

FORSKNING FÖR LIVET

NR 01

HORIZONT

2021

*Vi står inför ett
större paradigmskifte
inom läkemedelsområdet*

*Elham Pourazar, strateg för innovation och
partnerskap, Region Västerbotten*

Fånga värdet

ETT NUMMER OM HÄLSOEKONOMI

HORIZONT

är en tidning utgiven av Bristol Myers Squibb.
Syftet är att belysa viktiga ämnen inom läkemedels-
området på ett nyanserat sätt. Med kunskap vill vi
väcka tankar och stimulera till dialog.



Vill du veta mer?

Kontakta oss
08-704 71 00
infosverige@bms.com

Annika Aspman
Manager Value Access Pricing

Kristina Dyrvold Flygare
Market Access Manager

Pontus Ingman
Market Access Manager

Utgivare
Anna Johansson
Bristol Myers Squibb AB
Ref nr
466-SE-2100016

Koncept och produktion
Gullers Grupp

Omslagsfoto
Mira Wickman

Fotografer
Mira Wickman
Micke Lundström

Illustratör
Kristoffer Ström

Tryckeri
Wickströms Tryckeri

Anna Johansson
Senior Manager Corporate Affairs

Thomas Johansson
Senior Manager Value Access Pricing

Jessica Lundström
Market Access Director

Kontakt
Bristol Myers Squibb
Box 1172, 171 23 Solna
Besöksadress:
Hemvärnsgatan 9, 171 54 Solna
Telefon: 08-704 71 00

Webb
horizont.bms.se

Twitter
@bmssverige

LinkedIn
#bmssverige

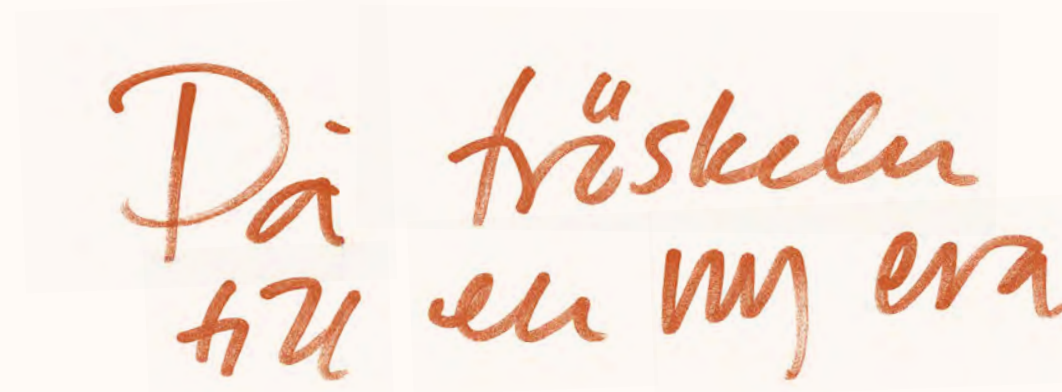
Precisionspodden
– en podd om precisionsmedicin
horizont.bms.se/precisionspodden

Anna Mannervik
Senior Governmental Affairs Manager

Linda Stalpe
Market Access Manager

Linda Svensson
Market Access Manager

GDPR
Du kan kontakta vårt data-
skyddsombud för eventuella
frågor relaterade till
EU-medborgare på
EUDPO@BMS.com för att
utöva de dataskydds rättigheter
du kan ha eller om du har
frågor kring hur dina person-
uppgifter hanteras av
Bristol Myers Squibb Company.



Då har du ett nytt nummer av Horizont i din hand! Äntligen, säger vi på redaktionen som har jobbat under längre tid nu med både innehåll och en ny design till detta nummer. Detta nummer handlar om värden som tillförs vården och samhället via den behandlingsutveckling som sker i allt högre takt; hur man bedömer dessa värden då det blir allt viktigare för en långsiktigt hållbar sjukvård med tanke på den demografiska utveckling som sker och att vi får fler överlevare och kroniker i samhället. Hälsoekonomiska beräkningar används för att beräkna värde och är något som är mer aktuellt än någonsin inom svensk hälso- och sjukvård.

Läkemedel som är subventionerade och rekommenderade är även samhällsekonomiskt värdefulla att använda. Genom att använda dessa behandlingar så skapas värden i systemet; för sjukvården och även för individ och samhälle.

I de olika artiklarna söker vi få svar på viktiga frågor om i vilken omfattning just tillförda värden styr vad man som patient blir erbjuden för behandlingar i dagens system och om den utveckling som är på gång inom det hälsoekonomiska området. Horizont har träffat myndighetsföreträdare, forskare, läkare och patienter som alla ger sin syn på utvecklingen inom hälsoekonomin och hur vi ska tillgängliggöra behandlingar i ett hållbart system. Artikeln "Samarbetets kraft" handlar om fördelningen av finansieringsansvar mellan stat och region och där Region Västerbotten tagit på sig rollen som fanbärare för att driva den viktiga frågan om att tillgängliggöra avancerade behandlingar för sällsynta sjukdomstillstånd i landets samtliga regioner. I en finstämd intervju med Prof. Stefan Einhorn så kan vi läsa om att använda etiken som grund för prioriteringar i vården. I ett längre reportage gestaltas det som kanske är ett av de mest lysande exemplen på när en behandling innebär stora tillförda värden på alla nivåer i vårdkedjan; den stroke-förebyggande behandlingen av personer med förmaksflimmer med hjälp av moderna blodförtunnande läkemedel.

Vad tycker du?

Dela med dig av dina tankar om nya Horizont i vår läsarsundersökning. Du hittar den via QR-koden.



Coronapandemin har tydliggjort kulturella och organisatoriska skillnader mellan länder. Befolkningarna i de länder som inte har ett starkt, allmänfinansierat sjukvårdssystem har drabbats mycket hårt.

Har pandemisituationen då fått oss att tänka mer på hälsa och på värdet av hälsa? Tveklöst – ja! Hälsa och sjukvård står plötsligt högt på agendan för alla och envar. Det finns få saker som engagerar så mycket, när man själv drabbas eller på något sätt berörs. Då kan vi vara tacksamma för att det finns andra som har tänkt på detta långt innan och som byggt upp ett system för hur prioriteringar och införanden av nya behandlingar görs. Det är många komponenter som ingår i att få en vård i världsklass som levereras hela vägen fram till patienten – det är ett ekosystem, som det så ofta benämns. Och detta ekosystem lever inte i ett vakuum, utan behöver utvecklas över tid, i takt med att utvecklingen i samhället går vidare. Teknik, demografi och värderingar förändras och tar nya former och vi står just nu på tröskeln till en ny era där utvecklingen av hälsoekonomiska modeller och hur vi kan fånga tillförda värden kommer att spela en avgörande roll för vilken riktning svensk hälso- och sjukvård tar.

Syftet med Horizont är att titta just mot horisonten inom ett specifikt ämnesområde som berör läkemedel på något sätt. Vi hoppas att du som läsare gillar det nya numret och vi på BMS ser även fram emot fortsatt dialog om viktiga frågor för utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. Hör gärna av dig till oss med tankar och synpunkter!

Anna Johansson

Anna Johansson

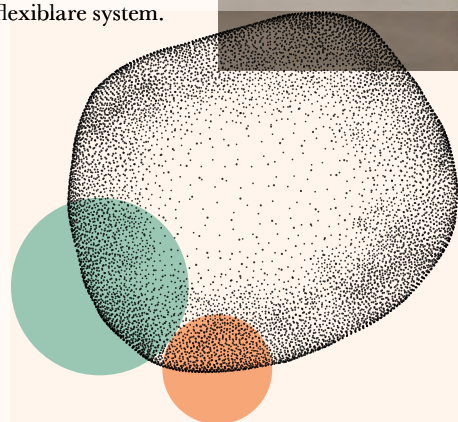




10

För allas bästa

Fler möjligheter gör valen för TLV och NT-rådet allt mer komplicerade när nya läkemedelsbehandlingar ska ut i den svenska sjukvården. Nu efterfrågas bättre verktyg och ett flexiblere system.



24

Med nobelpriset som grund

På 60-talet skrev nationalekonomen Kenneth Arrow en vetenskaplig artikel som blev startskottet för hälsoekonomi. Sedan dess har mycket hänt.



06

Fånga värdet

När resurserna inte är oändliga måste hälsa ställas mot hälsa. Hälsoekonomiska metoder gör det lättare att prioritera bland behandlingar och förebyggande insatser.



16

Samarbetets kraft

De senaste årens forskningsframgångar har resulterat i nya avancerade cell- och genterapier och andra innovativa läkemedelsbehandlingar. Nu återstår frågan: vem ska betala?



40

Etik & ekonomi

Stefan Einhorn är professorn, överläkaren och författaren som funderat mer än de flesta på hur empati och prioriteringar inom vården hänger samman.

35

Delad data

Regionerna är ense om att data behövs för att använda resurserna på bästa sätt och göra vården mer jämlik. Men lösningarna skiljer sig åt.



46

Från isolering till digitalisering

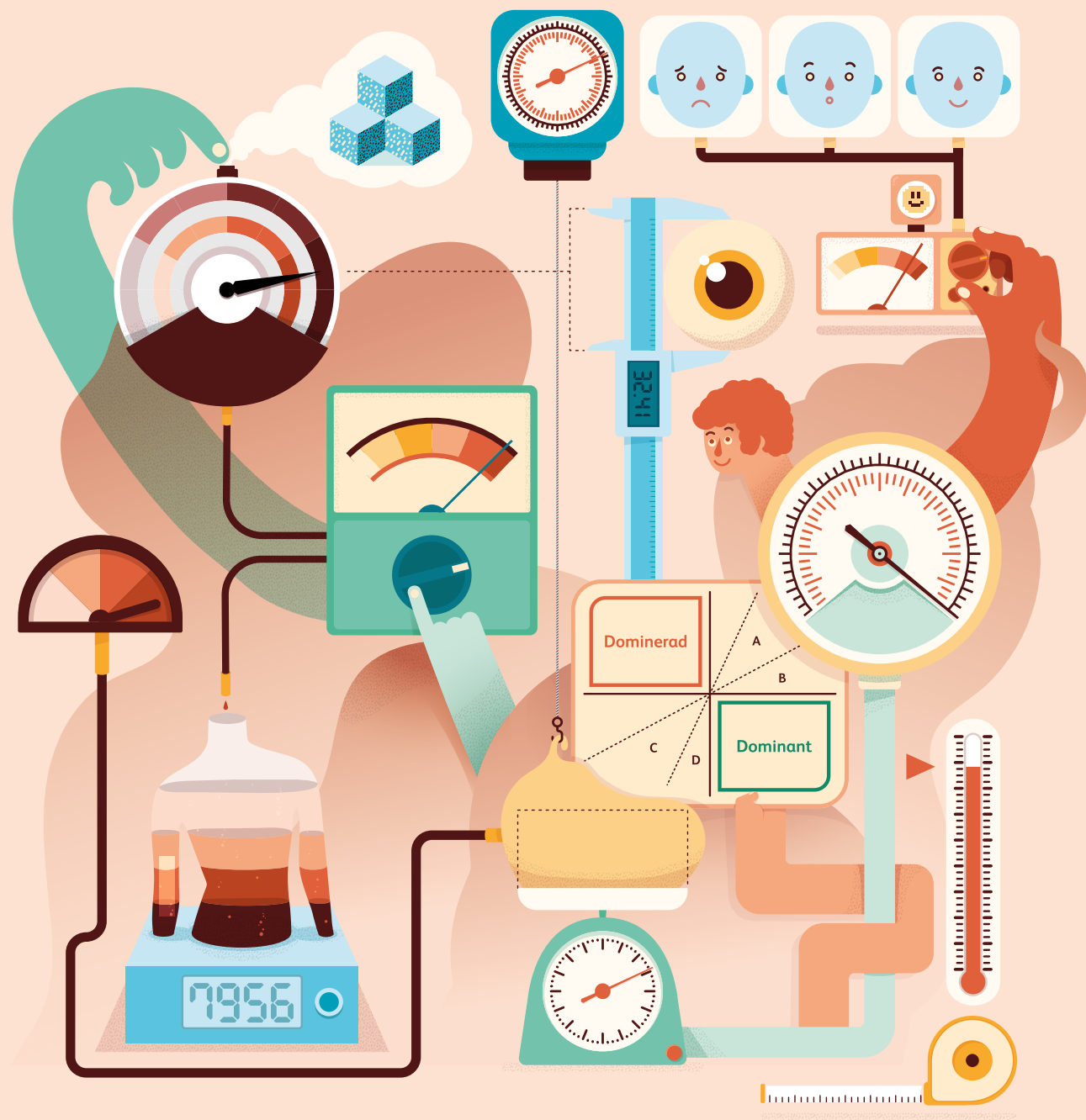
Ständigt ökande behov och kostnader inom vården har satt fart på innovationstakten. Men det behöver gå ännu snabbare, menar Roger Molin.

