



- 1 Sjukvårdens kostnader relaterad till övervikt och fetma
- 3 Läkemedelsförmånsnämndens subventionering av läkemedel – exempel på öppen och legitim beslutsprocess
- 4 Betalningsviljan för ett QALY – en pilotstudie
- 5 Hälsoekonomisk analys av cancervård
- 7 Mikrovågsbehandling vid godartad prostataförstoring – ett lönsamt alternativ
- 8 IHE-FORUM 2005
- 8 Aktuella publiceringar

Sjukvårdens kostnader relaterad till övervikt och fetma

Andelen människor med övervikt och fetma har under senare år ökat i många länder. I Sverige var i början av 1980-talet 32 procent av vuxna män och 22 procent av vuxna kvinnor överviktiga. Vid slutet av 1990-talet var motsvarande siffror 41 respektive 28 procent. Antalet personer med fetma har nästan fördubblats under samma period. Vid 1990-talets slut hade åtta procent av både männen och kvinnorna fetma.

Risken att drabbas av olika sjukdomar ökar för personer med övervikt och fetma. I en aktuell rapport har IHEs Ulf Persson, Marianne Svensson och Knut Ödegaard skattat den del av sjukvårdens kostnader som kan relateras till övervikt och fetma. Skattningen visar att sjukvårdens merkostnad för vissa sjukdomar som kan relateras till övervikt och fetma var cirka 3 miljarder år 2003.

Studiens syfte var att beräkna dagens sjukvårdskostnader och att skatta den framtida kostnadsutvecklingen som personer med övervikt och fetma i Sverige kan förväntas förorsaka. Studien avgränsas till att skatta de direkta sjukvårdskostnaderna, det vill säga kostnaden för slut- och öppenvård samt kostnaden för läkemedelsbehandling i öppenvård. Kostnader för produktionsbortfall till följd av sjukskrivning och förtidspensionering har inte beräknats.

Kostnadsberäkningarna har avgränsats till sjukdomarna diabetes typ II, högt blodtryck, kärlkramp och akut hjärtinfarkt. Även kostnaden för stroke som förorsakats av högt blodtryck har skattats. Internationella studier visar att dessa sjukdomar svarar för mer än 80 procent av de totala sjukvårdskostnaderna som övervikt och fetma förorsakar sjukvården.

Metoden går ut på att beräkna den överskjutande risk som personer med övervikt och fetma har att få olika sjukdomar jämfört med normalviktiga personer. Med uppgifter om denna överskjutande risk samt kostnaden för att behandla sjukdomarna, kan kostnader-

na som följer av övervikt och fetma beräknas.

Sjukvårdens kostnad år 2003

Skattningen visar att patienter med övervikt och fetma kostade sjukvården närmare 3 miljarder kronor år 2003. Den totala kostnaden för sjukvården var cirka 188 miljarder år 2002, vilket innebär att övervikt och fetma svarar för ca 1,6 procent av den totala sjukvårdskostnaden. Osäkerhet i skattningen är emellertid stor. Känslighetsanalyser visar att den totala sjukvårdskostnaden kan variera från knappt 1 till 5 miljarder kronor.

Merkostnaden relaterad till övervikt och fetma för valda sjukdomar, år 2003. Miljoner kronor.

Sjukdom	Övervikt ($25 \leq \text{BMI} < 30$)		Fetma ($\text{BMI} \geq 30$)		Totalt
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	
Diabetes typ II	465	422	323	299	1 509
Högt blodtryck och stroke	260	266	197	224	947
Kärlkramp	-29	134	107	104	316
Akut hjärtinfarkt	-17	84	64	65	195
Totalt	679	906	691	692	2 967

BMI= Individens vikt i kg / längd i m²

Den framtida utvecklingen – 15 år efter USA?

I rapporten beskrivs i fyra scenarier hur andelen av befolkningen med övervikt och fetma kan utvecklas efter år 2003 och hur detta påverkar de framtida sjukvårdskostnaderna för de studerade sjukdomarna.

