultkrantz och Svensson 2008,



2010). En fråga som först nyligen har börjat ställas i svensk forskning är i vilken utsträckning dessa värden kan överföras till andra tillämpningsområden. I ett projekt som jag har lett har vi genomfört två nationella enkätstudier i annan kontext än trafiksäkerhet, dels för ökad beredskap utanför sjukhusen för snabb insats (defibrillering) vid hjärtstopp (Sund 2010), dels i en generell kontext för ”myndigheters åtgärder” (Nerhagen och Li 2010). Båda dessa studier indikerar högre värden än de som erhållits för offentliga åtgärder för olycksprevention inom trafiken. En annan studie i projektet (Svensson och Vredin Johansson 2010) som undersöker en skillnad av samma storleksordning och riktning mellan värdering av trafiksäkerhet som privat vara respektive offentligt tillhandahållet program visar att den beror på att ett begränsat antal individer ställer sig negativa till det offentliga utförandet. Det är därför möjligt att betalningsviljan just på trafikområdet dras ned av att vissa respondenter associerar offentliga insatser med inskränkningar av den personliga friheten (hastighetsövervakning, fartgupp osv), vilket kanske inte är fallet i många andra tillämpningar. Det behövs emellertid ytterligare några studier av god kvalitet innan man kan hoppas på en klarare bild av detta.

Ett ytterligare förhållande som begränsar överförbarheten är att just trafikolyckor drabbar ung som gammal. Det har därför varit naturligt att värdera begrepp som dödade och svårt skadade utan att göra skillnad på ålder. I den hälsomedicinska traditionen är det inte så utan där är den självklara utgångspunkten att värdera förändringen i antalet levnadsår, eventuellt med justering med hänsyn till livskvaliteten under dessa år (här används begreppet QALY som motsvarar värdet av ett levnadsår med full livskvalitet). När det gäller t ex fallprevention som ju främst påverkar mortaliteten bland den äldre delen av befolkningen är det därför angeläget att reda ut vad det är som bör värderas – död eller förlorade levnadsår.

På senare tid har denna fråga undersökts i två svenska studier. Den första utfördes av Johansson-Stenman och Martinsson (2008). Den är utförd i trafiksäkerhetskontext men undersöker hur VSL beror av en trafikdödads ålder och även av om denna är bilförare eller fotgängare. Resultatet visar att VSL-värdet påtagligt sjunker med olycksoffrets ålder, dvs minskar med det förväntade antalet levnadsår som förloras.

Nerhagen och Li (2010) skattar i sin ”kontextfria” empiriska studie mer specifikt en modell som tyder på att betalningsviljan bland befolkningen följer levnadsårsprincipen med en värdering kring en miljon kr per förlorat levnadsår, men det råder inte full utbytbarhet – dvs två dödade som var och en har tio års förväntad återstående levnad är mer värda än en dödad med tjugofem års återstående förväntad levnad.

## 6. Slutsatser

Slutsatserna av den diskussion jag fört här kan sammanfattas i följande punkter:

- *Cost-benefit*-analys är ett potentiellt viktigt hjälpmedel för att koppla ”evidens” och ”praktik” i en EBP-baserad modell för styrning av olycksförebyggande kommunal verksamhetsutveckling. I stället för ”riktlinjer” för t ex fallprevention bör inriktningen vara att utveckla ”riktlinjer för analys av” t ex fallprevention. Sådana riktlinjer bör kontinuerligt revideras både med hänsyn till ny vetenskaplig evidens och på basis av samlade praktiska erfarenheter. Därmed skapas en naturlig återkoppling från den praktiska utvecklingsverksamheten till riktlinjerna för analys.
- Svenska kostnadsdata som kan användas för att utveckla CBA-modeller bör insamlas och bearbetas.
- Fler effektsambandsstudier i svensk kontext behövs. Möjligheterna att i högre utsträckning utnyttja longitudinella observationsdata bör utnyttjas.
- Mycket talar för att värdering av olyckspreventiva åtgärder bör utgå från påverkan på antalet levnadsår. Det behövs emellertid ytterligare några studier av god kvalitet för att vara på säker mark.

## REFERENSER

Elvik, R (2009), *Trafikksikkerhetshåndboken*, nätupplagan, Transportökonomisk Institutt, Oslo, www.toi.no.

Gyllensvärd, H (2009), ”Fallolyckor bland äldre. En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder”, Statens folkhälsoinstitut E 2009:01, Östersund.

Hultkrantz, L och M Svensson (2008), ”Värdet av liv”, *Ekonomisk Debatt*, årg 36, nr 2, s 5-16.

Hultkrantz, L och M Svensson (2010), ”The Value of a Statistical Life: Recent Evidence from Sweden”, manuskript, Handelshögskolan vid Örebro universitet.

Johansson-Stenman, O och P Martinsson (2008), ”Are Some Lives More Valuable? An Ethical Preference Approach”, *Journal of Health Economics*, vol 27, s 739-752.

Martin, S m fl (2006), ”The Long-term Evaluation of the Best Value Regime: Final Report”, Centre for Local & Regional Government Research, Cardiff University och Department for Communities and Local Government, London.

Nerhagen, L och C Li (2010), ”Valuing Statistical Lives or Life Years? A Choice Experimental Study”, manuskript, VTI-TEK, Borlänge.

NICE (2004), ”Clinical Practice Guidelines for the Assessment and Prevention of Falls in Older People”, NICE, London.

Oscarsson, L (2009), *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. En introduktion för praktiker, chefer, politiker och studenter*, SKL Kommentus, Stockholm.

Räddningsverket och IMS (2007), ”Systematiskt arbete för äldres säkerhet. Om fall, trafikolyckor och bränder”, Räddningsverket och IMS, Socialstyrelsen, Karlstad och Stockholm.

Sahlén, K G, L Dahlgren, B M Hellner, H Stenlund och L Lindholm (2006), ”Preventive Home Visits Postpone Mortality – A Controlled Trial with Time-limited Results”, *BMC Public Health*, 6:220.

Sahlén, K G, C Löfgren och L Lindholm (2005), ”En kostnadsnyttoanalys av förebyggande hembesök i Nordmaling”, Umeå International School of Public Health, Umeå universitet.

Socialstyrelsen (2006), *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*, Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen (2008), *God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS*, Socialstyrelsen, Stockholm.

Statskontoret (2007), ”Verksamhetsanknutna statsbidrag till kommuner och landsting. En studie av hur bidragen följs upp och utvärderas”, Statskontoret 2007:17, Stockholm.

Sund, B (2010), ”The Value of a Statistical Life for Out-of-hospital Cardiac Arrest Victims”, manuskript, Handelshögskolan vid Örebro universitet.

Svensson, M och M Vredin-Johansson (2010), ”Willingness to Pay for Private and Public Safety: Why the Difference?”, *Accident Analysis and Prevention*, under utgivning.