

- 1 Primärvård i förändring
- 3 IHE följer utvecklingsarbetet med öppna prioriteringar
- 4 Referat av aktuella publiceringar
- 5 Blodtransfusioners kostnader Ekonomiska aspekter på antibiotika-resistens
- 6 Malariabehandling i södra Afrika
- 7 IHE FORUM 2005
- 8 Aktuella publiceringar Världsdabetesdagen 2005 Personalnytt

## Primärvård i förändring

En bit in på 2000-talet kan konstateras att flera primärvårdsmodeller med ganska vitt skilda ansatser existerar i svensk sjukvård. Osäkerheten om vilka modeller som man ska satsa på har ökat. Sett till internationella erfarenheter av olika lösningar är det inte självklart åt vilket håll den svenska primärvården bör utvecklas. *Anders Anell* lyfter i en aktuell bok fram en tänkbar strategi som bygger på att låta olika "godkända" primärvårdsmodeller existera parallellt. Detta ger både vårdpersonal och befolkning större möjligheter att välja den modell som passar dem bäst. Sådana möjligheter leder till ökad trovärdighet för primärvården, vilket är avgörande för att verksamheten ska få den centrala position i hälso- och sjukvården som förväntas.

Uppfattningarna om hur primärvården bör organiseras och vad som ska vara allmänläkarnas uppdrag har varierat över tiden och mellan länder. Sverige var tillsammans med Finland pionjärer när hälso- och sjukvården i början av 1970-talet anamade en bredare syn på primärvårdens innehåll, som omfattade flera kompetenser utöver allmänläkarna och med vårdcentraler som den fysiska kärnan. Idag dominerar vårdcentraler med geografiskt ansvar bland landstingen. Några landsting har valt att satsa på familjeläkaresystem med listning för befolkningen. Ytterligare primärvårdsmodeller är under utveckling under begrepp som 'närsjukvård' eller 'nära vård'. Allmänläkarnas organisationer har föreslagit en egen framtida organisationsmodell för primärvården – PROTOS – där befolkningen ska ha möjligheter att välja sin egen familjeläkare enligt ett listningssystem, med etableringsfrihet för läkare och ersättningsprinciper som regleras nationellt.

Även om flera frågor är specifikt svenska kan noteras att primärvården i

flera andra länder upplever motsvarande brytningstid. Förväntningarna på att primärvården ska inta en mer central och styrande roll i hälso- och sjukvården är fortsatt höga. Primärvården ska inte enbart utöva öppenvård i egen regi och sortera ut de patienter som behöver annan specialistkompetens. Den ska också samordna insatserna för patienter som behöver hjälp från många olika vårdgivare.

Det finns studier och evidens som talar för att vissa lösningar bör undvikas, men kunskapen är inte tillräcklig för att lyfta fram någon enskild primär-

vårdsmodell som den allra bästa. Förutsättningarna för att framgångsrikt tillämpa olika modeller kan också variera. Preferenserna för olika modeller bland berörda intressenter varierar dessutom.

### Utgå från personalens och befolkningens preferenser

En tänkbar strategi är därför att låta flera olika "godkända" primärvårdsmodeller existera parallellt. En sådan strategi har flera fördelar. Det finns t ex olika önskemål om framtida arbetsvillkor bland allmänläkare som ska arbeta i primärvården. En del allmänläkare vill arbeta i bredare team, andra vill inte det. En del allmänläkare vill engagera sig på heltid med listade patienter, andra vill arbeta deltid utifrån ett mera begränsat ansvar. Om en enda primärvårdsmodell väljs för svensk hälso- och sjukvård kommer en stor andel av läkarna att vara missnöjda med sina arbetsförhållanden, oavsett vilket val som görs. Detta missnöje kommer helt säkert att ha negativa effekter på moti-

*"Det finns studier och evidens som talar för att vissa lösningar bör undvikas, men kunskapen är inte tillräcklig för att lyfta fram någon enskild primärvårdsmodell som den allra bästa."*

vationen, och på hur väl modellen fungerar i praktiken.

Även bland befolkningen kan det finnas olika preferenser för att lista sig hos en allmänläkare, alternativt en primärvårdsenhet med brett kompetensinhåll. En strategi där hela befolkningen tvingas in i en och samma modell leder i så fall till negativa konsekvenser för primärvårdens legitimitet och trovärdighet. Genom att utveckla primär-

mot behoven och övergripande krav på prioriteringar, tillgänglighet, kvalitet och integrering med andra vårdgivare.

