

- 1 IHE Information övergår till elektroniskt format!
- 2 Används hälsoekonomiska utvärderingar i praktiken?
- 3 Vilken betydelse har hälsoekonomi vid prioriteringar?
- 4 Samhällets kostnader för vägtrafikolyckor
- 6 Målrelaterade ersättningssystem
- 7 Personalnytt
- 7 Stärker kundval äldres inflytande?
- 8 IHE-FORUM

## IHE Information övergår till elektroniskt format!

IHE Information, som funnits sedan år 1981 i tryckt version, kommer att från och med höstens nummer endast ges ut i elektroniskt format. I fortsättningen kan du endast prenumerera på IHE Information som pdf-fil och få den direkt till din e-post.

Vill du även fortsättningsvis få IHE Information, måste du anmäla din prenumeration på IHEs hemsida!

Anmäl dig redan idag på [www.ihe.se](http://www.ihe.se) om du vill ha IHE Information till din e-post. Du gör det enkelt under "IHE Information" och fliken "Prenumerera".

Som tidigare är målsättningen att IHE Information ska komma ut tre gånger om året. Nya och äldre nummer kommer, precis som tidigare, att finnas tillgängliga på IHEs hemsida.

På återseende!

# Används hälsoekonomiska utvärderingar i praktiken?

– ny avhandling har undersökt om och hur de används

I april försvarade *Sandra Erntoft* vid IHE sin avhandling om användningen av hälsoekonomiska studier i läkemedelsrelaterat beslutsfattande – *The use of health economic evaluations in pharmaceutical priority setting. The case of Sweden*. Sverige tillhör ett av de länder i världen som har störst produktion av hälsoekonomiska utvärderingar. Trots det finns det idag lite kunskap om hur hälsoekonomiska utvärderingar används i praktiken. Den aktuella avhandlingen visar bland annat på stora skillnader i hur hälsoekonomiska studier används på olika beslutsnivåer och ger även förslag på hur hälsoekonomin kan få en större roll i beslutsprocessen för läkemedel. Parallellt med sitt avhandlingsarbete har Sandra genomfört en studie om betalningsviljan för ett kvalitetsjusterat levnadsår (QALY). Inte oväntat skiljer denna mellan olika beslutsnivåer, men också mellan olika sjukdomsgrupper i de nationella behandlingsriktlinjer som Socialstyrelsen presenterat. Läs mer om vilken betydelse hälsoekonomi har vid prioriteringar på nästa sida.

I den aktuella avhandlingen har Sandra Erntoft undersökt om - och i så fall hur - hälsoekonomiska utvärderingarna används, samt i vilka syften. Dessutom belyser arbetet skillnader i användningen mellan beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå. Syftet med avhandlingen är att förklara användningen av - samt hinder för - användningen bland beslutsfattare. Avhandlingen bygger på dels tre olika empiriska studier, dels en systematisk litteraturgenomgång.

## Användningen skiljer

Påtagliga skillnader i användningen av hälsoekonomisk information påvisades mellan TLV, läkemedelskommittéer och förskrivande läkare. TLV använde sig explicit av information från hälsoekonomiska utvärderingar i själva beslutsfattandet samt i motiveringen av sina beslut, särskilt då ett beslut rörde avslag eller en begränsad/ villkorad subvention av ett läkemedel.

I den studerade läkemedelskommittén hade hälsoekonomiska utvärderingar en mindre framträdande roll jämfört med TLV. I de fyra identifierade faserna i framtagandet av en rekommendationslista hade hälsoekonomiska utvärderingar olika betydelse. Framförallt hade

information från hälsoekonomiska utvärderingar större betydelse i de två inledande förberedelse- och expertutlåtandefaserna, medan hälsoekonomi definierades som pris i de två avslutande faserna; beslutsfattande och lansering av rekommendationslistan. Användningen av hälsoekonomiska studier gick till stor del hand i hand med användningen av vetenskaplig information generellt.

I avhandlingen mättes de förskrivande läkarnas preferenser för olika typer av information. Resultatet visar att läkarna upplever samhällets kostnader för ett läkemedel som viktigare information än budgetpåverkan. Dock ansågs information om kostnadseffektivitet som mindre viktig än information om ett läkemedels effektivitet, biverkningar, samt förutsättningar att öka patientens följsamhet till ordinationen.

