

INSTITUTET FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSEKONOMI

- 1 Kundval för äldre och personer med funktionshinder
- 3 Hur ska framtidens primärvård utformas?
- 5 "Budget-impact modeller" – ett komplement till samhällsekonomiska C/E modeller
- 6 Behandling av venösa bensår i Sverige och Storbritannien – en jämförelse av resursanvändning och årliga kostnader
- 7 Aktuella publiceringar
Personalnytt
- 8 IHE-FORUM 2005

Kundval för äldre och personer med funktionshinder

Kundval inom social omsorg är en fråga med starka ideologiska undertoner. Samtidigt ställs förhoppningar till kundvalets möjligheter att öka brukarens valfrihet, skapa kvalitetskonkurrens mellan utförare och stimulera utvecklingen av omsorgstjänsterna. Kundval för äldre och personer med funktionshinder diskuteras idag i de nordiska länderna och i vissa fall har det också införts. I en aktuell rapport beskriver professor *Per Gunnar Edebalk*, Socialhögskolan i Lund, och *Marianne Svensson*, IHE, de kundvalsmodeller som finns i de nordiska länderna och vad vi idag vet om modellernas effekter. En central slutsats i studien är att det hittills genomförts lite vetenskaplig forskning om kundval sett ur ett konsumentperspektiv i de nordiska länderna. Forskningen karaktäriseras av kommunvisa studier som gör det svårt att generalisera resultaten - inte minst mot bakgrund av att kundvalet i sin utformning skiljer sig mellan olika kommuner och länder.

Kundval i handikappomsorgen förekommer då personer med funktionshinder väljer sin personliga assistent. Detta system finns i alla nordiska länder men skillnader i reglering, organisering och omfattning kan noteras. Till skillnad från övriga länder är assistansen en starkare rättighet i Sverige. Sett till hur många som

får assistansersättning är systemet mest utbrett i Sverige och minst i Norge och Danmark (se tabell).

I äldreomsorgen finns det system där den äldre efter ett biståndsbeslut kan få välja vem som ska utföra vissa insatser. Några svenska kommuner var pionjärer i början av 1990-talet när de införde kundval i äldreomsorgen. Utvecklingen har gått längst i Danmark där ett nationellt reglerat kundvalssystem infördes år 2003. I Finland in-

fördes också nyligen en lag som reglerar kundvalssystemet i de fall kommuner beslutar att införa det. Andelen kommuner med kundval i äldreomsorgen varierar stort mellan länderna.

Vad är kundval?

Kundval är ett system där brukaren har åtminstone två utförare att välja mellan, antingen mellan kommunens utförare och/eller privata utförare. I ett kundvalssystem får brukaren efter en be-

Kundval i äldre- och handikappomsorg i de nordiska länderna

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Äldreomsorg					
Andel kommuner som infört kundval	66,0 %	5,6 %	0 %	<1 %	3,4 %
Andel kommuner som har kundval på försök eller planerat att införa	-	9,0 %	0 %	<1 %	1,4 %
Andel kommuner totalt ¹⁾	66,0 %	14,6 %	0 %	1,1 %	4,8 %
Handikappomsorg					
Antal personer med personlig assistans / 1 000 inv	0,27 ²⁾	0,68 ²⁾	1,13 ³⁾	0,24 ³⁾	1,78 ⁴⁾

¹⁾ avser år 2003 för Sverige, övriga länder år 2004; ²⁾ avser år 2002;

³⁾ avser år 2003; ⁴⁾ avser år 2003, assistans enligt LSS och LASS

havsbedömning en s.k. voucher. Detta är en form av ett värdebevis och kallas ibland för "check" eller "peng". Vouchern är inte en check i verklig bemärkelse utan ett bevis för att den valda utföraren berättigas till offentlig finansiering.

Vad vet vi om effekterna?

Begreppet kundval är mångfacetterat. Brukarens situation blir beroende av hur kundvalssystemet är konstruerat; exempelvis om det för brukaren är obligatoriskt eller frivilligt att välja utförare, vilka tjänster som brukaren kan välja mellan och hur många utförare som kan vara aktuella. Det saknas kunskap om hur olika modeller av kundval fungerar sett ur ett brukarperspektiv.

Vad som hittills kan utläsas om kundvalets effekter är att brukaren har svårt att ta till sig information om själva kundvalssystemet och de utförare som brukarna har att välja mellan. Informationsmaterialet upplevs som omfattande och det är svårt att urskilja skillnader mellan utförare. Studier ger också olika indikationer på hur aktiva de äldre är att välja utförare.