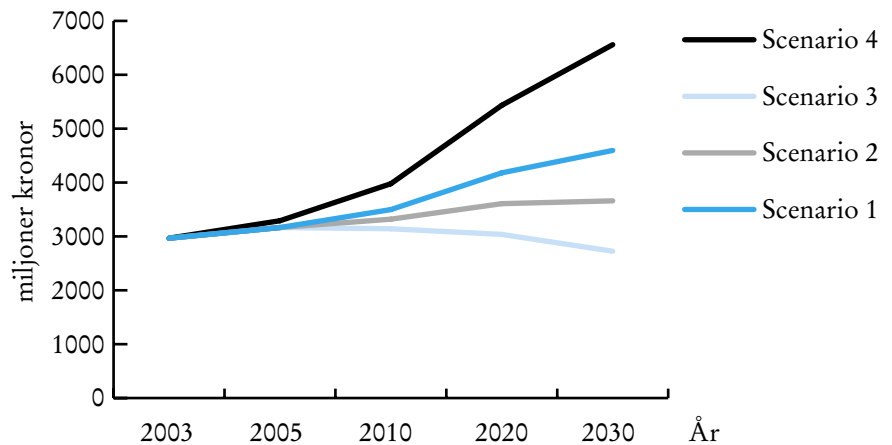
- **Scenario 1:** andelen av befolkningen med övervikt och fetma antas fortsätta öka på samma sätt som de senaste 20 åren.
- **Scenario 2:** övervikt och fetma antas fortsätta att öka i samma takt som i scenario 1 fram till år 2005, för att därefter stanna på denna nivå.
- **Scenario 3:** övervikt och fetma antas fortsätta att öka i samma takt som i scenario 1 fram till år 2005, för att därefter minska i samma takt.
- **Scenario 4:** övervikt och fetma antas öka snabbare än i det första scenariot. Ökningen baseras på utvecklingen av övervikt och fetma hos nyrekryter till militärtjänst under 1990-talet.

Scenario 4 ger den största ökningen av antalet personer med övervikt och fetma och den största kostnadsökningen (figur 1). Antalet överviktiga och feta förväntas i detta scenario öka från drygt 3,3 miljoner individer år 2003 till 6 miljoner år 2030, vilket motsvarar en ökning från 37 till 60 procent av befolkningen. Sjukvårdskostnaderna för dessa patienter förväntas öka med cirka 120 procent under samma period.

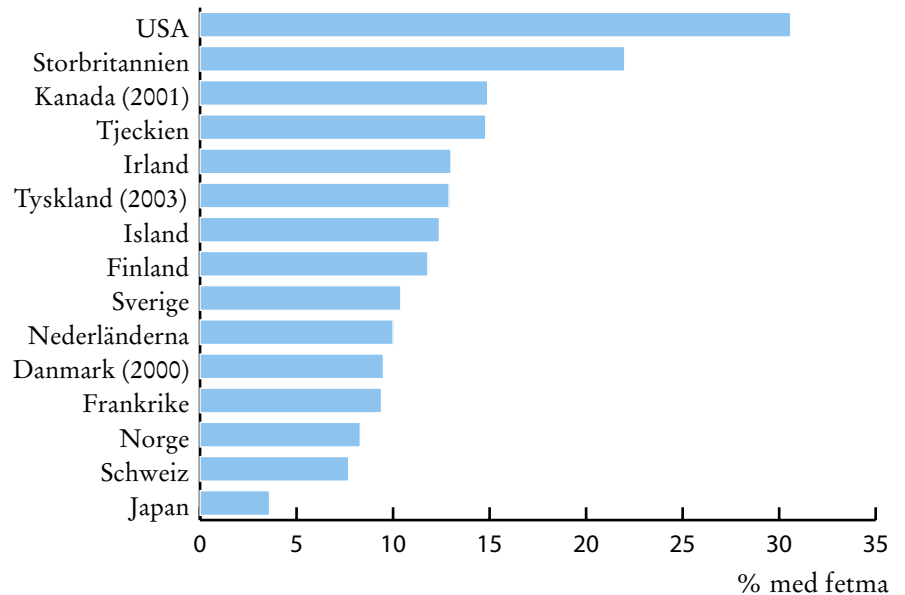
Om antalet personer med övervikt och fetma fortsätter att öka i samma takt som under de senaste 20 åren (scenario 1) blir andelen personer med övervikt och fetma av befolkningen istället 46 procent år 2030. Merkostnaden för sjukvården blir även i detta scenario betydande – en ökning med cirka 55 procent.

Utvecklingen av antalet personer med övervikt och fetma i scenario 4 motsvarar den som tidigare rapporterats från USA för tidsperioden 1978-1991. En aktuell skattning från USA visar att den totala kostnaden som kan relateras till övervikt och fetma uppgår

Figur 1 Olika scenarier över kostnadsutvecklingen som kan relateras till övervikt och fetma, 2003 års priser.



Figur 2 Andelen personer med fetma (BMI≥30) av den totala befolkningen år 2002.



Källa: OECD, 2004

till drygt 400 miljarder kronor. Om kostnaden relateras till befolkningsstorlek är den ca fyra gånger så stor som i scenario 4. Till viss del kan sannolikt denna kostnadsskillnad förklaras av att prevalensen för fetma är betydligt högre i USA jämfört med i Sverige (figur 2).