En central fråga är vem som ska bestämma dessa krav och vilka ”modeller” för primärvård som ska accepteras. Vem ska styra över mångfalden? Ett rimligt alternativ är att befolkningen, får välja vilken primärvårdsmodell som passar dem själva bäst. För en del individer kan listning till en allmänläkare

är att en ökad pluralism accepteras av sjukvårdshuvudmännen. Det borde inte vara någon omöjlighet. Det finns redan en sådan pluralism, åtminstone sett i ett nationellt perspektiv. Pluralismen baseras dock inte på befolkningens individuella val, utan förklaras istället av politiska beslut och olika traditioner bland sjukvårdshuvudmännen. Frågan är om detta är försvarbart i ett långsiktigt perspektiv. Det är rimligt att lösningar varierar mellan t ex glesbygd och storstad eller skiftande behov. Men det är sannolikt betydligt svårare att långsiktigt försvara att erbjudanden till befolkningen varierar mellan sjukvårdshuvudmän med i stort sett samma förutsättningar.

En lösning där individen väljer sin egen modell, och kan byta till ett annat alternativ beroende på den egna livssituationen, kan på sikt leda till ett nytt socialt kontrakt mellan befolkningen och hälso- och sjukvården. Ett socialt kontrakt, som utgår från primärvården snarare än från det lokala sjukhuset, är angeläget i takt med att stora delar av specialistvården koncentreras till allt färre akutsjukhus. Ett nytt kontrakt är också angeläget för att utveckla primärvården på ett positivt sätt och främja en hög motivation hos dem som ska arbeta i verksamheten.

*”Genom att utveckla primärvården utifrån befolkningens varierande önskemål finns bättre förutsättningar för att verksamheten ska uppnå en hög legitimitet hos befolkningen.”*

vården utifrån befolkningens varierande önskemål finns bättre förutsättningar för att verksamheten ska uppnå en hög legitimitet hos befolkningen.

En förbättrad trovärdighet för primärvården är sannolikt helt avgörande för att verksamheten ska kunna inta den centrala position i hälso- och sjukvården som bl a finansierarna förväntar sig. Med samma utgångspunkt går det också att argumentera mot strikta remisskrav och lösningar där primärvården tar ett utökat kostnadsansvar för den specialistvård man inte själva kan tillhandahålla. Särskilt i en situation där det inte finns några val för befolkningen kan ett utökat kostnadsansvar få negativa effekter på primärvårdens legitimitet och trovärdighet sett i befolkningens perspektiv.

#### **Individuella val**

En strategi som tar sikte på att låta flera primärvårdsmodeller existera parallellt leder med större sannolikhet till att de som arbetar i primärvården blir nöjda. Läkare och andra kan i större utsträckning välja arbetsformer som passar dem själva bäst. Detta val måste dock svara

vara det bästa alternativet, medan andra tycker att listning till en primärvårdsorganisation med bredare kompetens stämmer bättre med vad de önskar sig. Med individuella val blir det till sist befolkningens preferenser som avgör fördelningen av de samlade resurserna på olika primärvårdsmodeller.

Valet av vilka primärvårdsmodeller som ska finnas tillgängliga och hur resurserna ska fördelas mellan dessa kan ske i två steg. I ett första steg upphandlas ”godkända” alternativ av finansieraren utifrån krav på att alternativen följer någon av de accepterade modellerna och att man når upp till de kvalitetskrav och skyldigheter som finansieraren anser betydelsefulla. Denna upphandling avgör vilka alternativa vårdgivare som ska få utföra primärvård i en viss region, men säger inget om hur de samlade resurserna ska fördelas på olika alternativ. Det avgörs i ett andra steg utifrån befolkningens val mellan de godkända alternativen.

#### **Ett nytt socialt kontrakt**

Helt avgörande för att egna val för befolkningen ska uppfattas som relevant

#### *Var kan man läsa mer?*

Boken *Primärvård i förändring* har givits ut av Studentlitteratur och kan beställas via [www.ihe.se](http://www.ihe.se). Boken har författats av Anders Anell, IHE och finansierats av Sveriges Kommuner och Landsting.

Boken presenterades på konferensen Primärvård i förändring som anordnades av Sveriges Kommuner och Landsting den 28 september 2005. Dokumentation från konferensen kan laddas ner på [www.skf.se](http://www.skf.se)

# IHE följer utvecklingsarbetet med öppna prioriteringar

Under de senaste femton åren har behovet att prioritera i hälso- och sjukvården blivit allt mer angeläget. Ransoneringar av vård har skett i alla tider, men under senare år har efterfrågan av metoder för att göra medvetna, systematiska och öppna prioriteringar ökat. Det har dock i praktiken visat sig vara svårt att prioritera öppet. Avsaknaden av enhetliga begrepp, svårigheter att bestämma vilka kriterier för rättvisa som ska användas och inte minst en oförståelse från allmänhetens sida för att hälso- och sjukvården ska begränsas är några exempel på försvärande omständigheter. Under de senaste två åren har IHE genomfört flera projekt som belyst och analyserat prioriteringsprocesser i framför allt svensk sjukvård.