Att kunna välja utförare tycks ha ett större värde för personer med funktionshinder än för äldre med äldreomsorg. Medan assistentens personliga egenskaper är viktiga vid valet av personlig assistans är det geografisk närhet och rekommendationer som ger trygghet i valet av äldreomsorg. Förutsättningar för kundval och brukarens valmöjlighet varierar mellan olika kommuner. Bor brukaren utanför tätorten tenderar deras valmöjligheter att minska på grund av att färre utförare etablerar sig om de geografiska avstånden är för stora.

Även om kundvalssystemet i sin konstruktion underlättar byte av utförare är det få brukare som byter. Det går inte utläsa om kvaliteten i omsorgen förbättras när kommunerna infört kundval i äldreomsorgen. Vidare framgår av litteraturoversikten att för personer med funktionshinder innebär personlig assistans en ökad livskvalitet.

Frågor för framtiden

Informationen är viktig för att brukaren ska kunna föreställa sig konsekvenserna av sitt val. Hur ska information presenteras för att bli trovärdig och hur ofta och vid vilka tillfällen ska den ges?

Frågor om kvaliteten i omsorgen bör uppmärksammas i den framtida forskningen. Bedömningen av kvaliteten

måste beakta kundvalets utformning. Det går inte att jämföra resultaten av kvalitetsstudier där kundvalet endast omfattar praktisk service med system som omfattar hela hemtjänsten. Det också viktigt att öka kunskapen om hur olika kvalitetssäkringssystem fungerar. Med kundval överläts en del av kvalitetskontrollen till brukaren genom möjligheten att byta utförare. I vilken utsträckning kan detta göras i äldre- och handikappomsorgen?

Behovet av ett holistiskt synsätt i planeringen av vård och omsorg för äldre och personer med funktionshinder med stora hjälpbehov har blivit allt mer uppmärksammat. Att skapa nya strukturer utifrån brukarens behov är en utmaning i de industrialiserade länderna där allt mer av vården och omsorgen kan ske i den enskildes eget hem. En kritisk fråga är om förutsättningarna för att skapa en samordnad vård och omsorg för denna grupp blir svårare om verksamheten omfattas av kundval med ett fritt tillträde av utförare.

En avslutande reflektion gäller assistansersättning för yngre och äldre med funktionshinder. Yngre personer med funktionshinder kan vid behov få personlig assistans med den valfrihet som det för med sig. Personen kan också få ha kvar sin assistansersättning efter sin 65-årsdag. Någon motsvarande valfrihet finns inte i äldreomsorgen i övrigt. I Sverige blir skillnaden mellan systemen påtaglig. Den som i Sverige har personlig assistans får insatser som ska tillförsäkra brukaren "goda levnadsvillkor". Brukare av äldreomsorg skall emellertid enligt biståndet endast tillförsäkras en "skälig levnadsnivå". Hur kan dessa system fungera parallellt och vad blir syntesen på sikt av dessa oförenliga koncept?

Var kan man läsa mer?

Under våren ger Nordiska ministerrådet ut rapporten [Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden – konsumentperspektivet](#). Författare till rapporten är Per-Gunnar Edebalk och Marianne Svensson. Studien har finansierats av Nordiska ministerrådets välfärdsforskningsprogram.

Kundval i Norden

I Danmark är kommunerna sedan år 2003 skyldiga att erbjuda kundval inom varaktig "hjemmehjelp" för äldre och funktionshindrade. I Finland har lagen om servicesedel, vilken infördes år 2004, inneburit en reglering av kundvalet i de fall kommunerna beslutar att införa det. Även om det skett en lagstiftning om kundval är valet frivilligt för brukaren.

Kundval i äldreomsorgen förekommer i alla nordiska länder, utom på Island. En likhet mellan modellerna i de nordiska länderna är att de omfattar hemtjänstinsatser. I Sverige finns kommuner där kundvalet även omfattar särskilt boende. Även om systemen omfattar hemtjänst finns det skillnader i om hela hemtjänsten inkluderas eller enbart delar av den. I Sverige finns system som enbart inkluderar städning. I Danmark skiljer man på tre olika insatser som kundvalet kan omfatta "madservice", "praktisk hjälp" och "personlig pleje" eller en kombination av dessa.