## Hinder för ökad användning

Arbetet visar att det mellan olika beslutsfattare finns skillnader i de hinder som beslutsfattare identifierar för en ökad användning av hälsoekonomiska utvärderingar. Ett viktigt hinder för beslutsfattare på nationell nivå var den relativa betydelsen av kostnadseffektivitetsprincipen i förhållande till behov-

och solidaritetsprincipen (särskilt för sår läkemedel). En anledning är att rättvisaspekter normalt inte beaktas i hälsoekonomiska utvärderingar. Ett annat hinder är reaktioner från olika intressentgrupper. Beslutsfattarens ”personliga kostnad” för att fatta oönskade beslut uppfattas som stora samtidigt som de sällan premieras för att ta sådana beslut.

I läkemedelskommittén identifierades andra hinder. Den information som ligger till grund för svåra beslut är sällan helt komplett och i många fall kan olika informationskällor stå i motsatsförhållande till varandra. För att bringa mer klarhet i beslutsfattandet krävs därför strategier för att reducera osäkerheten i informationen, exempelvis:

- ▶ kalibrering (konvertering av olika informationskällor till en gemensam parameter som inbegriper (nästan) all information t ex. QALYs eller meta-analyser),
- ▶ privilegiering (en källa får tolkningsföreträde),
- ▶ uppskjutande av beslut, eller
- ▶ delegering av beslutet till någon annan.

I avhandlingen ses ett visst samband mellan vilka strategier som läkemedelskommittén tillämpade och användningen av hälsoekonomiska utvärderingar. Vid de tillfällen som kalibrering var den huvudsakliga strategin, ökade även användningen av hälsoekonomiska utvärderingar. I de situationer då vetenskapliga belägg användes för att legitimera beslut var hälsoekonomiska utvärderingar också det föredragna medlet för att sammanställa information om konsekvenser. I situationer då det vetenskapliga underlaget inte hade lika stor betydelse minskade även användningen av hälsoekonomiska utvärderingar.



Sandra Erntoft presenterade den 16 april 2010 sin avhandling "The use of health economic evaluations in pharmaceutical priority setting. The case of Sweden". Avhandlingen ledde fram till en doktors-examen vid företagsekonomiska institutionen vid Lunds Universitet.

Sandra har arbetat som projektledare på IHE sedan 2002 och främst inom verksamhetsområdet Läkemedelsmarknaden. Sandra planerar även de nätverksmöten som IHE arrangerar för praktiskt verkamma hälsoekonomier.

### Strategier för ökad användning

För att öka användningen av hälsoekonomiska utvärderingar vid läkemedelsbeslut finns olika tänkbara strategier:

- eliminerings av budgetrestriktioner (vilka ger upphov till suboptimeringsproblem),
- skapa bättre förutsättningar för användning av aggregerade mått såsom QALYs,
- öka kraven på transparens i besluten och processerna, samt
- skapa framgångsrika exempel på hur hälsoekonomiska utvärderingar kan användas rent praktiskt.

Medan de två första strategierna kräver stora omställningar i förhållande till hur beslutsfattandet går till idag - och därmed kan anses som nästintill omöjliga att implementera - är de två sistnämnda mer möjliga att tillämpa. Ett annat förslag är att hälsoekonomiska utvärderingar bättre anpassas till hur medicinskt beslutsfattande idag går till i praktiken.

## Vilken betydelse har hälsoekonomi vid prioriteringar?

Principen om kostnadseffektivitet och information om kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) har fått allt större betydelse vid subventionsbeslut i flertalet europeiska länder. Så även i Sverige. Det är dock oklart vilken relativ betydelse hälsoekonomi har i förhållande till andra relevanta beslutskriterier. Dessutom saknas ofta uttalade gränser för vad som kan betraktas som en kostnadseffektiv behandling. På uppdrag av PrioriteringsCentrum och Socialstyrelsen har Sandra Erntoft (IHE) tillsammans med Christian Asseburg (ESiOR), Reed Johnson (RTI Health Solutions), Anders Anell (Lunds Universitet) och Ulf Persson (IHE och Lunds Universitet) undersökt vilken betydelse hälsoekonomisk information har vid prioriteringar.

