

- 1 Hur vill befolkningen att primärvården ska organiseras?
- 2 7:e nätverksmötet för hälsoekonomer
- 3 Studie av KOL-vården vid Sjukhuset i Simrishamn
- 4 Övervikt och fetma kostade samhället 16 miljarder kronor 2003
- 5 Under temat "Fortbildning i samarbete"
- 6 Ekonomisk utvärdering av Adacolumn® apheres Pågående forskningsprojekt
- 7 Att behandla anemi hos patienter med kronisk njursvikt
- 8 IHE-FORUM 2006

Hur vill befolkningen att primärvården ska organiseras?

Uppfattningarna om hur svensk primärvård bör organiseras och vad som ska vara allmänläkarnas uppdrag har varierat över tiden. I de flesta landsting dominerar i nuläget vårdcentraler med geografiskt ansvar, medan några landsting valt att satsa på aktiv listning till antingen familjeläkare eller enheter. I nuläget finns ingen kunskap om hur befolkningen värderar de olika modellerna och om preferenserna varierar beroende på faktorer som t ex ålder, utbildning, hälsostatus och var man bor. I en ny studie har IHEs *Jonas Hjelmgren, Anders Anell* och *Sara Nordgren* kartlagt preferenserna i syfte att bidra till den aktuella utvecklingen. Undersökningen ger stöd för båda modellerna – delar av befolkningen föredrar att lista sig hos allmänläkaren medan andra föredrar listning hos vårdteam.

De två frågor som har fokuserats i studien är dels värdet av att få välja en egen läkare jämfört med att välja ett team av kompetenser, dels värdet att själv få välja sin allmänläkare/team. För att kunna belysa det relativa värdet av dessa egenskaper, och dessutom sätta in individens önskemål i ett större sammanhang, har även värderingen av tre ytterligare egenskaper studerats: grad av inflytande, nivå på patientavgifter samt väntetid för icke-akuta besök (se tabell).

Ställs inför olika val

Studien baseras på en s k discret choice-metodik. Denna metodik innebär att respondenterna genom en enkät ställs inför val mellan två alternativ med olika egenskaper. Genom att variera alter-

nativens egenskaper på ett systematiskt sätt kan det relativa värdet av de olika egenskaperna beräknas med hjälp av logistisk regression. Den direkta jämförelsen mellan alternativ och dess egenskaper innebär en stor metodologisk fördel jämfört med studier där respondenterna enbart får bedöma varje egenskap för sig.

Enkäten skickades i mitten av september 2005 till 1 600 slumpvis utvalda personer i Sverige i åldern 18–85 år. Det slumpmässiga urvalet var stratifierat genom att hälften av enkäterna skickades till befolkningen i storstadsregionerna Stockholm, Göteborg och Malmö och andra hälften till befolkningen i övriga landet. Svarefrekvensen uppgick till 58 procent (924 svarande).

Inflytande och valmöjligheter värderas högt

Viktiga egenskaper som påverkat valet av primärvårdsmodell enligt undersökningen är grad av inflytande över den vård man får, möjligheter att själv välja vårdgivare, väntetider samt patientavgifter. I likhet med tidigare studier visar studien att grad av inflytande över vården har stor betydelse. En analys av subgrupper visar att äldre individer och individer med dålig hälsa föredrar att lista sig hos en egen allmänläkare, medan många förvärvsaktiva föredrar att lista sig hos ett team. Dessa resultat förefaller logiska och rationella sett till individens varierande behov. Äldre individer och individer med dålig hälsa behöver oftare tillgång till läkarbesök och andra studier har visat att man då vill vända sig till en läkare som känner till ens tidigare besvär.

En central fråga i den pågående utvecklingen av primärvården är förbättrad tillgänglighet. Sett till undersökningens övergripande resultat framgår att förbättrad tillgänglighet inte nödvändigtvis är den viktigaste faktorn sett i befolkningens perspektiv. Enligt studien kan befolkningen acceptera längre väntetider i utbyte mot ökad grad av inflytande och möjligheter att själv välja vårdgivare. För vissa subgrupper –

äldre och individer med dålig hälsa – är också kontakter med en egen allmänläkare viktigare än snabb tillgänglighet.