28

Ett hjärtligt tack

Ungefär 430 000 svenskar lever med förmaksflimmer. För Britt-Louise Schmidt ledde tillståndet till en stroke, men tack vare en stor dos envishet och blodförtunnande behandling kan hon nu rulla vidare.





HÄLSOEKONOMI

Fånga värdet

Innovationstakten inom det medicinska området är otroligt hög. Samtidigt blir vi allt äldre och efterfrågan på hälso- och sjukvård ökar stadigt. Därför är det viktigt att vi får ut så mycket värde som möjligt av de pengar som satsas och vi måste tillsammans se till att varenda skattekrona används på allra bästa sätt.

Hälsoekonomi är ett av flera verktyg som används för att bedöma hur mycket värde en insats inom hälso- och sjukvården ger. Genom att bedöma effekten och kostnaden av olika insatser tänds vi en stark lampa som belyser det värde vi får ut, vilket gör det lättare att prioritera mellan olika insatser. Prioriteringen är nödvändig för att de pengar som satsas ska ge mesta möjliga hälsa till befolkningen. Det som låter lätt när man tänker mer konceptuellt visar sig ibland vara komplext och svårt i praktiken.

I detta nummer av *Horizont* belyser vi hur vi kan fånga värdet av insatser i hälso- och sjukvården. Ett antal ledande experter och forskare förklarar och gör ämnet så enkelt det bara går, samtidigt som de berättar att det är svåra bedömningar och komplexa analyser som måste göras.

Först ut är Joakim Ramsberg, projektdirektör på Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, och Martin Henriksson, universitetslektor, Linköpings universitet.

– I korthet handlar hälsoekonomi om att applicera ekonomiska teorier och metoder på hälso- och sjukvården, säger Joakim Ramsberg.

För en utomstående kan nationalekonomi och sjukvård kännas som två helt skilda världar. Men Joakim Ramsberg förklarar att det är ett fruktbart äktenskap för att maximera värdet av våra begränsade resurser.

– Tillgången till hälso- och sjukvården är inte uppbyggt efter individens betalningsförmåga – alla har rätt till likvärdig vård. Det betyder att vi måste ha metoder för att kunna göra prioriteringar, och då har nationalekonomin mycket att bidra med, säger han.

Genom hälsoekonomiska utvärderingar kan hälsovärdet, oftast uttryckt i kvalitetsjusterade levnadsår, eller QALY, räknas ut för att sedan jämföra olika vägval. I utvärderingarna räknas alla adderade levnadsår som olika behandlingar bidrar med in. Det är sedan upp till beslutsfattarna att värdera levnadsåren utifrån de etiska principer som ska vägleda prioriteringar i vården, inte minst behovsprincipen:

– Därför kan en hälsoförbättring hos någon med hjärtsvikt kanske få kosta exempelvis en halv miljon, medan en likvärdig hälsoförbättring för en person med till exempel mild artros kanske inte får kosta mer än 50 000, lyfter Joakim Ramsberg som ett exempel på ekvationen som beslutsfattarna måste lösa.

Hälsoekonomiska utvärderingar är fortfarande vanligast att genomföra på läkemedelsbehandlingar, även om det går att applicera på i princip alla delar av vården. Att inte genomföra utvärderingarna i samma utsträckning på andra håll inom vården innebär en risk att vissa beslut helt enkelt inte blir kostnadseffektiva. Varför det är vanligast på just läkemedels-sidan kan ha både sina historiska och praktiska förklaringar, tror Joakim Ramsberg.

– Det kan bero på att läkemedelsbolagen själva var väldigt tidiga med att införa det för att visa på värdet av sina produkter. Det finns också en tydligare sälj- och köpsituation jämfört med att exempelvis välja mellan kirurgiska ingrepp. Men det görs bedömningar av allt möjligt och det blir vanligare, framför allt vad gäller medicinteknik.

Att räkna ut värde utantill för en klassisk marknad är något av det svåraste man kan ge sig på inom nationalekonomi.

På horisonten ser Joakim Ramsberg några utmaningar – men också möjligheter – som kommer att vara i fokus för många hälsoekonomer framöver. Det handlar exempelvis om metoder och modeller kring utvärdering av precisionsmedicin, men också implementeringen av artificiell intelligens (AI) i vården.

– AI är ett stort utvecklingsområde som också kommer påverka hälsoekonomin. Just nu handlar det mycket om prediktiv modulering och det vore inte konstigt att vi i framtiden kommer lägga till kostnadseffektivitet i det, menar han.

JOAKIM RAMSBERG, projektdirektör på Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

– Hälsan är ju värt massor för individen. Betalningsviljan är jättehög men tyvärr är inte resurserna det. Vi kommer aldrig kunna göra allting.

Hälsoekonomins kärnfråga är inte hur mycket hälsa är värt. Frågan är hur mycket hälsa som kan skapas med de knappa resurserna som sjukvården har, menar Martin Henriksson. Det handlar alltså inte om att ställa hälsa mot pengar, utan hälsa mot annan hälsa, när nödvändiga prioriteringar måste göras.

Behovet av prioriteringar är en oundviklig del av sjukvårdens vardag och den direkta effekten av valen som görs kan vara svåra att visa på i ett så pass komplext system som sjukvården. Men faktum är att något alltid trängs ut när något annat införs – något som under det senaste året blivit skrämmande tydligt.

Kopplingen mellan ekonomi och etik har verkligen ställts på sin spets under pandemin.

– Med fullpackade IVA-avdelningar blev det tydligt hur knappa resurserna egentligen är, säger Martin Henriksson. Det påminde oss om att det alltid finns en alternativkostnad för de prioriteringar vi gör. Kopplingen mellan ekonomi och etik har verkligen ställts på sin spets. Pandemin har hjälpt oss att förstå hur viktiga de här valen är.

Ekonomiska analyser och metoder i all ära, i slutändan är det just de etiska aspekterna av att välja och välja bort som kanske är det svåraste. Martin Henriksson tampas själv med dessa frågor i sin roll i Tandvårds- och läkemedelförmånsverkets (TLV) nämnd för läkemedelsförmåner, som bland annat beslutar om pris och subvention av nya läkemedel.

– Företagen och myndigheterna har sina incitament och patienten vill alltid ha det bästa möjliga. Det är därför viktigt att vi som samhälle är hyfsat överens kring hur och på vilka grunder dessa beslut ska fattas.

Att den med ett större vårdbehov ska gå före den med ett mindre behov är en tydlig etisk utgångspunkt, som både är universellt accepterat och som förordas av hälso- och sjukvårdslagen. Men det betyder inte att det är lätta beslut att ta i praktiken.

– Det blir en hälsovinst för någon med större behov, vilket vi är överens om är bra. Men hur mycket annan hälsa ska vi då kunna försaka? Det är alltid svåra avvägningar det handlar om.

Framåt ser Martin Henriksson bland annat att det paradigmskifte som gensekvensiering och precisionsmedicin innebär för vården skapar nya frågor för hälsoekonomerna.

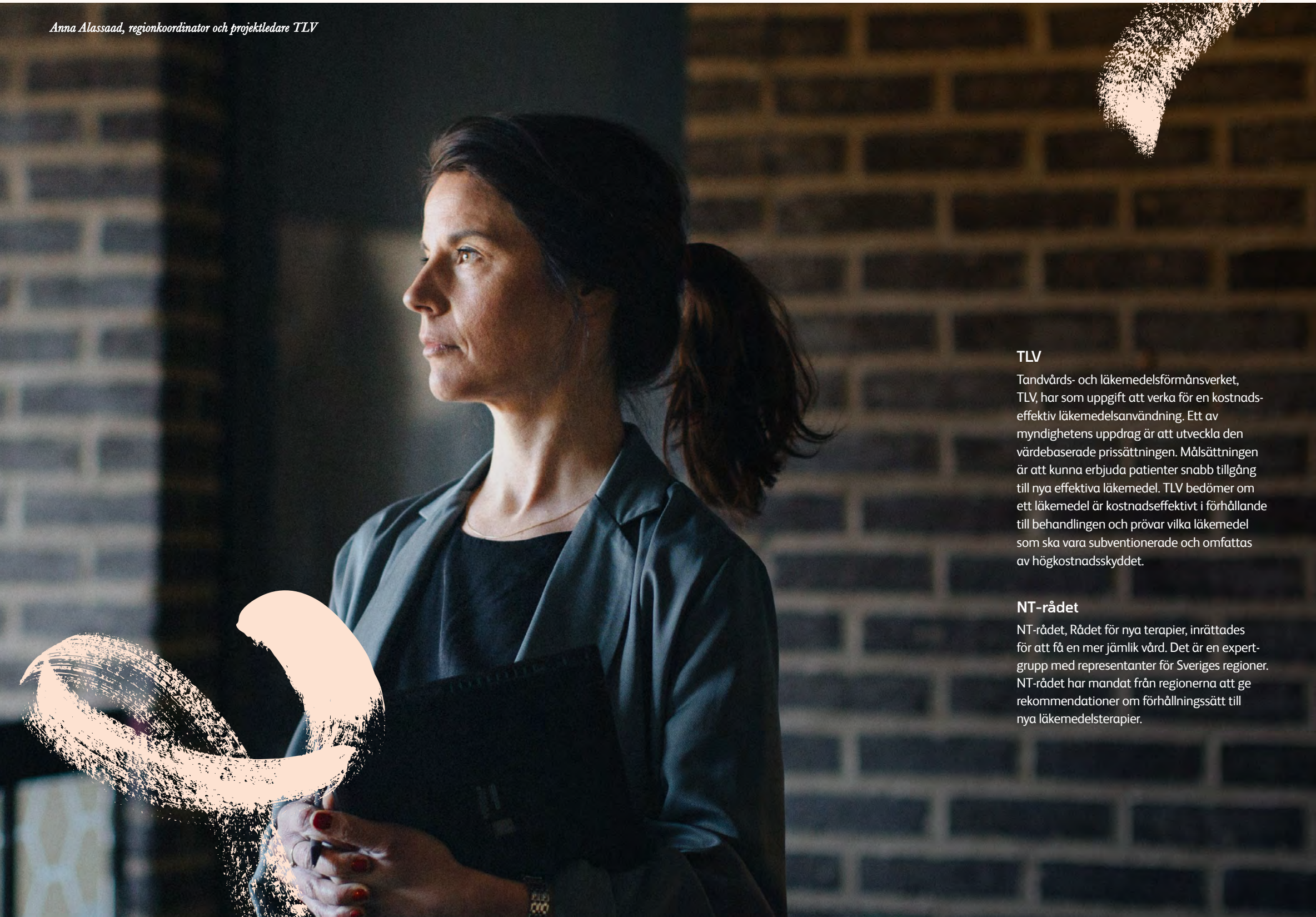
– Hur vi ska hantera dessa stora investeringar är en viktig fråga. Mycket handlar om att utveckla testkapacitet och infrastruktur, investeringar som är svåra att utvärdera med traditionella hälsoekonomiska utvärderingar.

MARTIN HENRIKSSON, universitetslektor, Linköpings universitet.

För allas bästa

Det handlar om att prioritera och värdera, men framförallt om förmågan att se bortom individen. För Anna Alassaad, regionkoordinator och projektledare på Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, och Gerd Lärfars, ordförande för NT-rådet, är jämlik vård och läkemedelsanvändning kompassen när en ny läkemedelsbehandling är på väg ut i den svenska sjukvården. Men med nya typer av läkemedel uppkommer nya frågeställningar och behovet av samverkan, både nationellt och internationellt, växer.





TLV

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, har som uppgift att verka för en kostnads-effektiv läkemedelsanvändning. Ett av myndighetens uppdrag är att utveckla den värdebaserade prissättningen. Målsättningen är att kunna erbjuda patienter snabb tillgång till nya effektiva läkemedel. TLV bedömer om ett läkemedel är kostnadseffektivt i förhållande till behandlingen och prövar vilka läkemedel som ska vara subventionerade och omfattas av högkostnadsskyddet.

NT-rådet

NT-rådet, Rådet för nya terapier, inrättades för att få en mer jämlik vård. Det är en expertgrupp med representanter för Sveriges regioner. NT-rådet har mandat från regionerna att ge rekommendationer om förhållningssätt till nya läkemedelsterapier.

– Jag har självklart full förståelse för att patienter som är drabbade av en sjukdom vill ha tillgång till all tillgänglig behandling. Men det är vår roll som myndighet att värdera vilka behandlingar som ger mest hälsa för pengarna. Alla nya behandlingar kommer inte att vara värda sitt pris. säger Anna Alassaad.

Hon har en bakgrund som apotekare och doktor inom medicinsk vetenskap, men arbetar nu som regionkoordinator och projektledare på Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV. Just nu är hon dessutom projektledare för ett regeringsuppdrag kring precisionsmedicin och ATMP där man tittar på hur de hälsoekonomiska bedömningarna kan utvecklas och utreder möjliga betalningsmodeller. Det finns stora möjligheter med den här typen av läkemedel men nya frågeställningar dyker också upp. Bland annat får diagnostiska tester större betydelse och blir en integrerad del i behandlingskedjan när man ska bedöma kostnaden.

