

INSTITUTET FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSEKONOMI

- 1 HTA – vad är det?
- 2 Personalnytt
- 3 Hälsoekonomisk modell för anemi-behandling
- 4 Hälsoekonomiska modeller för utvärdering av behandlingsalternativ vid typ 2 diabetes
- 6 Aktuella publiceringar ISPOR i Toronto
- 7 Kurser i hälsoekonomi
- 8 IHE-FORUM 2008

HTA – vad är det?

Många nya metoder och tekniker inom hälso- och sjukvården ger patienter stora fördelar såsom förbättrad hälsa, färre biverkningar och ökad livskvalitet. Innovationer skapar å ena sidan förutsättningar för bättre behandlingsresultat och ökad patientsäkerhet, men kan å andra sidan innebära ökade kostnader för sjukvården. Dagens snabba teknologikutveckling skapar också svårigheter för professionen att ta till sig de nya och mest kostnadseffektiva innovationerna. I syfte att främja spridningen av effektiva metoder och tekniker i sjukvården etableras olika utvärderingsorganisationer i Sverige och internationellt. Inom dessa utvecklas system för att på ett systematiskt sätt utvärdera inte bara nya utan också gamla medicinska metoder och tekniker. Organisationerna kan ha olika syften – att genom riktlinjearbete ge rekommendationer för behandling av olika sjukdomsgrupper eller att vara beslutande exempelvis om statlig subvention av läkemedel. Dessa utvärderingsorganisationer brukar gå under begreppet HTA-organisationer.

Health technology assessment (HTA) kan enligt Statens beredning för medicinsk teknologi (SBU) beskrivas som en systematisk utvärdering av effekter och kostnader av olika metoder för profylax, diagnostik och behandling i hälso- och sjukvården. Utvärderingarna utgår från ett brett perspektiv och inkluderar såväl medicinska, ekonomiska, sociala och etiska aspekter. Dessa utvärderingar är underlag i HTA-organisationernas arbete med att verka för en ändamålsenlig användning av olika behandlingsalternativ i vården. Exempel på HTA-organisationer i Sverige är SBU, Läkemedelsverket, Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) och Socialstyrelsen.

Under senare tid har även ”mini HTA-organisationer” börjat växa fram, som exempelvis Program- och prioriteringsrådet i Västra Götaland. Läkemedelskommittéerna runt om i landet är ett annat exempel.

HTA-organisationernas roll i Europa
HTA-organisationernas betydelse för prioriteringarna inom sjukvården har blivit allt större i ett internationellt perspektiv. I en rapport¹ som presenterades för cirka ett år sedan om HTA-organisationernas roll inom EU, beskrivs hur organisationerna arbetar och vilka utmaningar de står inför framöver. Några utvalda slutsatser från rapporten sammanfattas i punkterna nedan:

▼ Många länder har flera HTA-organisationer, vars roller och ansvar enligt författarna ibland kan vara svåra att särskilja från varandra. En tydlig uppdelning är att utvärderingsorganisationerna för beslut om subvention och prissättning vanligen är separerade från de organisationer som arbetar med att utveckla behandlingsriktlinjer. Även med en tydlig uppdelning finns risk för onödigt dubbelarbete påpekar författarna.

▼ Inom de flesta organisationerna finns flera olika intressenter representerade, däribland läkare, apotekare, hälsoekonomer och patientrepresentanter. Författarna påpekar att det är viktigt att relevanta intressenter deltar i beslutsprocessen för att öka acceptansen och underlätta implementeringen av besluten eller rekommendationerna. Vidare påpekas att det ska vara en transparent och öppen beslutprocess för att stärka legitimiteten i beslutet. Även samverkan mellan olika HTA organisationer nationellt och internationellt är viktigt i detta avseende.

▼ Många organisationer har presenterat riktlinjer för hur utvärderingsprocessen ska gå till. Dessa riktlinjer har en hel del gemensamt, exempelvis betydelsen av relevanta jämförelsealternativ och vilka kostnader som ska inkluderas i studierna. Vissa skillnader kan dock note-

¹ Sorenson C, Kanavos P, Dummond M. Ensuring value for money in the health care: *The role of HTA in the European Union.*, January 2007. Rapporten kan laddas ner via: http://www.sustainhealthcare.org/Report_2.pdf

ras. Bland annat ställs olika krav på dattainsamling och vilka evidens som ska presenteras. De organisationer som beslutar om priser och subvention bygger i huvudsak sina beslut på utvärdering från företagen, vilka inte nödvändigtvis behöver bygga på systematiska sammanställningar av randomiserade studier avseende effekter och kostnader.

