

- 1 Kostnaden för stroke
- 2 Prioriteringar av läkemedel i praktiken
- 4 Prioriteringar i äldreomsorgen
- 6 Trafiksäkerhet värderad i ny avhandling
- 8 Aktuella publiceringar
- 8 IHE-FORUM 2004

Kostnaden för stroke

Varje år drabbas drygt 19.000 personer i Sverige av sitt första slaganfall, eller stroke som det också kallas. Förutom en hög dödlighet kan det innebära nedsatt funktionsförmåga hos den drabbade. Kostnaden för den vård och omsorg som uppkommer till följd av ett års insjuknande i stroke har beräknats av IHE till 9,9 miljarder kronor. Till detta tillkommer 2,4 miljarder i produktionsbortfall pga för tidig död och förtidspensioner. Genom att undvika ett insjuknande i slaganfall kan härigenom stora resurser frigöras till andra ändamål.

De flesta slaganfallen (85%) orsakas av en blockering i hjärnans kärl som leder till en skada på intelligande vävnad (infarkt). Symptomen är beroende på var i hjärnan skadan sker och varierar därför från tal-, syn- och rörelsevårigheter till medvetlöshet. Med en snabb och god vård kan långvariga funktionsnedsättningar undvikas eller åtminstone minskas. För ändamålet finns specialiserade stroke-enheter på flertalet sjukhus. Trots denna specialiserade vård är slaganfall den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige. De som överlever har ofta något restillstånd och cirka 1 av 5 patienter som innan slaganfallet var helt utan behov av hjälp, kräver mycket stora hjälpinsatser för att äta, klä – och förflytta sig efter slaganfallet. Genom att undvika ett slaganfall besparas således inte bara lidanden och obehag för patienten utan även stora resurser för vård och omsorg – besparingar som

istället hade kunnat användas för andra syften.

IHE har tillsammans med forskare från Riks-Stroke, ett nationellt kvalitetsregister för slaganfall, studerat kostnaderna för vård och omsorg bland patienter som drabbades av sitt första slaganfall under första halvåret 1997. Patientdata från en 2-årsuppföljning om deras boendeförhållanden och hjälpbehov har matchats med Socialstyrelsens patient- och dödsorsaksregister.

Matchningen gav oss information om patientens vård- och omsorgsbehov

innan insjuknandet vilket innebär att vi har kunnat rensa bort vårdkonsumtion som inte kan relateras till slaganfallet. Utifrån detta material har kostnader beräknats för slutenvård och öppenvård samt läkemedel, boende och hjälpbehov under patienternas resterande livstid. För att göra detta har vi antagit att patientens vård- och omsorgsbehov är konstant efter år två och den förväntade medellivslängden har justerats för överdödligheten bland patienterna.

Materialet, som omfattar 4.357 patienter, visar att den diskonterade kost-

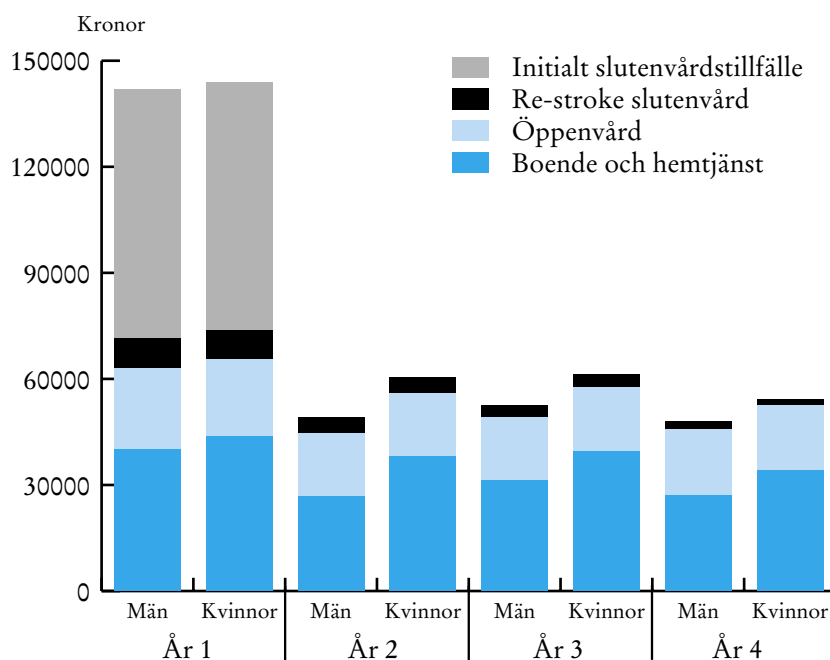


Diagram 1. Genomsnittlig stroke-relaterad kostnad per överlevande patient. Kronor, år 2000 prisnivå, diskonterat med 3%.

naden för vård och omsorg under patientens resterande levnad uppgår till 484.000 för män och 544.000 för kvinnor uttryckt i år 2000 priser. Skillnaderna mellan könen förklaras framför allt av en längre förväntad livslängd och ett större omsorgsbehov bland kvinnor. Det senare beror bl.a. på att kvinnorna drabbades av slaganfallet senare i livet – i en situation då många av dem är ensamstående och utan hjälp från anhörig. Därför var deras externa hjälpbehov och boendesituation mer resurskrävande än männens.