– En fråga som ofta dyker upp är om dagens hälsoekonomiska metoder fångar alla viktiga värden med en behandling. En annan fråga som vi analyserar i arbetet är hur hälsoekonomiska bedömningar kan göras i situationer då vi har väldigt begränsat med kunskap om läkemedlets långsiktiga effekt – vilket ofta är fallet, säger Anna Alassaad.

Hon får medhåll av Gerd Lärfars, ordförande i NT-rådet:

– Vi vet inte hur bra de är på lång sikt eftersom det saknas långsiktiga studier och då kan jag ibland känna hopplöshet kring prissättningen och att vi faktiskt inte kan godkänna dessa läkemedel. Dessa behandlingar kommer att bli vanligare och vanligare och kan rädda liv, säger Gerd Lärfars.

Hon har verkat som ordförande för NT-rådet sedan 2017 och har lång erfarenhet från hälso- och sjukvård både från läkemedelsområdet och från den kliniska verksamheten. Även hon ser sitt arbete som en stor utmaning.

– I min roll är de viktigaste frågorna prioritering och värdering. Jag är väldigt intresserad av dessa frågor och drivs av att vi arbetar för en övergripande rättvis och jämlik användning av läkemedel, säger Gerd Lärfars.

Att vara med i en beslutsprocess som i det långa loppet kan innebära skillnaden mellan liv och död för människor kräver inte bara gedigen medicinsk och farmakologisk erfarenhet, utan även en förmåga att kunna se saker ur ett helhetsperspektiv. Det vittnar både Gerd Lärfars och Anna Alassaad om.

– Vi försöker att lägga stor vikt på läkemedel som har klinisk nytta. Vi arbetar övergripande och strävar efter en jämlik användning, en sjukdomsgrupp får till exempel inte ta större plats än en annan. Det är stora och svåra beslut som vi strävar efter att förankra på flera nivåer för att verkligen ta rätt beslut. Men det är alltid en avvägning och det finns inget facit. Det finns alltid en osäkerhet. Det gör att vi måste känna oss trygga i att den värdering och den granskning vi har gjort är rimlig, att vi har gjort rätt, säger Gerd Lärfars.

Gerd Lärfars tycker att NT-rådets största utmaning är den stora mängd avancerade terapier som har kommit samtidigt och som ställer helt andra krav på utvärdering och bedömning av till exempel långsiktiga effekter än traditionella läkemedelsbehandlingar. Här gäller det att väga kostnader mot nytta på ett klokt sätt, menar hon, och betonar vikten av värdebaserade bedömningar.

– Det är viktigt att inte bara titta på prislappen utan att ställa detta mot hur effektiva och bra läkemedlen är. Effekten ska få styra pristaket. Vi ska lyfta fram och bejaka läkemedel med god effekt och se till att de når ut till patienterna.

I framtiden tror och hoppas Gerd Lärfars att det kommer ett flertal nya terapier, bland annat inom sällsynta sjukdomar och cancerområdet. Dessa måste ställas i relation till de grundläggande behoven inom hälso- och sjukvården.

– Vi kommer att få stora svårigheter att prioritera och värdera – att vikta olika behov och satsningar mot varandra och samtidigt ta hänsyn till den etiska plattformen, hälsoekonomi och kostnadseffektivitet. Att kunna väga in allt är otroligt svårt, men det är viktigt och nödvändigt att vi gör det.

För att kunna möta framtidens utmaningar menar hon att vi behöver vidareutveckla de verktyg som vi använder idag. Som exempel nämner hon hälsoekonomiska utvärderingar och uppföljning av hur ett läkemedel används i praktiken och dess effekt.

– Vi behöver kunna följa upp allt fler läkemedel. Om man ska utvärdera effekten av ett läkemedel måste det ske inom rimlig tid, i realtid. Idag är det svårt att göra noggranna uppföljningar. Det är manuellt och svårt att få tillgång till data.

Ett flexiblere system med större variationsrikedom både i bedömning och presentationer är något som både Gerd Lärfars och Anna Alassaad nämner. Men även mer vägledning utifrån.

– Jag ser det som att samverkan mellan olika aktörer måste fortsätta och utvecklas – mellan myndigheter, regioner, läkemedelsindustrin, patientrepresentanter. Alla behöver ta sitt ansvar för att hitta långsiktigt hållbara lösningar. För mig innebär det bland annat att vara öppen för att göra det man är van vid på ett annat sätt, även om det kanske är svårare. En potentiell lösning för att möjliggöra tillgänglighet till vissa behandlingar skulle kunna vara betalningsmodeller där vi delar på risken för framtida osäkerhet, säger Anna Alassaad.

Gerd Lärfars kommenterar det positionspapper som SKR, Sveriges Kommuner och Regioner, nyligen tagit fram kring ett nytt regelverk för läkemedel.

– SKR tar upp många viktiga aspekter och täcker in läkemedelsfältets utmaningar. Jag tror att det finns en samsyn kring att det här är viktiga frågor. Alla vill hitta lösningar så att det blir smidigare, men lösningarna är inte så lätta att hitta på alla frågorna. Vi lever i en internationell värld och det gäller verkligen läkemedel. Vi styr över en liten del i Sverige men det kan vara svårt att förändra stora processer på kort tid. Då gäller det att arbeta internationellt.

"Alla vill hitta lösningar så att det blir smidigare."

GERD LÄRFARS, ORDFÖRANDE NT-RÅDET



Elham Pourazar, strateg för innovation och partnerskap, och Anna-Lena Danielsson (S), regionråd och ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden, ser båda behov av ett nationellt ledarskap som sätter patienterna i fokus.

Samarbetets *kraft*

Obotligt sjuk, i vissa fall på väg mot en för tidig död. Det är verkligheten för många av de patienter som lever med sällsynta och svåra sjukdomar. Med de senaste årens forskningsframgångar har förtvivlan vänts till hopp när nya avancerade cell- och genterapier och andra innovativa läkemedelsbehandlingar utvecklas och godkänns för den europeiska marknaden. Men de avancerade behandlingarna associeras idag också med högre kostnader. Vem ska egentligen stå för notan?

Under 2019 ställdes den frågan på sin spets i Sveriges norra regioner Norrbotten och Västerbotten, i samband med nya godkända behandlingar för den endemiska sjukdomen Skellefjesjukan, eller ärftlig Transtyretinamyloidos. Sedan ett par år tillbaka kan många av patienterna, som tidigare haft få möjligheter till effektiv behandling, se ljus på framtiden. Samtidigt är Skellefjesjukan ett tydligt exempel på de stora möjligheter – och utmaningar – som nya innovativa läkemedelsbehandlingar innebär.

Kenneth Lång är ordförande för patientföreningen FAMY Norrbotten (Föreningen mot Familjär Amyloidos med Polyneuropati). Han är en tidigare läkare som kom att specialisera sig på att diagnostisera och behandla just Skellefjesjukan. Han har genom sitt arbete följt utvecklingen för patientgruppen under lång tid.

– Tidigare kunde vi inte erbjuda något mot sjukdomen, bara lindring av symtomen. Det var trista besked att ge för man visste att det inte fanns något att göra, säger han.

Länge var levertransplantation, helst i tidigt stadium, det enda tillgängliga behandlingsalternativet, förklarar Kenneth Lång. Men det är en stor operation som innebär risker, framförallt för äldre. Andra läkemedel som använts har också visat sig kunna bromsa sjukdomen. Med de nya terapierna som godkändes 2018 innebar det nya möjligheter att stoppa sjukdomsförloppet. På grund av de höga priser och därmed kostnader som denna typ av behandlingar associeras med skapas utmaningar med tillgängliggörande i större skala.

En region som tidigt identifierade utmaningen med de nya terapierna är Region Västerbotten. Elham Pourazar, strateg för innovation och partnerskap på Region Västerbotten, understryker att utmaningen går långt bortom Skellefjesjukan och Västerbottens gränser.



”Vi behöver ett nationellt ledarskap som sätter tillgängliggörandet till patienterna i fokus. Det är vad man kan förvänta sig av en ledande Life Science-nation.”

ANNA-LENA DANIELSSON (S),
ORDFÖRANDE I REGION VÄSTERBOTTENS
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNÄMND



– Men Skelleftesjukan är ett bra exempel på det moment 22 som svensk hälso- och sjukvård står inför vad gäller avancerade terapier och innovativa läkemedelsbehandlingar för sällsynta och svåra sjukdomar, säger hon. De kommer med en fantastisk potential, ibland som engångsbehandling, men innebär också stora osäkerheter vad gäller den faktiska effekten över tid. I kombination med höga priser från företagen och ett ensidigt kostnadsansvar hos regionerna riskerar detta bli ohållbart. I värsta fall kommer vi inte kunna tillgängliggöra dessa behandlingar till patienter som behöver dem, och Sverige kommer därmed inte heller vara en del av kunskapsutvecklingen och evidensgenereringen inom området.

Region Västerbotten insåg tidigt att varken regionerna, staten eller företagen ensamma satt på svaren om hur behandlingarna ska kunna tillgängliggöras. Det blev tydligt att samverkan mellan alla inblandade krävdes för att komma närmare lösningen. Politikerna i Västerbotten har varit väldigt aktiva i frågan från start. Anna-Lena Danielsson (S) och Peter Olofsson (S) lämnade till exempel in en motion till Sveriges Kommuner och

Regioners (SKR), dåvarande Sveriges kommuner och landstings, kongress redan 2019. Motionen lyfte behovet av att se över dagens finansierings- och betalningsmodeller för innovativa läkemedel.

– Även om Skelleftesjukan här och nu innebär en stor ekonomisk utmaning för Västerbotten står vi inför ett mycket större paradigmskifte inom läkemedelsområdet. I ett förenklat exempel med Skelleftesjukan skulle behandling av 100 patienter till oförhandlade priser, utgöra cirka 15–30 procent av regionens totala läkemedelskostnader. Vad gör vi då när terapi två, tre eller fyra kommer? Vilka andra patienter ska behöva stå tillbaka och vilka andra åtgärder i svensk hälso- och sjukvård ska prioriteras bort? Här behöver systemet som helhet ta höjd för ett långsiktigt hållbart tillgängliggörande av de nya terapierna, säger Elham Pourazar.

Utmaningarna med Skelleftesjukan blev startskottet på Region Västerbottens arbete med dessa frågor såväl regionalt som nationellt. Den 28 februari i år, på sällsynta sjukdomars dag, lanserade regionen en vitbok på temat tillgängliggörande. Frågan är högaktuell ur ett nationellt perspektiv, inte minst utifrån regeringens

Skelleftesjukan

Skelleftesjukan, eller Transtyretin-amyloidosis, är en ärftlig sjukdom som ger symtom från bland annat nerver, hjärta, mage och tarmar, ögon och njurar. Uppskattningsvis finns sjukdomen hos 1–2 personer per 100 000 invånare i hela Sverige, medan motsvarande siffra för Norrbotten och Västerbotten är cirka 50 per 100 000 invånare.

Källa: Socialstyrelsen



ambitioner i den nationella Life Science-strategin. SKR har i uppdrag att ta fram en process för nationellt ordnat införande och Tandvårds- och läkemedelsverket, TLV, har tilldelats ett regeringsuppdrag att utveckla hälsoekonomiska bedömningar för precisionsmedicin och möjliga betalningsmodeller för gen- och cellterapi. Samtidigt har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att analysera precisionsmedicinens påverkan på hälso- och sjukvården. Elham Pourazar ser positivt på initiativen som nu tas, både inom regionen och på nationell nivå, och betonar att det kommer att kräva ett givande och tagande från alla parter där staten, regionerna och företagen krok ar till sammans.

– Jag är optimistisk inför framtiden, nu gäller det att ta vara på den kraft som finns och takta ihop de olika initiativen på ett bra sätt och hitta lösningar som gynnar alla långsiktigt – inte minst för patienternas skull. I vitboken presenterar vi bland annat konkreta förslag på hur vi tillsammans kan jobba med att förbättra regulatoriska förutsättningar, pris- och ersättningssystem, finansieringsfrågan, data och uppföljning, samt prioriteringar inför framtidens vård. Det är komplexa frågor med många olika perspektiv som ska balanseras. Ett tydligt nationellt ledarskap blir därför avgörande för Sveriges framgångar som Life Science-nation.

En som till vardags försöker balansera de olika perspektiven är Emma Medin, Vice President på Parexel RWE and Access Consulting. Hon ser att frågan om en fungerande betalningsmodell aktualiserats mer och mer i takt med att såväl godkända behandlingar som kliniska studier ökar i antal.

– Antalet kliniska studier som görs har exploderat i antal. Tittar man bara på studier med CAR T-celler, som bara är en liten del av avancerad cellterapi, så har antalet ökat från ett tiotal till över 600 de senaste åtta åren, konstaterar hon.

