

Har vi råd att inte arbeta förebyggande? Hälsoekonomiska analyser som prioriteringsunderlag

Inna Feldman, Pia Johansson,
Lars Hagberg, Kjell Ola Engman

Inna Feldman, docent i hälsoekonomi, CHAP, Inst. Folkhälsa och Vårdvetenskap,
Uppsala Universitet. E-post: inna.feldman@pubcare.uu.se.

Pia Johansson, hälsoekonom, PhD, Folkhälsa & Ekonomi.

E-post: pia.johansson.fullersta@gmail.com.

Lars Hagberg, docent i hälsoekonomi, Universitetssjukvårdens forskningscentrum HS,
Region Örebro län. E-post: lars.hagberg@regionorebrolan.se.

Kjell Ola Engman, hälsoekonom, Landstinget Sörmland, E-post: kjellola.engman@dll.se.

Förebyggande insatser är ibland mer kostnadseffektiva än behandlande och rehabiliterande insatser. Men, om insatserna ska tillmätas vikt måste kostnadseffektiviteten bedömas med hjälp av hälsoekonomiska utvärderingar: RHS-Modellen (Hälsokalkylator) skattar de samhällsekonomiska vinsterna vid en positiv utveckling av levnadsvanorna i befolkningen och kan ge en uppfattning om hälsoekonomiska effekter av förebyggande arbetet för olika beslutsnivåer. Hälsoekonomiska analyser av livsstilsinterventioner i primärvården visar låga kostnader per vunnet kvalitetsjusterade levnadsår. Dessa kan därför rekommenderas som kostnadseffektiva behandlingsmetoder på vårdcentraler. Rökavvänjning är alltid kostnadseffektivt; de medför besparingar eller låga kostnader per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår. Om samhället vill använda sina resurser på ett effektivt sätt är det viktigt att få kunskap om kostnadseffektiviteten av förebyggande insatser så att den kan användas i prioriteringsbeslut.

Interventions aimed at disease prevention are sometimes more cost-effective than treatment or rehabilitation but the cost effectiveness needs to be assessed by health economic evaluations: The RHS-model (Hälsokalkylator) estimates the economic benefits to society when there is a positive change of people's lifestyles at a population level and gives estimates on effects for different levels of policy and decision making. Health economic analyses of lifestyle interventions in primary care demonstrate that these have low costs per quality adjusted year gained and are therefore recommended as cost-effective treatments. Smoking cessation is always cost effective reducing costs or saving life at low costs. If society wishes to use its resources effectively it is important to gain knowledge of the cost effectiveness of health promoting interventions so it can be used for making priorities.

Hälsoekonomi och dess betydelse för sjukdomsförebyggande arbete

Det är inte lätt att förutsäga vad som ska hända i framtiden men en sak är säker: samhället kommer att ha begränsade resurser. De medicintekniska metoderna blir allt fler, mer avancerade och kostnadskrävande. Samtidigt ökar vårdbehoven i och med att befolkningen växer och blir äldre. Utifrån ekonomiska begränsningar har behovet av tydliga beslutsunderlag och rätt prioriteringar ökat inom hälso- och sjukvården. Den verktygslåda som hälsoekonomi kan erbjuda passar väl in i detta sammanhang.

Hälsoekonomi är en vetenskap som tillämpar och utvecklar ekonomisk teori på företeelser och beteenden av betydelse för människors hälsa¹. I syfte att uppnå en så effektiv resursfördelning som möjligt har hälsoekonomi utvecklats och ökat i betydelse under de senaste trettio åren. Val mellan olika insatser har, precis som i samhället i stort, alltid varit nödvändiga inom samhällssektorer som berör hälsa och hälso- och sjukvården. Det som är speciellt med hälsoekonomiska utvärderingar är att de även inkluderar hälsovinster och inte bara tar hänsyn till monetära kostnader och intäkter. Syftet är att väga kostnader och hälsovinster för en åtgärd mot kostnader och hälsovinster för en annan åtgärd². En åtgärd som genererar mer hälsa till en lägre kostnad kallas för kostnadsbesparande. En åtgärd definieras som kostnadseffektiv om värdet av åtgärdens hälsovinst i förhållande till den extra kostnaden bedöms som rimlig.