I den internationella debatten om öppna prioriteringar är det framför allt den amerikanska filosofen Daniels och läkaren Sabins teorier som fått stort genomslag. Eftersom det saknas en enighet om vilka principer som ska gälla vid nödvändiga prioriteringar, framhåller Daniels och Sabin att det borde vara möjligt att nå större acceptans för prioriteringen om prioriteringsbesluten fattas på ett sätt som flertalet uppfattar som legitimt och rättvist. Duon har presenterat fyra villkor som bör vara uppfyllda för att prioriteringsprocessen ska uppfattas som rättvis:

- 1) grunderna för prioriteringsbeslutet måste vara offentliga,
- 2) grunderna måste anses vara relevanta för prioriteringsbeslutet av människor med känsla för rättvisa,
- 3) det måste finnas mekanismer för att ompröva beslut i ljuset av ny information,
- 4) det måste finnas en frivillig eller obligatorisk reglering av beslutsprocessen för att se till att de tre tidigare nämnda villkoren uppfylls.

I sex separata rapporter under åren 2004 och 2005 har IHE studerat prioriteringsprocesser i Sverige och i andra länder. Två av dessa projekt har i stor utsträckning influerats av Daniels och Sabins tankar kring öppna och legitima prioriteringsprocesser; både beslutsprocesserna vid Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) och vid fyra verksamhetsområden i Region Skåne har granskats utifrån detta teoretiska ramverk.

I Region Skåne granskades processen bakom tre olika typer av priorite-

ringsbeslut: prioriteringar av remisser, val av behandlingsalternativ och bortprioriteringar av enskilda behandlingsalternativ. För dessa typer av beslut bedömdes att graden av öppenhet och legitimitet enligt uppställda kriterier var förhållandevis låg. Beslutsprocessen bakom LFNs subventionsbeslut bedömdes däremot i hög utsträckning uppfylla Daniels och Sabins kriterier.

**Två andra prioriteringsrapporter** har specifikt berört hur ekonomiska incitament påverkar prioriteringar av läkemedel. År 2004 undersöktes hur decentraliseringen av kostnadsansvar enligt en primärvårdsbaserad modell påverkade kostnadsmedvetande och användningen av ekonomiska beslutskriterier vid prioriteringen av läkemedel.

Under sommaren 2005 publicerade IHE ytterligare en rapport på samma tema – **Prioriteringar av läkemedel inom sjukhusens specialistvård**. Rapporten gav en inblick i hur ekonomiska incitamentsstrukturer kan påverka valet av läkemedel vid sjukhus och kliniker i fyra landsting och regioner.

**IHE har också studerat** förutsättningar för öppna prioriteringar inom kommunal äldreomsorg och följt utvecklingsarbetet med öppna prioriteringar i andra länder. I samarbete med PrioriteringsCentrum i Linköping har *Sandra Jansson* och *Anders Anell* vid IHE, granskat arbetet med öppna prioriteringar i Nederländerna. Erfarenheterna från den nederländska prioriteringsdebatten ingår i rapporten **Prioriteringar inom hälso- och sjukvård – erfarenheter från andra länder**, som gavs ut av PrioriteringsCentrum i våras.

## Rapporter på temat öppna prioriteringar

Jansson S & Anell A.  
Prioriteringar av läkemedel i praktiken – vilken betydelse har kostnader för förskrivare? Lund: IHE e-rapport 2004:1, URL: <http://www.ihe.se/publiceringar.htm>

Svensson M & Rosén P.  
Perspektiv på prioriteringar i äldreomsorgen. Lund: IHE Rapport 2004:1

Anell A, Jansson S & Svensson M.  
Studie om öppna och legitima prioriteringsprocesser inom fyra specialiteter i Region Skåne. Rapport till Region Skånes revisionskontor, 2005. [www.skane.se](http://www.skane.se)

Jansson S & Anell A.  
Subventionering av läkemedel – förutsättningar för öppna och legitima beslutsprocesser i Läkemedelsförmånsnämnden. Linköping: PrioriteringsCentrum, Rapport 2005:1. [www.prioriteringscentrum.se](http://www.prioriteringscentrum.se)

Jansson S & Anell A.  
Prioriteringar av läkemedel inom sjukhusens specialistvård. Lund: IHE e-rapport 2005:2, URL: <http://www.ihe.se/publiceringar.htm>

Carlsson P (red.), Anell A, Jansson S, Garpenby P, Liss P-E & Lund K  
Prioriteringar inom hälso- och sjukvård – erfarenheter från andra länder. Linköping: PrioriteringsCentrum, Rapport 2005:2. [www.prioriteringscentrum.se](http://www.prioriteringscentrum.se)

# Reformers betydelse för hälso- och sjukvårdens utveckling

Tidskriften *Health Economics* gav i september ut ett temanummer med en serie artiklar om effekterna av hälso- och sjukvårdsreformer i 14 europeiska länder. Artiklarna ger inte bara en översikt av respektive lands hälso- och sjukvårdssystem, utan också en bild av vilken inverkan reformerna har haft på hälso- och sjukvårdens utveckling under de senaste 25 åren.