Var kan man läsa mer?

Kostnadsutvecklingen i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma – några scenarier. Vårdens resursbehov och utmaningar på längre sikt.

Landstingsförbundet, 2004.

Författare till rapporten är Ulf Persson, Marianne Svensson och Knut Ödegaard. Studien har finansierats av Landstingsförbundet och kan beställas från www.skf.se

Läkemedelsförmåns- nämndens subventionering av läkemedel

– exempel på öppen och legitim beslutsprocess

I oktober 2002 inrättades Läkemedelsförmånsnämnden (LFN). Denna myndighet har till uppgift att bedöma vilka läkemedel som ska subventioneras av allmänna medel utifrån läkemedelsföretagens ansökningar. Dessutom ska myndigheten verka för att prioriteringar i svensk hälso- och sjukvård ska bli mer öppna.

I en aktuell rapport från PrioriteringsCentrum redogör Sandra Jansson och Anders Anell, IHE, för LFN:s beslutsprocess i samband med subventionsbeslut för originalläkemedel under år 2003. Studien visar att LFN:s subventionsbeslut av receptläkemedel i hög grad uppfyller fastställda kriterier för öppna, rättvisa och legitima beslutsprocesser, men att det finns möjligheter att öka insynen i beslutsprocessen ytterligare.

Syftet med rapporten var att undersöka om LFN:s beslutsprocess ger upphov till en öppen, rättvis och legitim prioriteringsprocess. Dessutom granskades olika intressenters påverkan på LFN:s myndighetsutövning, samt vilka faktorer som ökar respektive minskar förutsättningarna för öppna och legitima prioriteringar inom den svenska läkemedelsförmånen. Studien baseras på internationellt erkända principer om vad som karaktäriserar öppna och legitima prioriteringar i hälso- och sjukvården (se rutan).

LFN ska i varje enskilt beslut om subventionering av läkemedel ta hänsyn till fyra olika beslutskriterier: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen, kostnadseffektivitetsprincipen samt principen om marginalnytta, vilka har fastställts av riksdagen. Studien visar att kostnadseffektivitetsprincipen har fått en framträdande roll i LFN:s beslutsfattande. Till exempel

motiverades ofta avslag av en ansökan med en för låg kostnadseffektivitet. I det fortsatta arbetet bör LFN specificera vilken relativ betydelse de uppställda beslutskriterierna har i varje enskilt subventionsbeslut och definiera var myndigheten sätter sin gräns för när ett läkemedel kan definieras som kostnadseffektivt.

För att stärka legitimiteten i beslutsprocessen bör LFN även intensifiera sitt arbete med att föra ut kunskap och information till framför allt förskrivare och patienter. Nämnden bör dessutom explicit visa att förväntade konsekvenser av olika beslut har övervägts. Efter om läkemedelsföretagens ansökan omfattas av sekretesslagstiftningen torde det i praktiken vara svårt för LFN att i någon större omfattning öka insynen och deltagandet i själva beslutsprocessen.

Författarna konkluderar att LFN:s genomgång av det totala läkemedels-sortimentet kan förväntas leda till större konflikter med andra intressenter om läkemedel som redan används av patienter lyfts ut ur läkemedelsförmånen. I framtiden kommer det därför att bli än viktigare för myndigheten att fortsätta sitt arbete med att legitimera den beslutsprocess som kringgärdar subventionering av receptläkemedel.

Var kan man läsa mer?

Subventionering av läkemedel – förutsättningar för öppna och legitima beslutsprocesser i Läkemedelsförmånsnämnden.

PrioriteringsCentrum Rapport 2005:1
Författare är Sandra Jansson och Anders Anell. Studien har finansierats av PrioriteringsCentrum.

Öppna prioriteringsbeslut och processer

Enligt Liss¹⁾ är ett beslut ett *prioriteringsbeslut* endast i de fall beslutet är medvetet, då det innebär att ett alternativ sätts före ett annat (eller att man säger nej till ett alternativ) samt då valet mellan alternativen baseras på samma uppsättning beslutskriterier. Graden av öppenhet i ett prioriteringsbeslut kan bedömas utifrån fyra dimensioner:

- ▼ *offentlighet*, dvs vem som får tillgång till beslutet och vad tillgången avser;
- ▼ *användning av kriterier*, dvs vilket tolkningsutrymme ger kriterier/riktlinjer;
- ▼ *grad av medvetenhet*, dvs i vilken utsträckning är beslutsfattaren medveten om att det är ett prioriteringsbeslut samt grunderna för och förväntade konsekvenser av beslutet;
- ▼ *grad av medborgarinflytande*.

