

spontanläkning vid en episodisk sjukdom som depression. Man kan således inte säga särskilt mycket om förväntat utfall efter sex månader med utgångspunkt i denna studie.

3. *Representativitet.* För att skapa en modell av behandlingsförlopp inbjöds åtta läkare till ett panelmöte (delphi-panel). Fem av dessa gav synpunkter, men fem läkares individuella val torde ej vara representativa på ett sätt som möjliggör beräkning av indirekta kostnader.

Jag kan inte finna att författarna, med tanke på de metodologiska svagheterna, kan dra slutsatser om de granskade läkemedlens kostnadseffektivitet. Frågan är dock tveklöst värd all uppmärksamhet.

Christian Rück

ST-läkare, doktorand, Psykiatricentrum, Karolinska sjukhuset, Stockholm
christianrueck@home.se

Referenser

1. Norinder A, Nordling S, Häggström L. Depressionsbehandling och kostnadseffektivitet: Priset per tablett dålig indikator i ett samhällsekonomiskt perspektiv. *Läkartidningen* 2000; 97: 1693-700.
2. Wheatley DP, VanMoffert M, Timmerman L, Kremer CME. Mirtazepin: efficacy and tolerability in comparison with fluoxetine in patients with moderate to severe depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 306-12.

Gärna disciplinnämnd för försäkringsmedicinen, men ...

Repliken från försäkringsläkaren Christer Olofsson i *Läkartidningen* 13/00 (sidan 1586) på min artikel i samma nummer om yrkesansvar för försäkringsläkare är mycket välkommen. Det är nämligen veterligen första gången som en försäkringsläkare yppar offentligt att hans kår inte har något emot att bli granskad. Och hans förslag om ett granskningsråd analogt med vad Sveriges Advokatsamfund har i dag är högst acceptabelt.

Enligt Advokatsamfundet heter det organ som åsyftas Disciplinnämnden, och denna fattar beslut med rättslig verkan om straffavgift, erinran, varning och uteslutning ur samfundet. Nämndens verksamhet är reglerad i rättegångsbalken och regeringsformen. I

Replik:

Kritisk granskning av modellstudier välkommen och nödvändig

Christian Rück framför synpunkter på de resultat som redovisas i vår artikel [1]. Sådana modellstudier som Rück kritiserar bygger vanligtvis på kliniska provningar och är ett viktigt komplement till dessa när det gäller frågor om priser, subventionering och behandlingsriktlinjer. En annan fördel med modellstudier är att man kan använda resultat från flera provningar. Jämförelsen mellan mirtazapin och amitriptylin bygger just på en metaanalys av fyra kliniska provningar.

Inte alltid representativt

En av nackdelarna, som Rück mycket riktigt påpekar, är att ett selekterat material i en population inte alltid representerar den totala populationen. Andra nackdelar är, för hälsoekonomiska kalkyler, en otillräcklig uppföljningstid. Även det faktum att studierna inte alltid är gjorda i det land som de sedan appliceras på har inflytande på resultaten t ex avseende behandlingsrutiner.

Dock är avsikten med en modellstudie att kunna korrigera för sådana brister och behandlingsrutiner [2]. Panelmöte med kliniska experter är ett sätt att samla in dessa uppgifter. Hur många

läkare som bör involveras och exakt hur metoderna skall tillämpas kan givetvis diskuteras [3]. Uppgifterna om antal veckors sjukskrivning kommer dock inte från de läkare som ingick i panelen, utan från en litteraturgenomgång som författarna till den ursprungliga modellen står för [4, 5].

Diskussionen om hur modellstudier ska utformas kommer sannolikt att fortsätta [6]. Randomiserade kliniska provningar är »Golden Standard» när man vill undersöka om ett läkemedel är effektivt och säkert samt om det kan godkännas och registreras av Läkemedelsverket.

När det gäller hälsoekonomiska studier har dock randomiserade kliniska provningar vissa begränsningar. Kritisk granskning av underliggande antaganden är därför både nödvändig och välkommen.

Anna Norinder

fil kand; an@ihe.se

Sara Nordling

fil kand; båda vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), Lund

Lars Häggström
chefsöverläkare, psykiatriska kliniken, Länssjukhuset i Halmstad

Referenser

1. Norinder A, Nordling S, Häggström L. Depressionsbehandling och kostnadseffektivitet: Priset per tablett dålig indikator i ett samhällsekonomiskt perspektiv. *Läkartidningen* 2000; 97: 1693-1700.
2. Rittenhouse BE, O'Brien BJ. Threats to the validity of pharmacoeconomic analyses based on clinical trial data. In: Spilker B, ed. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, Second edition. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996.
3. Evans C. The use of consensus methods and expert panels in pharmacoeconomic studies. *Practical applications and methodological shortcomings*. *Pharmacoeconomics* 1997; 12: 121-9.
4. Brown MCJ, van Loon J, Guest JF. Comparative cost-effectiveness of mirtazapine and amitriptyline in the treatment of moderate and severe depression in France. *Eur J Psychiatry* (in press).
5. Brown MCJ, van Loon J, Guest JF. Comparative cost-effectiveness of mirtazapine and fluoxetine in the treatment of moderate and severe depression in France. *Eur J Psychiatry*, Under publ.
6. The pros and cons of modelling in economic evaluation. *OHE briefing*, no 33, May 1997.