Inte helt oväntat betonar Adam Oliver, Elias Mossialos och Alan Maynard i temanumrets introduktion svårigheten att isolera de effekter som direkt kan härledas till de förändringar som genomförts i respektive land. I vissa

delar kanske utvecklingen snarare speglar den internationella teknologikutvecklingen, än de satsningar och policybeslut som initierats nationellt.

Även om temanumrets primära syfte inte har varit att ge en jämförande bild av olika länders hälso- och sjukvårdssystem lyfter Oliver m fl inledningsvis fram några gemensamma drag. Tilltron till offentlig finansiering, antingen via skatter eller obligatoriska försäkringsystem, har sedan länge varit hög i flertalet länder. Samtidigt noteras i vissa länder en ökad tilltro till egenavgifterna som finansieringsalternativ, däribland nämns Sverige. Ett annat gemensamt

drag är att hälso- och sjukvårdens expansiva fas under efterkrigstiden bröts i och med oljekrisen på 70-talet, och kostnadskontrollen inom hälso- och sjukvården fick ökad betydelse. Under 90-talet har det senare kompletterats med krav på utökad effektivitet, konkurrens och valfrihet.

*Anders Anell* vid IHE har skrivit det svenska bidraget i denna artikelserie.

## Var kan man läsa mer?

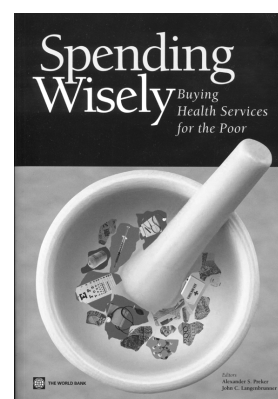
Anell A. Swedish healthcare under pressure. *Health Economics* 2005;14 (S1):237-254

## Mer värde för pengarna...

I en nyutkommen bok av Världsbanken tas ett helhetsgrepp över hur tillgängligheten och finansieringen av hälso- och sjukvård i utvecklingsländer kan säkras. Boken har getts ut i samarbete med Sida och Canadian International Development Agency.

*Anders Anell* har skrivit ett av bokens kapitel – Using Resource Profiles. Anell jämför data och resursprofiler mellan ett urval låg- och medelinkomstländer i Afrika och Latinamerika. På detta sätt betonas betydelsen av att utgå från en flerdimensionell bild för att kunna mäta resurserna i hälso- och sjukvården. Vad hälso- och sjukvården kan erbjuda bestäms utifrån en rad

olika faktorer som inte är oberoende av varandra. Humankapitalet är en av sjukvårdens viktigaste resurser. Kvaliteten på tjänsterna påverkas i hög grad av personalens individuella förutsättningar – både kompetens, erfarenhet och motivation. I detta perspektiv är det angeläget att investeringar i t ex sjukvårdsanläggningar och hjälpmedel balanseras mot utbildningsinsatser. I praktiken finns en uttalad ineffektivitet i låginkomstländer, vilket beror på en rad olika faktorer. Det kan handla om låg arbetsmoral till följd av låga löner och dåliga arbetsförhållande. Andra faktorer är att det är svårt att belysa resursernas verkliga fördelning.



## Var kan man läsa mer?

Anell A. Using Resource Profiles. I: Preker, A S & Langenbrunner, J C. *Spending Wisely. Buying Health Services for the Poor.* The World Bank, 2005.

## Hälsoekonomiska utvärderingars roll vid subventionsbeslut

*Anders Anell* och *Ulf Persson*, båda vid IHE, belyser i en aktuell artikel i tidskriften *The European Journal of Health Economics* betydelsen av hälsoekonomisk information i samband med Läkemedelförmanndsmyndens (LFN) subventionsbeslut och läkemedelkommittéernas rekommendationer.

Deras genomgång visar att hälsoekonomiska utvärderingar har fungerat som underlag i LFNs beslutsprocess, men att information om läkemedlets kostnadseffektivitet har skiftat i betydelse mellan olika beslut.

## Var kan man läsa mer?

Anell A & Persson U. Reimbursement and clinical guidance for pharmaceutical in Sweden. Do health-economic evaluations support decision making? *The European Journal of Health Economics*, 2005;6 (3):274-279