Även i en situation med öppna prioriteringsbeslut kan beslutet mötas av kritik av de aktörer som berörs, dvs beslutet upplevs inte som legitimt och rättvist. Detta har inneburit att prioriteringsarbetet i hälso- och sjukvården allt mer inriktats på betydelsen av att själva prioriteringsprocessen uppfattas som legitim och rättvis.

Enligt Gibson m fl²⁾ bör följande parametrar i *prioriteringsprocessen* belysas för att få bättre kunskap om processen kan uppfattas som legitim och rättvis: *institutionen där beslutet fattas, personer som deltog i beslutet, faktorer som beaktades i beslutet, skälen för beslutet, processen för beslutet och mekanismer för omprövning av beslutet.*

- 1) Liss, P-E. (2002) - Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys. Linköping : PrioriteringsCentrum. Rapport 2002:4
- 2) Gibson, J.L., Martin, D.K. & Singer, P.A. (2002) – Priority setting for new technologies in medicine: A transdisciplinary study. www.biomecentral.com/1472-6963/2/14

Betalningsviljan för ett QALY – en pilotstudie

Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) har bl a till uppgift att besluta om nya respektive befintliga receptläkemedel ska ingå i läkemedelsförmånen eller inte. I sin bedömning av varje läkemedelsansökan ska LFN ta hänsyn till vissa beslutskriterier – kostnadseffektivitet är en av dem. Denna princip innebär att LFN ska eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekter vid beslut om ett läkemedel ska subventioneras eller inte. Som effektmått rekommenderar LFN kostnad per QALY.

Samtidigt som kostnadseffektivitetsprincipen tycks ha fått en framträdande roll då LFN beslutar om subvention av receptläkemedel saknas kunskap om hur befolkningen värderar ett QALY. Under hösten 2004 har IHE genomfört en pilotstudie om betalningsviljan för ett QALY. Syftet var att testa olika mätmetoder att värdera betalningsviljan och hur värdet varierar med förväntade hälsoförluster.

QALY står för *quality-adjusted life-year*, och har i flera decennier använts i kliniska studier som ett mått på behandlingars effektivitet. Begreppet baseras på en individs värdering av hälsa utifrån komponenterna: tid och kvalitet. Ett QALY är definierat som ett år av full hälsa. Hälsan mäts i en så kallad QALY-vikt som ligger mellan 0 och 1, där 0 betyder död och 1 betyder full hälsa. Tiden uttrycks i år. För att få fram antalet QALYs för en period multipliceras tiden med QALY-vikten. Exempelvis räknas fyra år med en hälsa som har vikten 0,6 som 2,4 QALYs.

Betalningsvilja, eller *willingness-to-pay* (WTP) som är den internationellt använda termen, innebär att individer uppger vad de är beredda att betala för en vara eller tjänst, till exempel bättre hälsa. Ett sätt att mäta WTP är att fråga individen direkt om hans eller hennes maximala betalningsvilja för varan eller tjänsten. Ett annat är att ge

respondenten ett ”bud”, som han eller hon sedan får ta ställning till.

Två metoder – samma försäkringsansats

I studien har två metoder använts för att skatta betalningsviljan. Båda metoderna utgår från en försäkringsansats. Detta innebär att respondenterna har fått försöka tänka sig in i en situation där de kan drabbas av ett visst hälsotillstånd med en viss risk. Hälsotillstånden har beskrivits med *EQ-5D*, som är ett icke sjukdomsspecifikt instrument för att mäta individers livskvalitet i olika hälsotillstånd. Instrumentet beskriver hälsa i fem dimensioner: rörlighet, egenvård, huvudsaklig aktivitet, smärta och

sinnesstämning. Frågan som personerna sedan har fått besvara gäller hur mycket de är beredda att betala för en försäkring som gör att de får behandling direkt om de skulle drabbas av sjukdomen. Om de inte har en försäkring får de vänta i ett år på behandling.

Open-ended-enkäten

Den första metoden är en så kallad *open-ended-enkät*, vilket innebär att individerna får uppge sin betalningsvilja för en försäkringspremie utan någon ledning från enkäten eller intervjuaren. Fördelen med det är att respondenten inte påverkas av intervjuaren eller frågeformuläret. Metoden lämpar sig väl till en postenkät och det behövs en relativt

Det femte nätverksmötet för hälsoekonomer

Den 1 december ägde ett nytt nätverksmöte för hälsoekonomer rum i Stockholm. Ett 60-tal av nätverkets medlemmar hade lockats av mötets tema: **ekonomiska metodproblem i samband med LFN:s genomgång av läkemedelssortimentet – hur ska LFN och läkemedelskommittéerna använda QALYs?**

