

BENSÅRSBEHANDLING DYRARE ÄN VÄNTAT

Det finns betydande skillnader i behandlingsskostnader för bensår på olika vårdnivåer. Bensårsbehandling utgör dessutom en större andel av de totala hälso- och sjukvårdsresurserna än vad tidigare studier visat. Vår studie pekar på att en ökad kostnadsmedvetenhet är en viktig utgångspunkt för att nå en effektivare användning av sjukvårdens resurser.

I tider när hälso- och sjukvården i de flesta länder i västvärlden brottas med stagnerande eller till och med minskande ekonomiska resurser är det av särskild vikt att de redan befintliga resurserna har en effektiv användning [1-3].

Med en ökad andel äldre i befolkningen kommer bensår att bli ett alltmer betydande folkhälsoproblem. Prevalensen av bensår är åldersrelaterad och rapporteras variera mellan 0,18 procent och 1,0 procent av befolkningen [4-8]. Det finns dock få studier som belyser de samhällsekonomiska kostnaderna vid bensårsbehandling.

I Storbritannien beräknades (1990)

att ex de årliga kostnaderna för National Health Service avseende bensårsbehandling till mellan 3,5 och 6,9 miljarder kronor [9].

I USA har den genomsnittliga kostnaden (1991) för behandling av bensår i patientens hem beräknats till närmare 8 000 kr per månad och patient [10].

Den årliga kostnaden i Sverige för behandling av en bensårspatient beräknades 1988 genomsnittligt till omkring 25 000 kr [11]. De totala årliga samhällsekonomiska kostnaderna för bensårsbehandling skattades samma år till omkring 600 miljoner kronor [12].

Syftet med denna studie var att, utifrån en epidemiologisk kartläggning av bensårsprevalens, analysera kostnaderna för bensårsbehandling på olika vårdnivåer och att beräkna de samhällsekonomiska kostnaderna för denna behandling i en avgränsad region samt skatta dessa kostnader för riket som helhet.

MATERIAL OCH METOD

Under en tvåveckorsperiod (december 1991) registrerades bensår under behandling av sjukvården i en region (Linköpings, Åtvidabergs, Kindas och Ydres kommuner) omfattande totalt ca 150 000 invånare. Frågeformulär utskickades till vårdcentraler, sjukhem, öppenvård- och slutenvårdskliniker vid sjukhus. Patienten skulle registreras vid första behandlingstillfället och endast data för den dagens behandling skulle anges.

Frågeformuläret innehöll frågor om diagnos, vem som ställt diagnosen, eventuell relaterad sjukdom, antal omläggningar per vecka, var omläggningen skedde, tidsåtgång för omläggning, kompressionsbehandling samt typ av sårömläggning.

Den epidemiologiska kartläggningen kom att omfatta 363 patienter. Eventuella bensår som behandlades av patienten själv eller av dennes anhöriga ingår inte i studien.

Att beräkna kostnader

Kostnadskalkylerna är enbart baserade på de patienter som behandlades i den offentligt bedrivna och finansierade

vården (N=345). Patienter från den enda privatpraktiserande hudspecialisten (N=18) har exkluderats från de ekonomiska beräkningarna, främst på grund av det slumpmässiga fenomenet att det i den studerade regionen endast råkade finnas en privatpraktiserande dermatolog.

För varje patient har en veckokostnad för bensårsbehandlingen kalkylerats. Samtliga patienters kostnader har därefter sammanräknats och utgör grunden för beräkningarna av de samhällsekonomiska kostnaderna. Ett allmänt antagande vid kostnadsberäkningarna har varit att prevalensen av bensår under behandling på olika vårdnivåer samt behandlingstyp har varit likartad under samtliga årets veckor som under de studerade två veckorna.

Ett annat antagande var att patienter inom slutenvård antas ha varit inneliggande sju dygn under en veckoperiod.

För beräkningen av de samhällsekonomiska kostnaderna har prevalensstalen i den studerade regionen antagits vara desamma som i riket som helhet med sina 8,6 miljoner invånare. Kostnaderna har uppdelats i direkta kostnader (huvudsakligen kostnader för hälso- och sjukvården) och indirekta kostnader som motsvarar det totala produktionsbortfallet, främst förlorad arbetsinkomst motsvarande svensk genomsnittsinkomst.