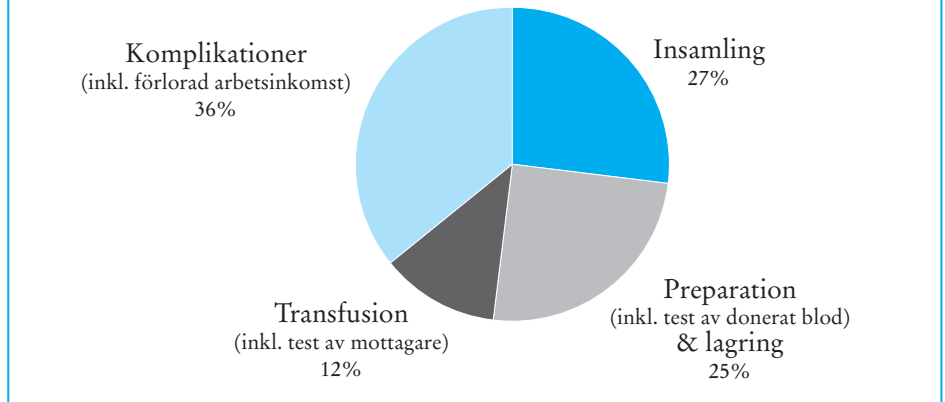
# Blodtransfusioners kostnader

I en aktuell studie har blodtransfusionskostnader för kirurgpatienter skattats. Studien, som är den första att beräkna kostnader för svenska förhållanden, visar att drygt en tredjedel av kostnaden vid allogen transfusion till kirurgpatienter motsvarar kostnader för komplikationer i samband med transfusionen (se figur). Insamling och lagring av blod utgör drygt hälften av den totala kostnaden.

Studiens styrkor är att den utgår från svensk behandlingspraxis och inkluderar samtliga kostnader som kan förknippas med allogen transfusion (bankblod) för kirurgpatienter. Förutom de direkta sjukvårdskostnaderna som uppkommer på sjukhuset i samband med transfusionen inkluderas även blodgivarens reskostnader till och från blodcentralen. Även sjukvårdskostnader och sjukskrivning som uppstår till följd av transfusionsreaktioner, överföring av virala infektioner och postoperativa infektioner har skattats.

Studien ger också möjlighet att jämföra kostnader för de transfusionsalternativ som finns tillgängliga för kirurgpatienter i Sverige. Förutom allogen

Fördelning av kostnader för insamling, preparation, transfusion samt komplikationer vid allogen transfusion till kirurgpatienter.



transfusion har kostnaden för autolog transfusion skattats. Den senare innebär att patienten är sin egen blodgivare och att insamlingen sker före operationen. Ett tredje alternativ som också kostnadsberäknats är intraoperativ erycytåtervinning. Denna transfusion sker vid operationstillfället genom att det blod som patienten förlorar under operationen tvättas och transfunderas tillbaka till patienten. Av dessa tre alternativ är allogen transfusion vanligast i Sverige.

## Var kan man läsa mer?

Glenngård A.H., Persson U. & Söderman C. Costs associated with blood transfusions in Sweden - the societal cost of autologous, allogeneic and perioperative RBC transfusion. *Transfusion Medicine*, 2005;15:295-306. Studien har finansierats av Janssen-Cilag, Sverige.

# Ekonomiska aspekter på antibiotikaresistens

Antibiotikaresistens ses idag som ett växande problem mot bakgrund av de hälsoförluster som resistenta bakteriestammar orsakar. Problemet förstärks av att läkemedelsmarknaden har svaga incitament att utveckla nya effektiva antibiotika. Vad beror detta på och vad kan göras för att minska risken för antibiotikaresistens? I denna artikel ger Ulf Persson, IHE, några reflektioner kring hur producenternas incitament för att ta fram nya effektiva antibiotika kan förbättras.

All användning av antibiotika innebär en risk för resistens. Antibiotikaresistens förvärras också i händelse av överförbrukning och felaktiga preparatval. Risken för att sjukdomar förvärras innebär exempelvis att läkaren har incitament att skriva ut antibiotika med bredare spektrum. Även rädslan för postoperativa infek-

tioner ger incitament till profylaktisk förskrivning. En annan förklaring bakom överförskrivningen kan vara att läkaren vill, och känner press, att infria patientens förväntningar om snabba behandlingsresultat. Patientens utgifter för antibiotika är även relativt låga.

## Ett marknadsmisslyckande

I egenskap av patientens ombud har både läkaren och patienten incitament att endast ta hänsyn till den direkta risken i samband med behandling, men knappast för den effekt som behandlingen och spridning av resistenta organismer på sikt kan ge samhället. Patienternas (eller sjukvårdshuvudmännens) upplevda kostnad för antibiotikabehandling motsvarar således inte samhällets totala kostnad för behandlingen. För samhället innebär ökad antibiotikaresistens såväl hälsoförluster i ökad mortalitet som ökade kostnader till följd av längre vårdtider på sjukhus och sjukskrivningsperioder. ▶▶▶

Antibiotikaresistens kan ses som ett marknadsmisslyckande eftersom priset för en ytterligare förskrivning inte fångar hela den samhällsliga kostnaden (se figur).

#### Hur minska risken?

Genom att aktivt begränsa förskrivningen av antibiotika t ex genom lokalt och/eller nationellt utformade riktlinjer för förskrivning, kan risken för resistens minskas. Idag sker aktiva insatser i landstingen för att åstadkomma en förändring i förskrivningen bland annat genom information och utbildningsinsatser av STRAMA-grupperna (Strategi för rationell läkemedelsanvändning och minskad antibiotikaresistens).