Joakim Ramsberg från LFN inledde dagen med att informera om de ekonomiska metodproblem som uppstått i samband med läkemedelsgenomgången, däribland hur QALYs ska beräknas och användas av LFN. Ulf Persson, IHE, redovisade preliminära resultat från en pilotstudie med syftet att skatta allmänhetens betalningsvilja för ett QALY (se detta uppslag). Studiens resultat diskuterades och kommenterades under eftermiddagen bland annat av amerikanen Reed

Johnson, som är en av världens mest framstående forskare inom området hypotetiska marknader. Övriga medverkande under dagen var Lars-Åke Levin, CMT vid Linköpings Universitet, Mikael Hoffmann, Landstinget Östergötland, Ann-Christin Taubermann, LFN, och Göran Karlsson, Astra Zeneca.

Nätverket för hälsoekonomer bildades år 2002. Nätverket är öppet för den som arbetar med hälsoekonomiska frågor i landsting/kommun, statliga myndigheter och organisationer eller inom privat sektor. Syftet är att skapa ett forum för diskussion om aktuella frågeställningar bland praktiskt verksamma hälsoekonomer. IHE administrerar nätverket och den som vill veta mer är välkommen att kontakta Sandra Jansson, sandra.jansson@ihe.se

liten datamängd för att komma fram till ett resultat. Nackdelen är att individerna själva får ange ett maximalt pris, vilket gör att spridningen i svaren kan bli stor.

Discrete choice-enkäten

Den andra metoden är ett så kallat *discrete choice experiment* (DCE). Metoden utvecklades inom ämnet marknadsföring, med syftet att ta reda på individers preferenser genom att låta dem göra val mellan olika scenarier. I denna studie presenterades respondenten för fyra hälsotillstånd med tillhörande risker. För varje hälsotillstånd fick respondenten ta ställning till om han eller hon kunde tänka sig att betala det givna priset eller inte.

Fördelen med DCE är att respondenten utsätts för en situation som han eller hon känner igen. Varje dag ställs individer inför valet att köpa eller inte köpa varor till ett givet pris. Nackdelen kan vara att respondentens betalningsvilja påverkas av det bud han eller hon

får (så kallad starting point bias). Med denna metod behövs data från många respondenter för att nå tillförlitliga värden.

Problem med risker och hälsotillstånd

Problemen med denna typ av studier är flera. För det första har respondenterna svårt att diskriminera mellan olika risker. Det innebär att skillnaden mellan den summa de uppger när de ställs inför en risk på 1 procent skiljer sig obetydligt från den summa de uppger när de ställs inför en risk på 5 procent. På motsvarande sätt har respondenterna problem att prisdiskriminera mellan svårare och lindrigare hälsotillstånd.

Behovet av ett värde på ett QALY

Resultaten från denna pilotstudie, som omfattade totalt 119 svar, visar att betalningsviljan för ett QALY kan variera beroende på vilken metod som används. Detta pekar på betydelsen av en fortsatt diskussion om hur betalningsviljan ska värderas.

IHE:s Ulf Persson, Jonas Hjelmgren och Fredrik Johansson samt Krister Hjalte, vid Lunds Universitet menar att det är angeläget att öka kunskapen och förståelsen för hur allmänhetens betalningsvilja för ett QALY varierar med förväntade hälsoförluster. Är det rimligt att tänka sig ett högre värde på ett QALY då patientens behov är särskilt stort – kanske livshotande? För en större studie rekommenderar de discrete choice-metoden eftersom individen ställs inför en situation som han eller hon känner igen vilket kan ge mer realistiska svar. Diskussionen om möjliga metoder för att nå information om individers betalningsvilja för ett QALY förs också i andra länder. I exempelvis Storbritannien har en kommitté av forskare tillsatts för att studera detta.

Rapporten [Betalningsviljan för ett QALY – en pilotstudie](#) kommer att ges ut under våren. Studien har genomförts med stöd från LFN.

Hälsoekonomisk analys av cancervård

Med stöd från Cancerfonden och Socialstyrelsen arbetar IHE sedan några år tillbaka med projekt om hälsoekonomi och cancervård. Förutom att IHE medverkar i Socialstyrelsens nationella riktlinjearbete för behandling av bröst-, prostata- och kolorektalcancer, har IHE sedan tre år tillbaka arbetat med att utveckla en "generisk" modell för hälsoekonomisk analys vid olika former av cancervård. Detta arbete genomförs inom ramen för ett projekt som stöds av Cancerfonden i syfte att bygga upp ett gemensamt centrum för klinisk cancerforskning inom de västra och södra sjukvårdsregionerna vid respektive regions Onkologiska centrum. IHE:s arbete sker i nära samarbete med Förvaltningshögskolan i Göteborg, Onkologiskt centrum i de båda sjukvårdsregionerna samt med Västra Götalandsregionen i Borås. De hälsoekonomiska modeller som utvecklas i detta projekt kan bli ett hjälpmedel i Socialstyrelsens riktlinjearbete. Arbetena förväntas kunna besvara frågor om vilka kostnader och hälsoeffekter som kan väntas av ändrade vårdprogram eller riktlinjer för närinterventioner ska ske.

