

Disruptiva innovationer på IHE Forum 2016

IHE:s årliga konferens, IHE Forum, hölls den 8-9 september på Grand Hotel i Lund med temat ”*Disruptiva innovationer – banbrytande förändringar för vården i vardagen*”. Dagarna bjöd bland annat på konkreta exempel på disruptiva innovationer inom hälso- och sjukvården, presentationer av hur olika aktörer arbetar med disruptiva innovationer idag och diskussioner kring dess utmaningar.

Disruptiva innovationer – definitioner och kontext

Konferensen inleddes av **Bengt Jönsson**, professor emeritus vid Handelshögskolan, som gav ett EU-perspektiv på disruptiva innovationer inom hälso- och sjukvården. Bengt Jönsson är vice ordförande i EXPH (Expert Panel on effective ways of investing in Health) som är en multidisciplinär och oberoende expertpanel sammansatt av Europeiska kommissionen. EXPH antog i februari 2016 ett yttrande kring disruptiva innovationer inom Europas hälso- och sjukvårdssystem. Jönsson sammanfattade innovation som det ”*viktigaste medlet för att förbättra hälsan och sjukvården när utrymmet för att öka de offentliga sjukvårdsutgifterna är begränsat*”.

Det nya med dagens innovationer är att det är mer en fråga för sjukvårdssystemet



Bengt Jönsson, professor emeritus vid Handelshögskolan, hälsade välkomna till IHE Forum 2016

som helhet och inte enbart något för medicinska specialister. Det är viktigt att man som en del av hälso- och sjukvårdspolitikerna utvecklar kunskap för att kunna styra utvecklingen och användningen av innovationer eftersom det är en komplicerad uppgift. ”*Disruptive*” kan

- 1 Disruptiva innovationer på IHE Forum 2016
- 4 Kontinuerlig glukosmätning och 3D-skrivare med mänsklig vävnad— exempel på disruptiva innovationer
- 6 Disruptiva innovationer och hur förutsättningarna i vården förändras
- 7 Vilken roll spelar ersättningssystem för disruptiva innovationer?
- 8 Hur kan disruptiva innovationer uppmuntras inom hälso- och sjukvården?
- 10 Aktuella publiceringar

LÄS MER OM

EXPH - Expert Panel on effective ways of investing in Health

därtill ses som ett sätt att styra utvecklingen mot billigare, enklare och mer värdefulla innovationer.

Ett exempel som Jönsson lyfte fram var magsårsläkemedlet cimetidin (Tagamet) som introducerades på den svenska marknaden 1978. Den tidens standardbehandling för magsår, magsårsoperation, blev obsolet och kunde i teorin helt ersättas med den nya läkemedelsbehandlingen. Introduktionen av cimetidin var dock inte friktionsfri för hälso- och sjukvården. Kirurgisk personal tappade plötsligt en stor arbetsuppgift och skulle istället sysselsättas med annat. I realiteten fortgick magsårsoperationerna under många år, och det visade sig därför svårt att räkna hem besparingarna av det minskade operationsbehovet. I fallet med cimetidin visade en studie i början av 1980-talet dessutom att de ökade läkemedelskostnaderna överskred besparingarna inom slutenvården som följde



Anders Lönnberg, regeringens nationella samordnare för Life Science

färre operationer, samtidigt som innovationen resulterade i samhällsbesparingar på grund av stora besparingar i form av minskat produktionsbortfall. Detta belyser ytterligare att disruptiva innovationer kan kräva en ansats från sjukvårdssystemet som helhet.

Hinder och drivkrafter för disruptiva innovationer

Anders Lönnberg, regeringens nationella samordnare för Life Science, delgav sin syn på vilka hinder och drivkrafter för innovation som finns inom dagens hälso- och sjukvård.