Dessutom utgör avancerade cell- eller genterapier runt 40 procent av alla de läkemedel som prioriteras för snabb utvärdering inför marknads godkännande hos den europeiska läkemedelsmyndigheten, EMA. Att säga att det är bråttom att komma fram till en gemensam lösning på finansieringsutmaningen är alltså ingen överdrift, menar Emma Medin. Just nu ser hon tre möjliga betalningsmodeller som kan göra det lättare för regionerna att tillgängliggöra dessa typer av

behandlingar i framtiden: En dynamisk prissättning där priset omförhandlas efter att långtidsdata av effekterna har samlats in, en utfallbaserad betalningsmodell där företaget får betalt utifrån överenskomna effektmålet samt en licensieringsmodell som innebär att regionerna kan sprida ut kostnaden över längre tid. Alla alternativ har sina fördelar, men också sina utmaningar. Den gemensamma nämnaren är behovet av att samla in långtidsdata för att kunna utvärdera effekt, menar Emma Medin.

– Alla modeller har utmaningar som måste lösas för att fungera i praktiken. Men oavsett vilken väg man väljer är insamlingen av data central för att förstå om effekterna av behandlingarna är livslånga eller inte. Det kräver i sin tur att vi skapar en bättre infrastruktur för att samordna datainsamlingen i Sverige, och kanske inom hela Norden, eftersom många av patientgrupperna är små.

Både TLV och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska vara klara med sina regeringsuppdrag under 2021. Emma Medin tror därför att vi snart kommer att få klarhet i vilket av alternativen, eller en kombination av dem, som de svenska myndigheterna förordar.

– Jag tror vi kommer få se en typmodell som ska appliceras på kommande produkter. Sen får man utvärdera hur det fungerar och göra justeringar därefter.

Hon ser, likt Elham Pourazar, positivt på att lösningen kommer innebära att patienter och läkare får tillgång till en större del av verktygslådan.

– I våra samtal med globala läkemedelsbolag så märker vi att de ser Sverige som en attraktiv marknad. De har uppfattningen att vi kommer att lösa finansieringsfrågan bättre än många andra europeiska länder. Det båd ar gott ur patientperspektiv, säger Emma Medin.

För vissa patienter med Skellefjesjukan, som väntar på en behandling som kan göra stor skillnad, kan lösningen inte komma snabbt nog. Det är dags att gå från fina ord till konkret handling, önskar Kenneth Lång.

– Vi har en ambitiös Life Science-strategi i Sverige som säger att vi ska satsa på detta, men vi pratar inte tillräckligt om hur de personer som behöver behandlingarna ska få den. Det är en paradox!

Anna-Lena Danielsson (S), regionråd och ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Västerbotten, bekräftar behovet av att gå från ord till handling.

– Det är jättebra att vi satsar på forskning och utveckling inom läkemedelsområdet, men om vi inte hittar sätt att kunna använda de här innovativa läkemedlen på ett långsiktigt hållbart sätt, och inte får ut behandlingsmöjligheter till våra patienter, då har vi misslyckats, säger hon och fortsätter:

– Det krävs en ordentlig kraftsamling och en ny typ av samverkan mellan staten, regionerna och läkemedelsföretagen.

Vi kan inte förvänta oss att ha alla svar innan vi börjar – vi behöver kunna bygga båten medan vi seglar. Då behövs det modiga politiker på nationell och regional nivå och mandat till tjänstemännen att driva frågan framåt. Vi behöver ett nationellt ledarskap som sätter tillgänglighetsfrågan i fokus. Det är vad man kan förvänta sig av en ledande Life Science-nation.



Lyssna på Emma Medin

i Precisionpodden, avsnitt 10, där hon pratar om medicin mellan filosofi och ekonomi. Du hittar podden där poddar finns, eller via QR-koden.



MÖJLIGA BETALNINGS MODELLER FÖR FRAMTIDENS BEHANDLINGAR

01. DYNAMISK PRISSÄTTNING

Nettopriset på behandlingen omförhandlas när långtidseffekterna blivit tydligare.

02. UTFALLBASERADE BETALNINGSMODELLER

Säljande företag får betalt utifrån den faktiska effekten, betalning sker utifrån uppnådda milstolpar alternativt att företaget betalar tillbaka behandlingskostnad för de patienter som inte når önskad effekt.

03. LICENSIERINGSMODELL

Regionerna kan sprida ut kostnaden av behandlingen under lång tid.

KOMBINATIONSMODELL

Pris- och betalning sker utifrån en kombination av olika modeller, exempelvis de ovan.

Källa: OECD





Vy över Umeålvän.

REGION VÄSTERBOTTENS REKOMMENDATIONSOMRÅDEN I VITBOKEN TILLSAMMANS FÖR TILLGÄNGLIGGÖRANDE

01. Ett regulatoriskt system som säkerställer tillgången på – såväl äldre och etablerade som nya – effektiva, säkra och kostnadseffektiva behandlingsalternativ.

02. Ett adaptivt pris- och ersättningssystem som sänker trösklarna för implementering av nya terapier i klinisk vardag.

03. En statlig finansieringsmekanism för nya terapier för patienter med sällsynta och svåra sjukdomar som stimulerar tidig implementering och evidensgenerering från läkemedelsanvändning i klinisk vardag.

04. Ett nationellt grepp om förutsättningarna för att samla in, lagra, hantera, använda och dela tillförlitlig och relevant hälso-, vård- och kostnadsdata från läkemedelsanvändningen i Sverige.

05. Ett gemensamt prioriteringsarbete mellan stat och region, för horisontella prioriteringar i hälso- och sjukvården – inklusive betydelsen av tidig implementering av nya terapier i Sverige.

I tillägg presenteras ett koncept för Sverige som ett Real World Lab för tidig implementering av nya terapier i klinisk vardag där staten, regionerna, företagen samt akademi och patienter tillsammans sänker trösklarna och röjer hinder för tillgängliggörande. Som en tidig användare av nya terapier kan Sverige också bidra till kunskap, kompetens och evidensgenerering som möjliggör en skalbar implementering av nya effektiva, säkra och kostnadseffektiva behandlingsalternativ över tid.

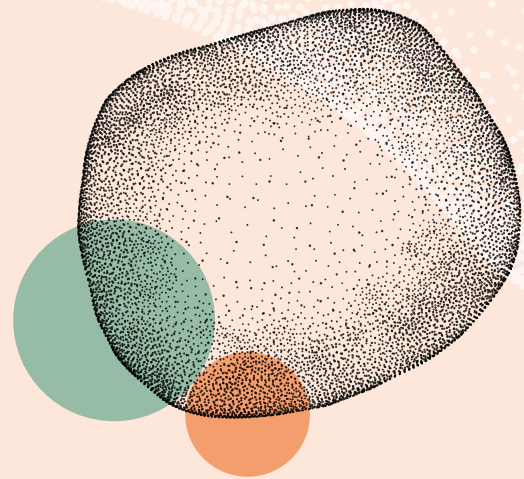
LÄS MER OM VITBOKEN PÅ
REGIONVASTERBOTTEN.SE



”Oavsett vilken väg man väljer är insamlingen av data central för att förstå om effekterna av behandlingarna är livslånga eller inte. Det kräver i sin tur att vi skapar en bättre infrastruktur för att samordna datainsamlingen.”

EMMA MEDIN

VICE PRESIDENT PAREXEL RWE AND ACCESS CONSULTING



Med nobelpriset som grund

På 1960-talet skrev nationalekonomen Kenneth Arrow en vetenskaplig artikel som av många anses vara startskottet för hälsoekonomi. Över decennierna som följde utvecklades området från en idé till en självklar bit i det komplicerade pusslet som är hälso- och sjukvården.

”För deras banbrytande insatser inom allmän ekonomisk jämvikts-teori och välfärdsteori” var motiveringen vid utdelningen av 1972 års nobelpris i ekonomi. Kenneth Arrow hade decenniet innan banat vägen för den moderna hälsoekonomin med sin artikel ”Uncertainty and the welfare economics of medical care”.

Men redan under 40-talet började ekonomisk analys av sjukvården diskuteras i Lund. 1948 kom nationalekonomen Sven Rydenfelts licentiatavhandling *Sjukdomarnas samhälls-ekonomiska aspekt*, som av många anses vara ett internationellt pionjärarbete. Området fick än mer fart under tidigt 70-tal, bland annat genom en rad seminarier vid Lunds universitet som

anordnades av professor Ingemar Ståhl. Där träffades forskare från institutionen och representanter från industrin. Budskapet var tydligt: utvecklingen av hälsoekonomin är något som även industrin borde intressera sig för.

Under åren som följde kom flera doktorsavhandlingar i nationalekonomi med inriktning hälsoekonomi och under den senare delen av 70-talet etablerades hälsoekonomi som forskningsfält på flera universitet och högskolor i landet, inte minst vid Lunds universitet och Handelshögskolan i Stockholm. 1979 bildades IHE, Institutet för hälso- och sjukvårds-ekonomi, som var det första hälsoekonomiska forsknings-



"Att skapa attraktiva miljöer, med kliniska prövningar och forskning på plats i Sverige, är en viktig framtidsfråga."

ULF PERSSON
PROFESSOR, FIL DR, SENIOR ADVISOR, IHE

1940-1970

Hälsoekonomins födelse och etablering

1980-1990

Efterfrågan ökar och krav på hälsoekonomiska utvärderingar blir vanligare

2000-2010

Professionen växer och TLV får regeringsuppdrag att göra hälsoekonomiska utvärderingar

Framtid

Nya hälsoekonomiska metoder utvecklas för att bättre utvärdera framtidens behandlingar

centret i Sverige. Ulf Persson har arbetat på IHE i snart 40 år, bland annat som vd under tio år, och beskriver hur hälsoekonomins fokus skiftade inom sjukvården under de första årtiondena:

– Inom sjukvården var det länge en akademisk diskussion innan det till slut kom till mer praktisk användning. Under 70- och 80-talet handlade det mycket om kostnadskontroll, men under 90-talet hamnade fokus istället på att mäta värdet av nya terapier och hälsa, säger han.

Fokus på värde ökade i takt med 80- och 90-talets medicinteknologiska framsteg, i kombination med en åldrande befolkning som innebar större vårdbehov och kostnader. 1990 kom också genombrottet som behövdes. EQ-5D, ett instrument för att mäta hälsa och livskvalitet, togs fram genom ett internationellt forskningssamarbete.

– Det var forskare från bland annat de skandinaviska länderna, England och Nederländerna som deltog. Syftet var från början att hitta ett sätt att jämföra livskvalitet mellan olika länder, men kom i efterhand att få ett mycket större användningsområde eftersom det används till att utvärdera värdet av hälsa och nya terapier, konstaterar Ulf Persson.

Under 90-talet började många läkemedelsbolag att anställa hälsoekonomer. Det dröjde sedan inte länge innan flera länder började införa formella krav på att läkemedelsbolagen skulle presentera hälsoekonomisk information i samband med att de ansökte om subvention för nya läkemedel. Australien var först, år 1993, med att införa formella utvärderingar som en del i detta arbete och 1999 bildades NICE, National Institute for Clinical Excellence, i London för att tjäna det engelska sjukvårdssystemet. Deras erfarenheter fungerade sedan som inspiration för många andra länder när liknande krav på eller rutiner för hälsoekonomiska utvärderingar infördes, inte minst under 2000-talets början. I Sverige har Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, sedan 2012 uppdraget att genomföra hälsoekonomiska utvärderingar på medicinska produkter för den svenska hälso- och sjukvården.

Idag är hälsoekonomin både etablerad och självklar inom akademien, näringslivet och sjukvården. Ämnets inkludering i läkarutbildningen eller bildandet av SHEA, Svensk förening för hälsoekonomi, som samlar hälsoekonomer inom akademi, offentlig sektor och näringsliv, är två exempel på detta. Men i takt med att hälsoekonomins betydelse växer, växer också konkurrensen om kompetensen.

– Det är en internationell marknad där duktiga hälsoekonomer kan välja att arbeta inom ett annat område eller i ett annat land. Att skapa attraktiva miljöer, med kliniska prövningar och forskning på plats i Sverige, är därför en viktig framtidsfråga, menar Ulf Persson.

Nu står medicinteknologin – och därmed även behandlingsmöjligheterna – återigen inför ett paradigmskifte, när avancerade cell- och genterapier blir tillgängliga för fler patienter. Att hitta nya metoder för att utvärdera dessa behandlingar, som i vissa fall till och med kan innebära bot för patienten, är en utmaning som hälsoekonomerna nu står inför. Att beräkna värdet av covid-19 – vaccinen och att skapa incitament för antibiotikautveckling är två andra av nyckelfrågorna som kommer att ligga på hälsoekonomernas bord framöver, menar Ulf Persson:

– För att räkna ut värdet av covid-19 – vacciner så måste vi titta på så mycket mer än bara sjukvården. Det handlar om att se hela samhällsvinster och kostnader för att förstå vad vaccinationen egentligen är värd. Antibiotikan är en annan spännande fråga eftersom vi vill hålla nere användningen för att minska resistensen, vilket i sin tur leder till minskade incitament för att utveckla nya antibiotika som behövs.