En genomgång av kliniska data från sk adjuvant terapi av bröstcancer illustrerar ett viktigt problem vad gäller hälsoekonomiska studier. Inom cancervården introduceras nya terapier (t ex nya läkemedel) löpande och som ytterligare kan förbättra behandlingarnas utfall. Samtidigt krävs långa uppföljningar för att en

klinisk effekt ska kunna påvisas. I detta perspektiv finns en risk att de hälsoekonomiska studier av cancervård som baseras på randomiserade välkontrollerade studier bygger på gårdagens behandlingstraditioner och relativpriser. Detta innebär att frågan om hur kostnadseffektiv en ny terapi är idag, knappast kan besvaras med en hälsoekonomisk studie som är direkt kopplad till en randomiserad klinisk prövning. Sådana hälsoekonomiska studier kallas vanligen "piggy-back" studier och innebär att data om resursförbrukning m m samlas in nära kopplat till den kliniska studien.

Piggy-back studier har ofta hög intern validitet men brister många gånger i extern validitet. Samtidigt som den interna validiteten stärks av att kostnader och effekter i den randomiserade kliniska studien är korrekt uppmätta, begränsas den externa validiteten. Den information som krävs för att ta beslut om pris, subvention och behandlingsriktlinjer kan inte enbart hämtas från studien. Vid adjuvant behandling av bröstcancer består problemet snarast i att behandlingarna i kontrollgrupperna inte längre motsvarar en modern behandling. Det innebär att värdet av den nya tillägsbehandlingen inte motsvarar vad som tidigare uppmätts i långa uppföljningsstudier.





Modellstudier

– ett attraktivt alternativ

Hälsoekonomiska modellstudier är ett attraktivt alternativ till randomiserade kliniska prövningar och piggy-back studier. Till modellstudierna hämtas information om:

- ▶ sannolikheter, effekter, säkerhet och förändringar av livskvalitet från kliniska studier, som ibland genomförts i andra länder;
- ▶ terapitradition och resursanvändning hämtas från lokala undersökningar i Sverige, t ex genom retrospektiv journalgenomgång, prospektiva kohortstudier eller intervjuer med experter som känner till hur relevanta patienter behandlas (s k delphi-studier eller expertpanelstudier);
- ▶ antaganden kan göras om följsamhet, återfall, terapibyte och symptomvariation enligt svensk praxis.

Dessa underlag kombineras sedan i en hälsoekonomisk modell för att beräkna förväntad kostnadseffektivitet av jämförda terapier. Att på detta sätt kombinera data är en accepterad metod för ekonomisk analys som tillämpats inom många områden. Gemensamt är att de kombinerar information från flera olika håll och att analysen försöker besvara frågor av nationell karaktär.

Bröstcancer och testikelcancer

IHE:s arbeten har hittills resulterat i en modell som konstruerats för analys av adjuvant behandling av bröstcancer och en modell för beräkning av vårdkostnader för testikelcancer. Genomgången av kostnader och effekter av förändrade behandlingsstrategier vid testikelcancer illustrerar hur introduktion av ny teknologi, i detta fall en ny läkemedelsbehandling, radikalt kan förbättra över-

levnaden för en hel patientgrupp. Testikelcancer drabbar i huvudsak yngre män vilket innebär att den effektiva behandlingen ger betydande vinster i levnadsår och produktiva år. Med hjälp av en enkel modell som bygger på ett standardiserat vårdprogram och kunskap om specifika behandlingskostnader har dagens kostnader för olika behandlingsalternativ beräknats. Med kunskap om hur stor andel av patienterna som idag genomgår olika behandlingsalternativ har också vårdkostnaderna för en genomsnittlig testikelcancerpatient kunnat beräknats. Denna modell för beräkning av vårdkostnader för testikelcancer kan vara en bra utgångspunkt för att diskutera vad en framtida introduktion av en ny teknologi kommer att innebära för vårdkostnaderna.