I riktlinjerna förordas vanligen att QALY:s (kvalitetsjusterade levnadsår) används som effektmått i så kallade kostnadsnyttoanalyser, men den typen av studier är dock relativt ovanliga.

Överväganden om vilka parametrar som inkluderas i utvärderingarna och vilka metoder som används bör enligt författarna dokumenteras och offentliggöras. Modell- och resultatanalyser bör också vara så transparenta som möjligt för att minska osäkerheten i beslut och rekommendationer. En ökad förståelse för vilka beslutskriterier som ligger till grund för besluten är enligt författarna nödvändig för att beslutsprocessen ska anses öppen, systematisk och oberoende.

▼ Metodologiska svårigheter kvarstår och ställer krav på metodutveckling menar författarna. Exempelvis påpekas ett ökat behov av sammanfattade effektmått och ökad generaliserbarhet mellan studier från olika länder (och mellan olika sjukvårdsområden).

Många gånger anser författarna att de effekter och den resursåtgång som hämtats från kliniska prövningar behöver kompletteras med kunskap från verkliga förhållanden. Detta förutsätter att uppföljningssystem utvecklas som gör det möjligt att beakta ny relevant

information om kliniska och hälsoekonomiska effekter efter det att en produkt har introducerats på marknaden.

▼ De flesta HTA-organisationerna fokuserar på nya medicinska behandlingar, och då framför allt på läkemedel. Större uppmärksamhet bör enligt författarna läggas på att identifiera ineffektiva metoder och tekniker som idag används inom vården. Ytterligare forskning och utvärdering behövs för att se vilka möjligheterna är att applicera hälsoekonomiska metoder på andra områden än läkemedel. Det kan exempelvis vara läkemedelsnära produkter men även inom områden som prevention är det angeläget.

Sverige har kommit långt

Sverige ligger i ett europeiskt perspektiv i frontlinjen när det gäller utvecklingen av HTA-organisationer inom vården, vilket inte minst EU-rapporten visar. Det finns även brister och utvecklingsmöjligheter bland de svenska HTA-organisationerna.

I detta perspektiv är det angeläget att diskutera lärdomarna från HTA och möjligheterna att utveckla dem ytterligare. Under sommaren 2008 påbörjar "tandvårdsnämnden" sitt arbete inom LFN. Vilka delar av LFN-konceptet har de tagit vara på i utformningen av denna och finns det andra områden i svensk hälso- och sjukvård som kan bli aktuellt för motsvarande HTA-organisationer. *Hur främja en effektiv spridning av mediciner och tekniker i vården* är temarubriken för IHE-FORUM 2008 och där kommer bland annat dessa frågor kring HTA att debatteras.

Personalnytt



Foto: Kennet Ruona

Annika Bergman, pol mag, är nyligen anställd på IHE och arbetar som projektledare. Annika har en examen med inriktning mot nationalekonomi (offentlig ekonomi och utvecklingsekonomi). Framst arbetar Annika inom verksamhetsområdena "Utvärdering av läkemedel och medicinsk teknologi", "Värdering av liv och hälsa" samt "Hälso- och sjukvård i utvecklingsländer".

Annika har under det senaste året bl a arbetat med vaccinerelaterade studier, dels en hälsoekonomisk utvärdering av att införa pneumokockvaccin i det svenska barnvaccinationsprogrammet, dels en kostnadsstudie av rotavirusinfektion.

Annika ingår i ett europeiskt projekt, EuroVaQ (European value of a Quality Adjusted Life year), där forskare i ett antal länder samarbetar för att utveckla och tillämpa metoder för att värdera betalningsviljan för ett QALY. Arbetet påbörjades under 2007 och kommer fortgå under tre år.

IHE FORUM 2008

Hur främja effektiv spridning av metoder och tekniker i vården?