Prövning av utförare kan ske genom upphandling eller certifiering och i Danmark och Sverige förekommer certifiering i störst utsträckning. Även i Finland får kommunen välja mellan upphandling eller certifiering, medan kommunerna i Norge har valt upphandling för prövning av utförare. I Finland omfattas endast privata utförare av den s.k. servicesedeln, medan vouchern i övriga länder också omfattar kommunala utförare. I samtliga länder har de privata utförarna möjlighet att erbjuda tilläggstjänster, alltså tjänster som inte omfattas av vouchern.

Personlig assistans för personer med funktionshinder finns i alla nordiska länder. Till skillnad från övriga länder är assistansen en starkare rättighet i Sverige och det ekonomiska ansvaret är delat mellan kommun och stat. Även på Island är ansvaret delat mellan stat och kommun. I de andra länderna har kommunerna det ekonomiska ansvaret.

I Danmark, Finland och Norge ställs krav på att brukaren ska kunna vara arbetsledare för att få assistans, vilket inte har sin motsvarighet i Sverige eller Island. Danmark och Finland går längst genom att även ställa krav på brukaren att kunna vara assistentens arbetsgivare. I Danmark ska den funktionshindrade ha ett dagligt behov av hjälp för att assistans ska vara aktuellt. I Sverige ställs inga krav på daglig hjälp, men behoven är liksom i Danmark omfattande. I Sverige hade brukare med statlig assistansersättning i genomsnitt 92,5 timmar per vecka år 2002.

Hur ska framtidens primärvård utformas?

Svensk primärvård befinner sig på nytt i en brytningstid. Ska det bli fler kompetenser och mer teamarbete i primärvården, som kanske rent av ska byta namn till 'närsjukvård', eller ska primärvårdens resurser fokusera allmänläkarna och deras insatser? Ska primärvården som organisation ha ett geografiskt befolkningsansvar, eller ska ansvaret för individens vårdbehov och hälsa fördelas till allmänläkare utifrån hur individer väljer att lista sig? Även om flera frågor är specifikt svenska, finns motsvarande diskussion och tveksamheter inför olika lösningar även i många andra länder. I ett aktuellt projekt, finansierat av Sveriges Kommuner och Landsting, sammanställer IHEs *Anders Anell* internationella erfarenheter av olika primärvårdsmodeller/lösningar.

Uppfattningarna om hur svensk primärvård bör organiseras och vad som ska vara allmänläkarnas uppdrag har varierat över tiden. Under 1970- och 1980-talen förespråkades i allmänhet ett geografiskt ansvar och vårdcentralen var primärvårdens fysiska kärna. I början av 1990-talet utmanades det traditionella befolkningsansvaret med nya idéer där varje individ själv skulle välja sin allmänläkare och där pengarna följde individens val. År 1994 infördes i Sverige ett nationellt husläkarsystem med inspiration från lösningar i Storbritannien, Holland och Danmark. Den nya lagen om husläkare ändrade radikalt förutsättningarna för primärvården och för allmänläkarna, men redan samma år som lagen började gälla blev det klart att den skulle rivas upp. Besluten om primärvårdens organisation decentraliserades på nytt till landstingen. Möjligheterna för individer att välja läkare kvarstod förvisso, med landstingen bestämde villkoren. Idag betonar många landsting områdes-

ansvaret och intresset för att satsa på fasta läkarkontakter är begränsat.

Osäkerhet om bästa modellen

Några år in på 2000-talet finns flera förslag på hur primärvården ska organiseras. Osäkerheten om vilka modeller som är värda att satsa på har snarast ökat. På många håll dominerar vårdcentraler med geografiskt ansvar medan några landsting har valt att satsa på familjeläkare med listningssystem. Ytterligare nya primärvårdsmodeller är under utveckling under begrepp som 'närsjukvård' eller 'nära vård' där bredad kompetens, teamarbete och samverkan med andra lokala vårdresurser poängteras. Närsjukvårdens betoning på samverkan med kommunala insatser och ett bredare kompetensinnehåll för snarast tankarna till de ursprungliga primärvårdstankar som formulerades i början av 1970-talet, vilka aldrig realiserades.

Läkarnas egna organisationer har föreslagit en egen framtida modell för primärvården – PROTOS. Utgångspunkten för PROTOS – 'den förste' på grekiska – är att allmänmedicin bör vara utgångspunkten för all medicinsk vård som ges inom primärvården. Befolkningen ska ha möjligheter att välja sin egen familjeläkare enligt ett listningssystem, med etableringsfrihet för allmänläkare och ersättningsprinciper som regleras nationellt (se tabell över listning- och ersättningsprinciper i andra länder). I förhållande till den tidigare husläkarlagen har familjeläkar-systemet PROTOS enligt konstruktörerna själva ett mera tydligt läkaruppdrag.