Lönnberg menade att ett hinder för innovation kan vara ersättningsmodellen för produkten/tjänsten. Vidare är den kulturella och organisatoriska aspekten viktig liksom de ekonomiska incitamenten som finns i systemet. Exempelvis är det problematiskt när innovationer påverkar olika budgetar, då en budget drabbas av kostnaderna medan en annan sektor/budget kan tillskriva sig intäkterna. Lönnberg menade vidare att varje aktör måste utforska vilka drivkrafter för innovation som finns. Det är viktigt att alla funderar kring vad man är villig att förändra och inte slår sig till ro med inställningen att det man själv gör är det ideala. Det finns ofta en inbyggd tanke kring att endast det som förändrar något för den egna personen/verksamheten är värt att förändra och att det bara är det egna behovet som styr.



Från vänster: Jacob Hellman, innovationschef på Stockholms Läns Landsting, Ingrid Bengtsson-Rijavec, hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Skåne, och moderator Lisa Kirsebom

Disruptiva innovationer i landstinget

Jakob Hellman, innovationschef, och **Ingrid Bengtsson-Rijavec**, hälso- och sjukvårdsdirektör, från Stockholms Läns Landsting (SLL) respektive Region Skåne utfrågades kring landstingens syn på disruptiva innovationer. Både i Region Skåne och i SLL har flera politiska beslut fattats för att främja innovationer. Bengtsson-Rijavec menade att det i Skåne finns en politisk vilja men att det är svårt att skapa incitament för verksamheten att vilja ta till sig innovationer. Det har visat sig svårt att skala upp mindre projekt i regionen och lagen om upphandling har i vissa fall varit ett hinder.

Vidare nämndes att det finns en rädsla för att bli betraktad som jävig när man inom vården samarbetar med läkemedelsindustrin. I Stockholm har man därför startat ett "testmiljöprojekt" med syftet att hitta ett samarbetssätt mellan just landstinget

och industrin. I ett sådant samarbete poängterades vikten av att tänka långsiktigt och att skapa ett förtroende mellan parterna genom att tydligt identifiera roller och drivkrafter hos respektive aktör.

Redan under konferensens första pass blev det tydligt vilka utmaningar och hinder som finns med disruptiva innovationer. Framför allt belystes sjukvårdens hierarkiska organisation, en kultur av förändringsmotstånd och svårigheten att luckra upp denna, vikten av att skapa lämpliga ersättningsmodeller och att hitta bra sätt att samarbeta mellan offentlighet och näringsliv samt problemet med att sprida erfarenheter till andra regioner/landsting. Men mellan dessa svårigheter lyftes också mängder av idéer och goda initiativ fram. Det verkar därmed inte råda någon brist på disruptiva innovationer, medan utmaningen ligger i att förmå hälso- och sjukvårdssystemet att förvalta dem.

Kontinuerlig glukosmätning och 3D-skrivare med mänsklig vävnad— exempel på disruptiva innovationer

Under konferensens första dag presenterades en rad konkreta exempel på aktuella disruptiva innovationer inom hälso- och sjukvården; kontinuerlig glukosmätning, 3D-skrivare med mänsklig vävnad, standardiserade vårdförlopp och digitala innovationer.

Gun Forsander, överläkare på Sahlgrenska universitetssjukhuset, som tog exempel från barndiabetologins värld. Hon visade att diabetespatienten (barnet/familjen) tack vare nya hjälp-



Gun Forsander, överläkare på Sahlgrenska universitetssjukhuset

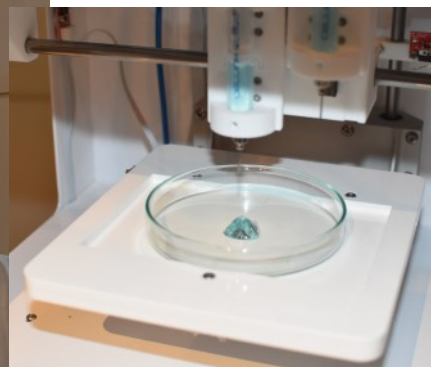
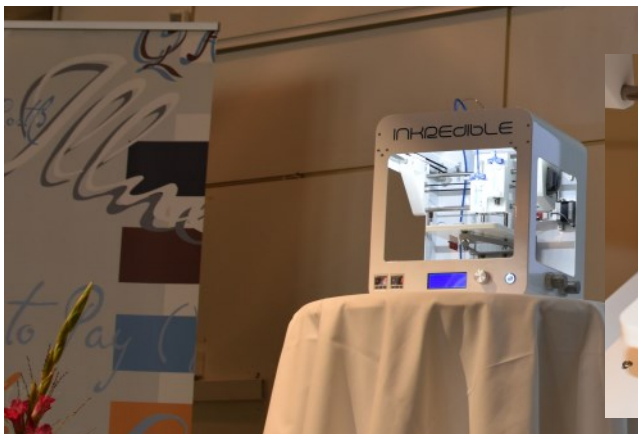
medel såsom kontinuerlig glukosmätning (Continues Glucose Monitoring CGM) dygnet runt och insulinpump har fått en helt ny roll i diabetesvården och att patienten numer ses som en resurs i vården. CGM har inneburit ett paradigmskifte för diabetesvården men nyckeln till framgång för implemente-