Befolkningen vill kunna välja både allmänläkare och team

En annan diskrepans mellan befolkningens preferenser och utvecklingen i primärvården avser synen på om individer ska listas hos allmänläkare eller hos ett team av kompetenser, dvs hos en organisation. Denna fråga har lyfts fram som mycket betydelsefull och det finns företrädare för båda synsätten. Detta står i kontrast till resultaten i undersökningen där betydelsen av just denna faktor framstår som mindre betydelsefull. Det viktigaste för befolkningen är att man har inflytande över den vård man får och att man får välja vårdgivare själv. I analys av subgrupper framgår också att preferenserna för olika modeller – listning hos allmänläkare eller team – varierar. Det finns individer som helst vill lista sig hos allmänläkare medan andra grupper föredrar listning hos sjukvårdsteam.

Egenskaper som använts för att konstruera de primärvårdsmodeller som respondenterna fått ta ställning till

Typ av egenskap	Nivåer
Vårdgivare	Egen fast allmänläkare Eget fast sjukvårdsteam
Inflytande	Stort inflytande Begränsat inflytande
Valmöjlighet	Väljer själv egen fast allmänläkare/sjukvårdsteam Tilldelas egen fast allmänläkare/sjukvårdsteam
Patientavgift	300 kr 200 kr 100 kr 0 kr
Väntetid	7 dagar 4 dagar 2 dagar

Var kan man läsa mer?

Hjelmgren J, Anell A & Nordling S. Hur vill befolkningen att primärvården ska organiseras? – En studie baserad på 'Discrete Choice' metodik (DCE). IHE e-rapport 2006:1. Rapporten kan laddas ner på www.ihe.se

Anell A. Primärvård i förändring. Lund: Studentlitteratur, 2005. Boken kan beställas direkt från IHE info@ihe.se

7:e nätverksmötet för hälsoekonomer

I början av december arrangerade IHE det sjunde nätverksmötet i Stockholm. Ett 50-tal medlemmar deltog i mötet som den här gången handlade om [Evidens och hälsoekonomi – relevans för sjukvårdens prioriteringar?](#)

Anders Anell, IHE, inledde mötet med att presentera nätverkets nyvalda programråd. Rådet ansvarar för att tillsammans med IHE ta fram teman för kommande nätverksmöten och består under de närmsta tre åren av Sten Iwarson (Västra Götalandsregionen), Christin Prütz (Pfizer), Johanna Jacob (Läkemedelförmånsnämnden), Karl-

Johan Myrén (Eli Lilly), Fredrik Berggren (Socialstyrelsen) och Per Boström (Sanofi-Aventis).

Nätverksmötets inledande förmiddag ägnades åt studiedesign och evidens där professor Olof Nyrén från Karolinska Institutet presenterade nya rön. Under eftermiddagen kopplades förmiddagens tema ihop med prioriteringsproblematiken och docent Hans Starkhammar, Landstinget i Östergötland, berättade om erfarenheter av att värdera olika typer av evidens i samband med Socialstyrelsens pågående riktlinjearbete inom cancersjukvården. Ett nytt inslag under mötet var workshops där

medlemmarna diskuterade olika frågeställningar och utbytte erfarenheter.

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

Studie av KOL-vården vid Sjukhuset i Simrishamn

Sjukhuset i Simrishamn startade år 2001 ett strukturerat KOL-program i primärvården. Programmet innebär att patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) snabbt kunde komma i kontakt med en KOL-sköterska per telefon om deras hälsa försämrades. Syftet med programmet var att genom tidig intervention och adekvat läkemedelsbehandling bland annat reducera antalet akuta exacerbationer. Andra målsättningar var att korta väntetider, att uppnå en snabbare insättning av nya preparat, att stödja rökavvänjning och att förbättra bevakningen av högriskpatienter.

KOL drabbar rökare och yttrar sig bl a som en gradvis försämring av andningsförmågan. KOL-patienter i ett sent sjukdomsstadium kommer ofta in på sjukhusens akutmottagning bl a till följd av akuta exacerbationer.