Nya krav från patienterna

Flera faktorer talar för att en omprövning av primärvården är nödvändig. Sett till utvecklingen av efterfrågan och behov finns flera indikationer på förbättringar sett till traditionella mått på sjuklighet och folkhälsa i den svenska befolkningen. Dödligheten i hjärt- och

kärlsjukdomar och i cancer har minskat. Medellivslängden har ökat, särskilt för män. Denna positiva utveckling har emellertid skapat fler kroniskt sjuka och ökat behovet av sekundär prevention. En stor del av dessa insatser utförs numera i primärvården.

Samtidigt som dödligheten i de flesta sjukdomar minskat finns en mer pessimistisk utveckling sett till befolkningens bedömning av sitt psykiska välbefinnande. Förekomsten av ångslan, oro, ångest, ständig trötthet och sömnbesvär har ökat åtminstone sedan mitten av 1990-talet för både män och kvinnor i åldrarna 16-64 år, medan det psykiska välbefinnandet under samma period snarast förbättrats i åldersgruppen 65-84 år. Bland yngre och medelålders är nedsatt psykiskt välbefinnande vanligare bland kvinnor och allra värst för ensamstående med barn och bland kvinnor vars båda föräldrar är födda utanför Sverige. Det finns också stora regionala skillnader. Sämst psykiskt välbefinnande återfinns i storstäderna, trots att dessa regioner samtidigt har lägre arbetslöshet och lägre andel sjukskrivna. Hur utvecklingen kan förklaras och i vilken utsträckning den beror på ökad benägenhet att rapportera ohälsa, sänkta tröskelvärden eller mer fundamentala förändringar i form av negativ stress och försämrad trygghet i samhället är osäkert. Vad som kan förmodas är att denna utveckling får konsekvenser för de krav som ställs på sjukvården. Framför allt är det primärvården som påverkas av detta större tryck från befolkningen i form av olika former av vaga symtom och psykosociala besvär.

... liksom på kompetens och arbetsmiljö

Förändringar sker också på utbudsidan. En snabb medicinsk utveckling och fortsatt specialiseringen ställer allt högre krav på kontinuerlig uppdatering och fördjupning av primärvårdens kompetens. Utvecklingen mot specialist-sjuksköterskor med egna mottagningar

Principer för listning och ersättning i ett urval länder med familjeläkarsystem.

Storbritannien	Över 99% av befolkningen är listade hos valfri allmänläkare inom geografiskt område. I huvudsak ersätts allmänläkare genom kapitering, kompletterat med ersättning för viss typ av besök (exempelvis mödravård) och i förhållande till uppfyllelse av fastställda hälsomål (vaccination av barn samt gynekologisk undersökning). Sedan 1997 har andelen allmänläkare som är anställda av lokala sjukvårdsmyndigheter med lön ökat. För besök hos specialist krävs remiss.
Nederländerna	Primärvård tillhandahålls i två system beroende på inkomst. För de 70% av befolkningen med lägst inkomst är registrering hos allmänläkare obligatoriskt. Motsvarande gäller familjemedlemmar utan egen inkomst. För dessa individer erhåller allmänläkare ersättning genom kapitering. För de 30% av befolkningen som har högst inkomst krävs ingen listning, men flertalet väljer frivilligt att lista sig hos en allmänläkare. Ersättning för vård till dessa individer baseras helt på egenavgifter. För samtliga individer ställs krav på remiss för besök hos specialist.
Danmark	Befolkningen väljer frivilligt att lista sig hos allmänläkare och kan på så sätt undvika patientavgifter. De 1,7% av befolkningen som inte valt att lista sig betalar full avgift vid besök hos allmänläkare eller specialist. Allmänläkare ersätts genom kombination av kapitering (en tredjedel av ersättningen) och ersättning för besök enligt nationell taxa. För besök hos specialist finns krav på remiss, med undantag för öron-näsa-hals respektive ögonläkare.
Norge	98 procent har valt en s.k. fastlege. Läkarna ersätts genom en kombination av kapitering (30% av inkomsterna) och ersättning per besök enligt nationell taxa (70% av inkomsterna). Varje läkare har individuellt avtal med berörd kommun som bl a reglerar tillgänglighet. Kommunen har också rätt till 7,5 läkartimmar per vecka för samhällsmedicinskt och preventivt arbete. För besök hos specialist ställs krav på remiss.