ULF PERSSON
PROFESSOR, FIL DR
SENIOR ADVISOR, IHE



A hand holding a photograph of a cyclist on a road with a large building in the background.

Ett hjärtligt tack

NOAK är idag den behandling som rekommenderas i första hand vid förmaksflimmer för att förebygga stroke i Sverige. Britt-Louise Schmidt är en av patienterna i Sverige som behandlas med denna antikoagulantia, även kallat blodförtunnande. Men det var först när hon drabbades av en stroke som hon insåg dess fulla värde.

Hon är en sprudlande 80 plus-åring som lever ett aktivt liv efter en lång och bred karriär. Kemist inom veterinärmedicin och tandläkare är två yrken hon har hunnit prova under sitt långa arbetsliv.

– Jag har även läst arkeologi och gräver på somrarna på Gotland, säger Britt-Louise Schmidt.

Men det är inte bara jobbet som har gjort henne till den positiva och levnadsglada människan hon är. Hon har alltid varit beroende av att röra på sig och har levt hälsosamt i hela sitt liv. Cykling har alltid varit ett stort intresse. Hon åker till utlandet och cyklar, och varje vår är det lika intressant; kommer hon orka lika mycket som förra våren?

– Jag har varit tokigt aktiv hela mitt liv. Idag vet jag att jag är lite till åren men ibland tror jag att jag är 40 plus, säger hon och skrattar.

Flimmerproblemen började för två år sedan. Britt-Louise Schmidt sökte vård på Sophiahemmet i Stockholm då hon kände att hennes kondition hade förändrats. Läkaren konstaterade hjärtflimmer och hon skickades akut till Danderyds sjukhus där läkaren satte in NOAK-behandling omgående.

– Jag förstod ingenting. Jag hade inte känt av något med hjärtat, så jag förstod väl inte riktigt varför jag skulle äta de där tablettorna. Men ganska snabbt fick jag bevis på hur viktiga de var för mig.





”Jag har varit tokigt aktiv hela mitt liv. Idag vet jag att jag är lite till åren men ibland tror jag att jag är 40 plus.”

Plötsligt en dag drabbades hon av en sprucken tunntarm och hamnade akut på sjukhus. För att kunna operera henne satte läkaren ut NOAK-behandlingen i tolv dagar. Operationen gick bra men dagen innan hon skulle åka hem från rehabhemmet började hon känna sig konstig.

– Jag kände redan vid frukosten att något var tokigt. Jag såg konstigt och sedan försvann jag bort. Jag minns knappt någonting när ambulansen kom.

Britt-Louise Schmidt hade fått en stroke. Den stroke hon fått hade drabbat talcentret och Britt-Louise kunde inte prata överhuvudtaget till en början. Men med en stark livsvilja lyckades hon lära sig igen.

– Till en början gick det inte alls. Jag kunde till exempel inte hitta orden kaktus och solglasögon. Men jag är envis. Jag hittade en konstbroschyr som jag tog med mig ut i korridorerna. Där vankade jag fram och tillbaka, och läste högt från broschyren. All denna träning gjorde att det gick ganska fort för mig att komma tillbaka.

Att stå på NOAK-behandling var något som Britt-Louise Schmidt var tveksam till i början. Idag är hon livrädd att vara utan medicinen. Hon tar den varje morgon och kväll, och för att inte glömma bort den på kvällen lägger hon tabletten i ett snapsglas.

– Den dagen jag slutar ifrågasätta varför jag har ett snapsglas vid sängbordet – då är det över för mig, säger hon och skrattar.

NOAK-behandlingen låter henne leva ett liv som hon har valt själv.

– I min ålder är det många som bara sätter sig ner och väntar på att andra ska ta initiativ och hitta på saker. Jag anser att det är upp till varje individ att se till att man har ett rikt liv så långt det går, säger hon och fortsätter:

– Jag har planerat för min begravning. På kistan ska det stå ett porträtt av mig fotat i Moseldalen i Tyskland. På en cykel naturligtvis.

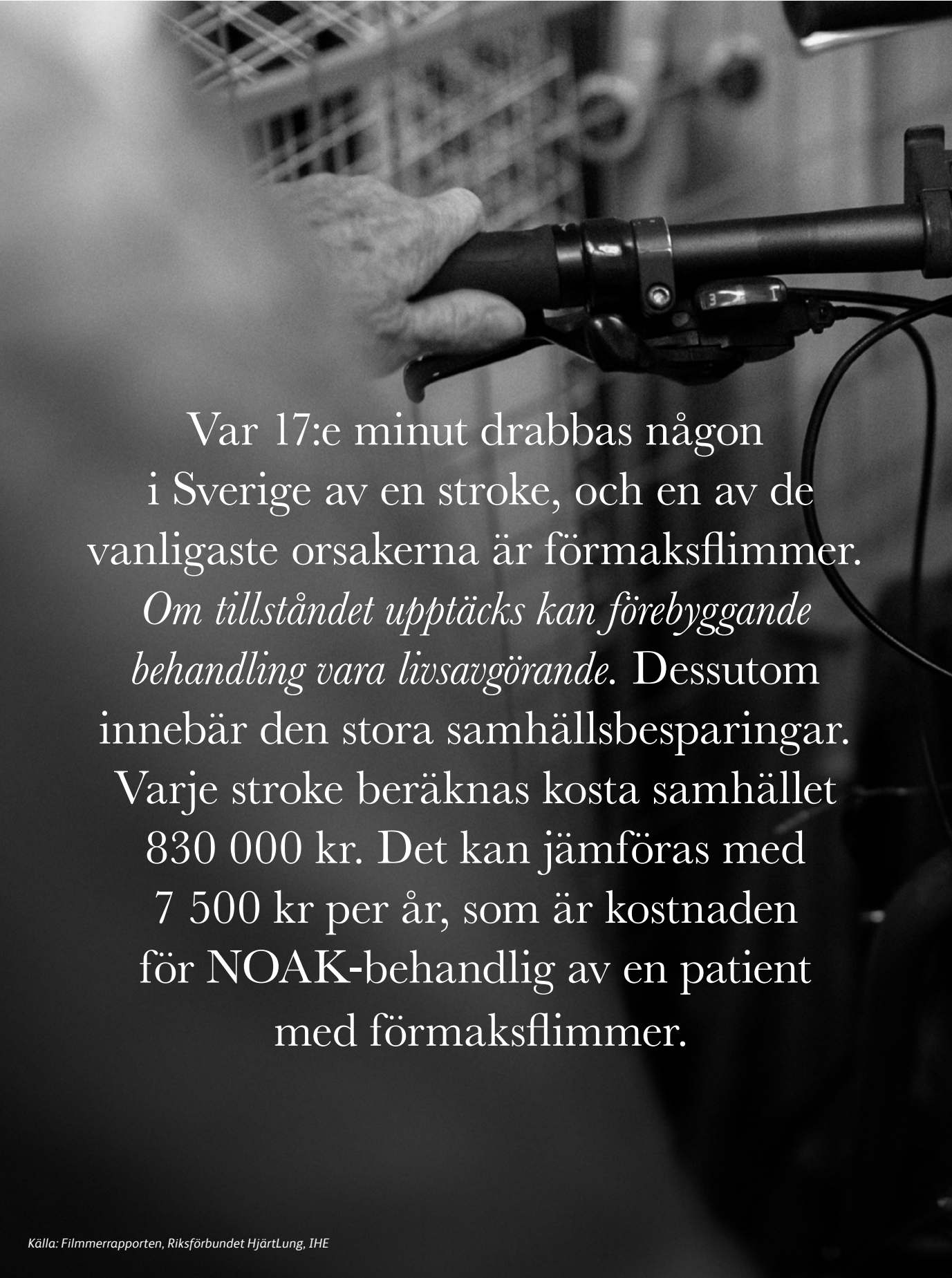
Förmaksflimmer

Ungefär 430 000 svenskar lever med förmaksflimmer i Sverige idag. Av dem har ungefär 100 000 ännu inte fått sin diagnos. Den totala kostnaden för förmaksflimmer har i en studie (Ericson, 2011) uppskattats till 7,4 miljarder kronor om året omräknat till dagens penningvärde. Komplikationer som stroke och hjärtsvikt står för drygt hälften av den totala kostnaden.

Stroke

Det finns en tydlig koppling mellan förmaksflimmer och stroke. En studie (Friberg, 2014) på över 94 000 patienter som drabbats av stroke visade att 33,4 procent hade ett tidigare känt eller nyligen diagnostiserat förmaksflimmer. Sedan NOAK-behandlingar började användas i större utsträckning i Sverige under 2010-talet har antalet strokepatienter minskat i takt med att fler patienter har strokeförebyggande behandling.



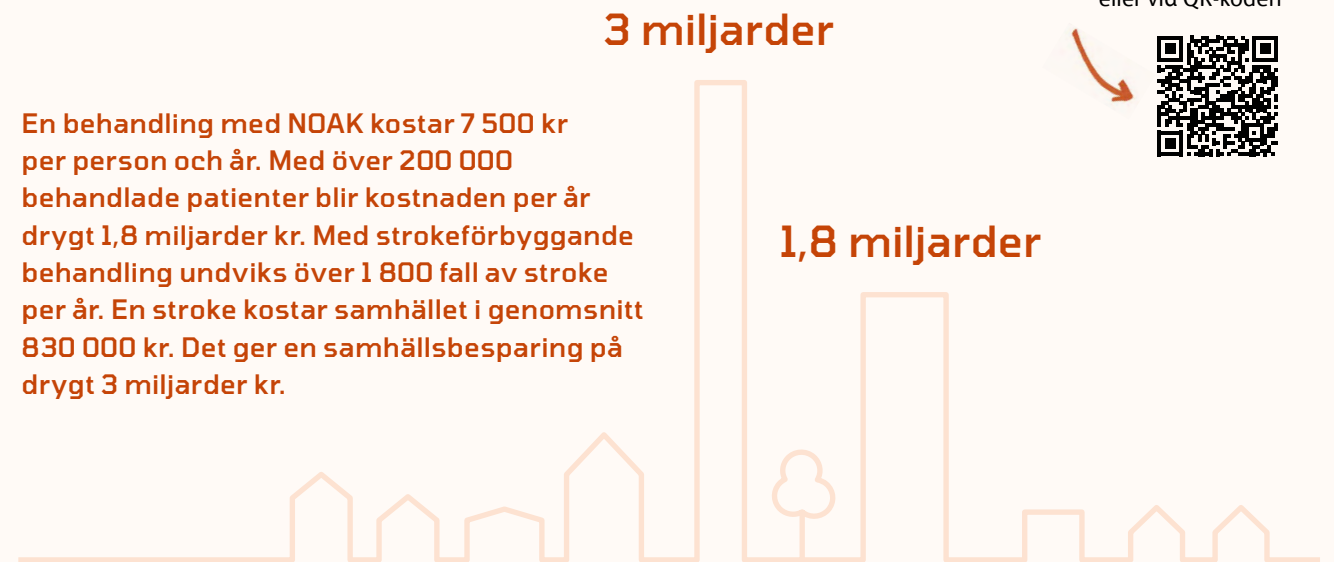


Var 17:e minut drabbas någon i Sverige av en stroke, och en av de vanligaste orsakerna är förmaksflimmer. Om tillståndet upptäcks kan förebyggande behandling vara livsavgörande. Dessutom innebär den stora samhällsbesparingar. Varje stroke beräknas kosta samhället 830 000 kr. Det kan jämföras med 7 500 kr per år, som är kostnaden för NOAK-behandling av en patient med förmaksflimmer.

Källa: Filmmerrapporten, Riksförbundet HjärtLung, IHE

Vill du veta mer?

Lär dig mer om principerna för hälsoekonomi och hur hälsoekonomiska beräkningar görs i Hälsoekonomiskolan. Du hittar den på horizont.bms.se eller via QR-koden



Emma Svennberg är kardiolog på Karolinska Sjukhuset och forskare vid Karolinska Institutet, KI, i Stockholm. Hon upplever att medvetenheten om förmaksflimmer har ökat och tror att det beror på studier som visar på den tydliga kopplingen till stroke, men även på att det finns tillgång till enklare behandlingsmöjligheter med NOAK. Trots den ökade medvetenheten är det fortfarande många som kan gå omkring med förmaksflimmer utan att veta om det. Ungefär 30 procent av dem som drabbas känner inte av några symtom.

Emma Svennberg betonar betydelsen av att hitta flimmer tidigt, sätta in förebyggande behandling och förhindra stroke och dödsfall. Det är det hennes forskning går ut på. Tillsammans med forskarkollegerna på KI står hon bakom Strokestop 1 & 2-studierna om tidig upptäckt av förmaksflimmer genom systematisk screening. Forskarteamet har bjudit in personer som är 75 och 76 år gamla och låtit dem under två veckor göra EKG-registreringar själva i hemmet.

– Förmaksflimmer kommer ofta och går i intervaller, så det faktum att man tar EKG under en lite längre tid mångdubblar fallen av upptäckta förmaksflimmer, berättar hon.