Prioritering av hälso- och sjukvårdens uppgifter utreddes av den så kallade prioriteringsutredningen (1996) och ledde till betänkningarna "Vårdens svåra val"³ och "Prioriteringar inom hälso- och sjukvården"⁴. Människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen lades fast i dessa utredningar. Den sistnämnda är underordnad de andra två men visar samtidigt på betydelsen av hälsoekonomiska utvärderingar.

Hälsoekonomiska analyser kan göras ur ett samhällsperspektiv, där alla kostnader räknas med för hela samhället, eller ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv, där endast hälso- och sjukvårdens kostnader inkluderas. Den vanligaste metoden inom hälsa och medicin är kostnadsnyttoanalysen, som beräknar kostnaden för att vinna ett kvalitetsjusterat levnadsår (QALY). En kostnad per QALY under 500 000 kronor anses ofta som acceptabel kostnadseffektivitet i Sverige⁵.

Dagens hälsoförhållanden och vårdbehov är till stor del resultat av gårdagens levnadsvanor, livsvillkor och vårdstruktur. Vi vet att ohälsosamma levnadsvanor kan kopplas ihop med många folksjukdomar och därmed är utvecklingen av våra levnadsvanor av särskild betydelse för den framtida ohälsan. Behandling av sjukdom är högt prioriterat, men det satsas nästan inget på förebyggande arbete. Enligt en ny studie⁶, bidrar fyra hälsorelaterade faktorer till en mycket stor del av positivt hälsoutfall: hälsobeteende (32%) klinisk vård (8%), fysisk miljö (20%), och socioekonomi (40%). Emellertid, läggs en fjärdedel

av Sveriges hälsoinvesteringar på klinisk vård medan bara en hundradel läggs på förebyggande satsningar på befolkningens hälsobeteende.

Förebyggande insatser är ibland mer kostnadseffektiva än behandlande och rehabiliterande insatser. För att förändra fördelningen av resurser mellan olika inriktningar inom hälso- och sjukvården kan hälsoekonomiska utvärderingar finnas med som en del i beslutsunderlagen. Men om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser ska tillmätas större vikt, måste vi hitta sätt att tillämpa hälsoekonomiska metoder för att bedöma dessa insatsers kostnadseffektivitet.

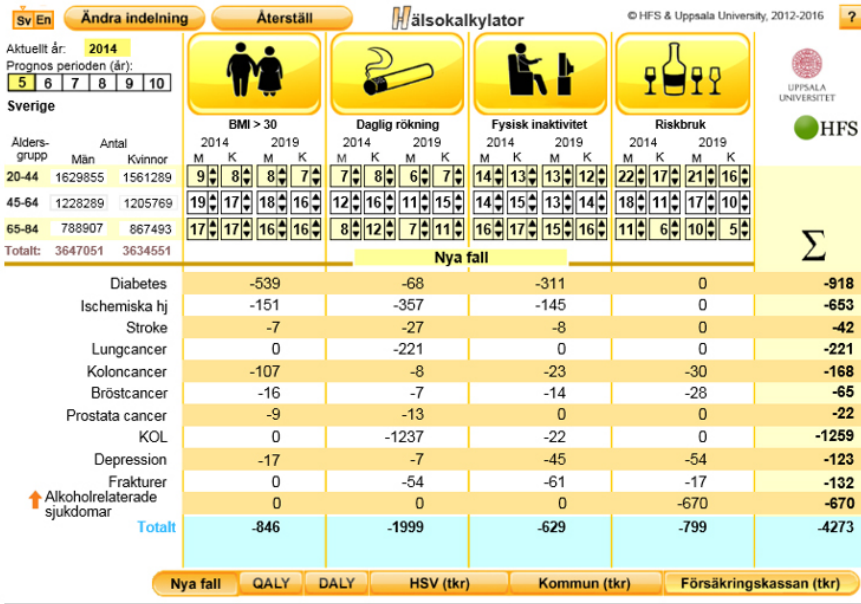
Syftet med detta kapitel är att lyfta fram konkreta exempel på hälsoekonomiska utvärderingar av förebyggande insatser, på befolknings- och individnivå, genomförda under de senaste 10-15 åren i Sverige.