ringen av dessa nya hjälpmedel ligger i en god utbildning av både barn, föräldrar och skola så att patienten känner makt över sin egen sjukdom. Vidare krävs ett bra upphandlingsförfarande vid införandet av dessa hjälpmedel och det finns fortfarande problem med lika tillgång till denna nytänkande vård över hela landet.

Erik Gatenholm, VD på det nystartade bolaget Cellink, presenterade en 3D-skrivare som kan printa mänsklig vävnad. Företaget är ett av världens första 3D-printföretag och det första företaget i världen som tagit fram det biobläck som används som råvara i skrivaren. Den mänskliga vävnaden ska kunna användas för medicinsk forskning. Idag 3D-printas framförallt



Erik Gatenholm, VD Cellink



mänsklig hud men företagets vision är att i framtiden även kunna skriva ut hela mänskliga organ. För närvarande är intresset från kosmetikaföretag störst, vilka ser möjlighet att testa sina produkter på 3D-skriven hud istället för att använda sig av djurförsök. Men 3D-skrivaren används också i medicinsk forskning där man exempelvis kopierar cancer tumörer i syfte att testa hur dessa svarar på olika behandlingsalternativ.

Marie Busch, cancersamordnare och sjuksköterska KRYH Region Skåne, presenterade införandet av det standardiserade vårdförloppet (SVF) inom Region Skånes cancervård som ett exempel på en disruptiv organisatorisk innovation. SVF är både en banbrytande tidsoptimering men också ett sätt att göra cancervården mer patientorienterad. Det är regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som kommit överens om att under perioden 2015-2018 genomföra



Marie Busch, cancersamordnare och sjuksköterska KRYH i Region Skåne

en nationell satsning på att korta väntetider och minska de regionala skillnaderna i cancervården. *Pakkeforløben* i Danmark är en förebild där ett strukturerat, standardiserat och tidskontrollerat vårdförlopp har gjort att patienter blivit utredda snabbare, att patienter som fått en cancerdiagnos har fått en tydlig plan för vårdförloppet och att de tilldelats en namngiven kontaktperson som samordnar deras behandling. Resultat från pilotprojekten av SVF i

Region Skåne visar på kortade ledtider och goda patientupplevelser. Utmaningarna ligger bland annat i att information och kommunikation mellan alla vårdgivare ska fungera, att förändra arbetssätt och värderingar och att det finns flera parallella journalsystem som i dagsläget inte kommunicerar med varandra.



Magnus Jörntén-Karlsson, Project Director, Intelligent Pharmaceuticals, AstraZeneca

Därtill resonerade AstraZenecas **Magnus Jörntén-Karlsson** kring digitala interventioner och hur sådana kan användas för att optimera framtidens läkemedel och behandlingar. Digitala interventioner kan bland annat användas till att förbättra behandlingsfölsamhet, stödja livsstilsförändringar och förutse sjukdomsutveckling. Samtidigt som Jörntén-Karlsson menade att Sverige har kommit långt i utvecklingen av sådana digitala system så kvarstår utmaningar i hur man ska hantera data- och patientsäkerhetsfrågor.

Sessionen belyste det faktum att det finns flera exempel på disruptiva innovationer som har/kan förändra och förbättra den svenska hälso- och sjukvården. Samtidigt finns en utbredd konsensus om att den avgörande faktorn för att det ska ske är hur väl hälso- och sjukvårdssystemets aktörer lyckas ta till sig ny teknik och hur mottagliga de är för strukturella förändringar.