En alternativkostnad motsvarande genomsnittligt pensionsbelopp har inkluderats för den tid pensionärer lagt ner på bensårsbehandlingen.

Slutenvårdspatienter som behandlats vid hudkliniken har påförts 100 procent av den beräknade dygnskostnaden för slutenvård. Inneliggande patienter vid övriga kliniker har däremot endast påförts hälften av beräknad dygnskostnad, då dessa patienter förutsätts ha varit inneliggande och vårdats också för andra sjukdomar.

Vårdade på sjukhem har påförts motsvarande 50 procent av dygnskostnaden vid geriatrisk klinik.

Fasta och rörliga kostnader

De direkta kostnaderna har indelats i fasta kostnader (bl a vändkorskostnader, fasta delen av vård dygnskostnader,

Författare

TOMAS FARESJÖ
fil dr

MARIA KLEVBAND
fil kand; dessa vid Primärvårdens
FoU-enhet, Linköping

THOMAS FRÖDIN
biträdande överläkare, hudkliniken

CARIN VAHLQUIST
biträdande överläkare, hudkliniken

JOHAN ELFSTRÖM
chefsöverläkare, docent, kärkirurgiska
kliniken; dessa vid Universitetssjukhuset,
Linköping

DANUTA LESZNIEWSKA
distriktsläkare

ALICE LARSSON
distriktsköterska; dessa vid Primärvården,
Linköping.

fasta delen av kostnaden för leasingbilar etc) och rörliga kostnader (löner för sköterskor, förbrukningsmaterial och rörliga delen av vårdavgiftskostnaden). Patientavgifter däremot utgör en finansieringskälla för sjukvården tillsammans med skatter och ingår därför inte som en kostnad i de samhällsekonomiska kostnadsberäkningarna.

När en patient träder in på en vårdcentral eller öppenvårdsmottagning på sjukhus uppkommer en kostnad som kan kallas för vändkorskostnad. I vändkorskostnaden, som helt enkelt utgör den fasta kostnaden vid öppenvårdsbesök, har inräknats totalkostnaden för lokaler, medicinsk utrustning, telefon, 75 procent av kostnaden för sköterskor och administrativ personal inklusive arbetsgivaravgifter, etc. Lönekostnader för läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, samt 25 procent av kostnaden för distrikts- och undersköterskorna samt kostnader för laboratorieprov och förbrukningsmaterial ingår inte i vändkorskostnaden.

Kostnader för bensårsbehandling

Den epidemiologiska kartläggningen av antalet bensår under behandling gav en total prevalens på 0,24 procent i den studerade regionen. Prevalensen

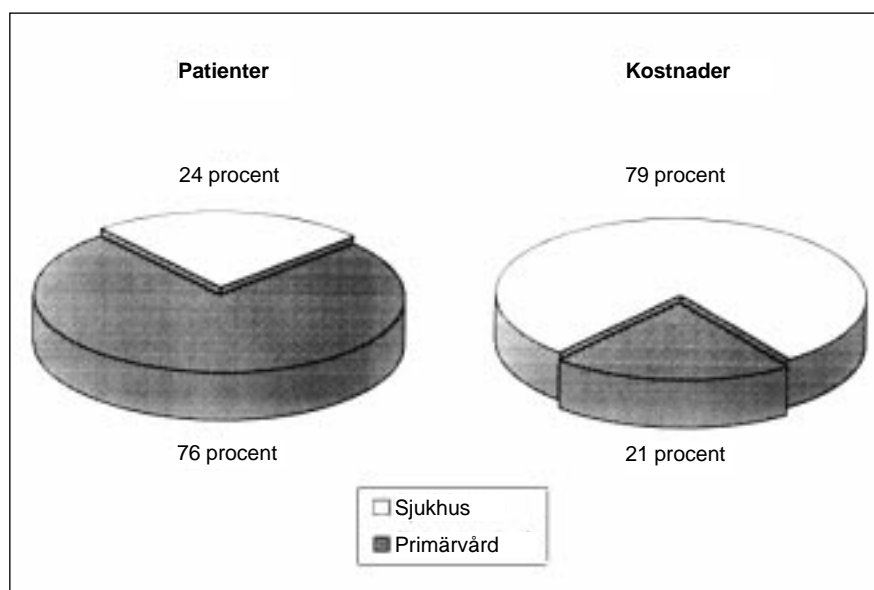
Tabell I. Genomsnittliga direkta veckokostnader för behandling av bensår på olika vårdnivåer (1992 års priser). Siffrorna inom parentes anger procent.