bidrar dessutom till att det blivit fler ingångar till primärvården, utöver kontakten med allmänläkare. Detta kan ses som en lösning för att klara ökade krav på tillgänglighet från befolkningen. En allt större del av ansvaret för vården av t ex kroniskt sjuka har successivt skjutits över från sjukhusen till primärvården. Den tekniska utvecklingen med ny informationsteknologi och snabb överföring av mätdata och bilder innebär också att allt fler insatser kan göras decentraliserat eller i patienternas hem. Med sådana möjligheter skapas också förutsättningar för ett bättre akut omhändertagande i primärvården. Andra informationstekniska lösningar används för att förbättra primärvårdens till-

gänglighet, t ex sjukvårdsrådgivning per telefon och användande av datoriserade återuppringningssystem för att undvika långa väntetider.

Ytterligare faktorer som kan förväntas få stor betydelse för primärvårdens arbetssätt och organisation är nya krav på arbetsmiljön bland t ex framtida allmänläkare. Allt fler allmänläkare vill arbeta deltid och är kvinnor. Enligt resultatet från en enkät år 2004 till ST-läkare i allmänmedicin, genomförd av ST-rådet inom Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) och besvarad av var tredje ST-läkare, var det hela 62 procent som ville arbeta 75 procent när de blev färdiga och 5 procent ville bara arbeta halvtid. 60 procent av de svaran-

de var kvinnor. Något förvånande ville endast 25 procent av ST-läkarna arbeta i privat vård. Önskemålen om att arbeta deltid kan vara svåra att förena med gamla ideal om att allmänläkaren ständigt ska vara tillgänglig och beredd att göra insatser för 'sina' patienter. Det kommer naturligtvis också att ställas krav på fler allmänläkare efter hand som andelen deltidsarbetande ökar. Listningsmodellen till enskilda allmänläkare som arbetar som egna entreprenörer kan nog överleva som princip, men behöver i så fall anpassas till framtida allmänläkares krav på arbetsmiljön.

Projektet kommer att avrapporteras under 2005.

”Budget-impact modeller”

- ett komplement till samhällsekonomiska C/E modeller

Hälsoekonomisk information vid beslut om hur begränsade resurser ska användas inom hälso- och sjukvården har blivit allt viktigare. De tydligaste exemplen är Läkemedelsförmånsnämnden (LFN), som avgör vilka läkemedel som ska ingå i läkemedelsförmånerna, och landstingens läkemedelskommittéer, som utfärdar rekommendationer till sjukvårdspersonalen om användningen av läkemedel. LFNs bedömningar om subventionering görs utifrån ett samhälleligt och hälsoekonomiskt helhetsperspektiv med syfte att bidra till en rationell och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Läkemedelskommittéerna ska i likhet med LFN verka för en rationell och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning men ska även väga in budgetimplikationer för landstingen. Detta ställer i sin tur krav på olika typer av hälsoekonomisk information. I denna artikel redogörs för skillnaderna mellan en samhällsekonomisk ”kostnads-effektivitets modell” och en s.k. ”budget-impact modell”.

Oavsett vilket perspektiv som fokuseras kan hälsoekonomiska modeller utgöra ett viktigt analysinstrument då beslut om resursfördelning ska fattas. IHE arbetar sedan några år med att utveckla hälsoekonomiska beslutsmodeller inom ett flertal olika terapiområden såsom diabetes, cancer och venösa bensår. Merparten av de modeller IHE har utvecklat har syftat till att utvärdera en behandlingsmetods kostnadseffektivitet enligt det bredare samhällsekon-

Jämförelse mellan samhällsekonomisk ”kostnads-effektivitets modell” och ”budget-impact modell”