Kvinnor i yrkesverksam ålder (<65 år) har en högre dödlighet de två första åren och en lägre medelålder vid insjuknandet, jämfört med männen i samma åldersgrupp. Detta innebär att de indirekta kostnaderna för kvinnornas produktionsbortfall till följd av för tidig död och förtidspensioner är något högre än männens.

Av dem som överlevde det första året efter slaganfallet (ca 78%) motsvarades ungefär hälften av de totala kostnaderna för vård och omsorg av slutenvårdskostnader, se diagram 1. Kostnader för hemhjälp och olika former av institutionsboende uppgick till cirka 29%, medan öppenvård och läkemedel stod för resten av kostnaden. Efter första året reducerades slutenvårdskostnaderna avsevärt eftersom endast en mindre andel av patienterna riskerade att drabbas av re-stroke, alltså återinsjuknande, under kommande år. Under påföljande år utgjordes istället kostnaderna till största del (cirka 60%) av boende och hemtjänst. Då behovet av dessa tjänster oftast kvarstår bland de patienter som överlever, stiger också kostnaden för dessa patienter med åldern. På grund av dessa långvariga omvårdningsbehov bland strokepatienter finns en stor potential till bättre resursutnyttjande om sannolikheten för att drabbas av stroke kan minskas.

Kommande publicering

The Cost of Stroke in Sweden – An Incidence Estimate. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, volym 20, 2004
Författare är Ola Ghatnekar och Ulf Persson, båda IHE, samt med.dr Eva-Lotta Glader, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin vid Norrlands Universitetssjukhus och docent Andreas Terént, Medicincentrum vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Studien har finansierats av AstraZeneca R&D, Mölndal.

Prioriteringar av läkemedel i praktiken

– Vilken betydelse har kostnader för förskrivare?

Läkemedelsreformen som infördes under 1997 och 1998 är en av 1990-talets omfattande reformer inom svensk hälso- och sjukvård. Syftet med reformen var att förbättra kvaliteten på läkemedelsanvändningen och uppnå bättre kostnadskontroll för läkemedel genom att låta landstingen successivt ta över kostnadsansvaret för läkemedel. I många landsting har övertagandet av kostnadsansvaret för läkemedel inneburit ett ökat intresse för ekonomiska styrmedel riktat mot förskrivare. De dominerande styrmedlen har varit kostnadsansvar och belöningssystem, vilka ska ge förskrivarna incitament att beakta kostnader vid prioriteringar av läkemedel. Flera landsting har valt att decentralisera kostnadsansvaret enligt en primärvårdsbaserad modell, vilket innebär att primärvården har det huvudsakliga kostnadsansvaret för läkemedel på recept. I en nyligen publicerad IHE rapport belyser Sandra Jansson och Anders Anell frågan om huruvida införandet av ett sådant kostnadsansvar har lett till ett ökat kostnadsmedvetande bland förskrivarna, och om detta i sin tur har inneburit en annan prioritering av läkemedel. Särskilt studeras om det förekommer skillnader i dessa avseenden mellan allmänläkare och andra specialistläkare.

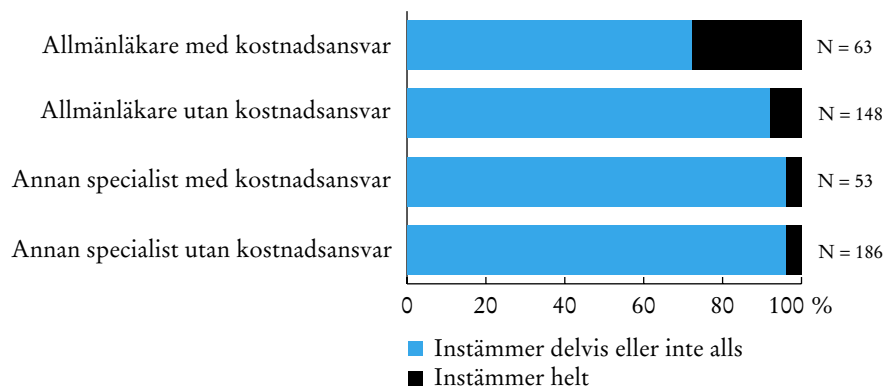
Erfarenheter av decentraliserat kostnadsansvar för öppenvårdsläkemedel i andra länder visar att kostnadsansvar och belöningssystem bland grupper av allmänläkare åtminstone på kort sikt kan ge upphov till långsammare kostnadsökningar. Till stor del kan det förklaras av en ökad förskrivning av billigare men likvärdiga läkemedel. I samband med decentralise-

ringen av kostnadsansvaret har dessutom efterfrågan på information om bland annat förskrivningsmönster ökat bland förskrivarna.

En förutsättning för att ett decentraliserat kostnadsansvar ska leda till en mer kostnadseffektiv förskrivning är att förskrivarna är både villiga och kompetenta att göra ekonomiska överväganden i en förskrivningssituation. Det innebär bland annat att det måste finnas ett kostnadsmedvetande bland förskrivarna och att dessa måste vara beredda att använda ekonomiska beslutskriterier i en förskrivningssituation. Med syfte att undersöka om det primärvårdsbaserade kostnadsansvaret har påverkat förskrivarna i den riktningen, skickades en enkät ut till 1.520 förskrivare i åtta landsting.