Disruptiva innovationer och hur förutsättningarna i vården förändras

Första konferensdagen på IHE Forum 2016 avslutades med en diskussion kring hur disruptiva innovationer förändrar förutsättningarna för vården och hur roller och samarbeten påverkas.

Anders Sylvan, landstingsdirektör Västerbottens läns landsting, menade att idégivaren till en disruptiv innovation ofta finns utanför organisationen och att kunden/patienten ofta är den som utvecklar den. Därför måste sjukvården ha en beredskap och struktur för att kunna ta emot innovationer. Men det kan vara en svår uppgift eftersom många vill ha utveckling, medan ingen vill ha förändring.

Under paneldiskussionen representerades både akademien och de innovativa företagen av Carl Borrebaeck, professor i Immunteknologi vid Lunds Tekniska Högskola och direktör för CREATE. Hos Borrebaeck hördes en tydlig frustration över svårigheten att implementera innovationer i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och han menade att en anledning kan vara bristen på en mottagarorganisation där nya innovationer och idéer kan presenteras.

I Sverige handlar det inte om en brist på innovationer utan en brist på plats för dem i det rådande systemet. Sverige står för många nya idéer och upptäckter, men eftersom implementeringen är



Från vänster: Moderator Lisa Kirsebom, Ulf Janzon, tillförordnad VD för MSD Sverige, Emma Spak, ordförande i Läkarförbundets råd för läkemedel, IT och medicinteknik, Carl Borrebaeck, professor vid Lunds Tekniska Högskola och direktör för CREATE, och Anders Sylvan, landstingsdirektör för Västerbottens Läns Landsting

Not-invented-here (NIH) är ett begrepp för en kultur som är ovillig att använda/köpa redan existerande produkter, forskning, standarder eller kunskap på grund av de är framtagna av externa aktörer.

Oviljan kan uppstå av olika anledningar, såsom brist på förståelse för den externa aktören, en ovilja att erkänna/värdera andras arbete eller svartsjuka.

svår och trög i Sverige landsätts dessa ofta i utlandet för att sedan implementeras i Sverige när det redan blivit en beprövad metod/teknik internationellt.

Som ett led i att skapa en struktur för implementering av innovationer i hälso- och sjukvården framhöll **Ulf Janzon**, tf VD MSD Sverige, utmaningen i att hitta ett fungerande samarbete mellan läkemedelsindustrin och hälso- och sjukvården. **Emma Spak**, ordförande i Läkarförbundets råd för läkemedel, IT och medicinteknik, menade att det ofta finns ett intresse i sjukvården för ut-

veckling men att förändring är svårt då för lite tid avsätts för verksamhetsutveckling i dagens sjukvård. Spak menade att vikten av sådant arbete måste synliggöras och hon var överens med övriga paneldeltagare och tidigare talare att det är angeläget att kunna lära av varandra. Det goda exemplet måste få råda och *Not-invented-here* (NIH) mentaliteten måste brytas till förmån för att inspireras och ta del av varandras framgångsfaktorer. Hälso- och sjukvården, liksom andra organisationer, främjas av kunskapsspridning.

Vilken roll spelar ersättningsystem för disruptiva innovationer?

Konferensens andra dag inleddes med att diskutera ersättningsystemens roll för disruptiva innovationer. **Richard Bergström**, avgående generaldirektör EFPIA, inledde med att ge sitt internationella perspektiv.

Bergström menade att det finns ett stort stöd från betalare i Europa och



Richard Bergström, avgående generaldirektör för EFPIA

USA för nya betalningsmodeller där man betalar först när man ser resultat av läkemedlet/behandlingen. Bergström menade också att utvecklingen går alltmer mot att man betalar för en svit av tjänster (ex. en kompott av diagnostik, markörer, läkemedel och stödterapi inom cancervården) och inte enskilda produkter eller åtgärder. För detta krävs att man utvecklar nya typer av betalningsmodeller då nyttan av en enskild produkt kan vara svår att bryta ut. Läkemedelsindustrin är medveten och intresserad av utvecklingen av nya ersättningsystem, men utmaningen att lösa infrastrukturen för dessa system tillsammans med betalarna (sjukvården) återstår.