4-5 september i Lund

För mer information och anmälan, besök www.ihe.se

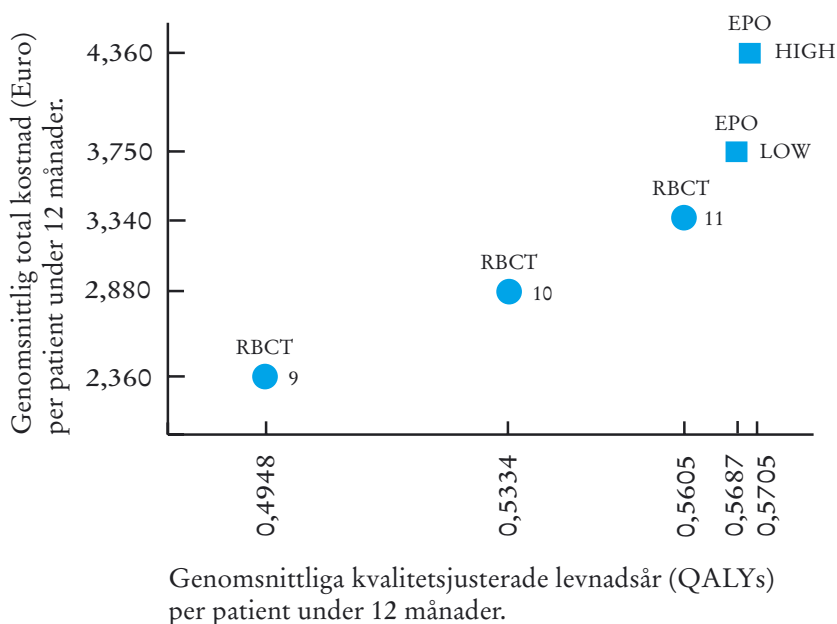
Hälsoekonomisk modell för anemibehandling

Patienter med cancer som behandlas med kemoterapi får ofta anemi som biverkning. Anemi kan försämra patientens fysik och livskvalitet genom en rad olika symptom, som exempelvis trötthet, depression och smärta. Det anses allmänt att det är angeläget att behandla anemi, och två vanliga behandlingar är blodtransfusion och behandling med erythropoietin. IHE har undersökt om behandling med erythropoietin är kostnadseffektivt jämfört med blodtransfusioner bland patienter med kemoterapirelaterad anemi.

Med utgångspunkt från en modell som The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i Storbritannien har låtit utveckla har IHE utvecklat en modell för anemibehandling. Modellen anpassades till svenska förhållanden och aktuell behandlingspraxis. Parameter-

värdena har skattats från patientdata i en observationsstudie av svenska cancerpatienter som behandlats med kemoterapi och erythropoietin för att korrigera resulterande anemi. Modellen uppskattar behandlingskostnader från ett sjukvårdsperspektiv och skattar QALYs på grundval av förbättringar

Figuren visar blodtransfusion (RBCT) vid olika Hb-nivåer (9, 10 och 11 g/dl) och behandling med erythropoietin (EPO) med olika behandlingsmål, ordnade efter ökande kostnad och QALY. EPOLOW är erythropoietinbehandling i grundanalysen med 12 g/dl som behandlingsmål. Den stigande lutningen mellan intilliggande behandlingsalternativ visar att nyttan växer varje gång man väljer ett mer intensivt behandlingsalternativ, men att den extra kostnaden blir allt större. Det framstår därför som välmotiverat att ha sänkt behandlingsmålet för erythropoietin från 13 g/dl till 12 g/dl.



Källa: Borg m.fl. (2007).

av patienternas Hb-värden.

Modellens parametervärden kan varieras så att de motsvarar olika behandlingsstrategier, till exempel på vilken Hb-nivå erythropoietinbehandling ska inledas och vilken Hb-nivå som är behandlingsmål. Därmed kan modellen analysera både aktuella behandlingsriktlinjer med behandlingsmålet att Hb ska nå 12 g/dl, och tidigare riktlinjer med målet 13 g/dl. För blodtransfusion är det framför allt vilken Hb-nivå som berättigar till blodtransfusion som är den viktiga parametern. Med hjälp av modellanalysen kan man därmed se i vilka situationer som erythropoietin är kostnadseffektivt jämfört med blodtransfusion. Modellen gör det också möjligt att jämföra olika strategier för erythropoietin med varandra, och att jämföra olika strategier för blodtransfusioner med varandra.