Attityder till kostnadstänkande och kostnadsansvar

Studien visar att det primärvårdsbaserade kostnadsansvaret i viss utsträckning skapar incitament för ett ökat kostnadsmedvetande. Den tydligaste indikationen på detta är att förskrivare verksamma i landsting med ett primärvårdsbaserat kostnadsansvar i hög utsträckning även upplever sig ha ett reellt kostnadsansvar för öppenvårdsläkemedel vid sin vårdcentral eller sjukhusklinik. Upplevelsen av att ha ett reellt kostnadsansvar påverkar i sin tur förskrivarna till en ökad diskussion om läkemedelskostnader med kollegor och verksamhetschefen (figur 1) samt en positiv inställning till att medverka i strävandena att minska ökningen av läkemedelskostnader. Det primärvårdsbaserade kostnadsansvaret gynnar framför allt ett ökat kostnadsmedvetande bland allmänläkarna.



Figur 1 ”Jag diskuterar ofta läkemedelskostnader med mina kollegor respektive min verksamhetschef.” Procent.

Beaktande av kostnader vid val av läkemedel

Förskrivarna uppger genomgående i studien att patientens väl och ve kommer i första hand och att det är patientens argument som i störst utsträckning påverkar förskrivningen. Det tar sig även uttryck i att terapeutiska effekter, biverkningar och förutsättningar för följsamhet till ordinationen upplevs som de allra viktigaste beslutskriterierna i såväl en ideal som en reell förskrivningssituation. Först därefter överväger förskrivaren ekonomiska beslutskriterier. Varken typen av specialistutbildning eller förekomsten av ett formellt decentraliserat kostnadsansvar påverkar betydelsen av dessa beslutskriterier.

Olika beslutskriterier kan dock ha olika betydelse beroende på situationen. Förskrivarna fick i enkäten värdera vilken betydelse kostnader har för dem själva i sju olika förskrivningssituationer. Den enda situation då kostnader tillskrivs en relativt stor betydelse är då det finns två eller fler likvärdiga läkemedel att välja mellan. Både typen av specialistutbildning och förekomsten av ett primärvårdsbaserat kostnadsansvar påverkar betydelsen av kostnader i dessa förskrivningssituationer. Vid ytterligare två andra av dessa sju förskrivningssituationer anger förskrivare verksamma i landsting med ett primärvårdsbaserat kostnadsansvar en relativt större betydelse av ekonomiska beslutskriterier jämfört med förskrivare i andra landsting. Dessa situationer är då det finns två eller fler läkemedel med olika biverkningsprofiler samt då det finns två eller fler läkemedel med olika effekt. De flesta förskrivare, oavsett kostnadsansvar, anser dock att betydelsen av att beakta kostnader i dessa situationer är relativt liten. Allmänläkare anger istället en större betydelse av

kostnader än andra typer av specialister då det finns två eller fler likvärdiga läkemedel samt då patienten själv inte argumenterar för ett visst läkemedel.

De största hindren för att i större utsträckning överväga kostnader vid val av läkemedel är, enligt läkarna själva, svårigheter att byta ut läkemedel som en patient redan använder och att förtroendet mellan läkare och patient bygger på att läkaren alltid ser till patientens bästa oavsett kostnader.

Studien visar att förskrivare med erfarenhet av ett primärvårdsbaserat kostnadsansvar tenderar att ha en mer

positiv attityd till kostnadstänkande och kostnadsansvar än övriga förskrivare. Samtidigt tycks inte ett sådant kostnadsansvar påverka sättet att prioritera, såtillvida att ekonomiska kriterier får en större tyngd vid förskrivningstillfället. Oavsett om förskrivaren har erfarenhet av ett primärvårdsbaserat kostnadsansvar eller inte, visar studien att flera förskrivare upplever en ökad användning av ekonomiska beslutskriterier i samband med prioritering av läkemedel som en illojal handling mot patienten. En sådan utveckling anses riskera att rasera förtroendet mellan läkare och patient. En förutsättning för att uppnå en mer kostnadseffektiv förskrivning kan därför vara att i ökad utsträckning involvera patienter och medborgare i diskussioner om prioriteringar och behovet av en kostnadseffektiv användning av hälso- och sjukvårdens begränsade resurser.

Rapporten *Prioriteringar i praktiken – vilken betydelse har kostnader för förskrivare?*, IHE e-rapport 2004:1, kan laddas ner eller beställas på IHE:s hemsida. Studien har finansierats av det Nationella Forskningsprogrammet om Sjukvårdens Förändringar.

Ett STORT TACK från Rädda Barnen!

För varje inkommet svar skänkte IHE en slant till Rädda Barnen.
Gåvan blev totalt 14 760 kr.