I Strokestop-studierna har forskarna hittat tre procent nya förmaksflimmer. Det kanske inte låter så mycket men det är

en hög siffra jämfört med många andra screeningprogram. Resultaten av Strokestop-studierna har nyligen presenterats på den europeiska hjärtrytmkongressen med goda resultat. Det var första gången en forskargrupp kunde visa på den kliniska nyttan av förmaksflimmerscreening.

Genom att hitta odiagnostiserat förmaksflimmer kan blodförtunnande behandling sättas in, och därmed minska den kraftiga överrisken för stroke som rytmstörningen ger. Riksförbundet HjärtLung lyfter i den nyligen publicerade Flimmerrapporten fram opportunistisk screening, det vill säga att passa på att screena patienter som besöker vården av annan anledning, som något vi bör satsa på i Sverige. Även Emma Svennberg ser fördelar med opportunistisk screening, som hon menar går att kombinera med en mer systematisk screening. Men hur effekten i Strokestop I verkligen motiverar ett screeningprogram vill Emma Svennberg än så länge inte uttala sig om.

– Vi behöver göra en hälsoekonomisk analys av resultaten, men allmänt kan man säga att stroke är en ganska vanlig sjukdom. Om vi överför våra resultat på alla svenska 75- och 76-åringar skulle ett screeningprogram totalt sett minska antalet fall av stroke, svårare blödningar och dödsfall med runt 2 300 under nästan sju år, säger hon.





Det var först när Britt-Louise Schmidt var utan sin NOAK-behandling i tolv dagar, på grund av en operation, som hon insåg dess fulla värde.

I framtiden tror och hoppas Emma Svennberg att vi kommer att arbeta mer förebyggande för att hitta förmaksflimmer tidigt och sätta in strokeskyddande behandling. Hon tror också att medvetenheten om hjärtflimmer kommer att öka ytterligare.

– Det finns nya sätt att registrera hjärtrytm idag. Många människor har blivit mer intresserade av sin hälsa och att registrera hälsomått med hjälp av appar och olika digitala hjälpmedel. Idag har man till exempel möjlighet att upptäcka förmaksflimmer med smarta klockor och ringar. Den dag många äldre börjar använda den typen av egna digitala hjälpmedel för att följa sin hjärtrytm kommer vi att hitta mycket förmaksflimmer.

Emma Svennberg ser stora möjligheter med teknikutvecklingen och förutspår en framtid där tekniken är mer integrerad i våra hem.

– Jag tror att vi kommer att ha mer avläsning av våra biologiska funktioner av sensorer inbyggda i våra vanliga liv. Till exempel en madrass som mäter om du har sömnpuppehåll på natten och kan känna av din hjärtrytm. Redan idag har det gjorts studier med kameror i väntrum som mäter ljusintensiteten i huden för att upptäcka förmaksflimmer. Det är en teknikutveckling som vi bara är i början av.



EMMA SVENNBERG
KARDIOLOG KAROLINSKA SJUKHUSET

Delad data

För 100 år sedan hade en läkare ungefär fem behandlingar att välja mellan när en patient sökte vård. Idag finns en uppsjö av terapier, men att välja rätt är inte alltid lätt. Kunskapen och läkemedlen finns där – men resurserna är ändliga. Alla kan helt enkelt inte få allt. För att använda resurserna på bästa sätt och göra vården mer jämlik krävs data. Horizont bad tre regioner berätta hur de arbetar med data och vad det resulterar i.



Region Halland

Region Halland ligger i framkant när det gäller data-driven sjukvård. Ett samarbete med sjukhus kopplade till Harvard Medical School, USA, lade grunden för regionens Centrum för informationsdriven vård. Markus Lingman, strateg och överläkare i Region Halland, har varit drivande i arbetet. År 2020 blev han utsedd till Årets AI-svensk.

Berätta om ert arbete med informationsdriven vård

– Vi började 2015 med att samla all väsentlig data från hela hälso- och sjukvårdsorganisationen. Vi såg då att det fanns behov av en bättre faktabas, den information som vi hade tillgång till var för fragmenterad. Vi behövde förstå vilka aktiviteter som driver kostnader inom hela vårdkedjan. Det fanns inga sjukvårdssystem vare sig i Sverige eller internationellt som hade den förmågan, så vi inledde ett samarbete som inkluderade Harvard Medical School, för att utveckla ett sådant system. Läkemedelsanvändningen är en viktig del av informationen. Om man investerar i läkemedel i en del av verksamheten där det kostar pengar, så kanske det sparar pengar i en annan del. Till exempel att en patient får läkemedel mot hjärtsvikt inom primärvården och att det leder till en besparing inom slutenvården, genom att patienten inte behöver bli inlagd.

På vilket sätt bidrar datainsamlingen till att utveckla hälsoekonomiska beräkningar?

– Vi har tillsammans med kolleger från Harvard tagit fram en hälsoekonomisk beräkningsmodell, Patient Encounter Costing. Det är en modell för att kunna se hur alla kostnader allokeras på vårdkontaktsnivå. Vi vill veta vad en patient drar för kostnader, under hela patientresan, för att kunna se var vi kan göra förbättringar. Med Patient Encounter Costing kan vi till exempel följa en patient som lider av hjärtsvikt och se var i systemet som de största kostnaderna uppstår. Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, har tagit fram KPP, Kostnad per patient, men den modellen uppfyller inte de behov som vi har. Vi vill kunna räkna bort outnyttjad kapacitet. Om patienten var inlagd när det fanns många eller få lediga vårdplatser är inte så intressant.

Hur ser ni på att till exempel Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och industrin använder den data som ni får fram?

– Positivt! Poängen är att nyttiggöra information för så många ändamål som möjligt för att kunna förbättra precisionen

av beslut om hur man ska allokera resurser. Vi samarbetar med Life Science-sektorn redan idag i forskningssammanhang. Vi har byggt en organisation tillsammans med högskolan i Halmstad som hanterar gränssnittet mellan privata och offentliga organisationer, för att göra det enkelt att samarbeta.

Hur kan man fånga värdet av insatta behandlingar genom att analysera kostnader och utfallsdata?

– Genom att titta på en patient som har fått ett visst läkemedel och jämföra med de som inte har fått läkemedlet kan man titta på den totala kostnaden och det sammantagna utfallet för individen. Då tar man hänsyn till om patienten till exempel mår bättre och lever längre. Det följer vi redan idag.

Vilka resultat har ni sett hittills?

– Vi har minst antal vårdplatser i Sverige och lägst belägningsnivå på sjukhusen. Det beror delvis på arbetet med informationsdriven vård. En utvärdering av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys visar också att Halland har den högsta effektiviteten inom hälso- och sjukvården i Sverige. På längre sikt ser jag ökade möjligheter till mer effektiva, skräddarsydda behandlingar runt individen – Precision Healthcare. Att hela hälso- och sjukvårdssystemet ses som en aktör.

Du blev utsedd till årets AI-svensk förra året. Hur arbetar ni i regionen med AI i hälso- och sjukvården?

– Vi använder AI för att kunna se nya mönster, bland annat för att kunna förstå psykisk ohälsa. Genom AI kan vi till exempel kartlägga och förutspå vilka patientgrupper som går vidare från självrapportering av psykisk ohälsa till psykisk sjukdom, och ringa in riskgrupper. Vi arbetar också nationellt i ett Vinnova-finansierat projekt tillsammans med SKR och AI Innovation of Sweden, med syftet att utveckla hälso- och sjukvården till att bli mer informationsdriven, individanpassad och skalbar genom AI-tillämpningar.

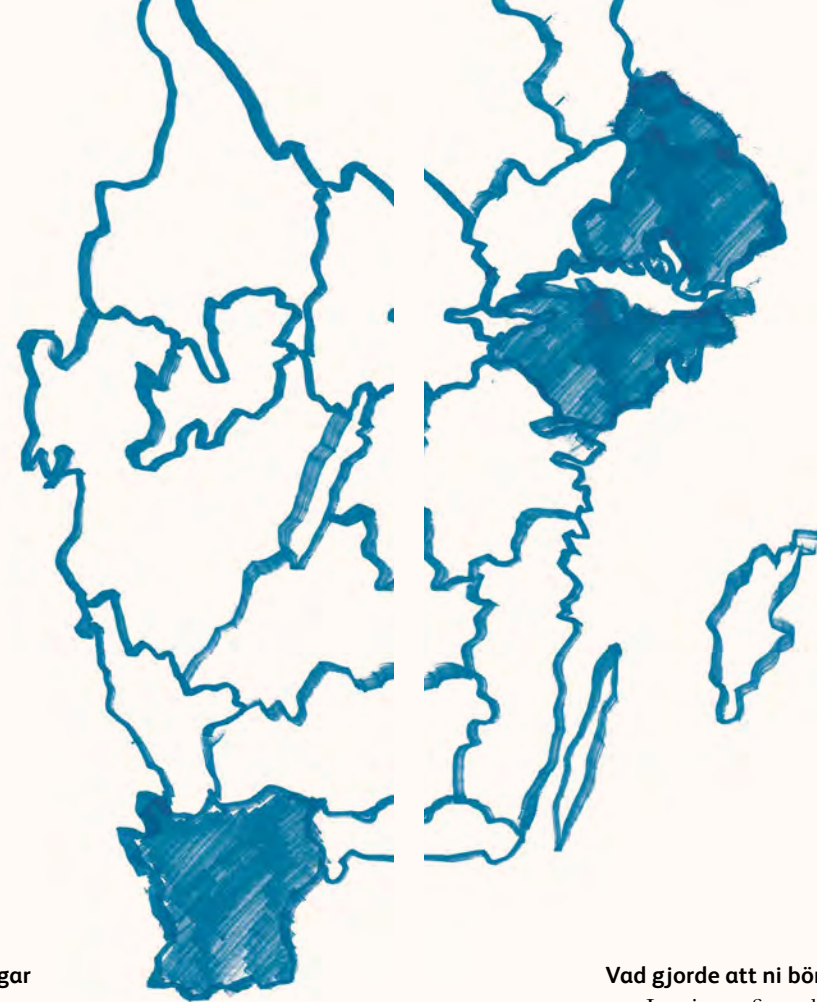
Vi vill veta vad en patient drar för kostnader under hela patientresan för att kunna se var vi kan göra förbättringar

MARKUS LINGMAN
STRATEG OCH ÖVERLÄKARE REGION HALLAND



Region Skåne

Region Skåne inför ett nytt digitalt vårdssystem, Skånes Digitala Vårdsystem (SDV), som omfattar både offentliga och privata vårdgivare. Med det nya systemet får patienten tillgång till samma journal och läkemedelslista som hälso- och sjukvården – något som regionen är först i Sverige med. Arbetet inleddes 2017 och i slutet av 2023 ska systemet vara infört i hela regionen. Linn Kennedy är programchef för SDV sedan våren 2020.



Region Stockholm

Hösten 2019 inrättade Region Stockholm Centrum för hälsodata. Centrumet ska vara en samlad funktion för Region Stockholms sekretessprövning och datautlämning till forskare. Det ska även stödja hälso- och sjukvården och interna forskargrupper med hälsodata samt vid behov bidra med analyser för förbättring och uppföljning av vården, berättar projektledare Sven-Åke Lööv.

Vad är bakgrunden till satsningen?

– Invånarna i Skåne förväntar sig att kontakterna med vården ska vara enklare. Samtidigt ökar befolkningen och människor lever allt längre, så varken pengar eller medarbetare räcker till för att ta hand om alla som behöver vård. Därför måste vi använda våra resurser på ett bättre sätt. Medarbetarna behöver i sin tur bättre digitala verktyg och enhetliga arbetssätt för att kunna ge god och jämlik vård. Idag har vi många och ofta gamla IT-system som inte hänger ihop. Införandet av SDV innebär att de separata journalsystemen inom primär- och slutenvården ersätts av ett system med en inloggning, en journal och en läkemedelslista. Medarbetare från hela Region Skåne har varit med om att ta fram och enas om processer för vårdens arbete och anpassa det nya systemet till oss i Skåne. Cirka 500 personer är engagerade i införandet.

Varför är det viktigt att ha ett mer sammanhållet system för datainsamling i vården?

– Hälso- och sjukvård inbegriper en stor mängd olika aktörer. För att få en fungerande helhet behövs strukturer och väl fungerande samarbeten. En absolut förutsättning för att arbeta kunskapsbaserat både lokalt, regionalt och nationellt är en tydlig struktur för insamling och bearbetning av adekvat data, både på individnivå och aggregerad övergripande nivå. För att det ska vara möjligt krävs system som kan kommunicera och dela data med varandra.

Hur kan man fånga värdet av behandlingar genom att analysera data?

– Med förbättrad tillgång till relevant patientinformation från olika vårdgivare blir det möjligt att effektivisera vårdprocesser, att undvika felbehandlingar och att korta vårdtider.

Vilka resultat förväntar ni er?