	Samhällsekonomisk C/E modell	Budget-impact model (BIM)
Syfte	Utvärdera om en behandlingsstrategi är kostnadseffektiv, d v s om kostnaderna står i rimlig proportion till patientnyttan.	Budgetkontroll
Perspektiv	Samhällsekonomiskt perspektiv. Alla relevanta kostnader oavsett betalningsmottagare ingår, vilket innebär både direktasjukvårdskostnader och indirekta kostnader, och kostnader till följd av slutan frånvaro/förtida död.	Sjukvårdsekonometiskt perspektiv. Kostnader som belastar sjukvårdsenhetens kostnader. Vanligtvis ingår läkemedelskostnader i samband med patientens sjukvårdsbehandling och öppenvårdsbesök.
Underliggande data	Kliniska data som justerats och anpassats för den kliniska praxis som råder i Sverige.	Kliniska data som justerats och anpassats för den kliniska praxis som råder i Sverig eller i det enskilda landstinget.
Hälsoeffekter/livskvalitet	Ingår (ex. vunna levnadsår, symptomfria dagar). Livskvalitets-justerade levnadsår (QALYs) beräknas.	Ingår ej
Aggregeringsnivå	Kostnad per vunnet levnadsår beräknad på individnivå.	Aggregerade kostnader för sjukvårdsenheten (ex landstinget).
Tänkbara scenarier som kan analyseras	Kostnadseffekt kvoter beroende på: <ul style="list-style-type: none">• patienter med olika grad av symptom och ålder• om läkemedlets effekt förändras med X%	Om användningen av ett nytt läkemedel skrivs ut till X% av patienterna med en viss typ av sjukdom. Hur påverkas: <ul style="list-style-type: none">• förskrivningen av alternativa läkemedel• sjukhusinläggningar och läkarbesök• sjukvårdskostnaderna totalt för sjukvårdsenheten
Publiceras resultaten?	Ofta	Undantagsvis

miska perspektivet som LFN anger i sina riktlinjer. Dessa s.k. C/E modeller är sällan anpassade för att analysera hur introduktionen av en ny behandlingsteknologi påverkar utnyttjandet av sjukvårdsresurser på regional/lokal nivå, vilket ofta är den information som efterfrågas av läkemedelskommittéer. På lokal nivå finns en oro att ny teknologi, trots att den är samhällsekonomiskt kostnadseffektiv, ska förskrivas i en utsträckning som innebär att andra patientgrupper blir utträngda.

Med kunskap om hur stor andel av patienterna som idag genomgår olika behandlingsalternativ kan man med s.k. "budget-impact models" (BIM) analysera vilken påverkan introduktionen av ny behandlingsteknologi har på förskrivningsmönster, sjukhusinläggningar och läkarbesök i det enskilda landstinget (se tabell). I likhet med den samhällsekonomiska C/E modellen kombinerar en BIM resultat från kliniska pröv-

ningar med lokala data, men fokuserar vanligtvis på totala volymer. I C/E modellen beräknas kostnader och effekter på patientnivå. Till skillnad från BIM, kan resultaten från C/E modeller utgöra underlag för prioriteringar mellan olika sjukdoms- och patientgrupper.

Vanligtvis är tidsperspektivet vid budgetanalyser ett år. I en BIM finns emellertid förutsättningar att utvidga tidshorisonten och studera vilken effekt en ny behandlingsmetod kan förväntas ha på kostnaderna i ett längre perspektiv. Detta är av betydelse om kostnaderna för olika behandlingsalternativ infaller vid olika tidpunkter. Ett exempel på detta är mikrovågsbehandling vid godartad prostataförstoring som medför relativt sett höga initiala behandlingarkostnader medan motsvarande kostnad för läkemedel är lägre men fördelar sig över en längre tidsperiod. Avgörande för vilken behandling som är mest "lönsam" kan således be-

ro på tidsperspektivet. I detta sammanhang kan BIM utgöra en utgångspunkt för en diskussion om vad introduktionen av nya behandlingsmetoder idag kommer att betyda för utvecklingen av vårdkostnaderna i framtiden.

Det är intressant att notera att samtidigt som betydelsen av samhällsekonomiska C/E modeller har ökat i och med LFNs arbete, har också intresset för BIM vuxit under senare år i Sverige. En förklaring till detta kan vara att läkemedelsföretag behöver utvärderingsinstrument som kan tillföra ytterligare information i kommunikationen med landstingens läkemedelskommittéer och upphandlingsenheter om hur behandlingen påverkar resursutnyttjandet. En annan tänkbar förklaring är att en budgetmodell kan uppfattas som enklare i och med sin "hushållsekonomiska karaktär", varför den också kan förväntas få stor acceptans i samband med budgetbeslut på lokal klinisknivå.

Behandling av venösa bensår i Sverige och Storbritannien

- en jämförelse av resursanvändning och årliga kostnader

Stora resurser används idag för att behandla framför allt äldre patienter med venösa bensår. Med en ökande andel äldre i befolkningen kan kostnaderna för bensårsbehandling förväntas stiga ytterligare. I Sverige har de direkta kostnaderna för att behandla den här patientgruppen i en tidigare studie beräknats till 666 miljoner kronor i 2002 års prisnivå. Förutom att beräkna de totala kostnaderna för att behandla samtliga patienter under ett år med en viss typ av sjukdom är det även av intresse att undersöka hur kostnaden per patient fördelar sig under olika faser av behandlingen och för olika grupper av patienter med den aktuella sjukdomen. En ytterligare aspekt är hur behandlingsmönster och därmed resursanvändning och kostnader för sjukdomen kan skilja sig åt mellan olika länder.