Prioriteringar i äldreomsorgen

Prioriteringsdiskussionen inom kommunal vård och omsorg för äldre kommer att bli allt mer angelägen. Behandlingsmöjligheter har förändrats så att mer vård kan bedrivas i öppen vård och i patientens hem, dvs. i vårdmiljöer där kommunen har ett stort ansvar för omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser. Behoven av vård kommer att öka till följd av att antalet äldre blir fler, även om det är svårt att förutse storleksordningen på behovsökningen. Problembilden förstärks av att rekryteringsbehovet av omvårdnadspersonal i kommunal verksamhet kommer att vara stort inom den närmaste 10-15 årsperioden. Hur olika grupper uppfattar de prioriteringar som sker i verksamheten idag, beror till viss del på hur de själva upplever verksamheten. Resultaten från en ny enkätstudie bland politiker, biståndshandläggare, vårdpersonal och allmänhet visar att synen på äldreomsorgen skiljer sig betydligt åt mellan grupperna.

Generellt ger politiker och biståndshandläggare en mer positiv bild av äldreomsorgen än vad vårdpersonalen gör.

- ▶ Två av tre biståndshandläggare och politiker tycker att man i hög grad tillgodoser de äldres behov av omsorg. Motsvarande andel bland personalgrupperna är mellan 14 och 26 procent (figur 1).
- ▶ Två av tre biståndshandläggare anser att behovet av palliativ vård tillgodoses i kommunerna, och även flertalet politiker och sjuksköterskor menar detsamma. Bland undersköterskor och vårdbiträden är det endast var tredje som instämmer.
- ▶ Sju av tio handläggare anser också att biståndsbeslutet i hög grad överensstämmer med vad den enskilde vill ha hjälp med. Bland undersköterskor/vårdbiträden och sjuksköterskor är det bara en, respektive två, av tio som menar detsamma (figur 2).

- ▶ Tre av fyra sjuksköterskor anser inte att kommunen har tillräckligt med sjuksköterskor. Bland biståndshandläggarna är det endast en av fyra som tycker att det saknas sjuksköterskor.
- ▶ Var femte biståndshandläggare menar att det ofta händer att man av ekonomiska skäl låter medicinskt färdigbehandlade få förtur till en plats i särskilt boende. Var tredje sjuksköterska menar att det sker ofta.

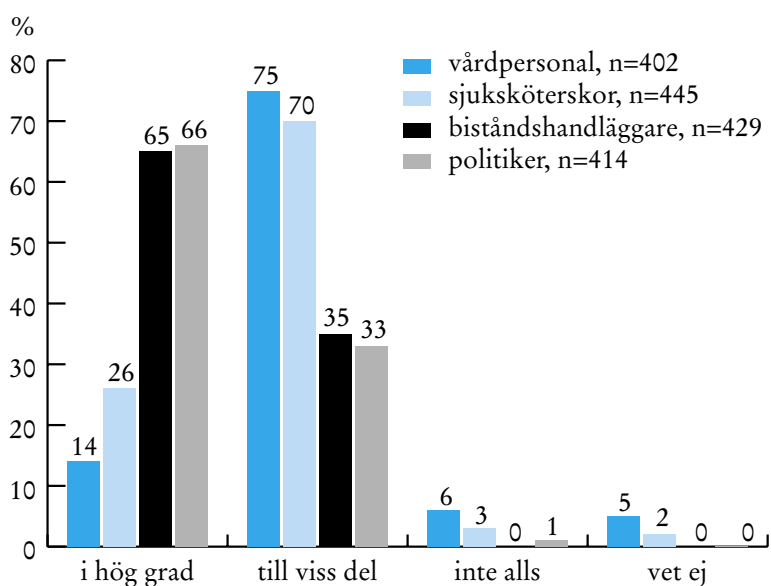
Olika roller och skilda förväntningar

Att synen på äldreomsorgen skiljer sig åt mellan å ena sidan politiker och tjänstemän och å andra sidan personal beror på att man har olika roller, en bristande kommunikation och skilda förväntningar. Tjänstemän och politiker ser verksamheten i förhållande till andra kommunala åtaganden. Politikernas roll är bl.a. att marknadsföra kommunen och ge en positiv bild av den kommunala servicen. Att kritisera äldreomsorgen är också en kritik mot sitt eget arbete.

Svaren från biståndshandläggarna indikerar att de, i förhållande till andra

grupper, i större utsträckning tar sin utgångspunkt i att äldreomsorgen ska vara lika för alla. Det är handläggarna som i minst utsträckning tror att äldreomsorgens kvalitet påverkas av hur aktiva de anhöriga är eller att ekonomiska motiv ger medicinskt färdigbehandlade förtur. De anser inte heller att kostnadsskäl ska vara en utgångspunkt för att diskutera annat vårdalternativ för den äldre och de anser att det är viktigt att vård och omsorg bedrivs på lika villkor i de olika kommunerna. Utifrån sin professionella roll är det inte anmärkningsvärt att flertalet av handläggarna säger att de inte påverkas av vilka resurser som finns tillgängliga. En av fyra biståndshandläggare upplever dock att biståndsbedömningen kan variera beroende vilka resurser som för tillfället finns tillgängliga.