En annan möjlighet att begränsa risken för resistentastammar skulle kunna vara att höja priset för antibiotika exempelvis genom en extra avgift. Priset skulle då i större utsträckning återspegla förskrivningens verkliga samhällsekonomiska kostnad, dvs den förväntade framtida kostnaden som kan uppstå till följd av resistens.

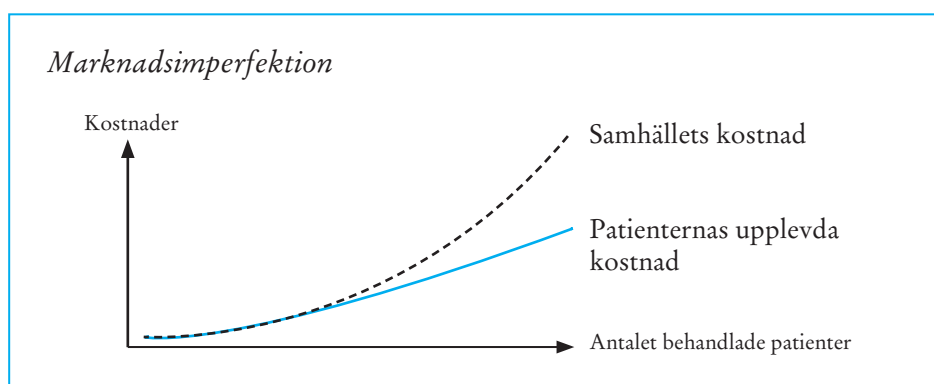
#### Producenterna saknar incitament

Nuvarande patentsystem och prissättning för generika ger idag inte tillräckliga incitament för producenterna att ta fram nya effektiva läkemedel. Förekomsten av generika och generisk substitution innebär att priset på läkemedel sjunker mycket snabbt efter det bolaget förlorat sitt patent. Låga priser på befintliga antibiotika innebär i sin tur att företagen har svårigheter att få en tillräckligt stor prispremie för nya effektiva läkemedel inom samma terapiområde. Vinstmarginalerna är också små på grund av att antibiotikabehandlingarna är kortvariga och att förskrivningsvolymerna aktivt begränsats.

#### Vad krävs för fortsatt utveckling?

Det finns flera tänkbara strategier för att öka incitamenten för producenterna att ta fram nya effektiva antibiotika. En extra avgift på förskrivning av antibiotika skulle kunna ge inkomster till att främja forskning och utveckling av nya effektiva antibiotika. En möjlighet är att dessa medel samlas i en internationell fond för forskning och utveckling.

En annan strategi kan vara att ändra patentregler för antibiotika. Patent kan rent generellt variera både avseende patenttidens längd och patentets bredd, dvs vilka substanser som patenten avser. Långvariga och smala patent främjar i allmänhet konkurrensen på mark-



naden, men stimulerar samtidigt utvecklingen av snarlika preparat, sk mee-too produkter. Förhållandevis kortvariga och bredare patent ökar sannolikt producenternas intresse att ta fram nya effektivare läkemedel. Detta ses som en förklaring bakom utvecklin-

gen av sk sällsynta läkemedel (orphan drugs) i Europa. Att förändra patenten för antibiotika i riktning mot bredare och kortare patent kan kanske vara en väg att gå för att stimulera läkemedelsindustrin till att ta fram nya effektiva antibiotika.

## Malariabehandling i södra Afrika

I början av 1960-talet exponerades ca tio procent av världens befolkning för risken att insjukna i malaria. Idag är denna andel 40 procent. Orsaken bakom den ökade exponeringen är dels att den smittbärande myggan har utvecklat resistans mot pesticider, dels att parasiterna har blivit resistent mot läkemedelsbehandling. Enligt WHO insjuknar mellan 300 och 500 miljoner människor varje år i malaria och 1,5 - 2,7 miljoner dör till följd av sjukdomen. Värst utsatt är södra Afrika där 90 procent av de infekterade människorna lever och 80-90 procent av dödsfallen rapporteras. I denna del av Afrika bedöms malaria vara orsaken bakom vart annat avlidet barn under 5 års ålder – i storleksordningen 2 800 barn per dag.

Stora förhoppningar ställs därför till ett nytt preparat som i utvecklingsländer saluförs under namnet Co-artem (Riamet i Sverige). Den aktiva substansen, artemeter, är ett derivat av ett traditionellt naturläkemedel i Kina, och har i flertalet kliniska prövningar visat goda behandlingsresultat.

I Zambia har sedan en tid tillbaka beslutats att Co-artem ska vara det första behandlingsalternativet vid malaria trots att kostnaden för detta program är mycket högre än tidigare behandling. Tillsammans med forskare på nationalekonomiska institutionen vid

universitetet i Zambia arbetar därför IHE med att beräkna kostnadseffektiviteten av Co-artem mot bakgrund av de förhållanden som råder i Zambia. Detta görs genom att simulera patienter i en epidemiologisk modell som är utformad utifrån lokala förhållanden avseende följsamhet, effekter och kostnader. Modellen är också tänkt att ta hänsyn till att malariaparasiten med tiden utvecklar resistans, vilket även påverkar kostnadseffektiviteten. Simuleringar av detta slag är betydelsefulla i situationer då läkemedlet används i miljöer som skiljer sig betydligt från den situation som gällde i den kliniska prövningen.