Studien undersökte värdet av information om kostnad per QALY i förhållande till annan information såsom patientgruppens initiala hälsotillstånd, resultat av medicinsk behandling, patientnyttan och budgetpåverkan. Vidare skattades betalningsviljor för ett QALY bland medicinska beslutsfattare. Studien bygger på en enkät som skickats ut till representanter för TLV, läkemedelskommittéer och förskrivande läkare. Resultatet av enkätsvaren jämfördes därefter mot de prioriteringar som Socialstyrelsen gjort i de nationella riktlinjer som publicerats fram till juni 2009.

### Betydelsen av "kostnad per QALY" skiljer

Det beslutsriterium som värderades som viktigast av TLV var kostnaden per QALY. Vid både rangordning och val av läkemedel valde TLV-respondenterna mycket sällan det alternativ som hade en kostnad per QALY som översteg 1 miljon kr. Patientnyttan uttryckt som antalet vunna QALYs hade betydelse för rangordningen av alternativen, men patientgruppens initiala hälsotillstånd hade en högre relativ betydelse vid beslut om vilka behandlingar TLV skulle välja att subventionera i ett genomsnittsfall.

Bland läkemedelskommittéerna var information om kostnad per QALY underordnat patientgruppens initiala hälsotillstånd vid rangordningen av läkemed-

len i genomsnitt. Den relativa betydelsen av beslutskriterierna bland förskrivande läkare påminde i stora delar om läkemedelskommittéernas.

### Betalningsviljan för ett QALY

I likhet med TLV, var kostnad per QALY det beslutsriterium som hade störst relativ betydelse för Socialstyrelsens prioriteringsbedömning. Det fanns även likheter i den skattade genomsnittliga betalningsviljan mellan myndigheterna. Medan TLV's hypotetiska betalningsvilja (enligt enkätsvaren) sträckte sig mellan 468 800 kr och 1 156 000 kr per QALY, var motsvarande spann i Socialstyrelsens riktlinjer 275 400 kr och 900 300 kr. Den hypotetiska betalningsviljan bland läkemedelskommittéer och läkare var i genomsnitt högre. Mönstret skulle bland annat kunna tolkas som att det är svårare att göra prioriteringar ju närmre patienten man befinner sig.

Det fanns också skillnader i betalningsviljan för ett QALY mellan olika sjukdomsgrupper i Socialstyrelsens riktlinjer. I förhållande till riktlinjerna för Hjärt-, Depression/Ångest och Astma/KOL, var betalningsviljan signifikant lägre för de medicinska åtgärder som inkluderades i Cancerriktlinjerna.

Studien "Vilken betydelse har hälsoekonomi vid prioriteringar? Ett experiment bland beslutsfattare och en analys av faktiska prioriteringar" publiceras inom kort vid PrioriteringsCentrum.

# Samhällets kostnader för vägtrafikolyckor

Olyckor leder inte bara till dödsfall, skador och mänskligt lidande, utan innebär också en belastning på samhällets resurser. Under 2006 initierade Nationellt centrum för lärande från olyckor (NCO) vid Räddningsverket ett projekt för att skatta samhällets kostnader för olyckor. Kostnaderna skulle också fördelas på olika kostnadstyper och kostnadsbärare för att ge kommuner och andra säkerhetsaktörer en informativ bild av olyckornas ekonomiska konsekvenser. År 2008 publicerade NCO den första rapporten i projektet, som redogjorde för brändernas samhällsekonomiska kostnader. Under våren 2009 publicerade Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) projektets andra rapport som skattat vägtrafikolyckornas ekonomiska konsekvenser.

Vägtrafikolyckor är näst efter fallolyckor den vanligaste olyckstypen i Sverige. Under 2005 rapporterade polisen 440 dödsfall, 3 915 svårt skadade och 22 544 lindrigt skadade. Det är dock sedan länge känt att de polisrapporterade skadorna är en underskattning av det verkliga antalet. Därför baseras beräkningen av vägtrafikolyckornas kostnader på dels sjukvårdsrapporterade personskadefall dels försäkringsbolagens statistik som ger underlag för att skatta det totala antalet vägtrafikolyckor, dvs. både olyckor med och utan personskador.