Samtidigt står det klart att biståndshandläggaren måste väga den äldres behov och önskemål mot organisationens förutsättningar, lagstiftningen och göra det bästa möjliga efter rådande omständigheter. Vilka avvägningar som handläggarna tvingas göra ser inte vårdpersonalen, vilket kan förklara att de inte



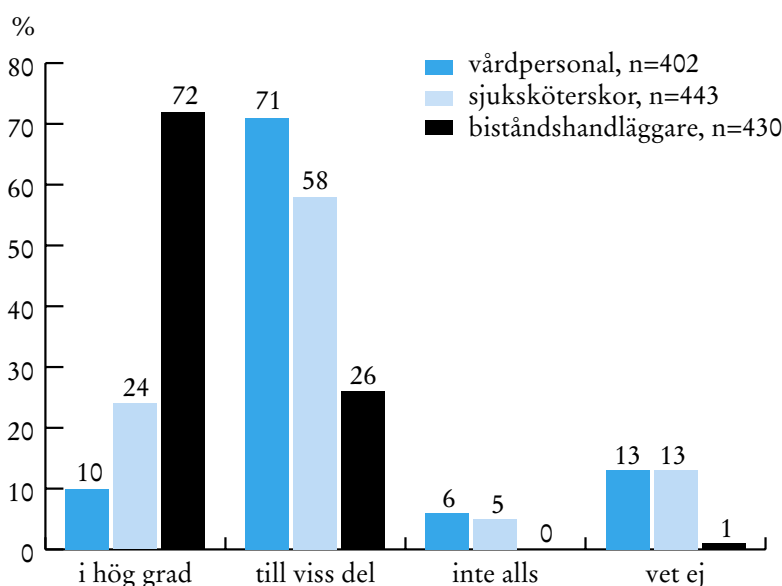
Figur 1 Tycker du att man i din kommun i det stora hela tillgodoser de äldres behov av omsorg? Svarsfördelning i procent för respektive grupp.

uppfattar beslut och behov på samma sätt som handläggarna.

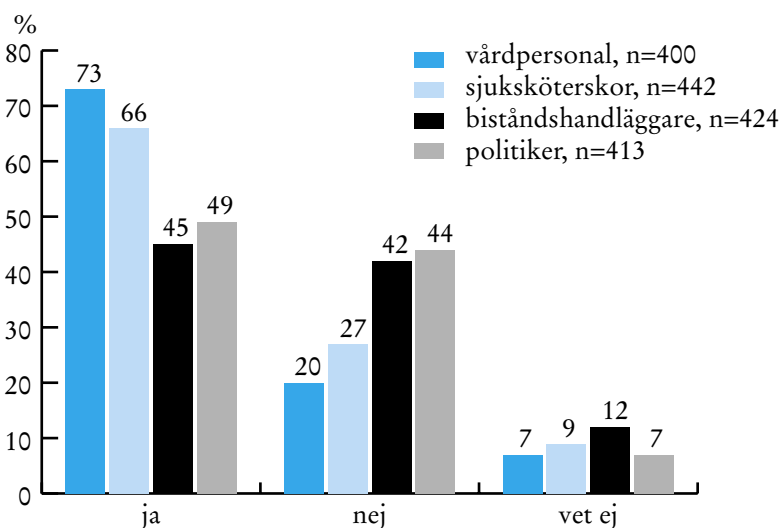
Personalen upplever att det ställs för stora förväntningar på dem, vilket kan bero på att man upplever behoven större än vad politiker och biståndshandläggare gör. Tre av fyra av vårdpersonalen upplever att förväntningarna att tillgodose de äldres sociala behov är för stora (figur 3). Även om tiden till social kontakt har minskat, är personalen mer medveten om betydelsen av den sociala dimensionen och man försöker att ta tillvara på de tillfällen som ges. Enkät-svaren visar att endast fem procent av personalen upplever att de inte alls har möjlighet att ta hänsyn till den äldres speciella önskemål. Nio av tio svarar att de ofta/ibland hjälper den äldre med annat än vad de egentligen hade planerat att göra. Två tredjedelar av personalen upplever att de för det mesta gör ett bra jobb. Samtidigt noteras att varannan vårdpersonal och var tredje sjuksköterska ofta känner sig stressade i sitt arbete.

Skillnader ökar risken för fler dolda prioriteringar

När synen på förhållandena i äldreomsorgen skiljer sig åt mellan de formella beslutsfattarna och vårdpersonalen, kan situationer uppstå där lagstiftning och politik kan framtvinga mer generösa beslut än vad verksamheten kan verkställa. Då kommer det framväxande resursgapet att skapa en påfrestande situation just för dem som har att "fördela underskottet" nämligen biståndshandläggare och vårdpersonal. Biståndshandläggarna representerar den öppna prioriteringen i äldreomsorgen genom att biståndsbesluten är offentliga, medan personalen i sina försök att få begränsade resurser att räcka till, gör i huvudsak dolda prioriteringar. Risken är att om ansvaret för prioriteringar pressas nedåt i organisationen, sker en utveckling i riktning mot fler dolda och outtalade prioriteringar.



Figur 2 Tycker du att biståndsbeslutet överensstämmer med vad den enskilde vill ha hjälp med. Svarsfördelning i procent för respektive grupp.



Figur 3 Tycker du att det är för stora förväntningar på vårdpersonalen att de ska tillgodose de äldres sociala behov? Svarsfördelning i procent för respektive grupp.