IHE har tillsammans med KOL-sköterskan Leif Strömberg och chefläkarna Alf Tunsäter och Anders Lassen-Nielsen, Närsjukvården Österlen AB, gjort en retrospektiv kostnadsanalys av samtliga patienter som mellan åren 2001 och 2003 antingen besökt KOL-teamet eller blivit inlagda på sjuk-

hus och som hade KOL som primär-diagnos (784 patienter). Syftet med studien var att förklara hur förändringar av sjukvårdskostnaderna kunde knytas till KOL-mottagningen samt att analysera KOL-relaterade sjukvårdskostnader före och efter KOL-programmet. Data över slutenvård, öppenvård och läkemedelskostnader samlades in och kostnader för olika patienter och olika diagnosgrupper beräknades för respektive år.

Studien visar att både kostnaden för läkemedelsbehandling och antalet öppenvårdsbesök till KOL-teamet fördubblades mellan åren 2001 och 2003; läkemedelskostnaden ökade från 134 000 till 293 000 kr per år och antalet besök ökade från 580 till 960 stycken per år. Antalet inskrivningar i slutenvård till följd av akut exacerbation reducerades till en tredjedel av det ursprungliga (från 58 till 13 inskrivningar per år). Beträffandestudiegruppens inskrivningar till följd av andra diagnoser syntens ingen tydlig trend mellan åren.

Kostnaden för slutenvård uppskattades ha minskat med en miljon kr per år på grund av färre antal exacerbationer. Även medräknat ökningen av övriga

KOL-relaterade kostnader så blev total-kostnaden lägre år 2003 än under år 2001.

Studiens resultat presenterades som poster (nr 58) på Riksstämman 2005 – Retrospektiv inkrementell kostnadsstudie av KOL-omhändertagande vid Sjukhuset i Simrishamn.



Aktuella publiceringar

Hjelmgren J, Anell A & Nordling S. Hur vill befolkningen att primärvården ska organiseras? En studie baserad på 'Discrete Choise' metodik (DCE). IHE e-rapport 2006:1.

Anell A. Deregulating the pharmacy market: the case of Iceland and Norway. Health Policy 2005; 75: 9-17.

Persson U & Ödegaard K. Indirekta kostnader till följd av sjukdomar relaterade till övervikt och fetma. IHE e-rapport 2005:3.

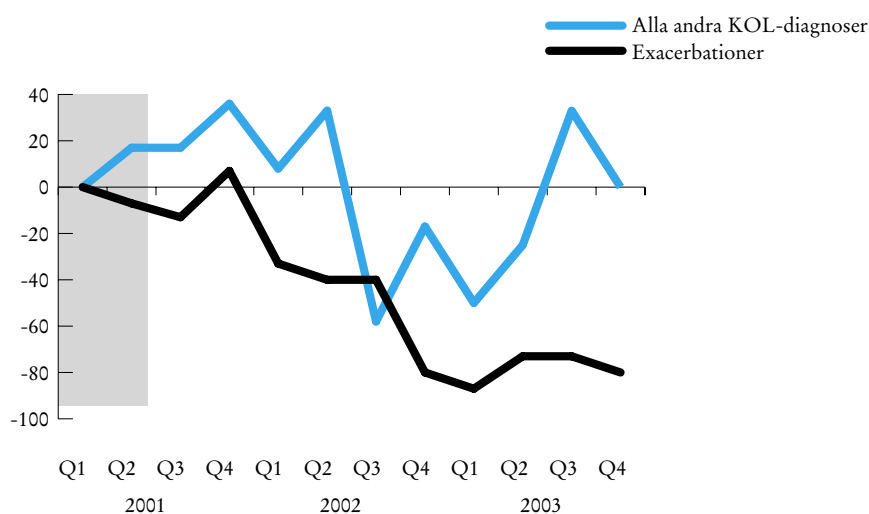
Alvegård T, Borg S, Ferraz Nunes J, Genell A, Persson U & Östlund A. Delprojekt Hälsoekonomi. Bilaga – Hälsoekonomi – Cancerfondsprojektet i Syd-/Västsvrige 2001-2004, Slutrapport till Cancerfonden. Lund och Göteborg: Onkologiskt centrum syd & Onkologiskt centrum väst, februari 2005.

Kommande publiceringar

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.