Modellen validerade väl mot observerad behandlingspraxis och patienthistorik. Analysen visade att mer intensiv behandling gav högre kostnader och mer QALYs, och detta gällde både blodtransfusionsbehandling och erythropoietinbehandling. Allmänt blev erythropoietinbehandling dyrare, men gav också mer QALYs än blodtransfusionsbehandling.

I grundanalysen användes Hb-nivån 12 g/dl som behandlingsmål med erythropoietin i enlighet med aktuella behandlingsriktlinjer, och blodtransfusion enligt svensk praxis. Resultaten visade att erythropoietin var kostnadseffektivt jämfört med blodtransfusion, med en inkrementell kostnad av 227 000 kronor per vunnen QALY.

Tidigare har man använt ett högre behandlingsmål, 13 g/dl, men enligt resultaten från modellanalysen var det betydligt mindre effektivt att använda ett så högt mål. Den extra kostnaden var betydande. Jämfört med erythropoietin med 12 g/dl som behandlingsmål blev den extra kostnaden 3,1 miljoner kronor för en vunnen QALY, vilket får anses som mycket högt.

Var kan man läsa mer?

Sixten Borg, Anna H. Glenngård, Anders Österborg & Ulf Persson. The cost-effectiveness of treatment with erythropoietin compared to red blood cell transfusions for patients with chemotherapy induces anaemia: A Markov model. Acta Oncologica (2007). DOI: 10.1080/02841860701744498

Hälsoekonomiska modeller för utvärdering av behandlingsalternativ

Hälsoekonomiska modeller har under det senaste decenniet fått ett ökat erkännande som beslutsunderlag för beslutsfattare inom läkemedelsindustrin och hälso- och sjukvården. Den första hälsoekonomiska modell som användes för bedömning av långsiktiga komplikationer vid behandling av typ 2 diabetes utvecklades av ett amerikanskt team i slutet av 1990-talet¹. Sedan dess har ett antal hälsoekonomiska modeller utvecklats och presenteras i den medicinska och hälsoekonomiska litteraturen där också IHEs medarbetare under senare år har bidragit med utvecklingsarbete och modellbyggnad.

Vid hälsoekonomiska frågor där två eller fler åtgärder/behandlingsalternativ ska jämföras kan man skilja på fyra olika analysansatser där hälsoekonomiska modeller används: 1) kostnadsminimeringsanalys, 2) kostnadsintäktanalys 3) kostnadseffektanalys, och 4) kostnadsnyttoanalys. I kostnadsminimeringsanalysen utgår man från att den intervention som ger den för samhället lägsta kostnaden ger en likvärdig hälsoförbättring som sitt jämförelsealternativ. I en kostnadsintäktanalys (cost-benefit analysis) värderas interventionens effekt i monetära värden och inte i specifika måttenheter som exempelvis förbättrad hälsa. En svårighet är dock att värdera hälsoeffekten i monetära termer, vilket kan förklara att det endast finns ett fåtal studier i den hälsoekonomiska litteraturen.

I en kostnadseffektanalys värderas inte effekten i monetära termer utan istället i exempelvis antal levnadsår eller antal symptomfria dagar. Kostnadsnyttoanalysen går ytterligare ett steg längre. Vid kostnadsnyttoanalysen justeras antal levnadsår/symptomfria dagar med ett kvalitetsindex. Flera olika mått för att kvalitetsjustera antal levnadsår/symptomfria dagar redovisas i litteraturen, exempelvis EQ-5D och SF-36. De helt dominerande ansatserna som i dag används vid hälsoekonomisk

utvärdering av olika behandlingsalternativ är kostnadseffektanalysen och kostnadsnyttoanalysen.

Modellens styrkor

En hälsoekonomisk modell kan beskrivas som en sammankoppling av ett antal matematiska formulerade samband/ekvationer inom en strukturerad ram för en sjukdom, där några ekvationer belyser sjukdomens epidemiologi, några behandlingens effekt och ytterligare några behandlingens resursförbrukning och dess kostnader. Kopplingen mellan epidemiologi, behandlingseffekt samt resursförbrukning och kostnader gör det möjligt att relatera kostnaden för behandlingen till behandlingens effekt.