Rapporten *Perspektiv på prioriteringar i äldreomsorgen*, IHE rapport 2004:1, kan laddas ner eller beställas på IHEs hemsida. Författare till rapporten är Marianne Svensson, projektledare vid IHE, och Per Rosén, doktor i folkhälso-

vetenskap och prioriteringssamordnare i Region Skåne. Studien har finansierats gemensamt av SKTF, Socialstyrelsen, Svenska Kommunalarbetsförbundet, Svenska Kommunförbundet och Vårdförbundet.

Trafiksäkerhet värderad i ny avhandling

Vad är ett liv värt? Det är ovärderligt skulle de flesta säga. Ingenting, säger kanske den som är djupt deprimerad. 16,3 miljoner kronor säger Vägverket. Ulf Persson, projektledare på IHE, har i ett 20-tal år utvecklat olika metoder att värdera människoliv för Vägverkets och sjukvårdens räkning. Nu disputerar han vid Lunds universitet med en avhandling där han drar slutsatser från studier som han gjort genom åren.

– På en fungerande marknad behöver man inte göra den här typen av studier, säger Ulf Persson. Men när Vägverket bygger vägar behövs de. Man kan ju inte köpa sin egen lilla väg på en marknad och eftersom marknadsprinciperna inte fungerar är det Vägverkets uppgift att se till att vi får bästa möjliga vägnät för våra skattepengar. Vägverket måste därför veta hur mycket vi är villiga att betala för att minska riskerna att dö eller skadas i trafiken.

Framkomlighet och säkerhet är Vägverkets ledstjärnor – men hur prioriterar skattebetalarna? Sedan flera år tillbaka har trafikplanerarna gjort ekonomiska analyser för att skattepengarna ska fördelas rätt.

– De materiella och administrativa kostnaderna liksom förlorad arbetsinkomst går relativt lätt att räkna ut, säger Ulf Persson. Då är det svårare att värdera vad sjukdom och död betyder i smärta och sorg för de drabbade.

För att få fram ett värde på hälsan eller på ett så kallat ”statistiskt liv” försöker Vägverket att mäta hur mycket enskilda individer är villiga att betala för att i förväg minska riskerna i trafiken.

– Inom trafikforskningen har man ända sedan 60-talet på olika sätt försökt sätta ett värde på säkerheten. Förre finansministern Kjell Olof Feldt gjorde de första beräkningarna när han studerade vid Lunds universitet i slutet av 50-talet, säger Ulf Persson.

Tidigare låg trafikplaneringen långt

före sjukvården när det gäller att sätta prislappar på liv. Idag börjar sjukvården komma ikapp.

– Läkeemedelsförmånsnämnden gör den här typen av beräkningar när de tar beslut om vilka läkeemedel som är kostnadseffektiva och ska betalas av allmänna medel, säger Ulf Persson. Sjukvården och Vägverket jämför sina prislappar på liv även om måtten inte går att jämföra rakt av.

I en undersökning som Ulf Persson och andra forskare gjorde på Vägverkets vägnar 1994 kom man fram till att skattebetalarna var villiga att betala 13 miljoner kronor för att ett liv skulle räddas i trafiken. I en senare undersökning med något annorlunda frågeställningar som gjordes 1998 kom man fram till att priset på ett liv ligger på 21 miljoner kronor (För båda prisuppgifterna gäller 2001 års penningvärde).

Eftersom båda undersökningarna ansågs ha en del svagheter i datamaterialet och i frågeställningarna valde statmakterna lägga prislappen för ett liv någonstans mittemellan – närmare bestämt på 16,3 miljoner kronor.

– Innan vi skattar ett nytt värde på ett människoliv måste vi lära oss mer vilka möjligheter och brister som tidigare studier har, säger Ulf Persson. Studiernas tillförlitlighet hänger på hur god information vi kan ge intervjupersonerna om vilka risker de utsätter sig för. Vi måste bli bättre på att förklara sammanhangen när vi gör våra intervjuer.

Båda studierna baseras på den individuella betalningsviljan. Intervjupersonernas ”försäkringspremier” slås samman och man får därmed ett pris på hur mycket det får kosta i skattepengar att rädda ett ”statistiskt människoliv”.

Urvalsgruppen består av män och kvinnor i åldrarna 18-74 år. Män i 40-årsåldern vill betala mest för sin säkerhet. Ungdomar och äldre vill betala minst. Kvinnor bedömer i och för sig att riskerna är större i trafiken än vad män gör men de vill ändå inte betala mer.

– Betalningsförmågan har givetvis stor betydelse för hur man värderar säkerhet, säger Ulf Persson. Män i 40-årsåldern tjänar mer än jämnåriga kvinnor och de har ofta den största försörjningsbördan i samhället. Att kvinnorna inte vill betala mer än männen trots att de tycker att riskerna är större kan bero på att de inte är lika mycket ute i trafiken och att de hellre lägger sina pengar på andra säkerhetsåtgärder, gissar han.

Ulf Persson har jämfört betalningsviljan i olika länder och resultaten därifrån visar också tydligt att inkomsten har samband med hur mycket pengar man är villig att satsa på att minska riskerna i trafiken. En nordamerikan som i snitt tjänar dubbelt så mycket som en svensk är också villig att betala dubbelt så mycket för sin säkerhet.