Jansson S & Anell A. The impact of decentralised drug-budgets in Sweden – A survey of physicians attitudes towards costs and cost-effectiveness. Health Policy.

KOL-patienternas förändrade slutenvårdskonsumtionen vid Sjukhuset i Simrishamn före och efter reformen



Övervikt och fetma kostade samhället 16 miljarder kronor 2003

Den totala kostnaden till följd av övervikt och fetma år 2003 summeras till 16 miljarder kronor. Detta motsvarar cirka tre procent av samhällets totala kostnad för all sjuklighet i Sverige. Detta framgår av tre studier som belyser samhällets kostnad för övervikt och fetma bland Sveriges befolkning.

Övervikt och fetma ökar risken för dålig hälsa, nedsatt livskvalitet, ökad sjuklighet och ökad dödlighet. Personer med övervikt och fetma har t.ex. en ökad risk att drabbas av sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes typ II. I USA såg man en ökning av antalet personer med övervikt och fetma under 1980-talet. En liknande ökning finner man i Sverige under 1990-talet. Cirka 40 procent av vuxna män och 27 procent av kvinnorna har idag övervikt (se figur). Därutöver har ca tio procent av befolkningen fetma, vilket är en fördubbling sedan i början av 1980-talet.

Tre IHE projekt

IHE har under senare tid arbetat med tre projekt på temat sjukdomskostnader och övervikt/fetma. År 2004 presenterades en studie som visade att sjukvårdens merkostnad för vissa sjukdomar som kan relateras till övervikt och fetma var knappt 3 miljarder år 2003 (Persson m fl, 2004). Denna studie avgränsades till att skatta de *direkta sjukvårdskostnaderna*, det vill säga kostnaden för slutenvård och öppenvård samt kostnaden för läkemedelsbehandling i öppenvård. Kostnadsberäkningarna avgränsades till sjukdomarna diabetes typ II, högt blodtryck, kärlkramp och akut hjärtinfarkt. Även kostnaden för stroke som förorsakats av högt blodtryck inkluderas i skattningen. Internationella studier visar att dessa sjukdomar svarar för mer än 80 procent av de totala sjukvårdskostnaderna som övervikt och fetma förorsakar sjukvården.

Med hjälp av antagandet att urvalet sjukdomar motsvarar 83 procent av den totala sjukvårdskostnaden, skattades den totala kostnaden till 3,6 miljarder kronor.

Till indirekta kostnader räknas de kostnader som uppkommer till följd av att en person med övervikt eller fetma i arbetsför ålder inte kan arbeta på grund av sin sjukdom. De indirekta kostnaderna omfattar produktionsbortfall både till följd av sjukskrivning, beviljad sjukersättning och dödfall före uppnådd pensionsålder. I en annan aktuell studie om samhällets kostnader för övervikt och fetma har IHE, tillsammans med medarbetare vid medicinkliniken vid Malmös universitetssjukhus, skattat kostnaden för produktionsbortfall som uppkommer *till följd av dödsfall* före pensionsålder. Skattningen, som bygger på data från drygt 33 000 individer bosatta i Malmö, visade att den indirekta kostnaden till följd av dödsfall uppgick till 2,9 miljarder kronor per år (Borg m fl, 2005).

Utifrån samma datamaterial beräknades också slutenvårdskostnaden för dessa patienter. Denna uppgick till 2,1 miljarder kronor per år – ett resultat som överensstämmer väl med den tidigare skattningen som presenterats av IHE. Persson m fl beräknade kostnaden för vård och behandling i slutenvård till 1,9 miljarder kronor. De två skattningarna av slutenvårdens kostnader är utförda med helt olika metoder och datamaterial, vilket styrker resultatets trovärdighet.

I slutet av år 2005 presenterade IHE en skattning av de indirekta kostnaderna som uppkommer *till följd av att sjukskrivning och sjukersättning* (tidigare förtidspension) bland personer med övervikt och fetma. Resultaten visar att kostnaden för sjukskrivningar och sjukersättning var 3,3 respektive 6,3 miljarder kronor år 2003. Dessa resultat måste tolkas med stor försiktighet, eftersom kunskapen om sjukskrivning

och sjukersättning hos personer med övervikt och fetma är mycket bristfälligt. Beräkningarna baseras på uppgifter om ett begränsat antal kvinnor med övervikt och fetma som presenterades i Kristina Narbos avhandling från år 2001.