Hälsoekonomiska analyser sjukdomsförebyggande metoder – RHS-Modell – Hälsokalkylator

Samhällets kostnader för ohälsa är gigantiska. I en studie av nationalekonomerna Ramsberg och Ekelund⁷ uppskattas landets kostnader för sjukdom under 2008 till 823 miljarder kronor. Det motsvarar en fjärdedel av Sveriges BNP för samma år. Samtidigt vet vi att ohälsosamma levnadsvanor kopplas ihop med många folksjukdomar. Sundare levnadsvanor i befolkningen anses kunna förebygga 80 procent av hjärt- och kärlsjukligheten och 30 procent av cancersjukligheten, samt förhindra eller försena insjuknandet i diabetes⁸.

Vad händer om vi vänder på perspektiven och räknar på de samhälls-ekonomiska vinster som kan uppstå genom att befolkningens levnadsvanor blir mer sunda? Och om vi i en sådan beräkning också inkluderar risken för ökade kostnader i samband med försämrade levnadsvanor? Genom epidemiologiska data och metoder⁹, tillsammans med uppgifter om befolkningens levnadsvanor, går det att göra prognoser för framtida sjuklighet och även beräkna relaterade samhällskostnader och hälsoeffekter. Med hjälp av sådana skattningar kan olika tänkbara scenarier beskrivas, i form av beräkningar av hypotetiska tillstånd. På dessa principer bygger den hälsoekonomiska modellen ”Riskfaktorer, Hälsa och Samhällskostnader” (RHS-modellen), som utvecklats med stöd från nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård (HFS) och som många landsting och regioner har fått digital tillgång till (dataapplikation ”Hälsokalkylator”, www.hfsnatverket.se/sv/halsokalkylatorn/). I en teknisk rapport¹⁰ redovisas modellens data och beräkningsprinciper i detalj.

RHS-modellen inkluderar fyra vanliga riskabla levnadsvanor i den vuxna befolkningen 18-84 år: fetma (BMI över 30) (proxy för matvanor), daglig tobaksrökning, fysisk inaktivitet, och riskbruk av alkohol. Dessutom inkluderar 15 vanliga sjukdomar, innefattande diabetes, hjärtsjukdom och sex olika typer av cancer, där levnadsvanor har visat sig ha betydelse för risken att insjukna. RHS-modellen beräknar de årliga samhällskostnaderna för nya sjukdomsfall (incidens). Detta inkluderar landstingens och regioner-



Figur 1. Riskfaktorförekomst i Sverige, nuvarande läge år 2014 och önskat läge år 2019 (scenario). Minskning i antal nya fall.

nas kostnader för hälso- och sjukvård, kommunernas kostnader för vård och omsorg samt statliga utgifter för sjukförsäkringen.

För att illustrera hur RHS-modellen kan användas i praktiken valde vi ett beräkningsscenario som belyser vad en minskad förekomst på en procentenhet av de fyra riskfaktorerna kan innebära i minskade samhällskostnader och ökad hälsa i Sverige utifrån ett femårsperspektiv. Scenariot specificerar inte hur detta önskade läge har åstadkommit och beräknar heller inga kostnader för eventuella nödvändiga insatser.

Utgångspunkten för beräkningsscenario är andelen personer i Sverige som lever med respektive riskfaktor i befolkningsgrupperna 20-44 år, 45-64 år och 65-84 år, uppdelat på män och kvinnor, enligt folkhälsorapport

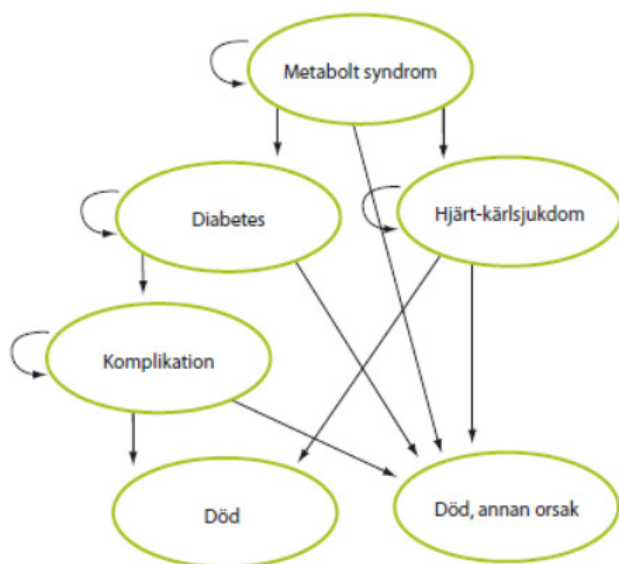
ten 2014¹¹. Förekomsten av riskfaktorer antas minska med en procentenhet i varje grupp om fem år, det vill säga år 2019, och därmed kan önskat läge uppnås, se figur 1.