En annan fördel med hälsoekonomiska modeller är att de möjliggör en projektering av sjukdomens progression och behandlingens effekt över patientens förväntade livstid – något som är av avgörande betydelse vid bedömning av den långsiktiga behandlingseffekten vid kroniska sjukdomar som exempelvis diabetes. En mycket viktig målsättning vid val av behandlingsalternativ för diabetiker är att minimera risken för mikro- och makrovaskulära komplikationer. Diabetiker har inte enbart en ökad risk att drabbas av dessa komplikationer, utan de ökar dessutom med patientens överlevnad. En stor brist vid kliniska prövningar av nya mediciner är att uppföljningstiden för mätning av hälsoeffekten i regel är för kort för att den långsiktiga behandlingseffekten ska kunna bedömas.

Viktigt beslutsunderlag

Ett stort användningsområde av hälsoekonomiska modeller är som underlag vid subventionsbeslut för nya mediciner som introduceras på marknaden. Sedan Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) bildades 2002 kräver LFN att läkemedelsindustrin vid ansökan om prissubvention, ska kunna visa på god kostnadseffektivitet för det nya läkemedlet i jämförelse med de behandlingsalternativ som finns på marknaden. En hälsoekonomisk modell har visat sig vara en lämplig form för att kunna demonstrera och påvisa ett läkemedels kostnadseffektivitet. Ett illustrerande exempel på detta är IHEs modellarbete som visade att ett nytt läkemedel för behandling av fetma bland patienter med typ 2 diabetes gav god kostnadseffektivitet och godkändes av LFN för prissubvention.

En annat stort användningsområde för hälsoekonomiska modeller är då läkemedelsindustrin ska bedöma om fortsatt utveckling av nya mediciner. Läkemedelsindustrin använder stora summor vid utveckling av nya mediciner, men enbart ett fåtal av de aktiva substanser som utprovas i kliniska tester resulterar i ett nytt läkemedel. Stora belopp kan därför sparas om industrin på ett tidigt stadium kan stoppa fortsatt utvecklingsarbete för substanser som inte förväntas ge en god kostnadseffektivitet. Hälsoekonomiska modeller har då visat sig vara ett värdefullt instrument för att identifiera de substanser och utvecklingsarbeten som bör avbrytas. Ett antal av IHEs modellarbeten har utvecklats för sådana ändamål.

Utöver användande av hälsoekonomiska modeller för att identifiera de substanser som har stor potential att bli kostnadseffektiva, kan också hälsoekonomiska modeller vara ett värdefullt instrument för att förbättra designen av kliniska studier. Modellerna används också för att analysera alternativa indikationer för användning av läkemedlet

¹ Eastman R, m.fl. Model of Complications of NIDDM: I. Model Construction and Assumptions, *Diabetes Care* 20 (May 1997): 725-734

vid typ 2 diabetes

Risk för akut hjärtinfarkt bland patienter med typ 2 diabetes vid behandling med atorvastatin enligt skattning av sex hälsoekonomiska modeller jämfört med faktiska utfall vid klinisk prövning (CARD).

	Placebo-grupp %	Atorvastatin-grupp %	Riskreduktion mätt i procent-enheter, %	Relativ riskreduktion, %
CARD klinisk prövning	5,1	3,2	1,9	37
Hälsoekonomisk modell *:				
CDR/RTI	6,4	4,3	3,1	33
CORE	6,4	4,5	1,9	30
UKPDS	5,3	3,6	1,7	32
EAGLE	3,9	-	-	-
Cardiff	6,7	4,5	2,2	33
Sheffield	7,8	5,7	2,1	27

* Cardiff och Sheffield representerar modeller utvecklade av hälsoekonomer vid universitetet i Cardiff respektive Sheffield.

under utveckling eller för att identifiera för vilka patientgrupper som läkemedlet är mest kostnadseffektivt.

Hur bra en hälsoekonomisk modell är, avgörs av hur väl den kan förutsäga sjukdomens progression. En sådant test redovisas nyligen för sex hälsoekonomiska modeller utvecklat för att belysa den långsiktiga behandlingseffekten vid typ 2 diabetes¹.