IHE arbetar sedan många år i ett Sida-finansierat projekt som syftar till att överföra hälsoekonomisk kompetens till Zambia. Tillsammans med nationalekonomiska institutionen vid University of Zambia genomförs studier och utredningar på uppdrag av hälsoministeriet. Förutom att förstärka den hälsoekonomiska kompetensen på universitetet, bidrar dessa studier även med beslutsunderlag till ministeriet.

# IHE FORUM 2005

Under IHE FORUM i september var framtidens medicin i fokus. Vad kan vi förvänta av framtida medicinska teknologier och kommer vi få de behandlingsalternativ vi behöver? Hur kan vi påverka användningen av medicinsk teknologi?

Bland annat framkom att de medicinska framstegen främst kommer ge ökade möjligheter till sekundär prevention snarare än till primär prevention. De medverkande gav förhoppningar om goda framtida behandlingsmöjligheter inom de stora sjukdomsgrupperna. Samtidigt betonades att det måste skapas utrymme för forskning och utveckling inte enbart för nya innovativa läkemedel utan också på befintliga läkemedel med oroande resistensutveckling.

**A**rets IHE FORUM inleddes med en faktaspäckad förmiddag där professor **Peter Aspelin**, Karolinska Institutet, redogjorde för hur dagens forskning kommer att påverka framtidens sjukvård. Inom t ex cancerområdet är dagens behandlingar väl evidensbaserade, men behandlingarna slår ofta brett. Framtiden är individuell farmakoterapi som innebär att läkemedelsbehandlingen skräddarsys utifrån den enskilda patientens förutsättningar. Aspelin konstaterade avslutningsvis att samtidigt som

molekylärbiologiska behandlingar är framtiden, kommer även omvårdnadsinsatser för patienter i livets slutskede tillhöra framtidens sjukvård.

**Göran Ando**, tidigare forskningschef på Pharmacia, gav intressanta reflektioner över den framtida läkemedelsutvecklingen. Kostnaden för läkemedelsutveckling är höga och nya mediciner kommer att bli allt dyrare. Ando betonade betydelsen av att skapa ekonomisk "utrymme" genom bl a en aggressivare användning av generika, att ta bort daterade mediciner och att förbättra hälsovården i utvecklingsländerna.

Som ett avstamp inför eftermiddagens debatter om vem som styr forskningen och om kraven på evidens och hälsoekonomi är hot eller möjligheter för framtidens medicin, redogjorde professor **Kjell Strandberg** för det internationella regelverket och dess betydelse. Enligt Strandberg är tendensen att EU går vidare mot en lagstiftning som innebär gemensam standardisering, värdering och i tillämpliga fall också godkännande och uppföljning av medicinsk teknologi.

Huvudtemat för fredagens förmiddagspass var – hur kan vi påverka användningen av medicinskt teknologi. **Ingemar Ekelund**, hälsoekonom vid SBU, inledde med att konstatera att

variationer i medicinsk praxis inte enbart är ett välkänt och bestående fenomen utan också en indikation på effektiviseringspotentialer. Ekelund ställde sig frågan om det går att påverka praxis i syfte att minska variationerna och tog upp ögonsjukvården och förlösningvården som exempel på att påverkan kan ha effekt.

Professor **Lars L Gustafsson**, Karolinska Institutet, redogjorde för erfarenheterna av uppföljning av forskningsmönster i Stockholms län. Gustafsson efterlyste mer fokus på att identifiera framgångsfaktorer, och barriärer, för att öka effektiviteten i de insatser som genomförs och efterfrågade samtidigt modeller för introduktion av specialläkemedel.

**Lars-Åke Levin**, hälsoekonom vid CMT, avslutade förmiddagen med att ge sina reflektioner om betydelsen av nationellt och lokalt beslutsstöd. Han menade att det behövs både ett nationellt och lokalt beslutsstöd så länge som vi har en decentraliserad styrd sjukvård i landet.

Årets IHE FORUM fick många positiva kommentarer vilket är både glädjande och inspirerande inför planeringen för nästa års IHE FORUM. Har ni förslag på teman för år 2006, välkomna att höra av er på adressen [ihe-forum@ihe.se](mailto:ihe-forum@ihe.se).