Denna nivå är mycket rimlig utifrån olika studier av samhällsinterventioner.

Den kraftiga minskningen i sjukdomsfall, totalt 4 200 i figur 1, ger även minskade samhällskostnader. Hälso- och sjukvårdens kostnader uppskattas minska med 235 miljoner kronor medan kommunernas kostnader minskar med 172 miljoner kronor. Den statliga sjukförsäkringen beräknas spara 170 miljoner kronor.

Förebyggande insatser i primärvården – är de värda pengarna?

Det finns många initiativ till att påverka patienters levnadsvanor och



Figur 2. Markov-modell för hälsoekonomisk utvärdering av livsstilsinterventioner.

utveckla en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård runt om i Sverige. Program för förändring av levnadsvanor till mer fysisk aktivitet och bättre kostvanor kallas livsstilsinterventioner. Randomiserade studier av sådana program visar på effekter som betydande viktneđgång samt minskad risk för typ 2-diabetes och hjärt- och kärlsjukdom. En fråga som återstår att besvara är om livsstilsinterventioner är kostnadseffektiva, det vill säga om deras kostnader är rimliga i relation till hälsovinster. Nedan presenteras hälsoekonomiska analyser för tre livsstilsinterventioner i primärvården – Metabola projektet i Kalmar län, Diabetesprevention Kungssten i Primärvården Göteborg och Björknäs-studien i Norrbotten.

De hälsoekonomiska analyserna beaktade både behandlande och förebyggande effekter av livsstilsintervention och följde Tandvårds- och läkemedels-

förmånsverkets (TLV) rekommendationer för hälsoekonomiska utvärderingar¹². Långsiktiga konsekvenser för hälsa och ekonomi skattades med hjälp av en Markov-modell¹³. Modellen använder tidigare publicerade studier och svenska registerdata för att skatta framtida insjuknande och dödlighet i diabetes och hjärt- och kärlsjukdom inklusive stroke, se figur 2. Den skattade framtida sjukligheten påverkar de samhällskostnader och den livskvalitet, mätt i QALY, som kan kopplas till sjukligheten. Kostnader och livskvalitet är också hämtade från publicerade studier och svenska register. Skattningarna genomförs i ett livstidsperspektiv.

I analyserna inkluderas behandlande effekter i form av förbättrad hälsorelaterad livskvalitet och förebyggande effekter i form av minskad risk för framtida sjuklighet i hjärt- och kärlsjukdom och typ 2-diabetes.

Metabola projektet

Primärvården i Kalmar län har sedan år 2003 arbetat med att erbjuda patienter med metabolt syndrom hjälp att ändra sina levnadsvanor. Målet med Metabola projektet var att höja kompetensen inom primärvården och vidareutveckla metoder för livsstilsrådgivning på vårdcentralerna. Personalen fick utbildning i motiverande samtalsmetodik, fysisk aktivitet på recept, aktivitetsledarutbildning samt informations- och resursstöd. I en 12 månaders prospektiv studie av dess effekt följdes patienterna upp med frågeformulär och en omfattande provtagnings. Under studiens tolv månader ombads läkarna att i möjligaste mån inte ändra en pågående behandling med läkemedel. Projektet redovisas i detalj i en hälsoekonomisk utvärdering som gjordes 2008¹⁴.

Syftet med den ekonomiska utvärderingen var att undersöka kostnadseffektiviteten av projektet. Kostnaderna för att genomföra Metabola projektet beräknas på tre sätt; ett som inkluderar alla kostnader som projektet medförde, ett som avser hälso- och sjukvårdens kostnader och ett mer begränsat som skattar kostnaderna om projektets metoder genomförs som rutinmässig verksamhet. Patientdata omfattar medicinska värden tagna ur vårdcentralernas patientjournaler samt enkätsvar som innehöll frågor om hälsorelaterad livskvalitet.

I kostnadseffektivitetsanalysen jämförs kostnaderna för Metabola projektet med skillnaderna i samhällskostnader och vunna QALY skattade med Markov-modellen. Kostnadseffektiviteten beräknas ur ett samhälls-

ekonomiskt och ett hälso- och sjukvårdsekonomiskt perspektiv samt för rutinmässig verksamhet.