## Antalet vägtrafikolyckor

Med hjälp av dessa källor har det totala antalet vägtrafikolyckor som inträffade under 2005 beräknats till ca 500 000. Vid dessa olyckor inträffade 440 dödsfall, knappt 14 100 svåra personskadefall och drygt 42 200 lindriga personskadefall. De personer som skadats svårt har vårdats i slutenvård till följd av sin skada, medan de som skadats lindrigt har vårdats i öppenvården. Männen var överrepresenterade och 90 procent av alla skadade och döda var under 65 år. Närmare 2 200 av de svårt skadade bedömdes vara i behov av någon form av permanent vård. Jämfört med

år 1985 har antalet dödsfall halverats, antalet svårt skadade är i stort sett det samma, medan antalet lindrigt skadade har ökat med ca 25 procent.

## Vägtrafikolyckornas totala kostnader

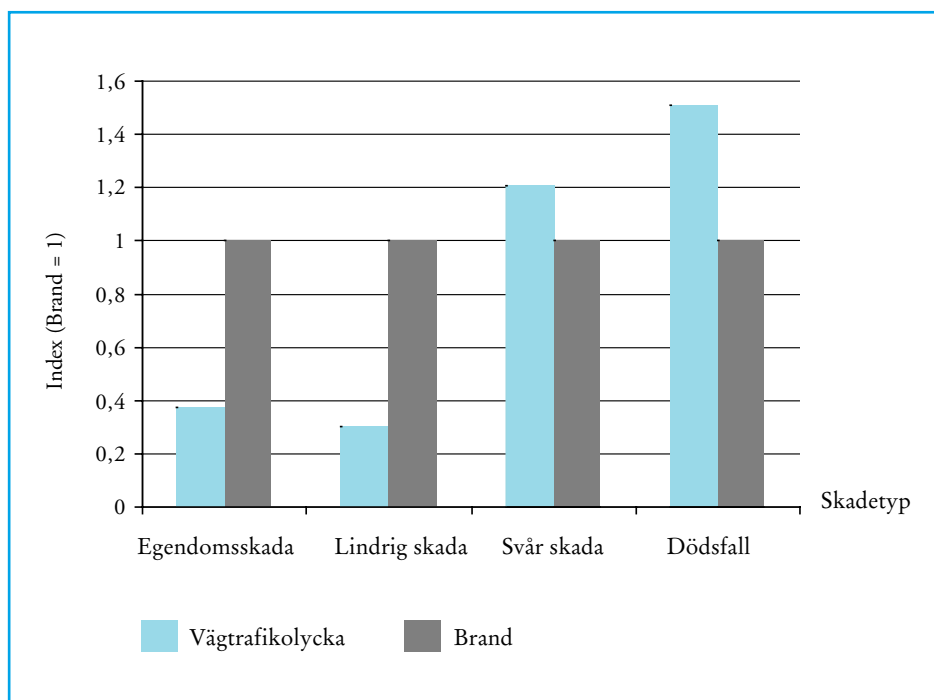
Den totala samhällskostnaden för vägtrafikolyckorna som inträffade under 2005 uppgick till 21 miljarder kronor (se tabell). De kostnadstyper som ingick i beräkningen var:

- ▼ kostnader för räddningstjänst och polis i samband med olyckan,
- ▼ materiella kostnader, d.v.s. skadade fordon, vägskyltar, vägräcken m.m.,
- ▼ sjukvårdskostnader i form av sluten och öppen vård, läkemedel, hjälpmedel och informell vård,
- ▼ produktionsbortfall i betalt och obetalt arbete (hemarbete) samt
- ▼ administrationskostnad för försäkringsbolag och rättsväsende

Personskaderelaterade kostnader (sjukvård, betalt och obetalt produktionsbortfall) stod för hälften av den totala

*Den totala kostnaden av vägtrafikolyckor 2005 fördelad på kostnads- och skadetyp (miljoner kronor, 2005 års prisnivå)*