Indirekta kostnader betydande

Utifrån dessa tre studier kan samhällets kostnad till följd av övervikt och fetma bland Sveriges befolkning summeras till cirka 16 miljarder kronor år 2003 (Tabell). De indirekta kostnaderna överstiger 12 miljarder och är mer än tre gånger större än de direkta sjukvårdskostnaderna som kan relateras till övervikt och fetma.

Studier på temat sjukdomskostnader och övervikt/fetma

Ulf Persson, Marianne Svensson & Knut Ödegaard.

Kostnadsutveckling i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma – några scenarier. Vårdens resurser och utmaningar på längre sikt. Stockholm: Landstingsförbundet, 2004.

Sixten Borg, Ulf Persson, Knut Ödegaard, Göran Berglund, Jan-Åke Nilsson & Peter M Nilsson. Obesity, survival and hospital costs – findings from a screening project in Sweden, *Value in Health*, September/October 2005.

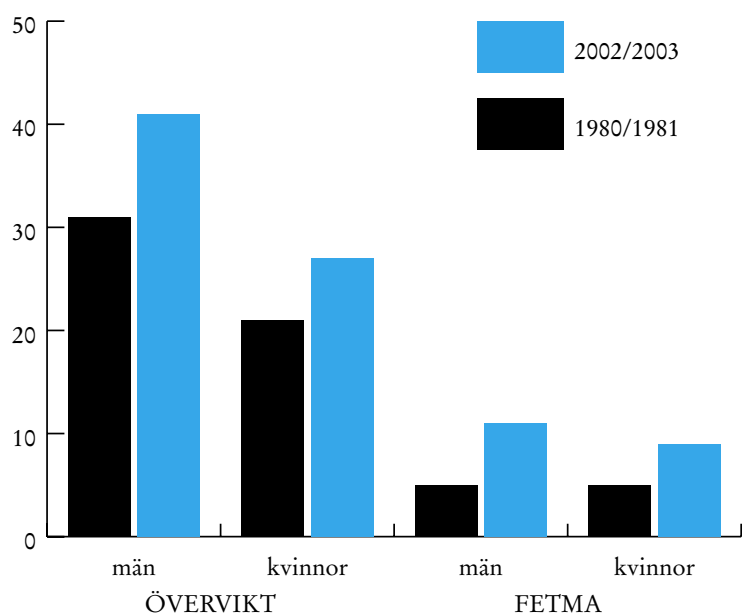
Ulf Persson & Knut Ödegaard. Indirekta kostnader till följd av sjukdomar relaterade till övervikt och fetma. IHE e-rapport 2005:3

Samhällets totala kostnad relaterad till övervikt och fetma år 2003 samt för all sjuklighet år 2002. Miljarder kronor

	Övervikt och fetma, år 2003	All sjuklighet, år 2002 ¹⁾
Sluten- och öppenvård	3,6	159
Läkemedel (ingår ovan)		29
Sjukskrivning	3,3	188
Förtidspension	6,3	134
Mortalitet	2,8	40
Totalt	16,0	550

1) Källa: Socialstyrelsen. Hälsa- och sjukvård. Lägesrapport 2003.

Andel män och kvinnor i åldern 16-74 år med övervikt och fetma åren 1980/81 respektive 2002/03



Källa: Socialstyrelsen. Folkhälsorapporten 2005.

Under temat "Fortbildning i samarbete"

Under Riksstämman i Stockholm 2005 arrangerade Svenska Sällskapet för Dermatologi, Svensk Förening för Allmänmedicin och Sjukvårdens Leverantörsförening ett symposium med rubriken "Lönar det sig att läka sår?". Representanter för ett flertal olika kliniska specialiteter presenterade olika aspekter på sårbehandling och sårbehandling.