CARD (Collaborative Atorvastatin Diabetes Study) är en randomiserad studie baserade på drygt 2 800 patienter med typ 2 diabetes, där man jämfört utfallet av en grupp patienter som be-

handlades med 10 mg atorvastatin mot en placebogrupp. Studien visade att efter 3,9 år hade drygt 5 procent av deltagarna i placebogruppen drabbats av akut hjärtinfarkt, medan motsvarande andel var enbart 3,2 procent i gruppen som behandlats med atorvastatin (se tabell).

Hälsoekonomernas uppdrag var att med hjälp av sex olika hälsoekonomiska modeller återskapa samma utfall genom att använda samma kliniska data hämtat från CARD studien. Testresultaten visade att ingen av modellerna lyckades att återskapa exakt samma resultat som det faktiska utfallet. Skillnaderna bedömdes emellertid som små, vilket visar att hälsoekonomiska modeller kan användas för att ge en förhållandevis realistisk projektion av effekten av en behandling på lång sikt.

¹ The Mount Hood 4 Modelling Group. Computer Modeling of Diabetes and its Complications. Diabetes Care 30 (June 2007): 1638-1646



Foto: Kennet Ruona

Michael Willis arbetar på IHE inom verksamhetsområdet Utvärderingar av läkemedel och medicinsk teknologi och har i ett flertal projekt arbetat med utveckling av hälsoekonomiska modeller inom diabetområdet.

Willis M, Asseburg C, Persson U, m fl, "The Cost-Effectiveness of the Early Insulin Use Treatment Pathway in the ADA/EASD Joint Consensus Algorithm for the Treatment of Type 2 Diabetes (T2D)". Oral Presentation at the 68th Scientific Sessions of the American Diabetes Association, San Francisco, CA, June 6-10, 2008.

Willis M and Neslusan C, "Economic Modeling of a Chronic, Progressive Disease: The History, Challenges, and Lessons Learned from Diabetes Mellitus". Panel session presentation at the International Health Economics Association's 6th World Congress, Copenhagen, Denmark, July 8-11, 2007.

Willis M, Borg S, Persson U m fl, "Cost-Effectiveness of Sulfonylureas versus Metformin as First-Line Therapy in Newly Diagnosed Type 2 Diabetes". Poster presentation at the 67th Scientific Sessions of the American Diabetes Association, Chicago, Illinois, June 22-26, 2007.

Willis M, Asseburg C, Borg S, m fl, "Cost-Effectiveness of Strict 'Get to Goal' Treatment Directives in the Treatment of Younger Patients with Newly Diagnosed Type 2 Diabetes Mellitus". Poster Presentation at the 9th Annual ISPOR European Congress, Dublin, Ireland, October 20-23, 2007.



Aktuella publiceringar

Anell A & Glengård H. A. Vacciner i Sverige – ett hälsoekonomiskt perspektiv. Lund: IHE Rapport 2007:1

Borg S, Glengård AH, Österborg A & Persson U. The cost-effectiveness of treatment with erythropoietin compared to red blood cell transfusions for patients with chemotherapy induced anaemia: A Markov model. *Acta Oncologica* (2007). DOI: 10.1080/02841860701744498

Glengård H. A & Maina M. T. Reversing the trend of weak policy implementation in the Kenyan health sector? – A study of budget allocations and spending of health resources versus set priorities. *Health Research Policy and Systems* 2007, 5:3.

Glengård A H, Hjalte F & Hjortsberg C National Health Accounts – Demand and use of health expenditure data. Selected Papers from IHE studies II. Lund: IHE, 2007

Glengård AH, Persson U, Schön S. Cost-effectiveness analysis of treatment with epoietin-alpha for patients with anaemia due to renal failure: The case of Sweden. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*. 2008;42(1):66-73.

Hjelmgren J, Svensson Å, Jörgensen E.T, Lindemalm-Lundstam B & Ragnarson Tennvall G. Cost-effectiveness of tacrolimus ointment vs. standard treatment in patients with moderate and severe atopic dermatitis: a health-economic model simulation based on a patient survey and clinical trial data. *British Journal of Dermatology (BJD)* 2007; 156 (5),913-921.