Kostnadstyp	Egendomsskada	Lindrig skada	Svår skada	Dödsfall	Totalt	Andel
Olyckskostnad	8	23	14	2	47	0,2 %
Materiella kostnader	5 340	1 486	990	99	7 915	38 %
Sjukvårdskostnad	–	278	2 426	10	2 714	13 %
Produktionsbortfall	–	562	5 151	2 977	8 690	42 %
Administration	1 053	299	195	26	1 573	7 %
<b>Totalt</b>	<b>6 401</b>	<b>2 648</b>	<b>8 776</b>	<b>3 114</b>	<b>20 940</b>	<b>100 %</b>
<b>Andel</b>	<b>34 %</b>	<b>13 %</b>	<b>41 %</b>	<b>15 %</b>	<b>100 %</b>	



kostnaden, 10,6 miljarder kronor, vilket motsvarar ca 2 procent av den totala kostnaden för sjukvård och produktionsbortfall till följd av all sjuklighet i Sverige under 2005. Sjukvårdskostnaderna varierade kraftigt beroende på vårdbehov. Bland annat stod 5 procent av de skadade för 70 procent av kostnaden. Produktionsbortfallet fördelade sig nästan jämt mellan betalt och obetalt arbete, och svåra personskador gav upphov till ca 60 procent av produktionsbortfallet.

Kostnaderna har även fördelats på kostnadsbärare. Den offentliga sektorn bar 25 procent av den totala kostnaden för vägtrafikolyckorna i form av bl.a. räddningstjänst, sjukvård och sjukersättning, medan den privata sektorn (näringsliv och enskilda individer) framförallt stod för materiella kostnader, utblivet obetalt arbete och informell vård. Försäkringsbolagens kostnad för egendomsskador uppgick till ca 6 miljarder kronor, och enskilda individer gick miste om obetalt arbete motsvarande ett värde på ca 4 miljarder kronor.

#### Jämfört med tidigare år

Den totala kostnaden för vägtrafikolyckor har nästan fördubblats sedan början av 1980-talet, vilket beror på en kraftig ökning av de materiella kostnaderna. Denna ökning beror i huvudsak på stigande reparationskostnader eftersom antalet egendomsskador inte ökat i motsvarande omfattning. Sjukvårdskostnadens andel av de totala kostnaderna (exklusive hemarbete) har ökat från 28 till 34 procent sedan 1995, medan produktionsbortfallets andel har minskat från 41 till 21 procent. Detta kan delvis förklaras av att personskadorna, som står för den största delen av sjukvårdskostnaderna, inte har minskat nämnvärt under perioden, medan dödsfallen, som står för knappt hälften av

produktionsbortfallet, har minskat med över 20 procent.

#### Jämförelse med samhällets kostnader för bränder

Under 2005 inträffade uppskattningsvis ca 100 000 bränder med 69 dödsfall, 604 svårt skadade och 1 058 lindrigt skadade. Den totala kostnaden för dessa bränder var 5,7 miljarder kronor (2005 års prisnivå). Denna kostnad motsvarar 27 procent av kostnaden för vägtrafikolyckor samma år – detta trots att en vägtrafikolycka är fem gånger så vanlig som en brand, medför sex gånger så många dödsfall, 23 gånger så många svårt skadade och 40 gånger så många lindrigt skadade. Kostnadsskillnaden beror framförallt på en lägre materiell kostnad för en genomsnittlig vägtrafikolycka jämfört med en genomsnittlig brand (15 830 kr jämfört med 42 120 kr).

Genomsnittskostnaden för ett dödsfall (i form av sjukvård och produktionsbortfall) är däremot 50 procent högre för vägtrafikolyckor (6,8 miljoner kr jämfört med 4,5 miljoner kr) (se figur). Det beror på en betydligt lägre genomsnittsalder för dem som dör i vägtrafikolyckor jämfört med dem som dör i bränder. En svår personskada kostar nästan detsamma för båda olyckstyperna (550 000 kr för en vägtrafikolycka respektive 455 000 kr för en brand), medan en lindrig skada

till följd av en brand har mer än dubbelt så hög genomsnittskostnad (53 000 kr jämfört med 16 000 kr). Detta är bland annat en följd av att en lindrig personskada inom vägtrafiken har en kortare sjukskrivningstid.