Kostnadseffektivitetsanalys

I ett samhällsekonomiskt perspektiv beräknades kostnaderna till 21 400 kr, besparingarna till 16 900 kr och antal vunna QALY till 0,27 per deltagare i studien. Kostnaden per vunnet QALY är 16 700 kr. Varje vunnet QALY kostar 125 900 kr om endast de behandlande effekterna inkluderas och 45 000 kr om enbart de förebyggande effekterna beaktas. Med ett hälso- och sjukvårdsekonomiskt perspektiv är kostnaden 27 800 kr per vunnet QALY, medan rutinmässig verksamhet beräknas leda till en nettobesparing för hälso- och sjukvården med 6 900 kr per patient¹⁵.

Kostnaden per vunnet QALY för Metabola projektet i Kalmar har beräknats uppgå till 16 700 kr, vilket är mycket kostnadseffektivt jämfört med många andra insatser i hälso- och sjukvården. Insatsen är relativt billig jämfört med många andra insatser i hälso- och sjukvården samtidigt som signifikanta förbättringar uppnått i livskvalitet och medicinska värden.

Björknäs-projektet – livsstilsintervention i primärvård för prevention av hjärt- och kärlsjukdom

Björknässtudien är en randomiserad studie som undersökt effekten av livsstilsinterventioner i en grupp patienter med risk för hjärt- och kärlsjukdomar inom primärvården. Uppföljningen som gjordes efter tre år visade att interventionsgruppen hade signifikant

minskat midjemått, minskad midja – höftkvot, bättre systoliskt och diastoliskt blodtryck, ökad maximal syreupptagningsförmåga och ökad självrapporterad fysisk aktivitet¹⁶⁻¹⁷. Interventionsgruppens tre första månader bestod av träningspass 40-60 minuter tre gånger i veckan och kostrådgivning vid fem tillfällen.

Tre hälsoekonomiska utvärderingar har genomförts av projektet. Den ena med syfte att undersöka vilken effekt Björknässtudiens livsstilsintervention haft avseende vårdkonsumtion¹⁸ i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen under sex år efter studiestarten. De två andra utvärderingarna utfördes^{19,20} med syfte att undersöka effekten på hälsorelaterad livskvalitet samt för att analysera kostnadseffektiviteten av interventionen.

Färre läkarbesök i primärvården

Analysen visar att interventionsgruppen besökte primärvårdsläkare i mindre utsträckning (21 procent) än kontrollgruppen under de tre första åren. Det minskade vårdutnyttjandet kan ses som ett uttryck för patientens minskade behov av att träffa sin primärvårdsläkare, eller omvänt, för läkaren att träffa sin patient. Patientens lägre blodtryck, mindre midjeomfång eller mer hälsosamma livsstil kan ha bidragit till att läkaren kände större trygghet med patientens tillstånd, vilket därmed ledde till glesare kontroller eller färre återbesök.

De direkt ekonomiska konsekvenserna av interventionen kan illustreras med ett räkneexempel som forskarna presenterar i Läkartidningen¹⁸. Ett ge-

nomsnittligt primärvårdsläkarbesök år 2010 i Norrbottens läns landsting beräknas kosta ungefär 1 800 kronor (inklusive patientavgiften på 150-200 kronor). Vid beräkning med det aritmetiska medelvärdet och ett antagande om att grupperna var lika stora (n=72) sparades 206 000 kronor år ett till tre, och 187 000 kronor år fyra till sex i interventionsgruppen. Totalt sparades 393 000 kronor under en sexårsperiod.

Kostnadseffektivitetsanalys

Uppföljningen efter tre år visade signifikanta förbättringar av hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-VAS, SF-6D och SF-36 i dimensionerna fysisk funktion och smärta. Kostnaden per vunnet QALY, beräknat med de olika livskvalitetsinstrumenten, var låg (12 500 kr, 33 693 kr, 36 100 kr) och kostnadseffektiviteten var tillräckligt hög. Den långsiktiga utvärderingen bekräftar att interventionen är kostnadsbesparande och leder till en hälsovinst på 0,46 QALY per deltagare i studien. Interventionen var i hög grad kostnadseffektiv i jämförelse med sedvanlig vård.