Från IHE deltog *Gunnel Ragnarsson Tennvall* vars föredrag hade titeln "Har vi råd att inte bry oss?". I föredraget belystes lärdomar från hälsoekonomiska studier som publicerats under senare år med anknytning till behandling av fotsår hos diabetiker och bensårsbehandling. Föredraget fokuserade huvudsakligen på två frågeställningar - hur stort är problemet med kroniska sår i ekonomiska termer i Sverige och vad kan göras för att minska problemet.

Slutsatserna från föredraget var att det både lönar sig att läka sår och att vi inte har råd att inte bry oss. Kostnaden för att behandla kroniska sår uppgår till flera miljarder kronor årligen. Vad som kan göras för att begränsa kostnader för sårvård illustrerades med ett par exempel från studier inom fot- respektive bensårsområdet. För personer med diabetes kan det t ex beroende på riskgrupp vara kostnadseffektivt (och ibland även kostnadsbesparande) att satsa på prevention för de patientgrupper som har en stor eller mycket stor risk att få fotsår. I ett aktuellt räkneexempel från Blekinge framkom också att ett strukturerat omhändertagande av patienter med ben- och fotsår kan innebära reducerade vårdkostnader.

Ekonomisk utvärdering av Adacolumn® apheres

vid behandling av patienter Crohns sjukdom och ulcerös colit

De två inflammatoriska tarm-sjukdomarna Crohns sjukdom och ulcerös colit är kroniska sjukdomar med allvarliga återfall. De leder till omfattande sjukvårdskostnader framför allt till följd av sjukhusvård och kirurgiska ingrepp. Det finns därför en stor besparingspotential och möjligheter att förbättra livskvaliteten hos patienterna om frekvensen av återfall kan minskas och den tid som patienten är i remission kan öka. En ny möjlighet för dessa patienter är behandling med Adacolumn®.

IHE har utvecklat en Markov-modell för behandling av Crohns sjukdom och ulcerös colit. Modellen och kostnads-effektanalysen baserades på fyra data-källor: (a) en okontrollerad klinisk studie av de första 100 patienterna från Skandinavien som i klinisk praxis behandlats med Adacolumn® apheres, (b) en kohort av 147 patienter med inflammatorisk tarmsjukdom i Danmark omfattande 1 304 patientår, (c) sjukvårds- och läkemedelspriser från Sverige och

(d) livskvalitetsdata (QALY) hämtat från litteraturen.

Analysen visar att behandling med Adacolumn under tre år medför att kostnaderna för kirurgiska ingrepp halveras och att även kostnaderna för sjukhusvård, undersökningar i öppenvård och läkemedel minskar. Kostnadsminskningarna uppväger emellertid inte helt kostnaderna för Adacolumn-behandlingen, men cirka 70-80 procent av kostnaderna för Adacolumn sparas in vid behandling av Crohns sjukdom. Motsvarande siffra för ulcerös colit är ungefär 60 procent. Eftersom patienterna tillbringar mer tid i remission med Adacolumn behandling än med standardbehandling ökar patienternas livskvalitet. Det innebär att kostnaderna per intjänad QALY kan beräknas till ca 370 000 kr och 500 000 kr för Crohns sjukdom respektive ulcerös colit. Denna kostnadseffektkvot hamnar inom de gränsvärden som vanligtvis anses acceptabla i Sverige.

Jämförelsen mellan standardbehan-

dling och Adacolumn® apheres behandling baseras på en matchning av patienter från två kohorter där den ena kohorten behandlats med Adacolumn och den andra med standardbehandling. Matchningen har gjorts på så sätt att man försökt finna patienter med samma svårhetsgrad och följa dem över tiden. En kommande randomiserad klinisk studie kommer att ge möjligheter till jämförelser av resultaten.

Studiens har finansierats av Otsuka Pharma Scandinavia AB, Sweden, och presenterades på Riksstämman 2005 av IHEs Ulf Persson – "Health economic evaluation of Adacolumn apheresis for the treatment of patients with moderate to severe Crohn's disease/Ulcerative colitis". Studien har gjorts i samarbete med Trygve Ljung vid Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm samt Tine Jess, Lene Riis, Ole Østergaard Thomsen och Pia Munkholm vid Herlev Universitetssjukhus Köpenhamn, Danmark.