På grund av det mycket låga antalet skadade utgör personskaderelaterade kostnader endast 10 procent av den totala kostnaden för bränder, jämfört med halva kostnaden för vägtrafikolyckor. Den offentliga sektorn bar 11 procent av de totala kostnaderna till följd av bränder 2005, jämfört med 25 procent i samband med vägtrafikolyckor samma år. Andelen av kostnaderna för bränder är dock troligen en underskattning. Till exempel har inte kommunens kostnader i samband med skolbränder kunnat kartläggas fullt ut.

#### Var kan jag läsa mer?

Studierna om bränders och vägtrafikolyckornas samhällsekonomiska kostnader har författats av Sara Olofsson och finns att ladda ner på MSB:s hemsida [www.msbmyndigheten.se](http://www.msbmyndigheten.se)  
Samhällets kostnader för vägtrafikolyckor, MSB, 2009  
Bränders samhällsekonomiska kostnader, NCO, 2008:6

# Målrelaterade ersättningsystem

– temat för vinterns nätverksmöte

Att styra sjukvårdens aktörer med ekonomiska incitament har blivit allt vanligare. Resultat- eller målrelaterad ersättning till vårdgivare tillämpas idag inom olika områden i hälso- och sjukvården. Detta aktuella (men inte nya) ämne stod i fokus vid årets första nätverksmöte för hälsoekonomer. Bland talarna fanns företrädare för svensk sjukvård men också gästföreläsaren Adrian Towse från Office of Health Economics i London.

**S**taffan Lindwall från Sveriges Kommuner och Landsting presenterade inledningsvis erfarenheter av resultatbaserad ersättning baserat på en internationell litteraturöversikt.

Litteraturgenomgången visade att över 90 procent av publicerade utvärderingar av Pay-for-Performance (P4P)-program kommer från USA och Storbritannien. Slutsatsen av dessa är att resultaten av olika ersättningsprogram på kort sikt är osäkra och att evidens på lång sikt saknas. En mängd kvalitetsmått tillämpas och ersättningsnivån kopplat till dessa är 4 till 9 procent i de amerikanska programmen och omkring 20 procent i Storbritannien. I de svenska resultatbaserade ersättningsystemen är ersättningsnivån mellan 2 och 5 procent.

## Svenska exempel

Exempel på hur resultatbaserad ersättning tillämpas i svensk sjukvård presenterades vid mötet. Bo Carlbark och Niklas Rommel berättade om erfarenheter från Landstinget i Uppsala län där målrelaterad ersättning infördes 2005. Idag tillämpas ersättningsmodellen inom såväl primärvård som slutenvård, habilitering och hjälpmedel. Uppsalas modell består till 66 procent av en fast ersättning, 30 procent av en rörlig prestationsbaserad ersättning och 4 procent av en målrelaterad ersättning. Den målrelaterade ersättningen betalas ut i förskott och återkrävs om målen inte uppfylls. Exempel på mål är minskat antal vårdrelaterade infektioner, registrering av fallskador, att behandlingsgarantin uppfylls för minst 85 procent av patienterna och registrering av patienter som tillfrågats om tobaksvanor.

Erfarenheterna från Uppsala är goda. Det är en uppskattad styrmodell från både politiker och förvaltningschefer. Carlbark och Rommel betonades samtidigt att det är viktigt att vara överens om målen och att vårdgivarna uppfattar målen som adekvata och rimliga att uppnå.

Fredrik Jacobsson från CMT presenterade erfarenheter från Östergötland där målrelaterad ersättning infördes i primärvården år 2002 under benämningen ”mål och mått”. Den målrelaterade ersättningen motsvarar omkring 4 procent av den totala ersättningen till vårdgivare. Också i detta projekt är erfarenheterna positiva i termer av prestationsökning i samband med införande. Däremot har det varit svårt att bibehålla den positiva effekten när den målrelaterade ersättningen tas bort. Det finns också en risk att ersättningsystemet ger en undanträngningseffekt av verksamhet som inte är prestationsersatt. Liksom i exemplet från Uppsala betonade Jacobsson att vårdgivarnas förståelse för systemet har avgörande betydelse för resultatet.