Resultaten från Björknäs visar att primärvården på ett kostnadseffektivt sätt kan påverka livskvalitet positivt i en population med måttlig till hög risk för hjärt- och kärlsjukdom genom gruppbaserad livsstilsintervention och teamarbete.

Diabetesprevention Kungssten – livsstilsprogram i Primärvården Göteborg

Primärvården i Göteborg/Centrum-Väster provade en livsstilsinterven-

tion för personer med risk att utveckla typ 2-diabetes. Vid interventionens början och efter ett år mättes metabola riskfaktorer och deltagarna fick fylla i enkäter om sin livsstil och livskvalitet. I en hälsoekonomisk analys undersöktes om interventionen var ett lämpligt sätt att använda primärvårdens resurser på, det vill säga om den var kostnadseffektiv²¹.

De totala kostnaderna för programmet uppgick till 600 000 kronor (20 400 kronor per 30 patienter) varav primärvården betalade 18 800 kronor per patient. Sammanlagd arbetstid för primärvården var 2 000 timmar, vilket motsvarar ett arbetsår.

Vid uppföljningen hade både hälso-relaterad livskvalitet och medicinska värden avseende riskfaktorer förbättrats hos patienterna i interventionsgruppen i jämförelsen med kontrollgruppen. Det betyder att patienterna dels mår bättre av behandlingen men också att risken för framtida sjukdom minskar. Den behandlande effekten mäts som skillnaden i patienternas livskvalitet efter ett år i programmet. Den förebyggande effekten består av minskad risk för framtida sjuklighet i hjärt- och kärlsjukdom och diabetes som skattas fram till 85 års ålder.

Kostnadseffektivitetsanalys

För hela gruppen sammantaget beräknas interventionen innebära en kostnad på cirka 200 000 kronor för samhället och cirka 375 000 kronor för hälso- och sjukvården. Gruppens hälsovinst uppgår till 3,5 QALY, varav 2,5 QALY uppstod redan under projektåret i form av en behandlande

effekt. Kostnadseffektivitetskvoten för hela gruppen blir därför 60 000 kronor per QALY, vilket brukar ses som en låg kostnad per QALY⁵.

Diabetesprevention Kungssten var en kostnadseffektiv insats, med en kostnad per vunnen QALY på cirka 60 000 kronor. Detta är en något högre kostnad per QALY än liknande svenska studier – men patienternas livskvalitet förbättrades tydligt under programmet.

Sluta röka – det lönar sig alltid!

Tobaksrökning ökar risken för framtida död och mångdubblar risken för ett stort antal sjukdomar. Uppskattningsvis orsakar användandet av tobaksprodukter 12 000 dödsfall per år i Sverige²². Många sjukdomar förvärras eller orsakas dessutom av rökning. Det gäller bland annat kronisk obstruktiv lungsjukdom, sår i magsäck och tolvfingertarm, blodcancer, cancer i lungor, lever, magsäck, näsa, luftstrupe, njurar och urinblåsa. Även risken för hjärt- och kärlsjukdomar ökar, som exempelvis hjärtinfarkt, kärlkramp och stroke.

I dag röker nio procent av männen och elva procent av kvinnorna i Sverige. Ju färre som röker desto större andel tillhör den grupp som har svårt att sluta på egen hand. Det innebär att de behöver hjälp med rökavvänjning av utbildad personal.

Insatser för att förmå personer att sluta röka utvärderades tidigast av alla förebyggande insatser²³. Resultaten av utvärderingarna är entydiga: rökslutsinsatser är kostnadseffektiva. Atingen medför de besparingar av samhällets kostnader eller endast låga

kostnader per vunnet levnadsår eller vunnet QALY²⁴. De svenska ekonomiska utvärderingarna visar liknande resultat. Läkemedel vid nikotinberoende, främst bupropion, har studerats i två utvärderingar med olika skattningsmodeller²⁵⁻²⁶. Även icke-farmakologiska rökslutsmetoder har studerats i Sverige. En skattningsmodell av de samhällsekonomiska effekterna av rökslut som innefattar de sjukdomarna som har tydligast relation till rökning, hjärt- och kärlsjukdom, inklusive stroke, lungcancer och KOL, har använts för att utvärdera en rökslutstävling²⁷. Samma modell har också använts för att utvärdera två olika insatser av rökslutsrådgivning inom tandvården²⁸.