Gunnel Ragnarson Tennvall och Jonas Hjelmgren, båda vid IHE, har i en nyligen publicerad studie analyserat och beräknat kostnaderna för att behandla venösa bensår i Sverige och Storbritannien. I rapporten jämförs och diskuteras skillnader i behandlingspraxis mellan de två länderna och vilka konsekvenser detta medför för den totala behandlingarkostnaden per patient i respektive land.

Kostnadsberäkningarna baseras på simulering av resursanvändning i en hälsoekonomisk modell som inkluderar data från ett prospektivt patientmaterial, uppgifter från kliniska expertpaneler i respektive land samt kompletterande information från publicerad litteratur. Modellen simulerar resursanvändning och kostnader under ett år baserat på den tid i veckor som patienten tillbringar i tre olika hälsotillstånd: initialt sår, sårfri period och ett nytt sår. Separata beräkningar utfördes för behandling av fyra olika grupper av venö-

sa bensår: små sår < 10 cm² med sårduration kortare än 6 månader, små sår med sårduration ≥ 6 månader, stora sår ≥ 10 cm² med kort sårduration och slutligen stora sår med lång sårduration.

Inte förvånande visar modellsimuleringen att den beräknade tiden till läkning av ett initialt sår är kortast för små sår med kort duration (13,5 veckor) och längst för stora sår med lång duration (27,8 veckor) (Tabell 1).

Resultaten visar att i båda länderna är kostnaden för att behandla ett initialt sår högst för stora sår (≥10 cm²) med lång duration (≥ 6 månader) vid initiering av behandlingen. Totalkostnaden per patient är dock högre i Sverige än i Storbritannien beroende på skillnader i antalet sårömläggningar per vecka och tid i minuter som spenderas per sårömläggning. Den beräknade ömläggningsfrekvensen är exempelvis 2,65 i Sverige jämfört med 1,53 i Storbritannien.

Trots att enhetskostnaden för personal är högre i Storbritannien är de to-

tala personalkostnaderna högre i Sverige beroende på den högre omlägningsfrekvensen. Andra skillnader kan ses i materialkostnaderna där resultaten för Storbritannien genomgående är högre än i Sverige. Den främsta orsaken är en mera utbredd användning av en annan omläggningsteknik som inkluderar kompression, s.k. "four-layer compression".

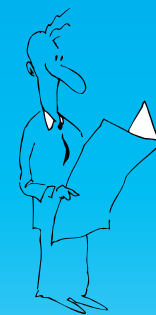
Analysen bekräftar resultat från tidigare studier både i Sverige och i andra länder att behandling av venösa bensår kräver en stor resursinsats, särskilt vad gäller personal för att sköta såromläggningar.

De faktorer som identifieras som viktigast i båda länderna för kostnaderna vid behandling av venösa bensår är tiden till läkning samt frekvens och tid som används för såromläggning. Åtgärder för att reducera dessa faktorer kan därför antas påverka totalkostnaden för behandling av bensårspatienter.

Den refererade studien är en ren kostnadsanalys, en så kallad cost-of-treatment (COT) studie, och säger ingenting om eventuella skillnader i kostnadseffektivitet mellan de två länderna. De demonstrerade skillnaderna både i enhetskostnader och i resursanvändning mellan de två länderna visar emellertid vikten av att beakta sådana skillnader när kostnadseffektiviteten mellan olika behandlingsalternativ ska analyseras och utvärderas i olika länder.

Var kan man läsa mer?

Studien *Annual costs of treatment for venous leg ulcers in Sweden and the United Kingdom* har finansierats av Mölnlycke Health Care AB och har nyligen publicerats i *Wound Repair and Regeneration* 2005; 13: 13-18. Arbetet har även presenterats som poster på ISPOR i Barcelona 2003.



Aktuella publiceringar

Per Carlsson (red.)

Anell A, Jansson S, Garpenby P, Liss P-E & Lund K. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvård – erfarenheter från andra länder*. Linköping: Prioriterings-Centrum, Rapport 2005:2.

Hjalte K, Hjelmgren J, Johansson F & Persson U. *Betalningsviljan för ett kvalitetsjusterat levnadsår – en pilotstudie*. IHE e-rapport 2005:1.

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.

Tabell 1 Tid som tillbringas i olika hälsotillstånd under ett år för patienter med olika typer av venösa bensår.