– Ökad tillgänglighet: med ett gemensamt system och bättre digitala verktyg blir det lättare att få kontakt med vården, och vården kan också planera bättre. Bättre upplevelse för patienter och medarbetare: med enhetliga arbetssätt blir vården mer jämlik för alla, och det blir enklare för medarbetarna. När patienten ser mer av sin information kan hen bättre följa sin väg genom vården och vara mer delaktig i sin vård. Bättre kvalitet: med ett system och en enda journal behöver patienten inte upprepa sig så mycket, och vi får minskad dubbeldokumentation och ökad kvalitet på informationen. Bättre befolkningshälsa: med bättre underlag kan vi se mönster, både för varje patient och för större grupper, och då kan sjukdomar förebyggas. Och slutligen effektivare processer: med en sammanhållen IT-miljö får vi bättre förutsättningar för att ge god vård, och att fortsätta utveckla vården på ett sätt som blir till nytta för alla.

Vad gjorde att ni började arbeta med detta?

– I regionen finns det en mängd hälsodata som kan användas för utveckling av vården. Det finns ungefär 2,3 miljoner invånare och cirka 3 000 vårdgivare som årligen genomför cirka 17 miljoner vårdkontakter. Utveckling av vård och omhändertagande av patienter förutsätter att regionens hälsodata är tillgänglig på ett säkert sätt och används för analys och uppföljning. Det fanns ett behov av en samlad funktion i regionen dit olika verksamheter kan vända sig för att få support med tillgång till hälsodata, hjälp med analyser, prognoser och hälsoekonomiska beräkningar. Utvecklingen mot en allt mer digitaliserad vård bidrar också till att kraven på att arbeta mer systematiskt med datahanteringen har ökat.

Vilka resultat förväntar ni er ur ett hälsoekonomiskt perspektiv?

– En ökad kunskap om hur regionens samlade hälsodata kan användas kommer att medföra att flera verksamheter i regionen kan analysera och utveckla vården.

På lång sikt utvecklas metoder och användning av hälsodata så att allt fler analyser, förbättringar och uppföljningar av vården genomförs i regionen. Användning av hälsoekonomiska beräkningar utvecklas liksom prediktioner av planerad vård eller förändringar. Metoder för uppföljning av nya terapier kommer att utvecklas och effekt, säkerhet och kostnads-effektivitet kan bedömas. Behandling av till exempel nya läkemedel kan utvärderas. Vi utvecklar också de digitala system som ska möjliggöra lagring och delning av data på ett effektivare sätt i regionen.

Region Stockholm är en stor region med många privata utförare. Hur påverkar det arbetet med data?

– Varje vårdgivare/informationsägare ansvarar för sina egna data. Av praktiska skäl kan vi inte vända oss till samtliga privata vårdgivare för att få tillgång till data utan vi vänder oss mest till regionens större vårdgivare, vilken oftast är tillräckligt.

A black and white close-up portrait of Stefan Einhorn, a man with a grey beard and hair, looking slightly to the right. He is wearing a dark jacket over a light-colored shirt. The background is blurred.

STEFAN EINHORN OM

Etik & ekonomi

Överläkaren, professorn, föreläsaren och författaren Stefan Einhorn vann våra hjärtan redan 2005 när han släppte boken *Konsten att vara snäll*. Tolv böcker senare är han en välkänd profil som för de flesta förknippas med orden empati, godhet och snällhet. Med en ständigt brinnande låga för människan hjälper Stefan Einhorn oss att navigera i det som kallas att bry sig om och känna empati för sin nästa. Hur tänker han kring etiska dilemman och prioriteringar inom vården?

”Den snälla människan är mycket klok. Hon förstår att det vi gör för andra gör vi också för oss själva.”

Vi möts över Zoom en frostig dag mitt i pandemimörkret. Stefan Einhorn inleder med att berätta att han har suttit i karantän i ett år och på frågan vad han längtar efter mest svarar han utan att blinka:

– Att krama mina barn och barnbarn.

Efter alla böcker och engagemang inom sjukvården vet de flesta idag vem Stefan Einhorn är. Många kanske ser honom som symbolen för godhet.

– Jag kan predika hur mycket som helst om vikten av att göra gott för andra men man får inte glömma att jag också har fel och brister, säger Stefan Einhorn och skrattar.

Eventuella brister till trots så är Stefan Einhorn en mycket stark kraft inom hälso- och sjukvården i Sverige. Trots att han närmar sig pensionsålder har han fortfarande flera strängar på sin lyra. Han undervisar bland annat på Karolinska Institutet på temat *Konsten att vara en god doktor*. Han forskar i självmedkänsla, jobbar kliniskt, är ordförande i styrgruppen för Centrum för social hållbarhet, håller föreläsningar, skriver böcker och driver dessutom en stiftelse som stödjer forskning som ska minska barnadödligheten. I allt detta finns ett tydligt genomgående tema: En omtanke om människan, Empati. Att göra gott för sin nästa.

Det är dock inte alltid så lätt att vara snäll i den kliniska verkligheten. Stefan Einhorn har inte själv behövt ta några hälsoekonomiska ställningstaganden och ställa kostnad för en behandling mot förväntad effekt. Men han har funderat mycket över prioriteringar och etiska dilemman inom dagens hälso- och sjukvård.

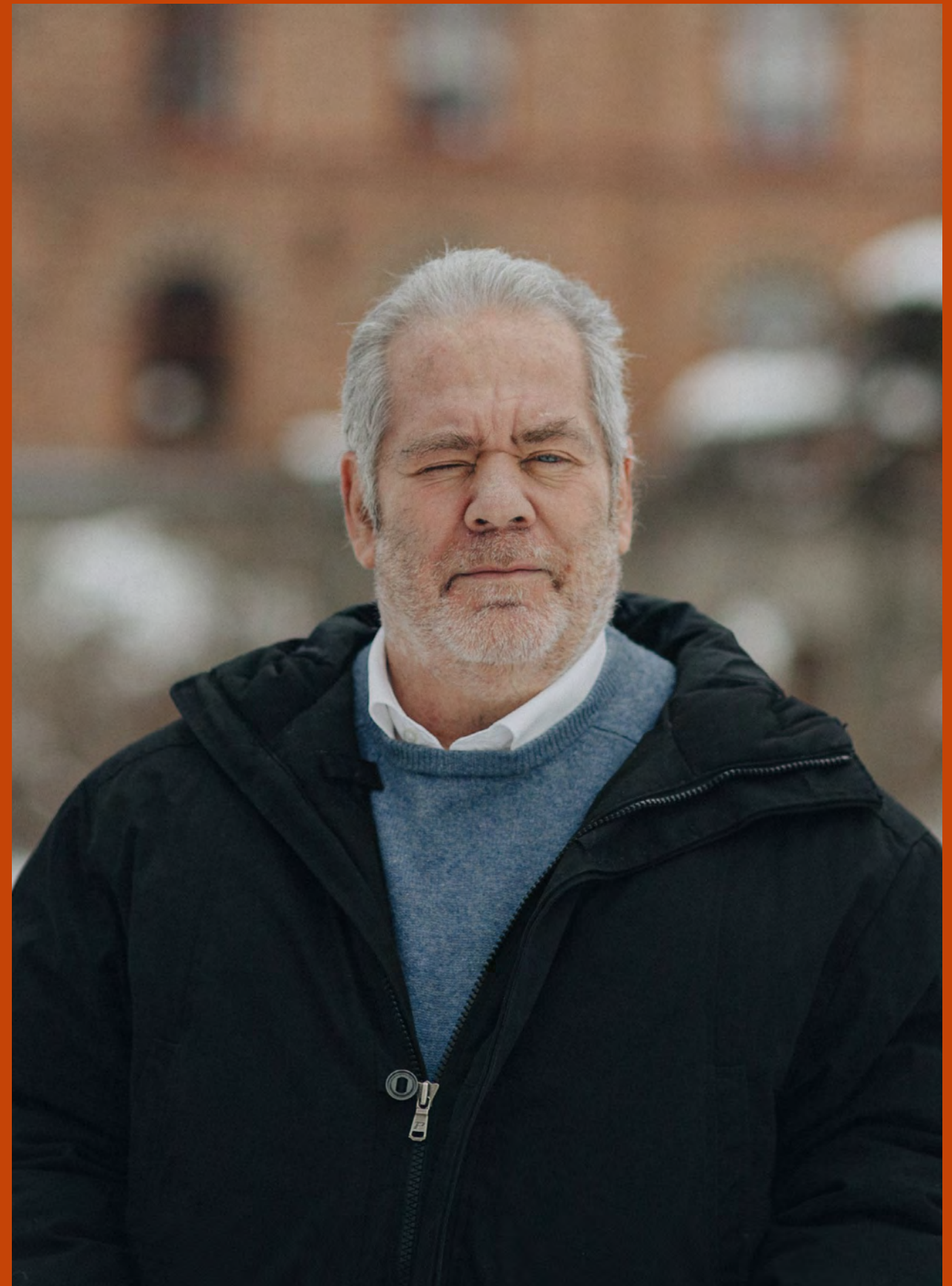
– Det är ständiga prioriteringar inom vården, inte minst kring vem som ska komma först.

För hans egen del handlar prioriteringarna mest om hur mycket tid han ska ge en enskild patient. Då brukar han i första hand gå efter behovsprincipen och försöker möta upp personens behov.

Att Stefan Einhorn skulle bli läkare var inte självklart. Han säger själv att han var dålig i skolan fram till att han var 16 år. Sen gick allt som på räls. Som 24-åring disputerade han och blev vidare professor i molekylär onkologi. Som 40-åring gick han in i en livskris och ifrågasatte sina karriärval.

– Mina huvudsakliga intressen var ju inte celler och molekyler utan människan. Så jag ändrade inriktning och är idag väldigt nöjd med det jag får arbeta med.

Stefans senaste skapelse är boken *Konsten att fördärva sitt liv* och beskrivs som en humoristisk bok med en allvarlig ton.



Stefan Einhorn, professor, överläkare och författare.

I en intervju i Dagens Industri berättar han om hur han fick idén om att skriva en bok om hur man oroar sönder sin tillvaro. I boken utvecklar han tesen om att om man gör precis tvärtom så får man ett bra liv. Det är tydligt att Stefan Einhorn inte är den oroliga typen. För några år sedan fick han diagnosen Parkinson efter att under några år ansetts vara hypokondrisk av sin läkare. Idag mår han bra men pandemin har påverkat även hans tillvaro. Han ska nästa vecka börja arbeta kliniskt igen, vilket han ser fram emot.

Han berättar att Sveriges riksdag redan 1997 beslutade om en etisk plattform för prioriteringar inom hälso- och sjukvård och denna baseras på tre etiska principer. Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och rätt, oberoende av egenskaper och funktioner i samhället. Behovs- och solidaritetsprincipen står för att resurserna bör fördelas efter medicinska behov och kostnadseffektivitetsprincipen innebär att man ska sträva efter en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i hälsa och livskvalitet. I sammanhanget bör nämnas att förarbetet till denna etiska plattform var Stefan Einhorns far läkaren Jerzy Einhorn ansvarig för. Det fanns en oro redan då att behoven hos de svårast sjuka, de svagaste utan röst, skulle försvinna i ljuset av besparingskrav och man hoppades att ett tydligt etiskt regelverk skulle kunna förhindra detta. Svenska Läkaresällskapet upplevde att detta inte efterföljdes och krävde till och med en Einhorn-kommission med uppdrag att förstärka den etiska plattformen.

– Idag är det nästan ingen som känner till den etiska plattformen. Den används väldigt begränsat, konstaterar Stefan. Samtidigt betonar han att en princip inte är det samma som en lag. Det måste finnas tillfällen när det går att göra avkall på principen. Han ger ett klassiskt exempel på ett etiskt dilemma: En 70-årig man och en 7-årig flicka kommer in till akuten efter en bilolycka, där mannen körde bilen som krockade med bilen som flickan färdades i.

– Nästan alla skulle prioritera att ge flickan vård, även om mannen var mer skadad, säger han.

Hur skulle han själv göra? Stefan Einhorn skrattar lite innan han svarar.

– Jag hade antagligen gjort som de flesta andra. Det finns en diskrepans mellan de principer vi har och hur vi agerar i verkliga livet. Det är inget problem om vi gör det för att uppnå något gott, däremot blir det ett problem om det inte syftar till det bästa. Alla människor har ett ansvar att agera på ett sätt som är bäst för helheten och det är inte alltid att följa riktlinjer.

Det har gått ganska lång tid sedan den etiska plattformen togs fram. Tycker han att den fortfarande fungerar, eller finns det anledning att uppdatera plattformen?

– Visst kan det vara bra att se över hur man vill prioritera i samhället då och då. Det finns ju nya möjligheter och problem i sjukvården idag. Men i sin helhet tycker jag att det är en bra prioriteringsgrund. Plattformen startade en debatt och skapade en grund för hur man kan tänka kring prioriteringar, den fyllde en funktion. De prioriteringsbeslut som riksdagen fattade då var kloka.