Utvärderingarna visar att alla tre insatserna var kostnadsbesparande jämfört med ingen insats, och att en mer resurskrävande rådgivning inom tandvården endast medför extra kostnader på 100 000 kronor per QALY jämfört med mindre intensiv rådgivning, (gränsen för kostnadseffektivitet anges till 500 00 kr/QALY).

Hälsoekonomisk analys – ett viktigt argument i beslutsfattande

En allmän utgångspunkt är att hälsoekonomiska utvärderingar i princip kan göras inom alla områden inom hälso- och sjukvården. Att jämföra ett visst läkemedel med ett annat vid till exempel behandlingen av KOL-patienter, med lägsta kostnad per QALY som grund, kan få till effekt att ändringar sker i behandlingsriktlinjer och i listor över rekommenderade läkemedel. Den här typen av vertikal prioritering är troligen både enklare och mer vanlig än att explicit utnyttja

hälsoekonomiska analyser för sektorsövergripande beslut där till exempel förbyggande interventioner ställs mot behandlande. I exemplet med KOL skulle man kunna tänka sig att ställa ännu högre krav på KOL-behandlingens kostnadseffektivitet för att frigöra resurser till rökslutarstöd.

Arenan kan således sägas vara ganska väl definierad, men hur spelet ska gå till är inte lika lätt att beskriva. Konflikten mellan årsvisa budgetar och samhällskostnadskalkyler är ett problemområde. Trots att det ibland finns starka ekonomiska utväxlingsförhållanden mellan förbyggande och behandlande interventioner, verkar det som om det finns andra problem som gör att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser inte införs på det sätt som de hälsoekonomiska beräkningarna förespråkar.

Det främsta hindret för att hälso- och sjukvården ska arbeta mer förbyggande är inställningen bland beslutsfattare och profession. Ett beslut om en förändrad behandlingspolicy kan upplevas som klart inom tjänstemannaleden men inte inom den utförande verksamheten. Omvänt kan en klinik på ett sjukhus börja tillämpa andra kriterier för att sätta in en viss behandling eftersom praxis har ändrats, men om de ekonomiska konsekvenserna inte behandlats inom de övergripande prioriteringarna på politisk nivå och ledningsnivå så uppstår en konflikt. När beslutsfattare vill att förbyggande insatser ska spela en större roll och ta en större del av befintliga resurser i anspråk, bör inriktningen vara ett systematiskt och långsiktigt arbete. Nya kunskaper, färdigheter och normer är

nyckelkomponenter. Hälsoekonomiska bedömningar av kostnadseffektiviteten i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser passar bra in i en sådan strategi.

Våra exempel demonstrerar att:

- Hälsoekonomikalkylatorn är ett användbart verktyg för att diskutera förebyggande arbete på olika nivåer. Skattningarna ger argument vid diskussioner med beslutsfattare.
- Livsstilsprogram inom primärvården har en mycket låg kostnad per QALY, i synnerhet jämfört med många läkemedel som förskrivs. Det gör att livsstilsprogram som behandlingsmetod på vårdcentraler kan rekommenderas.
- Insatser att förmå personer att sluta röka visar på låg kostnad per vunnet levnadsår. Kommissionen för jämlik hälsa har poängterat behovet av att använda det allmännas samlade resurser på bästa sätt. I sitt delbetänkande²⁹ konstaterar kommissionen att ”Mycket av det allmännas resurser används i dag för att kompensera och reparera i efterhand snarare än att förebygga”. Om samhället vill använda sina resurser på ett effektivt sätt, är det viktigt att bygga ut kunskapen om kostnadseffektivitet i förebyggande insatser och använda den i prioriteringsbeslut.

Referenser

1. SBU:s ordlista [<http://www.sbu.se/sv/var-metod/sbu-ordlista/>]
2. Drummond M, Sculpher M, Torrance G, O'Brien B, Stoddart G: Methods for the economic evaluation of health care programmes,

3rd edn. Oxford: Oxford University Press; 2005.