Odegaard K, Borg S, Persson U, Svensson M. The Swedish cost burden of overweight and obesity – evaluated with the PAR approach and a statistical modelling approach. *International Journal of Pediatric Obesity*. 2008;3 Suppl 1:51-7.

Prompers L, m.fl. High prevalence of ischemia, infection and serious co-morbidity in patients with diabetic foot disease in Europe. Baseline results from the EURODIALE study. *Diabetologia* 2007; 50 (1): 18-25.

Prompers L, m.fl. Optimal organization of health care in diabetic foot disease: introduction to the Eurodiale study. *Int J Low Extrem Wounds* 2007; 6 (1): 11-17.

Svensson M & Anell A. Värde av receptfria läkemedel – ett hälsoekonomiskt perspektiv. Lund : IHE e-rapport 2008:1

Svensson M & Edebalk PG. Kundval i dansk äldreomsorg. Bilaga 3 I: Ökad konsumentnytta inom vård och omsorg – förslag för konkurrens och ökat företagande. Stockholm: Konkurrensverket rapportserie 2007:3

Svensson M, Ödegaard, K & Persson, U. Hjälpmedel och läkemedelsnära produkter – en kartläggning av marknaden. Lund: IHE e-rapport 2007:1

ISPOR i Toronto

Den 3-7 maj 2008 kommer den 13:e internationella ISPOR (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research) konferensen att äga rum i Toronto, Kanada. IHE kommer att delta i konferensen med två studier presenterade som postrar.

I den ena studien ”Cost-effectiveness of pregabalin compared to gabapentin in treatment of patients with postherpetic neuralgia” (Gunnel Ragnarson Tennvall, IHE, och Rebecka Sandelin, Pfizer) jämförs två olika läkemedelsbehandlingar vid postherpetic smärta. Beräkningarna visar att pregabalin är i ett samhällsperspektiv kostnadsbesparande jämfört med gabapentin vid en analys på ett år. Ur hälso- och sjukvårdens perspektiv, där indi-

rekta kostnader inte tas med, är behandlingen med pregabalin kostnadseffektivt. Kostnadseffektkvoten skattas till cirka 122 000 kr per kvalitetsjusterat vunnet levnadsår (QALY). Behandlingen med pregabalin förväntas generera fler veckor i tillstånd med mild smärta och gabapentin fler veckor med medelsvår eller svår smärta under ett år, vilket förklarar resultaten. Behandlingskostnad och indirekta kostnader ökar med ökande smärtnivå samtidigt som patientens livskvalitet minskar.

I den andra studien ”The economic consequences of post operating pain management with transdermal fentanyl (IONSYS) versus intravenous patient-controlled analgesia” (Johan Liwing, Mickael Löthgren, båda vid Janssen-

Cilag, Gunnel Ragnarson Tennvall, IHE, och Elisabet Wennberg, Sahlgrenska Universitetssjukhuset) analyseras de ekonomiska konsekvenserna i Sverige och Danmark av två olika postoperativa smärtlindringsmetoder.

Kliniska jämförande studier har rapporterat motsvarande smärtlindrande effekt för båda behandlingsalternativen. Smärtlindring med IONSYS medför enligt den hälsoekonomiska beräkningen 53 procent lägre personalkostnader både i Sverige och Danmark jämfört med intravenös smärtlindring. Kompletterande studier av materialkostnaden baserad på kliniska observationer för de olika behandlingsalternativen behövs dock för att en fullständig hälsoekonomisk bedömning ska kunna göras.

Nyhet i anslutning till IHE-FORUM 2008

3
september

Grundläggande kurs i hälsoekonomi

I anslutning till IHE-FORUM erbjuder IHE i år en grundläggande kurs i hälsoekonomi. Kursen vänder sig till dig som i ditt arbete har nytta av en ökad förståelse för olika hälsoekonomiska utvärderingsmetoder och deras användning inom hälso- och sjukvården. Syftet med kursen är att få grundläggande kunskaper i hälsoekonomisk teori.