Peter Lindgren och **Katarina Steen Carlsson**, båda forskningsledare vid



Peter Lindgren, forskningsledare IHE och docent vid Karolinska Institutet

IHE, resonerade kring ersättningsystem och disruptiva innovationer i en svensk kontext.

Lindgren menade att ersättningsystem påverkar möjligheten till innovation och att ju större innovation desto större utmaning med att hitta en lämplig ersättningsmodell. För att hantera nya innovationer krävs därför ofta särlosningar vad gäller val av ersättningsmodell. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att ersättningsmodellen bara är en komponent som ska fungera tillsammans med andra komponenter såsom lagstiftning, organisation, kultur och upphandling.

handling av Psoriasis. I sin presentation visade han exempel på att man genom uppföljning av psoriasispatienter som gått från konventionell behandling till biologisk behandling kan se att introduktionen av biologiska läkemedel inneburit en disruptiv innovation för många patienter. Schmitt-Egenolf menade samtidigt att den uppmätta effekten i en klinisk prövning inte direkt kan översättas till den i klinisk verklighet vilket ytterligare poängterar vikten av uppföljning och möjligheten att korrigera ersättning därefter.

- Hur intresserad är du av att betala priset för ett päron om du köper ett äpple?

Samtliga talare på ämnet ersättningsystem indikerade att framtidens metoder är anpassningsbara ersättningsystem, flexibla både mellan produkter och över tid.



Katarina Steen Carlsson, forskningsledare IHE och forskare vid Lunds Universitet

Steen Carlsson framhöll att värdebaserade ersättningsystem kräver uppföljning. Initialt råder ofta osäkerhet kring effekten och nyttan av den nya innovationen, konsekvenserna för relaterad resursanvändning och hur målgruppen för innovationen ser ut. Genom att analysera data från klinisk praxis, hälsodataregister och kvalitetsregister kan detta följas upp och ersättningsmodellen kan också sammankopplas med denna uppföljning i ett försök att försäkra betalaren om att få ut önskad effekt per betalad krona.

Marcus Schmitt-Egenolf, överläkare och professor i dermatologi vid Umeå universitet, är registerhållare för Pso-Reg som är ett Register för Systembe-



Marcus Schmitt-Egenolf, överläkare och professor vid Umeå Universitet, samt registerhållare för Pso-Reg

Hur kan disruptiva innovationer uppmuntras inom hälso- och sjukvården?

IHE Forum 2016 avslutades med en presentation av *Agneta Karlsson*, statssekreterare på Socialdepartementet, kring hur regeringen arbetar för att främja innovationer inom hälso- och sjukvården samt en slutdebatt kring hur disruptiva innovationer kan uppmuntras.

Karlsson förklarade att regeringen fokuserar på att skapa klimat som gynnar innovationer medan man lämnar till världens huvudmän att se till att innovationer sedan implementeras och sprids.

I debatten anslöt sedan **Anders Blanck** (VD LIF), **Karin Bätelson** (vice ordfö-

rande Läkarförbundet och ordförande för Sjukhusläkarna), **Lennart Christiansson** (medicinalråd, Socialstyrelsen), **Anders Lönnberg** (regeringens nationella samordnare för Life Science) och **Jenni Nordborg** (avdelningschef Hälsa på Vinnova).

Debatten lyfte många av de frågor som kommit fram tidigare under konferensen; att alla måste vara med i förändringsarbete och se vad som kan förändras i den egna verksamheten, att idéer måste tillvaratas oavsett varifrån de kommer, vikten av att idéer och projekt sprids vidare i verksamheter såväl på region- och landstingsnivå som nationellt. Andra aspekter som kom upp var att upphandlingsförfarandet måste förenklas för att underlätta implementeringen av nya innovationer och att Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) skulle kunna hjälpa landsting och regioner i detta arbete.