Stefan Einhorn menar att en anledning till att det är svårt att fastställa prioriteringar är att det är svårt att säga att en grupp är lågprioriterad. Han ger exempel på regioner som har beslutat att nedprioritera till exempel patienter med prostataförstoring och höftartros.

– Då blir det genast skrivelser i tidningarna och regionerna blir tvungna att backa. Det är svårt att prioritera bort.

Stefan Einhorn betonar att vi trots allt ska vara tacksamma att vi lever i ett välfärdsland. I många länder är läkarna tvungna att fatta svåra prioriteringsbeslut som rör liv och död varje dag. Han berättar om stiftelsen där han bedriver forskning om hur barnadödligheten i världen kan minska.

”Idag är det nästan ingen som känner till den etiska plattformen. Den används väldigt begränsat.”

I Sverige, menar han, kan patienter generellt ställa höga krav. Stefan berättar om en 20-årig patient med Hunters sjukdom, vars behandling kostade 10 miljoner per år. Sjukhuset menade att det inte fanns resurser för att betala behandlingen men efter bred opinionsbildning kring fallet gick regionen in och betalade till slut.

– Det är ett exempel på ett dilemma. Behandlingen kostade flera miljoner kronor, vilket man kan ställa mot hur många sjuksköterskor som man skulle kunna anställa. Men när man har en patient framför sig måste man göra vad man kan för den patienten. Resurserna är ändliga men det är extremt sällsynt att man inte har råd med behandlingar. Det viktiga är dock att behandlingarna följer vetenskapligt beprövad erfarenhet. Men situationen är inte densamma i de länder som inte har samma resurser som vi har och det är något vi ofta glömmer bort. Hur bra vi faktiskt har det och hur välfungerande svensk sjukvård är.

– Det man inte får glömma bort är att människovärdesprincipen är något som omfattar hela världen. Vi har ett ansvar och det som drabbar låginkomstländerna drabbar även oss.

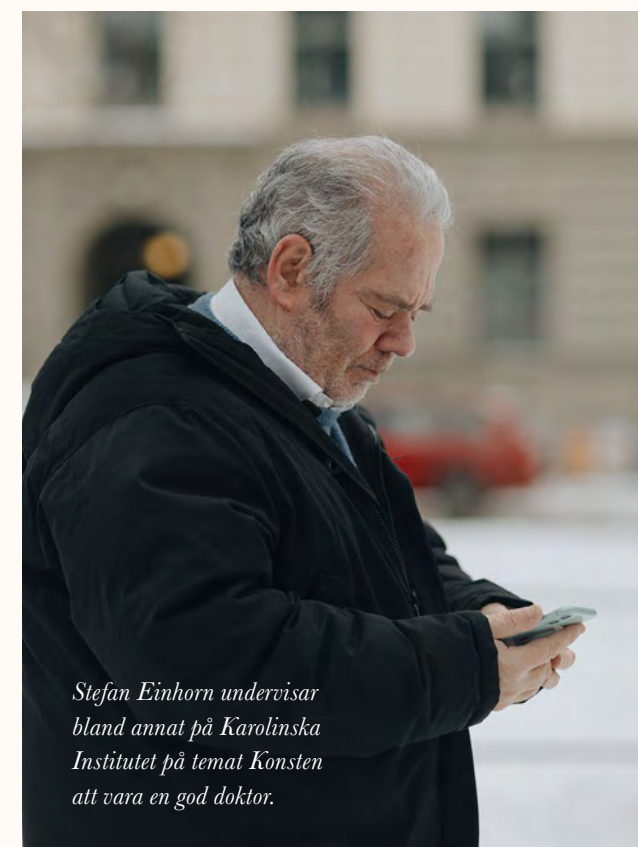
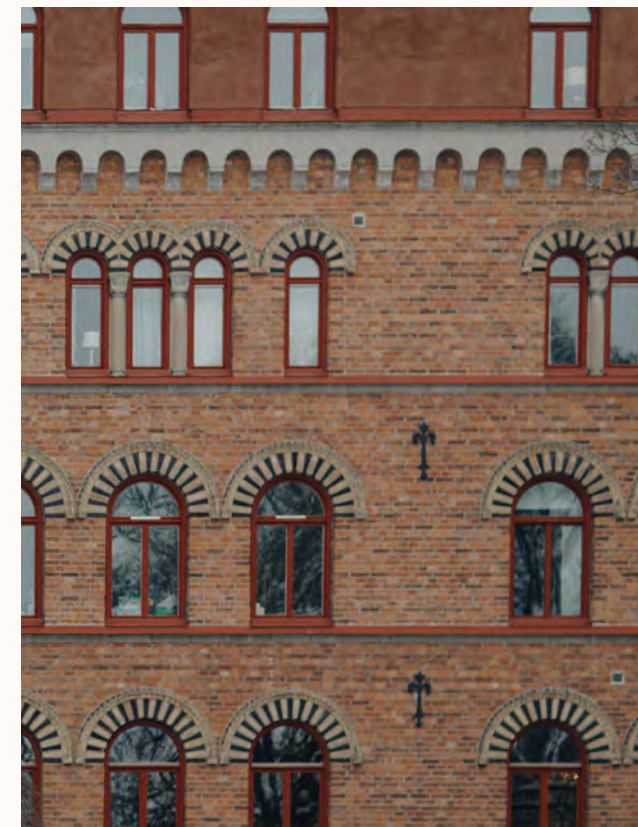
Etisk plattform för prioriteringar inom hälso- och sjukvård

Den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvård antogs av Sveriges Riksdag 1997. Den bygger på tre rangordnade etiska principer:

- 01. Människovärdesprincipen:** Alla människor har samma rätt till vård oavsett begåvning, social ställning, inkomst, ålder, etnicitet eller någon annan faktor. Det är endast den samlade bedömningen av patientens behov som ska avgöra vårdinsatsen.
- 02. Behovs- och solidaritetsprincipen:** Vårdens resurser ska satsas på de patienter som har störst behov. Hur stort behovet är bedöms utifrån sjukdomens svårighetsgrad och varaktighet, samt vilken potentiell hälsoförbättring en vårdinsats kan medföra.
- 03. Kostnadseffektivitetsprincipen:** Hälso- och sjukvården har skyldighet att utnyttja sina resurser så effektivt som möjligt. Denna princip är dock underordnad de två andra principerna, vilket betyder att svåra sjukdomar och väsentliga livskvalitetsförbättringar ska prioriteras framför lindrigare åkommor, även om vården av de svåra tillstånden är dyrare. Det är de samlade och långsiktiga effekterna och kostnaderna som måste vägas in. Enligt Prioriteringsutredningen och regeringens proposition är effekterna av olika insatser svåra att jämföra på ett rättvisande sätt. Därför bör kostnadseffektivitetsprincipen endast tillämpas vid jämförelser av metoder för behandling av samma sjukdom.

Den etiska plattformen bygger på Prioritetsutredningen (SOU 1995:5) där professor Jerzy Einhorn var ordförande.

Källa: Riksdagens riktlinjer och den etiska plattformen



Stefan Einhorn undervisar bland annat på Karolinska Institutet på temat Konsten att vara en god doktor.

Från isolering till digitalisering

Ny teknologi, organisering och kompetens behöver adderas till vården för att möta ständigt ökande behov och kostnader. Det senaste året har pandemin bidragit till att accelerera flera nödvändiga förändringar. Men är det tillräckligt?

Fler blir äldre och befolkningmängden ökar – och med det kommer ökade vårdbehov. Men varken skatteunderlaget eller personalstyrkan förmår att öka i samma takt. Att ett brett hälsoekonomiskt perspektiv blir viktigt för att få ut så mycket som möjligt av de resurser som faktiskt finns är därmed ett faktum. Men vad är egentligen nycklarna för att lyckas förändras i rätt riktning?

Redan under 2019, före pandemin, var många regioner i stabsläge på grund av personalbrist, med överbeläggning och långa väntetider som resultat, förklarar Roger Molin, ekonomie doktor, vårdexpert, tidigare chef på SKR och nationell samordnare för vårdval och kroniska sjukdomar på Socialdepartementet. Han ser nu bara en väg framåt för att åstadkomma den förändring som behövs:

– Det vi såg redan 2019 var ett uttryck för den demografiska ekvation som måste lösas. Nu ser jag bara en väg framåt: digitalisering.

Diagnostik, vårdbesök, egenmonitorering och preventiva insatser är exempel på områden som skulle tjäna på digitalisering och ökad innovationstakt, menar Roger Molin. En viktig ingrediens för att nå dit är att stärka samverkan mellan näringsliv, forskning och det offentliga.

Björn Arvidsson, verksamhetsledare på STUNS, en stiftelse för just samverkan mellan näringsliv, forskning och samhället, menar att vi måste gå från så kallad technology push till technology pull för att se till att nya innovationer får fäste i vården. Det vill säga att utveckla innovationer som efterfrågas av många, snarare än att försöka hitta en plats för färdiga innovationer i ett redan existerande systemet.

– Vi är inte riktigt där än. Det är inte helt naturligt med kliniska prövningar i sjukvården, att ständigt jobba forskande eller att snabbt ta till sig nya arbetssätt. Men jag tror pandemin har hjälpt oss bli bättre på att samverka och jag hoppas vi kan bygga vidare utifrån det, säger han.

Roger Molin instämmer i att samverkan är viktigt, inte minst för att frigöra näringslivets innovationsförmåga. Men som det

ser ut idag finns det också andra, mer strukturella hinder, som gör det svårt att skala upp de innovativa idéer som faktiskt lyckas ta sig igenom nålsögat, menar han:

– Det dystra är ju att det inte sker några breddinföranden, utan stannar vid mindre pilotprojekt. Regionerna klarar inte av att samordna sig. Därför behöver staten gå in och ta ett större ansvar för att stödja utvecklingen.

För att digitala vårdlösningar och nya innovationer ska fungera i stor skala krävs också hög kvalitet på data. Det senaste året har tydligt visat hur viktigt det är med stora mängder data för att fatta välgrundade beslut. Under en kort period utvecklades infrastruktur i enorm skala för såväl spårning, testning som vaccinering mot covid-19. Det är ny kunskap som måste få bidra till att lösa hur vården i Sverige kan bli bättre på såväl insamling som användning av data, tycker Björn Arvidsson.

– Snabba och säkra data i realtid är avgörande för välgrundade beslut. Det går inte att arbeta i isolerade system längre. Och det är ju precis den här utvecklingen, med snabba tester och svar, som vi också vill se på andra områden, till exempel inom precisionsmedicin, säger Björn Arvidsson.

Roger Molin tror att den största – och viktigaste – knäckfrågan för att möta morgondagens behov är att se över styrningen av vården. 21 regioner måste bli färre och statens ansvar måste bli större om innovativa lösningar och samverkan ska kunna få det genomslag som krävs för att effektivisera vården.

– Hittills har vi inte lyckats att effektivisera vården och nu behöver vi sätta hoppet till digitaliseringen. Förvaltningsmodellen vi har idag förmår inte att uppnå det som krävs och då är det läge att ifrågasätta den, avslutar han.



ROGER MOLIN
EKONOMIE DOKTOR OCH VÅRDEXPERT

”Nu ser jag bara en väg framåt: digitalisering.”

ROGER MOLIN
EKONOMIE DOKTOR OCH VÅRDEXPERT

Nu är vi nyfikna!

Vad tycker du om uppdaterade Horizont? Dela med dig av dina tankar och åsikter i vår läsarundersökning. Du hittar den via QR-koden.



POSTTIDNING B

Returadress:

Bristol Myers Squibb Sverige
PO Box 1172, 171 23 Solna

Fånga värdet

Aldrig tidigare har innovationstakten inom det medicinska området varit så hög som nu. Samtidigt blir vi allt äldre och efterfrågan på hälso- och sjukvård ökar stadigt. För att vi ska få ut så mycket värde som möjligt av de pengar som satsas måste vi tillsammans se till att varenda skatte-krona används på allra bästa sätt. Hälsoekonomi är ett av flera verktyg som används för att bedöma hur mycket värde en insats inom hälso- och sjukvården ger, vilket gör det lättare att prioritera mellan olika insatser. Men det som låter lätt i teorin kan visa sig vara svårare i praktiken.

I detta nummer av Horizont belyser vi konsten att fånga värdet av insatser i hälso- och sjukvården. Läs exempelvis om hur **ELHAM POURAZAR**, strateg för innovation och partnerskap i Region Västerbotten, och hennes kollegor tagit på sig ledartröjan för att driva den viktiga frågan om att tillgängliggöra avancerade behandlingar för sällsynta sjukdomstillstånd i landets samtliga regioner. Du får också ta del av ett samtal med professor **STEFAN EINHORN** om hur vi kan använda etiken som grund för prioriteringar i vården. Och i ett längre reportage berättar **BRITT-LOUISE SCHMIDT** om när hon drabbades av en stroke. Idag tackar hon sin behandling för att hon kan leva det liv hon vill. Att förebygga stroke har visat sig utgöra ett av de mest lysande exemplen på när stora värden tillförs alla nivåer i vårdkedjan: för individen, vårdorganisationen och samhället i stort.