Pågående forskningsprojekt

om hälsoekonomiska studier i läkemedelkommittéernas beslutsfattande

Det växande gapet mellan sjukvårdens teknologiska möjligheter och de befintliga resurserna har givit upphov till behov av prioriteringar, vilket bland annat inneburit en ökad relevans av hälsoekonomiska utvärderingar. Sådana studier skulle hypotetiskt kunna användas i ett flertal olika beslutssituationer inom hälso- och sjukvården, till exempel vid beslut om pris/subvention för medicinsk teknologi och vid framtagande av behandlingsriktlinjer. Under 1990-talet ökade antalet hälsoekonomiska ut-

värderingar snabbt. Trots mängden utvärderingar saknas kunskap om hur dessa används av beslutsfattare och hur själva beslutssituationen styr relevansen av sådant beslutsstöd. Tidigare forskning har framför allt studerat användningen av hälsoekonomiska utvärderingar i beslutsfattande – speciellt subvention av läkemedel – på nationell nivå. Om utvärderingarna används i andra situationer är mer osäkert.

I ett nytt forskningsprojekt studerar *Sandra Jansson*, IHE, läkemedelskommittéernas prioriteringar och vilka

förutsättningar kommittéerna har att använda hälsoekonomiska utvärderingar i detta arbete. Vilka beslutskriterier ligger till grund för om ett läkemedel inkluderas i behandlingsrekommendationerna och i vilka situationer kan hälsoekonomiska studier ha betydelse för prioriteringsbesluten? Studien, som finansieras med stöd från Stiftelsen Apoteket AB:s fond för forskning och studier i hälsoekonomi och samhällsfarmaci, beräknas vara klar i slutet av 2006 och är en del av Sandras avhandlingsarbete om prioriteringar och läkemedel.

Att behandla anemi hos patienter med kronisk njursvikt

Tillsammans med läkare vid Länsjukhuset Ryhov, Jönköping, genomför IHE en studie som syftar till att beräkna kostnadseffektiviteten i att behandla anemi hos patienter med kronisk njursvikt med epoietin alfa. I studien beräknas inkrementella kostnader förknippade med behandling med epoietin alfa (Eprex) jämfört med traditionell behandling med blodtransfusioner i Sverige. Effekten mäts som förändringen i kvalitetsjusterade levnadsår (QALY).

En tidigare brittisk studie (Remák m fl 2003) har visat att kostnadseffektivitetskvoten för att behandla anemi hos patienter med njursvikt med epoietin alfa i Storbritannien har sjunkit betydligt över en tioårsperiod. Idag ligger behandlingens kostnadseffektivitet på en acceptabel nivå i England och Wales. Lägre pris och dosering av epoietin alfa samt ökade kostnader för blodtransfusion (som alternativ till epoietin alfa)

var de huvudsakliga förklaringarna till att kostnadseffektiviteten förbättrats.

Kostnaden per vunnet QALY beräknas preliminärt till 2,5 gånger högre i Sverige än i Storbritannien. För Sverige beräknas behandling med epoietin alfa medföra en ökad årlig behandling-kostnad motsvarande ca 50 000 kr per patient. I studien antas att livskvalitetsökningen är densamma bland svenska patienter som brittiska, dvs. en hälsovinst av 0,088 QALY per patient och år. Information om patientkaraktäristik och doseringar är hämtade från svensk dialys-databas, svenskt register för aktiv uremivård samt svensk njurmedicinsk förenings behandlingsriktlinjer.

Skillnaden mellan den svenska och brittiska studiens resultat kan främst förklaras av att svenska patienter får högre doser av erythropoietin och järn. Därmed uppnår svenska patienter som behandlas med erythropoietin även högre Hb-värden. Huruvida de högre Hb-

värdena ger ökade hälsovinster bland svenska patienter har inte kunnat beräknas. Är hälsovinsten högre än den som antas i studien innebär det att kostnaden per QALY är överskattad. Känslighetsanalyser visar att resultatet är mindre känsligt avseende variation av kostnaden för blodtransfusion, men mer känsligt för variation i antagandet om vunna QALY.