Fortsatt forskning om livskvalitet vid cancer

Det finns ett behov av fortsatt forskning för vidareutveckling av hälsoekonomiska modellstudier, framförallt vad gäller beräkningar av QALYs, dvs kvalitetsjusterade levnadsår. Detta är viktigt för att bättre förstå patienters värdering av livskvalitet och livslängd i samband med bröstcancer och hur dessa mått kan inkluderas i den hälsoekonomiska analysen. IHE har fått ekonomiskt stöd från Cancerfonden för att utveckla en metod för att värdera hälsoeffekterna av alternativa bröstcancerterapier baserat på befintlig data om patienters värdering av hälsoeffekter.

Ulf Persson, IHE, är projektledare för studierna om hälsoekonomi och cancervård som stöds av Cancerfonden. En beskrivning av de modeller som arbetats fram och hur dessa kan användas i framtida utvecklingsprojekt inom cancervården kommer att avrapporteras till Cancerfonden under våren 2005. Arbetet förväntas också bli publicerat i vetenskaplig tidskrift.

Socialstyrelsen behandlingsriktlinjer

Behandlingsriktlinjer tas fram bl a för att underlätta för vårdgivare att välja den mest kostnadseffektiva behandlingen. På nationell nivå är det i huvudsak Socialstyrelsen som ansvarar för att ta fram olika former av behandlingsriktlinjer och nu pågår arbetet med att ta fram riktlinjer för behandling av bröst-, prostata- och kolorektalcancer. IHE har fått i uppdrag av Socialstyrelsen att genomföra:

- ▶ en studie som syftar till att föreslå metoder på hur man ska tillämpa hälsoekonomisk kunskap från publicerade hälsoekonomiska studier i praktiskt riktlinjearbete;
- ▶ utrednings-, utvärderings- och utvecklingsinsatser inom ramen för Socialstyrelsens hälsoekonomiska arbete med medicinska riktlinjer och beslutsstöd för prioriteringar inom tre områden: bröst-, prostata- och kolorektalcancer.

Ett hjälpmedel i detta arbete är de hälsoekonomiska modeller som utvecklats i IHEs projekt för Cancerfonden.

IHE:s uppdrag inom Socialstyrelsens riktlinjearbete ska avrapporteras under våren. Ulf Persson är ansvarig för arbetet om kolorektalcancer och Gunnel Ragnarson Tennvall ansvarar för prostatacancer. Båda ansvarar för arbetet om bröstcancer.

Mikrovågsbehandling vid godartad prostataförstoring

– ett lönsamt alternativ

Godartad prostataförstoring är en naturlig del av mannens åldrande, men hos många män skapar förstoringen problem med vattenkastning. Ungefär 50 procent av män över 60 år och 80 procent av män över 80 år har prostataförstoring. Cirka 25 procent av alla män får så uttalade problem att de kan behöva behandling. Vanligt förekommande behandlingsalternativ för patienter med godartad prostataförstoring är läkemedel (alfa-blockad), mikrovågsbehandling och kirurgi, så kallad TUR-P.

Jämförelse mellan mikrovågsbehandling och alfa-blockad

En speciell typ av mikrovågsbehandling (PLFT) har utvecklats av ProstaLund. En studie med 18 månaders uppföljning har visat att mikrovågsbehandling har en större symtomreducerande effekt än alfa-blockad, vilket i sin tur medför högre livskvalitet för patienten. PLFT medför emellertid relativt sett höga initiala behandlingarkostnader i samband med ingreppet medan kostna-

derna för läkemedelsbehandlingen fördelar sig jämt över tiden. Vilket behandlingsalternativ som är det mest fördelaktiga ur ett ekonomiskt perspektiv beror därför på i vilket tidsperspektiv som man jämför behandlingarna.

Hälsoekonomisk simuleringsmodell

Jonas Hjelmgren och Gunnel Ragnarsson Tennvall, IHE, har tillsammans med överläkare Lars Malmberg vid Universitetssjukhuset i Lund utvecklat en hälsoekonomisk simuleringsmodell för att analysera kostnadseffektiviteten av behandling med PLFT jämfört med alfa-blockad. Modellen är flexibel vilket innebär att variabler som symtomens svårighetsgrad före behandling, behandlingseffekt, livskvalitet, ålder vid behandling, behandlingarkostnader och tidsperspektiv kan justeras för att testa känsligheten i beräkningarna.