## Att fördela risker vid introduktion av ny teknologi

De ekonomiska incitament som används för att styra vårdprocesser utformas mot bakgrund av god kunskap om interventioners effekt på patienters hälsa. Vid introduktion av nya teknologier förekommer däremot en osäkerhet kring både effekt och biverkningar. Dessutom finns en osäkerhet om hur stora de ekonomiska konsekvenserna kommer att bli i relation till uppnådd effekt av att introducera den nya teknologin. I en sådan situation är det an-

geläget att finna system för att minimera finansiell osäkerhet för olika aktörer.

Adrian Towse från Office of Health Economics presenterade olika principer för att fördela eller minimera risk (risk-sharing) mellan olika aktörer (företag och sjukvårdshuvudmän) vid introduktion av nya läkemedel. Han beskrev tre strategier som betalaren kan använda gentemot läkemedelsföretaget i en sådan situation:

- 1) omedelbart upptag av nytt preparat utan krav på mer evidens,
- 2) omedelbart upptag av nytt preparat men utvärdera när mer evidens finns tillgänglig, eller
- 3) inget upptag av nytt preparatet men möjlighet att ompröva beslutet då det finns mer evidens.

## Sverige bör lämpa sig väl

Risk-sharing beskrevs enligt Towse som en variant av den andra strategin, d.v.s att ersättning till tillverkaren kopplas genom ett kontrakt till framtida resultat. Kontrakten kan vara utformade som en budgetrestriktion eller en rabatt på avtalat pris om inte målen uppfylls. Kontrakten kan också vara utformade mer direkt mot behandlingsresultat. Ersättning kan kopplas till ett tröskelvärde för vad priset per kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) får vara eller att ersättning endast betalas ut då preparatet förskrivs till rätt patientpopulation.

En avgörande faktor för att ett arrangemang med risk-sharing ska fungera är att det, till en rimlig kostnad, finns tillräckligt med data att kunna följa exempelvis behandlingsresultat i utvärderingssyfte. Sverige är ett land som bör lämpa sig väl för att implementera resultatbaserade finansieringslösningar eftersom det finns register som möjliggör uppföljning av interventioner.

# Stärker kundval äldres inflytande?

## Var kan man läsa mer?

Håkansson S & Högberg M, 2009. Pay for performance – resultatbaserad ersättning: en litteraturöversikt. Sveriges kommuner och landsting, Stockholm.

Jacobsson F, 2008. Mål och mått – En dokumentation och utvärdering av en resultatbaserad ersättning inom primärvården. CMT Rapport 2008:6. Linköpings Universitet, Linköping.

## Personalnytt



Sedan årsskiftet 2010 arbetar *Ulf-G Gredtham* som projektledare vid IHE. Ulf är professor i Hälsoekonomi vid Nationalekonomiska institutionen och Institutionen för kliniska vetenskaper vid Lunds universitet. Parallellt med sin tjänst på IHE är Ulf också forskningsledare för Health Economics and Management vid Ekonomihögskolan och det hälsoekonomiska programmet vid Nationalekonomiska institutionen och Institutionen för kliniska vetenskaper vid Lunds universitet.

Tilltron till att kundval i äldreomsorgen leder till ett ökat brukarinflytande är stor – åtminstone i delar av politiken. Frågan är om vi utifrån nuvarande kunskapsläge kan säga att brukarinflytande i praktiken har stärkts i de kommuner som infört kundval i äldreomsorgen. Enligt en aktuell studie av IHEs *Marianne Svensson* och professor *Per Gunnar Edebalk*, vid Socialhögskolan i Lund måste svaret på frågan bli att vi inte med säkerhet kan säga att så har skett. Många studier som genomförts internationellt har endast inkluderat brukare som aktivt valt att omfattas av kundvalet. Studier som även omfattat en kontrollgrupp saknas nästintill.

**D**enna studie har, liksom flera tidigare studier, till största del kunnat analysera kundvalets förutsättningar för ökat brukarinflytande. Utifrån hur kundvalen i dag utformas gör författarna några reflektioner om kundvalets förutsättningar för ökat brukarinflytande.

### Valet av utförare

Bland annat konstateras att kundval ger brukaren större inflytande över valet av utförare. Utvecklingen i de kommuner som hittills har infört kundval visar att många kommuner har flera utförare och att brukarna väljer de alternativa utförarna. Men även om brukarna har flera utförare att välja mellan, kvarstår osäkerheten kring hur aktiva de är i valsituationen och i vilken utsträckning de överväger valet utifrån den information som finns tillgänglig.