Inom EU-länderna har forskarna träffats för att lära av varandras mätmetoder.

– Sverige ligger i forskningsfronten när det gäller att värdera trafiksäkerhet, säger Ulf Persson. Han tror att man så småningom kommer att standardisera mätmetoderna.

Att lägga mycket pengar på att rädda liv i trafiken är inte bara av godo. Detta är också ett av de budskap som måste gå fram när man undersöker skattebetalarnas vilja till riskreduktion. Om för mycket pengar satsas på att rädda ett statistiskt liv kan det nämligen få rakt motsatt effekt. Ulf Persson har i en av sina undersökningar visat att den magiska gränsen för vad en trafiksäkerhetsåtgärd får kosta ligger på 116 miljoner kronor. Överskrider den gränsen kan åtgärden skörda fler liv än vad den räddar. Detta beror på att om vi betalar för mer säkerhet i trafiken än vad vi egentligen har råd med så måste vi skära ned på säkerheten i andra sammanhang. Om färre personer till exempel har råd att investera i cykelhjälm eller i trafiksäkra bilar så kommer de sammanlagda dödstaten ändå att stiga.

Ett exempel på alltför dyr säkerhet

är planskilda järnvägs korsningar. Åtgärden skulle spara två statistiska liv inom tågtrafiken, men minskad köpkraft skulle leda till tre nya dödsfall i en annan ända.

Samma sak gäller för skyddet mot bensinångor vid bensinpumparna. Nettoeffekten om den åtgärden skulle införas vid alla landets bensinstationer skulle bli sex nya dödsfall.

Ytterligare ett exempel på åtgärd som ger minskad säkerhet är avvecklingen av kärnkraften. Den totala kostnaden för att avveckla Barsebäck 2 skulle bli 17 miljarder kronor vilket skulle leda till 150 nya statistiska dödsfall. Kostnaden innebär att vi blir fattigare och dör av annat.

– Staten kan i sin välvilja ställa till med fler dödsfall genom sina regleringar om de inte har tillgång till god information, säger Ulf Persson. Han berättar att debatten om inkomsters samband med dödlighet är ganska ny i Sverige. I USA och även i vårt grannland Norge har man fört den typen av debatt under en längre tid.

En åtgärd som är mycket effektiv när det gäller att spara människoliv är bygget av motorvägar. Vägar utan mittremsa där man får köra mellan 90 och 110 km/h är allra farligast. I en studie som gjordes för ett antal år sedan kom man fram till att man kunde spara 80 människoliv genom att satsa 1,7 miljarder kronor på nya motorvägar.

Även gångtunnlar, cykelvägar och rondeller har visat sig vara mycket bra investeringar i trafiksäkerhet.

En halvbra investering som ligger på gränsen till att vara för dyr är lagen om vinterdäck som infördes 1999. När man ser på nettoeffekten av denna åtgärd får man förutom kostnaden för själva däcken ta med i beräkningen att slitaget på vägarna ökar. Miljön förorenas genom att bullret ökar och genom att bilarna måste tvättas oftare. Mellan 85 och 112 miljoner kronor kostar det att rädda ett människoliv genom att lagstifta om vinterdäck. I slutändan har

mellan noll och två människoliv räddats.

Ulf Persson har inte bara arbetat med att fastställa värdet på ett statistiskt liv. Han har också sett över hur man ska värdera kostnaderna för svåra och lindriga skador vid trafikolyckor.

– Är en trafikolycka lindrig uppstår alla kostnader direkt när olyckan inträffar, säger han. Men vid svårare och långvariga komplikationer har vi sett att två tredjedelar av olyckskostnaderna uppstår först två till åtta år efter olyckan. Detta är en nyhet i beräkningen av hur mycket trafikskador kostar.

I denna undersökning upptäckte han också intressanta skillnader mellan könen när det gäller rehabilitering. Kvinnor har mycket svårare att komma tillbaka till sina arbeten efter en olycka än vad männen har.

– Först trodde vi att det berodde på att kvinnorna hade allvarigare skador, säger han. Men så är det inte, tvärtom. Ulf Persson vet inte vad könsskillnaderna beror på. Han kan bara spekulera.

– Handlar det om att kvinnorna i mindre utsträckning har försörjningsansvaret och lägre löner som minskar deras incitament att komma tillbaka till jobbet? Eller är det så att rehabiliteringsvården är mer anpassad efter människors behov?

– Vi hittar fler och fler frågor ju mer vi jobbar, säger han. Och många av frågorna är högaktuella med tanke på dagens stigande ohälsotal.

Ulrika Oredsson

journalist, informationsenheten,
Lunds universitet

Ulf Persson, IHE, försvarade i februari 2004 sin avhandling *Valuing reductions in the risk of traffic accidents based on empirical studies in Sweden*.

Avhandlingen ledde fram till en doktorsexamen vid tekniska fakulteten vid Institutionen för Teknik och Samhälle, Lunds Universitet.



Ulf Persson, M.Sc. i ekonomi, Ph.D., är projektansvarig vid IHE och ansvarig för forskningsprogrammet Värdering av risk och säkerhet, vid Institutionen för Teknik och samhälle, Lunds tekniska högskola, Lunds Universitet.