Resultatet från grundanalysen, som beaktade ett treårigt behandlingsspektiv för patienter med måttliga/svåra symtom, visar att den totala kostnaden

över tre år för PLFT respektive alfa-blockad uppgick till 18 700 kr respektive 12 800 kr per behandlad patient (se tabell). Behandling med PLFT gav också en något högre livskvalitet för patienten jämfört med läkemedelsbehandling. Beroende på valet av livskvalitetsinstrument varierade kostnaden per QALY (kvalitetsjusterat levnadsår) mellan 60 000 och 87 000 kr jämfört med läkemedelsbehandlingen, vilket med god marginal faller inom ramen för vad som brukar anses acceptabelt. Kostnadseffektiviteten för behandling med PLFT förbättras ytterligare i ett längre tidsperspektiv. Behandlingen är, enligt de förutsättningsanalysen bygger på, kostnadsbesparande om tidsperspektivet överstiger 5 år.

Studien har finansierats av ProstaLund Operations AB i Lund och har presenterats som poster på Svenska Läkarsällskapets Riksstämma och ISPOR i Hamburg år 2004.

Kort- och långsiktiga kostnader och hälsoeffekter vid behandling med PLFT och alfa-blockad (kr, 2003 års prisnivå).

	1 års uppföljning		Grundanalys 3 års uppföljning		5 års uppföljning	
	PLFT	Alfa-blockad	PLFT	Alfa-blockad	PLFT	Alfa-blockad
Behandlingskostnad	16 744	4 420	18 736	12 842	20 600	20 720
Skillnad i kostnad		12 324		5 894		-120
Vunna QALYs (EQ-5D)	0,792	0,761	2,314	2,216	3,738	3,578
Vunna QALYs (VAS)	0,697	0,676	2,036	1,968	3,287	3,176
Skillnad i vunna QALYs (EQ-5D)		0,031		0,098		0,160
Skillnad i vunna QALYs (VAS)		0,021		0,068		0,111
Kostnad per vunnen QALY (EQ-5D)		397 548		60 143		-750
Kostnad per vunnen QALY (VAS)		586 857		86 676		-1 081

B



IHE-Forum 2005

1-2 september

Hur tar vi bäst vara på framtidens medicin?

Vilka blir framtidens medicinska teknologier?

Vem styr forskningen? Får vi de behandlingar vi behöver?

Krav på evidens och hälsoekonomi – Hot eller möjlighet?

Hur påverka användningen av medicinsk teknologi?

Evidens och vårdpolitik – Hur går det ihop?

Några av de medverkande:

Göran Ando, tidigare forskningschef Pharmacia

Anders Anell, verkställande direktör, IHE

Peter Aspelin, professor, Karolinska universitetssjukhuset

Kjell Asplund, generaldirektör, Socialstyrelsen

Richard Bergström, verkställande direktör, LIF

Ingemar Eckerlund, hälsoekonom, SBU

Chris Heister (m) oppositionslandstingsråd, Stockholm

Christina Kärvinge, enhetschef, Socialstyrelsen

Lars Åke Levin, hälsoekonom CMT, Linköping

Ragnar Norrby, generaldirektör, Smittskyddsinstitutet

Ulf Persson, projektledare, IHE

Ilmar Reepalu (s) kommunalråd, Malmö

Nina Rehnqvist, direktör, SBU

Kjell Strandberg, professor, tidigare generaldirektör vid Läkemedelsverket

Ann-Christin Tauberman, generaldirektör, LFN

Tid: 1-2 september 2005

Plats: Scandic Star, Lund

Information: ihe-forum@ihe.se / www.ihe.se / 046-32 91 00



Aktuella publiceringar

Jansson S & Anell A. *Subventionering av läkemedel – förutsättningar för öppna och legitima beslutsprocesser i Läke-medelsförmånsnämnden.* Linköping: PrioriteringsCentrum, Rapport 2005:1.

Persson U, Svensson M & Ödegaard K. *Kostnadsutveckling i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma – några scenarier. Vårdens resursbehov och utmaningar på längre sikt.* Stockholm: Landstingsförbundet, 2004.

Ragnarson Tennvall G & Hjelmgren J. *Annual costs of treatment for venous leg ulcers in Sweden and the United Kingdom. Wound Repair and Regeneration* 2005; 13 (1): 13-18.

KOMMANDE PUBLICERINGAR

Anell A. *Deregulating the pharmacy market: The case of Iceland and Norway. Health Policy.* (under utgivning)

Bansback NJ, Brennan A & Ghatnekar O. *The cost effectiveness of adalimumab in the treatment of moderate to severe rheumatoid arthritis patients in Sweden. Annals of the Rheumatic Diseases.* (under utgivning)

Hjelmgren J, Persson U & Ragnarson Tennvall G. *Local treatment pattern vs trial based data? A cost-effectiveness analysis of drotrecogin alfa (activated) in treatment of severe sepsis in Sweden. American Journal of Therapeutics.* (under utgivning)



IHE information 1/2005

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, uppgå såväl gammal som ny adress!

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