Du kommer bland annat att få lära dig:

- ✓ Vad som menas med kostnadseffektivitet och andra viktiga hälsoekonomiska begrepp
- ✓ Olika metoder för att beräkna kostnader och effekter
- ✓ När de olika hälsoekonomiska metoderna bör användas
- ✓ Hur ett QALYs (Quality Adjusted Life Year) beräknas
- ✓ Vad som menas med en hälsoekonomisk modell
- ✓ Varifrån uppgifterna hämtas till en hälsoekonomisk studie
- ✓ Hur hälsoekonomiska utvärderingar används inom hälso- och sjukvården

Upplägget av kursen innebär föreläsningar och gruppövning som leds av IHEs personal. Antalet deltagare begränsas till max 30 personer. Först till kvarn gäller!

Tid: onsdag 3 september 2008, kl 10.30-18.00

Plats: Scandic Star Hotell, Lund

För mer information om anmälan, program och kursavgift besök www.ihe.se eller kontakta IHE, 046-32 91 00.

Är du intresserad av en hälsoekonomisk kurs för dig och dina kollegor?

IHE arrangerar seminarier och utbildningar i hälsoekonomi. Dessa utformas i dialog utifrån beställarens önskemål om innehåll och målgrupp. Kursen kan antingen arrangeras som en- eller flerdagsaktivitet.

Hälsoekonomiska begrepp, metoder och teorier integreras med praktikfall. Exempel hämtas från aktuella utvärderingar av behandlingsmetoder mer generellt eller utifrån ett särskilt efterfrågat tema.

Vill Du veta mer eller diskutera hur en hälsoekonomisk utbildning kan läggas upp?
Kontakta Sara Nordling på telefon 046-32 91 00.

IHE-FORUM 2008

4-5
september

Hur främja effektiv spridning av mediciner och tekniker i vården?

Utvärderingsorganisationer – eller Health Technology Assessment (HTA) som de ofta kallas – får en allt centralare roll inom vården i såväl Sverige som andra länder. HTA organisationernas syfte är att verka för en ändamålsenlig och kostnadseffektiv användning av olika mediciner och tekniker i vården. Under årets IHE-FORUM kommer bland annat följande frågor att diskuteras.

- ❖ Vad är lärdomarna från HTA organisationer i andra länder?
- ❖ Vem gör vårdens prioriteringar i framtiden – experter eller politiker?
- ❖ Vad kan andra områden i svensk hälso- och sjukvård hämta från "LFN-konceptet"?
- ❖ Hur ersätts gamla metoder och tekniker med nya effektivare?

Medverkar gör bland andra:

Anders Anell, Lunds Universitet

Eva Arvidsson, Kalmar läns landsting

Göran Arvidsson, Genomförandeorganisationen för tandvårdsreformen 2008

Annika Bergman, IHE

Anders Blanck, Läkemedelsindustriföreningen

Anders Carlsten, Apoteket AB

Bo Claesson, Sveriges Kommuner och Landsting

Karin Christensson, Region Skåne

Rune Dahlqvist, Norrlands Universitetssjukhus

Georg Engel, Stockholms läns landsting

Ann Einerth, Socialdepartementet

Sandra Erntoft, IHE

Bo Hallin, Västra Götalandsregionen

Henrik Hammar, Region Skåne

Anette Henriksson, Landstiget Halland

Kerstin Hulter Åsberg, Sveriges läkemedelskommittéers ordförandekollegium

John Hutton, University of York

Paul Håkansson, fd landstingsordf., Östergötland

Johanna Jacob, LFN

Christina Kärvinge, Socialstyrelsen

Karin Lendenius, Västra Götaland

Anna Lefevre Skjöldebrand, Swedish Medtech

Jan Liliemark, Läkemedelsverket

Elisabet Lindqvist, Universitetssjukhuset i Lund

Staffan Lindvall, Sveriges Kommuner och Landsting

Mickael Löthgren, Janssen-Cilag AB

Ulf Persson, IHE

Bo Ringertz, LÄKSAK

Måns Rosén, SBU

Per Rosén, Region Skåne

Ann-Christin Tauberman, LFN

Moderator är journalisten *Ulf Wickbom*

Tid: 4-5 september

Plats: Scandic Star, Lund

Sista anmälningdag: 27 juni

Deltagaravgift: 3 800 kr (exkl. moms), inkluderar luncher och middag torsdag kväll

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



IHE information 2/2008

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, 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 and original: Britta Jeppsson Grafisk form • Tryck: Wallin & Dalholm Boktr. AB, Lund 2008