På IHE är Ulf Persson ansvarig för projekt om ekonomisk utvärdering av läkemedel och medicinsk teknologi, trafiksäkerhet och värdering av hälsa samt flera andra studier om läkemedels ekonomi. Han har mer än 20 års forskningserfarenhet i utveckling och tillämpning av utvärderingsmetoder i sjukvården med speciell inriktning mot introduktion och användning av medicinska teknologier. Åren 1995-96 arbetade han som Director i hälsoekonomi vid ett läkemedelsföretag i USA.

Hans viktigaste forskningsområde är hälsoekonomi, läkemedelsekonomi, ekonomiska utvärderingar och trafikekonomi. Projekt och publikationer inkluderar cost-effectiveness studier, cost-of-illness studier, willingness-to-pay studier i sjukvård och i transportsektorn. Han har publicerat mer än 150 artiklar och rapporter i hälsoekonomi och trafiksäkerhets ekonomi.

B



IHE-FORUM 2004

Hur ska vårdens prioriteringar och finansiering lösas?

◀ Varför är det så svårt att prioritera i vården? Kan hälsoekonomiska utvärderingar bidra med underlag för prioriteringar? Vilken roll bör hälsoekonomi ha vid prioriteringar av läkemedel?

◀ Hur skapa tydligare rollfördelning mellan stat och landsting/kommun? Hur bör ansvaret och finansieringen utformas?

Medverkande är bland andra:

Hans Andersson, Landstinget Västmanland

Åke André Sandberg, Bergens Universitet vid Stavangers sjukhus

Stefan Back, Landstinget Gävleborg

Johan Berglund, SFAM

Hans Bergström, fristående kolumnist

Richard Bergström, LIF

Per Carlsson, Prioriteringscentrum

Karin Christensson, Universitetssjukhuset MAS

Bengt Jönsson, Handelshögskolan

Göran Karlsson, Astra Zeneca

Christina Kärrvinge, Socialstyrelsen

Per Molander, Mapsec

Jesper Persson, Centralsjukhuset i Kristianstad

Catarina Segersten-Larsson, Landstinget Värmland

Lars Söderström, Lunds Universitet

Ann-Christin Tauberman, LFN

Marie Wedin, Sjukhusläkarföreningen

Ulf Öhman, f d Landstinget Värmland

Tid: 2-3 september

Plats: Scandic Star, Lund

Sista anmälningsdag: 30 juni

Deltagaravgift: 3 400 kr exkl moms,

vid gruppanmälan kontakta IHE

för information

Information: e-post: ihe-forum@ihe.se,

hemsida: www.ihe.se, tel: 046-32 91 00



Aktuella publiceringar

Anell, A. Priority setting for pharmaceuticals - The use of health economic evidence by reimbursement and clinical guidance committees. *European Journal of Health Economics* 2004; 5(1)

Berggren F, **Hjelmgren J** & Lindgren B. Differences in health care utilisation and workdays lost between individuals with and without asthma. *Applied Health Economics and Health Policy* 2003; 2(3).

Jansson S & Anell A.

Prioriteringar av läkemedel i praktiken. Vilken betydelse har kostnader för förskrivare? IHE e-rapport 2004:1.

Nordling S, Persson U &

Wennberg E. Vem drabbas av svår sepsis i Sverige? – analys av incidens, dödlighet och kostnader till följd av svår sepsis. *Tidskriften Medikament* 2003; 8: 79-86.

Persson U. Valuing reductions in the risk of traffic accidents based on empirical studies in Sweden. *Thesis* 2004.

Persson U & Hjelmgren J. Hälso- och sjukvården behöver kunskap om hur befolkningen värderar hälsan. *Läkartidningen* 2003; 100(43): 3436-7.

Rosenhall L, **Borg S**, Andersson F & Ericsson K. Budesonide/formoterol in a single inhaler (Symbicort) reduces healthcare costs compared with separate inhalers in the treatment of asthma over 12 months. *Int J Clin Pract* 2003; 57(8): 662-667.

Svensson M & Rosén Per.

Perspektiv på prioriteringar i äldreomsorgen. IHE Rapport 2004:1.

Rättelse

IHE Information 3-4/2003, LFNs 23 viktiga beslut, sidan 2:

Stocrin (HIV)- ej kostnadseffektivt, bättre följsamhet ej bevisad **ska vara** *Stocrin* ny dos 600 mg tablett ej subventionerad till ett högre pris än 3 kapslar à 200 mg. Senare subventionerad till samma pris som 3 kapslar à 200 mg.

IHE
IHE information 1/2004

Redaktör/Ansvarig utgivare: Anders Anell

Adress: Box 2127, 220 02 Lund

Telefon: 046-32 91 00, Telefax: 046-12 16 04

E-post: info@ihe.se, Hemsida: www.ihe.se

ISSN 0349-51 75

IHE information utkommer med tre nummer per år och ges ut av IHE, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, helägt dotterbolag till Apoteket AB.

Vid adressändring, uppge såväl gammal som ny adress!

Layout och original: Britta Jeppsson Grafisk form • Tryck: Wallin & Dalholm Boktr. AB, Lund 2004