Veckor	Sårduration < 6 månader		Sårduration ≥ 6 månader	
	Sårstorlek < 10 cm ²	Sårstorlek ≥ 10 cm ²	Sårstorlek < 10 cm ²	Sårstorlek ≥ 10 cm ²
Tid till läkning av initialt sår	13,5	18,7	26,0	27,8
Sårfri period	34,9	30,7	24,3	22,7
Tid för behandling av nytt sår	3,6	2,6	1,7	1,5

Tabell 2 Kostnad per patient för behandling av venösa bensår i Sverige och i Storbritannien under 52 veckor (kronor, 2002 års priser).

	Sårkaraktäristika vid behandlingens start			
	Sårstorlek < 10 cm ²		Sårstorlek ≥ 10 cm ²	
	Sverige	Storbritannien	Sverige	Storbritannien
Initialt sår				
Personalresurser	12765	8861	13675	12717
Material	2978	3511	3189	3779
Läkarbesök	1516	247	1755	251
Kirurgi ¹	4862	1540	5137	1563
Totalkostnad				
initialt sår	22120	14159	23756	18309
sårfri period	1186	449	1167	415
ny sårperiod	1866	1105	1544	942
Under 52 veckor	25171	15713	26467	19666

¹Pinch graft, delhudstransplantat, venös kirurgi



Personaltytt

Frida Hjalte har nyligen anställts på IHE och arbetar inom områdena Utvärdering av läkemedel och medicinsk teknologi, Hälso- och sjukvård i utvecklingsländer och Organisation och finansiering av vård och omsorg. Frida som tidigare varit projektanställd på IHE har en examen med inriktning mot nationalekonomi (utvecklingsekonomi) och franska.

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 behandlingsalternativ vi behöver?
- Krav på evidens och hälsoekonomi – Hot eller möjlighet?
- Hur påverka användningen av medicinsk teknologi?
- Hur skapas en tydligare ansvarsfördelning mellan myndigheter och landsting?
- Evidens och vårdpolitik – Hur går det ihop?

Medverkande

Gunnar Alvan, generaldirektör, Läkemedelsverket

Göran Ando, tidigare forskningschef Pharmacia

Anders Anell, verkställande direktör, IHE

Peter Aspelin, professor, Karolinska Univ sjh

Kjell Asplund, generaldirektör, Socialstyrelsen

Per Belfrage, professor, BMC, Lunds universitet

Richard Bergström, verkställande direktör, LIF

Ingemar Eckerlund, hälsoekonom, SBU

Lars L Gustafsson, professor, Karolinska Institutet

Ellen Hyttsten, direktör, Sveriges Kommuner och Landsting

Jan Håkansson, distriktsläkare, Jämtlands läns landsting

Sten Iwarson, professor, Sahlgrenska Univ sjh

Jan-Erik Johansson, professor, Univ sjh Örebro

Pia Kinbult, (m) regionråd i Region Skåne

Christina Kärvinge, enhetschef, Socialstyrelsen

Lars-Åke Levin, hälsoekonom, CMT, Linköping

Kaj Möllefors, direktör, Apoteket AB

Kerstin Nilsson, överläkare, Univ sjh Örebro

Ragnar Norrby, generaldirektör, Smittskyddsinstitutet

Ulf Persson, projektledare, IHE

Karin Prellner, professor, Univ sjh i Lund

Ilmar Reepalu, (s) kommunalråd, Malmö

Nina Rehnqvist, direktör, SBU

Carsten Rose, verksamhetschef, Univ sjh i Lund

Mikael Sjöberg, statssekreterare, Socialdepartementet

Kjell Strandberg, prof, tidigare generaldir vid Läkemedelsverket

Ann-Christin Tauberman, generaldirektör, LFN

Lena Öhrsvik, ordförande i Reumatikerförbundet

Moderator: *Bo Sigheden*, redaktör

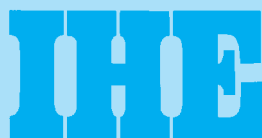
Tid: 1-2 september

Plats: Scandic Star, Lund

Sista anmälningdatum: 30 juni

Deltagaravgift: 3 500 kr (exkl. moms) vilket inkluderar kaffe/te,
lunch båda dagarna samt middag på torsdag kväll

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



IHE information 2/2005

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, uppge såväl gammal som ny adress!

Layout och original: Britta Jeppsson Grafisk form • Tryck: Wallin & Dalholm Boktr. AB, Lund 2005