Vidare diskuterades betydelsen av att samarbetet mellan det offentliga och näringslivet fungerar och att det är en viktig pedagogisk uppgift att skapa ett förtroende mellan parterna. Idag råder en "beröringskräck" som motsätter sig sådana samarbeten med argumentationen att vården inte ska vara jävig och de som

ändå vågar ingå i gemensamma kraftanstängningar, i syfte att förbättra vården, får ofta utstå kraftig kritik i det offentliga rummet. Men i många fall är samarbeten mellan vården och industrin en förutsättning för att nå innovation/utveckling.

Slutsatsen blir att vi behöver en mer tillåtande och flexibel vårdmiljö med utrymme för förändringsarbete. Om stora delar av problemen ligger i de faktorer som lyfts under konferensen – hierarki inom verksamheten, brist på kunskaps-spridning, NIH (Not-invented-here) mentalitet, beröringskräck – ligger det nära till hands att fundera över vilka krav det ställer på ledarskapet. Att lösa dessa problem förutsätter ett ledarskap som föregår med gott exempel i termer av att ta till sig idéer och förändringsförslag såväl *utifrån* från externa aktörer som *underifrån* inom verksamheten. Det innebär att fokus måste flyttas från varifrån nytänkande härrör, till hur det kan hjälpa oss att nå det gemensamma målet om en bättre vård för patienten.



Från vänster: Moderator Lisa Kirsebom, Anders Blanck, VD LIF, Karin Bätelsson, vice ordförande Läkarförbundet och ordförande för Sjukhusläkarna Lennart Christiansson, medicinalråd vid Socialstyrelsen, Jenni Nordborg, avdelningschef Hälsa på Vinnova, Anders Lönnberg, regeringens nationella samordnare för Life Science, och Agneta Karlsson, statssekreterare vid Socialdepartementet.

Aktuella publiceringar

Jönsson B, Hofmarcher T, Lindgren P & Wilking N

[The cost and burden of cancer in the European Union 1995-2014](#)

Eur J Cancer. 2016 Aug 30;66:162-170.

Lanbeck P, Ragnarson Tennvall G & Resman F

[A cost analysis of introducing an infectious disease specialist-guided antimicrobial stewardship in an area with relatively low prevalence of antimicrobial resistance](#)

BMC Health Services Research (2016) 16:311

Olofsson S, Norrlied H, Karlsson E, Wilking U & Ragnarson Tennvall G

[Societal cost of subcutaneous and intravenous trastuzumab for HER2-positive breast cancer: An observational study prospectively recording resource utilization in a Swedish healthcare setting](#)

The Breast 2016; 29: 140-146

Sabapathy S, Neslusan C, Yoong K, Teschemaker A, Johansen P & Willis M

[Cost-effectiveness of Canagliflozin versus Sitagliptin when Added to Metformin and Sulfonylurea in Type 2 Diabetes in Canada](#)

J Popul Ther Clin Pharmacol. 2016; 23(2): 151-168

Jönsson B, Hofmarcher T, Lindgren P & Wilking N

[Comparator report on patient access to cancer medicines in Europe revisited](#)

Lund: IHE Report 2016:4

Gandra SR, Villa G, Fonarow GC, Lothgren M, Lindgren P, Somaratne R, et al.

[Cost-Effectiveness of LDL-C Lowering With Evolocumab in Patients With High Cardiovascular Risk in the United States](#)

Clin Cardiol. 2016 Jun;39(6):313-20

Olofsson S, Steen Carlsson K, Berntorp E, Persson E, Axelsen F & Persson U

[Willingness to pay for eliminating the risk of being infected by blood-borne diseases in regular replacement treatment for patients with haemophilia](#)

Nordic Journal of Health Economics, 2016; 4(2): 24-43

Olofsson S, Norrlied H & Persson U

[Preferences for improvements in attributes associated with basal insulin: a time trade-off and willingness-to-pay survey of a diabetic and non-diabetic population in Sweden.](#)

J Med Econ. 2016 May 31:1-14.