Kundval förstärker även brukarens möjlighet att byta utförare om han/hon inte är nöjd. Byten görs, men inte i så stor utsträckning. En icke obetydlig andel av dessa byten sker till följd av att utföraren upphör med sin verksamhet. Enligt en minienkät som gjorts bland de kommuner som infört kundval i hemtjänsten år 2008, var det cirka fyra procent av brukarna med hemtjänst som bytt utförare år 2009. Men var femte brukare som bytt hade gjort det till följd av att verksamheten upphört.

### Kunskap om byten bristfällig

Uppgifterna om omval är dock bristfällig; 13 av de totalt 35 kommuner/stads-

delar som svarat på enkäten kunde inte lämna uppgifter om hur många brukare som gjort ett omval. Det är anmärkningsvärt att inte fler kommuner regelbundet registrerar antalet byten och följer upp orsakerna bakom dem. Utan sådan kunskap är det svårt att avgöra om vi kan förvänta oss att brukaren faktiskt byter när han/hon är missnöjd med den hemtjänst som erbjuds.

Genom att ge brukaren möjlighet att byta, överlåter man indirekt en del av kvalitetsuppföljningen till den enskilde brukaren. För äldre hemtjänsttagare med stora omvårdnadsbehov är det rimligt att diskutera om exit-kanalen ger tillräckliga förutsättningar att stärka brukarens inflytande. Enligt lagen om valfrihetssystem erbjuds de brukare som inte kan välja (exempelvis till följd av sjukdom eller stort hjälpbehov) ett icke-valsalternativ. Av samma skäl kan man tänka sig att det finns en grupp som inte kan byta utförare även då de är missnöjda med hjälpen. För dem med stora hjälpbehov kan en möjlighet vara att komplettera kundvalet med ett system med personligt ombud som är separerade från biståndsbedömningen.

## Var kan man läsa mer?

Svensson M och Edebalk PG. Kundval i äldreomsorgen – stärks brukarens inflytande i ett valfrihetssystem? Rapporten kan laddas ner på Sverige Kommuner och Landstings hemsida.



# Hur främja innovationer i vården?

2-3 september 2010 i Lund

Vården står ständigt inför nya medicinska framsteg – framsteg som inte bara ger nya möjligheter att upptäcka och behandla sjukdomar utan också ökade vårdkostnader.

I ett samhällsperspektiv är det däremot frånvaron av effektiva behandlingsmöjligheter som kostar allra mest. Hälsoproblem innebär höga kostnader för sjukfrånvaro och förtida pensioner samtidigt som välfärd förlusterna blir stora i form av minskad livskvalitet.

Receptet för en fortsatt utveckling av vård och omsorg är att ta till vara på alla goda innovationer. Och inte minst att skapa förutsättningar för ett gott innovationsklimat. Främjar eller hämmar nuvarande ramverk förnyelse i vården? Hur kan spelreglerna förbättras för forskning och utveckling? Kan innovationer upphandlas och i så fall hur?

Vårdens innovationer är inte bara produktinnovationer, såsom nya läkemedel och medicekniska produkter. Vårdens innovationer handlar också om förnyelse i vårdens strukturer och processer. Kan dagens valfrihetssystem och apoteksomreglering bidra till förnyelse och i så fall hur?

För program och anmälan besök [www.ihe.se](http://www.ihe.se)

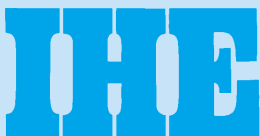
*Tid:* 2-3 september

*Plats:* Scandic Star, Lund

*Sista anmälningsdag:* 2 juli

*Deltagaravgift:* 4 500 kr (exkl. moms), inkluderar luncher och middag torsdag kväll

*Program och anmälan:* [www.ihe.se](http://www.ihe.se)



IHE information 1/2010

Redaktör: Marianne Svensson  
Ansvarig utgivare: Ulf Persson  
Adress: Box 2127, 220 02 Lund  
Telefon: 046-32 91 00, Telefax: 046-12 16 04  
E-post: [info@ihe.se](mailto:info@ihe.se) Hemsida: [www.ihe.se](http://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 2010