*Eva Fernvall, marknadsdirektör vid Apoteket AB, i pausviolet. Eva Fernvall är sedan maj 2005 ordförande i IHEs styrelse. Foto IHE*

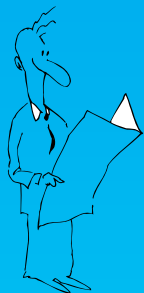


*Förberedelser inför torsdagens debatt om Vem styr forskningen? Får vi de behandlingsalternativ vi behöver?*

*Från vänster: generaldirektör Ragnar Norrby, professor Karin Prellner, generaldirektör Gunnar Alvan, moderator Bo Sigheden och professor Per Belfrag. Richard Bergström, vd Lif, saknas på bilden. Foto IHE*



IHE FORUM 2006 7-8 september



## Aktuella publiceringar

Anell A. Primärvård i förändring. Studentlitteratur: Lund, 2005.

Anell A. Swedish Health Care under Pressure. *Health Economics* 2005; 14(S1): 237-254.

Anell A. Using Resource Profiles. In Preker AS, Langenbrunner JC. eds. *Spending Wisely: Buying Health Services for the Poor*. The World Bank: Washington DC, 2005.

Anell A & Persson U. Reimbursement and clinical guidance for pharmaceuticals in Sweden – Do health economic evaluations support decision-making? *The European Journal of Health Economics* 2005; 6(3): 274-279.

Borg S, Persson U, Ödegaard K, Berglund G, Nilsson J-Å & Nilsson Peter M. Obesity, survival and hospital costs – findings from a screening project in Sweden. *Value in Health* 2005; 8(5): 562-571.

Edebalk P G & Svensson M. Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden. Nordiska Ministerrådet: Köpenhamn, TemaNord 2005:507.

Glenngård A H. Policies in the Kenyan health care sector – Why are they so difficult to implement? Sida Health Division Document 2005:3.

Glenngård A H & Hjalte F. Findings from a study of regional NHA networks. Sida Health Division Document 2005:2.

Glenngård A H, Persson U & Söderman C. Costs Associated with Blood Transfusions in Sweden – The societal cost of autologous, allogeneic and peri-operative RBC transfusion. *Transfusion Medicine* 2005; 15(4): 295-306.

Hjelmgren J, Persson U & Ragnarsson Tennvall G. Local treatment pattern versus trial based data in cost-effectiveness analyses? The case of drotrecogin alfa (activated) in treatment of severe sepsis in Sweden. *American Journal of Therapeutics* 2005; 12(5): 425-430.

Jansson S & Anell A. Prioriteringar av läkemedel inom sjukhusens specialistvård. IHE e-rapport 2005:2.

Magnusson G & Persson U. Screening for congenital cataracts: a cost-consequence analysis of eye-examination at maternity wards in comparison to well-baby clinics. *Acta Paediatrica* 2005; 94: 1089-95.

Persson U, Borg S, Jansson S, Ekman T, Franksson L, Friesland S & Larsson A-M. Epoetin alfa and Darbepoetin alfa for the Treatment of Chemotherapy-Related Anemia in Cancer in Sweden: Comparative Analysis of Drug Utilization, Costs, and Hemoglobin Response. *Advances in Therapy* 2005; 22(3): 208-224.

Persson U & Svensson M. Patientskador i svensk sjukvård får långvariga samhälls-ekonomiska effekter. *Läkartidningen* 2005; 102(42): 3020-3025.

Ragnarsson Tennvall G & Hjelmgren J. Behandling av venösa bensår, kostsamt för sjukvård och samhälle. *Läkartidningen* 2005; 102(42): 3027-3029.

Ragnarsson Tennvall G. Economic factors. In Bakker K, Foster A, van Houtum W, Riley P (eds). *Diabetes and foot care. Put feet first - prevent amputations*. IDF, International Diabetes Federation, Brussels 2005.

## Världsdiabetesdagen 2005

IDF, Internationella Diabetes Federationen, uppmärksammar ett speciellt tema den 14:e november varje år. Årets tema ägnas åt fotkomplikationer.

I samband med diabetesdagen kommer tidskriften *Lancet* att ha ett temanummer i november med anknytning till diabetesfoten. IHE:s medarbetare *Gunnel Ragnarsson Tennvall* har bidragit som medförfattare till tre arbeten som publiceras i anslutning till Världsdiabetesdagen. Förutom publicering i *Lancet* är de övriga två: *Counting the costs of the diabetic foot* i *Diabetes Voice* ([www.idf.org](http://www.idf.org)) och *Economic Factors i "Diabetes and foot care. Put feet first – prevent amputations"* Eds. Bakker K, Foster A, van Houtum W och Riley P. IDF, International Diabetes Federation, Brussels, 2005.

## Personaltytt



Foto Kenneth Ruona

IHE hälsar *Michael Willis* välkommen tillbaka efter att ha arbetat i två år som hälsoekonom vid läkemedelsbolaget Johnson & Johnson i USA. Liksom tidigare kommer han att arbeta inom verksamhetsområdena Utvärdering av läkemedel och medicinsk teknologi och Läkemedelsmarknaden. Michael har en fil dr i nationalekonomi från University of California, Santa Barbara.