Toresson Grip E & Steen Carlsson K
[Kostnader för reumatoid artrit i Sverige år 2014](#)

Lund: IHE Rapport 2016:3

Jönsen A, Hjalte F, Willim M, Carlsson KS, Sjöwall C, Svenungsson E, Leonard D, Bengtsson C, Rantapää-Dahlqvist S, Pettersson S, Gunnarsson I, Zickert A, Gustafsson JT, Rönnblom L, Petersson IF, Bengtsson AA & Nived O

[Direct and indirect costs for systemic lupus erythematosus in Sweden. A nationwide health economic study based on five defined cohorts](#)

Semin Arthritis Rheum. 2016; 45(6): 684-90

Lundqvist A, Andersson E, Ahlberg I, Nilbert M & Gerdtam U

[Socioeconomic inequalities in breast cancer incidence and mortality in Europe—a systematic review and meta-analysis](#)

The European Journal of Public Health 2016.

Publicerad online 23 maj 2016

Landfeldt E, Lindgren P, Bell CF, Guglieri M, Straub V, Lochmuller H, et al.

[Quantifying the burden of caregiving in Duchenne muscular dystrophy](#)

J Neurol. 2016 May;263(5):906-15

Landfeldt E, Lindgren P, Bell CF, Guglieri M, Straub V, Lochmuller H, et al.

[Health-related quality of life in patients with Duchenne muscular dystrophy: a multinational, cross-sectional study](#)

Dev Med Child Neurol. 2016;58(5):508-15

Mesterton J, Lindgren P, Ekenberg Abreu A, Ladfors L, Lilja M, Saltvedt S, et al.

[Case mix adjustment of health outcomes, resource use and process indicators in childbirth care: a register-based study](#)

BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16(1):125

Calara P S, Norlin J M, Althin R, Steen Carlsson K & Schmitt-Egenolf M

[Healthcare Provider Type and Switch to Biologics in Psoriasis: Evidence from Real-World Practice](#)

BioDrugs 2016; 30(2): 145-151

Jönsson B, Persson U & Wilking N

[Innovative treatments for cancer in Europe - Value, cost and access](#)

Lund: IHE Report 2016:2

Svensson J, Andersson E, Persson U, Edekling T, Ovanfors A & Ahlgren G

[Value of treatment in clinical trials versus](#)

[the real world: the case of abiraterone acetate \(Zytiga\) for postchemotherapy metastatic castration-resistant prostate cancer patients in Sweden](#)

Scandinavian Journal of Urology

Published online: 25 Apr 2016

Timpka J, Svensson J, Nilsson MH, Palhagen S, Hagell P & Odin P

[Workforce unavailability in Parkinson's disease](#)

Acta Neurol Scand. 2016 Apr 12

Lundqvist A, Andersson E & Steen Carlsson K

[Kostnader för cancer i Sverige idag och år 2040](#)

Lund: IHE Rapport 2016:1

Zarrouk M, Lundqvist A, Holst J, Troëng T & Gottsäter A

[Cost-effectiveness of Screening for Abdominal Aortic Aneurysm in Combination with Medical Intervention in Patients with Small Aneurysms](#)

Eur J Vasc Endovasc Surg 2016; 51(6): 766-773

Cardell L-O, Olsson P, Andersson M, Welin K-O, Svensson J, Ragnarson Tennvall G & Hellgren J

[TOTALL: high cost of allergic rhinitis—a national Swedish population-based questionnaire study](#)

npj Primary Care Respiratory Medicine 2016; 26. Artikelnr: 15082

Andersson E, Asseburg C, Svensson J & Persson U

[Nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros \(MS\) och Parkinsons sjukdom – Stöd för styrning och ledning](#)

Hälsoekonomiskt underlag till Remissversion 2016.

Stockholm: Socialstyrelsen 2016

Henriksson M, Jindal R, Sternhufvud C, Bergenheim K, Sörstadius E & Willis M

[A Systematic Review of Cost-Effectiveness Models in Type 1 Diabetes Mellitus](#)

PharmacoEconomics, 2016.

Publicerad online 20 januari 2016.

Norrlied H, Hjalte F, Lundqvist A, Svensson Å & Ragnarson Tennvall G

[Cost-effectiveness of Maintenance Treatment with a Barrier-strengthening Moisturizing Cream in Patients with Atopic Dermatitis in Finland, Norway and Sweden](#)

Acta Derm Venereol 2016; 96: 173–176.