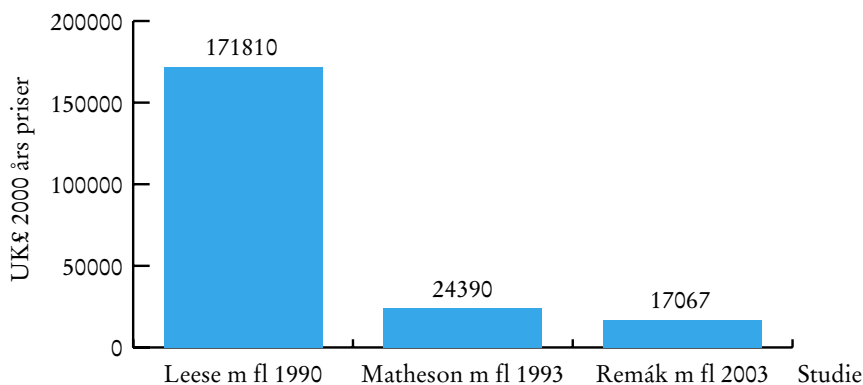
Studien är finansierad av Janssen-Cilag AB, Sverige, och preliminära resultat presenterades på Riksstämman 2005.

Personalnytt



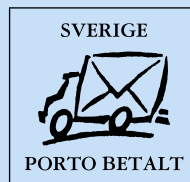
IHE hälsar Catharina Hjortsberg välkommen tillbaka efter att ha arbetat i ett och ett halvt år med finansierings- och reformfrågor i den albanska hälsosektorn för det amerikanska konsultföretaget BearingPoint. Liksom tidigare kommer Catharina i huvudsak att arbeta inom verksamhetsområdena Organisation och finansiering av vård och omsorg samt Hälso- och sjukvård i utvecklingsländer. Catharina har en fil dr i nationalekonomi från Lunds Universitet.

Kostnadseffektivitetskvoter att behandla anemi hos patienter med njursvikt i Storbritannien



Kostnadseffektivitetskvoten uttrycks som skillnaden i kostnaden mellan två behandlingsalternativ dividerat med skillnaden i effekt mellan samma behandlingsalternativ.

B



IHE-FORUM 2006

7-8

september

Hur utforma framtidens vård
– skapa nytt eller hålla fast vid det som varit?

- ▼ Befolkningens önskemål och nya sätt att möta patienten
- ▼ Om kompetenser och yrkesroller i primärvården
- ▼ Ersättningsmodeller för primärvård och närsjukvård
- ▼ Uppföljning av läkemedelsanvändning för ökad patientnytta och säkerhet
- ▼ Läkemedelskommittéernas roll och användning av hälsoekonomi
- ▼ Kostnadsansvar och incitament för effektivare förskrivning

Medverkar gör bland andra:

Lars Borgquist, professor, IHS, Linköpings universitet

Anders Carlsten, forskningschef, Apoteket AB

Anna Hedborg, generaldirektör och särskild utredare

Sten Iwarson, professor, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Liane Wallerstedt-Johansson, förvaltningschef, Solna kommun

Bodil Jönsson, professor, Certec, Lunds Tekniska Högskola

Rikard Lövström, allmänläkare Boda VC, Borås

Neal Maskrey, medical dir, National Prescribing Centre, Liverpool

Roger Molin, bitr avdelningschef, Sveriges kommuner och landsting

Mikael Obrling, produktionsdirektör, Stockholms läns landsting

Janet Parmvi, avd ordf Vårdförbundet Skåne, förbundsstyrelseledamot

Maj Rom, närvårds koordinatör, Kullbergsska sjukhuset, Katrineholm

Richard Saltman, professor, Emory University, Atlanta

Lotta Holm Sjögren, projektledare, Carelink

Benny Ståhlberg, andre vice ordf, Sveriges Läkarförbund

Mats Svegfors, Ansvarskommitténs ordförande

Tjia Torpe, verkställande direktör, Infomedica AB

Bengt Westerberg, ordf i Röda Korset och Vetenskapsrådet

samt forskare vid IHE

Tid: 7-8 september

Plats: Scandic Star, Lund

Sista anmälningsdag: 30 juni

Deltagaravgift: 3 700 kr (exkl.moms), inkluderar kaffe/te, luncher och middag torsdag kväll

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



IHE information 1/2006

Redaktör: Marianne Svensson
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 2006