3. Vårdens svåra val. In. Edited by Socialdepartementet. Stockholm; 1995.
4. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. In. Edited by proposition R. Stockholm: Regeringen; 1996.
5. Carlsson P, Anell A, Eliasson M: Hälsoekonomi får allt större roll för sjukvårdens prioriteringar. *Läkartidningen* 2006, 103:3617-3623.
6. Hur skapar vi patientbrist? Frågor till den svenska hälsodebatten. Ernst & Young AB, 2016 [www.ey.com/se]
7. Ramsberg J, Ekelund M: Stuprörstänkande gör samhällets kostnader för ohälsa onödigt höga. In: *Ekonomisk Debatt* 2011: 41-53.
8. Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. In. Edited by Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
9. Morgenstern H, Bursic ES: A method for using epidemiologic data to estimate the potential impact of an intervention on the health status of a target population. *Journal of community health* 1982, 7(4):292-309.
10. The Swedish RHS-model (Risk factors, health and societal costs). Technical Report [www.hfsnatverket.se]
11. [<http://folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/>]
12. General guidelines for economic evaluations from the Pharmaceutical Benefits Board (LFNAR 2003:2). [<http://www.tlv.se/Upload/English/Guidelines-for-economic-evaluations-LFNAR-2003-2.pdf>]
13. Feldman I, Lund C, Jeppsson K, Johansson P: A model for economic evaluations of metabolic syndrome interventions- technical report (revised 2011). In. Stockholm; 2011.
14. Engman K, Feldman I, Hagberg L, Henriksen G, Hellström L, Johansson P: Hälsoekonomisk utvärdering av Metabola projektet i Kalmar län. In.; 2008.

15. Feldman I, Hellstrom L, Johansson P: Heterogeneity in cost-effectiveness of lifestyle counseling for metabolic syndrome risk groups -primary care patients in Sweden. Cost effectiveness and resource allocation : C/E 2013, 11(1):19.
16. Eriksson KM, Westborg CJ, Eliasson MC: A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors. Scandinavian journal of public health 2006, 34(5):453-461.
17. Eriksson MK, Franks PW, Eliasson M: A 3-year randomized trial of lifestyle intervention for cardiovascular risk reduction in the primary care setting: the Swedish Bjorknas study. PloS one 2009, 4(4):e5195.
18. Osterlind J, Eriksson MK, Ostenson CG, Eliasson M: [The Swedish Bjorknas study: fewer physician visits in primary health care. A randomized study of intensive life style intervention]. Lakartidningen 2010, 107(15):976-980.
19. Eriksson MK, Hagberg L, Lindholm L, Malmgren-Olsson EB, Osterlind J, Eliasson M: Quality of life and cost-effectiveness of a 3-year trial of lifestyle intervention in primary health care. Archives of internal medicine 2010, 170(16):1470-1479.
20. Saha S, Carlsson KS, Gerdtham UG, Eriksson MK, Hagberg L, Eliasson M, Johansson P: Are lifestyle interventions in primary care cost-effective?--An analysis based on a Markov model, differences-in-differences approach and the Swedish Bjorknas study. PloS one 2013, 8(11):e80672.
21. Johansson P, Ericson K, Ahnberg K: Hälsoekonomisk utvärdering av livsstilsprogram i Primärvården Göteborg – diabetes prevention kungssten. Kortrapport hälsoekonomisk utvärdering. In. Göteborg: Västra Götalandsregionen, Primärvården 2011.
22. Socialstyrelsen: Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar. In. Stockholm; 2014.
23. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T: Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research. JAMA : the journal of the American Medical Association 1997, 278(21):1759-1766.
24. Kahende JW, Loomis BR, Adhikari B, Marshall L: A review of economic evaluations of tobacco control programs. International journal of environmental research and public health 2009, 6(1):51-68.
25. Bolin K, Lindgren B, Willers S: The cost utility of bupropion in smoking cessation health programs: simulation model results for Sweden. Chest 2006, 129(3):651-660.
26. Bolin K, Mork AC, Willers S, Lindgren B: Varenicline as compared to bupropion in smoking-cessation therapy--cost-utility results for Sweden 2003. Respiratory medicine 2008, 102(5):699-710.
27. Johansson PM, Tillgren PE, Guldbrandsson KA, Lindholm LA: A model for cost-effectiveness analyses of smoking cessation interventions applied to a Quit-and-Win contest for mothers of small children. Scandinavian journal of public health 2005, 33(5):343-352.
28. Nohler E, Helgason AR, Tillgren P, Tegelberg A, Johansson P: Comparison of the cost-effectiveness of a high- and a low-intensity smoking cessation intervention in Sweden: a randomized trial. Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco 2013, 15(9):1519-1527.
29. Det handlar om jämlik hälsa. Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. In. Edited by Socialdepartement, vol. SOU 2016:55. Stockholm; 2016.