	Kostnad per vecka (kr)	Antal N
Primärvård		
Hemmet	381	176 (51)
Vårdcentral	589	84 (24)
Sjukhem ¹	4 463	3 (1)
Sjukhus		
Lasarettansluten hemsjukvård ¹	1 334	7 (2)
Sjukhusmottagning	1 178	27 (8)
Slutenvård	9 231	48 (14)

¹ Kostnadsberäkningarna för dessa vårdnivåer är osäkra då de baseras på få observationer.

Tabell II. Beräkning av de samhällsekonomiska kostnaderna för bensårsbehandling i den studerade regionen per vecka respektive per år (1992 års priser). Siffrorna inom parentes anger procent.

	Beräknad kostnad	
	per vecka	per år (mkr)
Samhällsekonomiska kostnader	767 000	39,9
Direkta kostnader	628 000	32,7 (82)
fasta kostnader	261 200	13,6 (42)
rörliga kostnader	366 800	19,1 (58)
Indirekta kostnader	139 000	7,2 (18)



Figur 1. Andel av patienterna respektive beräknad andel av kostnaderna för primärvård respektive sjukhusvård.

var 1,6 per 1 000 män och 3,3 per 1 000 kvinnor. Av de patienter som studerades var 88 procent över 65 år; 68 procent var kvinnor.

Inledningsvis beräknades de fasta kostnaderna, dvs vändkorskostnader för vårdcentraler respektive öppenvård vid sjukhus. Denna fasta kostnad var i genomsnitt för vårdcentralerna 174 kr och för sjukhusmottagningarna 360 kr (Tabell I).

Det föreligger en betydande variation i de direkta behandlingskostnaderna mellan olika vårdnivåer. Kostnaderna för en veckas behandling inom slutenvården är omkring 24 gånger högre än för en veckas behandling i hemmet av primärvården. Observera att endast ett fåtal individer har vårdats på sjukhem eller via lasarettansluten hemsjukvård, LAH.

Andelen bensårspatienter som handläggs inom primärvård respektive sjukhusvård samt en skattning av de båda vårdnivåernas andel av kostnaderna redovisas i Figur 1.

Primärvården svarade för största andelen patienter och de lägsta kostnaderna för bensårsbehandling. Det omvända förhållandet gäller för sjukhusvården (Figur 1). Skattningen av de samhällsekonomiska kostnaderna på olika vårdnivåer för bensårsbehandling i den studerade regionen redovisas i Tabell II.

Trend överföra patienter från sjukhus till primärvård

En allmän hälso- och sjukvårdspolitisk trend i många länder är att överföra patienter från sjukhusen till primärvården. Bensårsbehandling handläggs redan idag till stor del inom primärvården av främst distriktsköterskor, ofta genom sårömläggningar av patienten i dennes bostad. Det finns naturligtvis skillnader i patientstruktur mellan olika vårdnivå-

er som måste beaktas när man analyserar kostnadsskillnader mellan primärvård och sjukhusvård.

Patienter som behandlas vid sjukhus tenderar att ha mer komplicerade bensår än primärvårdspatienterna. Patienter med bensår som behandlas vid sjukhus har ofta sänts dit på grund av t ex osäkerhet om diagnos eller att deras bensår varit mer komplicerat och inte läkt tillfredställande efter genomförda behandlingsperioder inom primärvården.

Kostnaden för en veckas bensårsbehandling var i denna studie 24 gånger högre vid sjukhuskliniker än i hemmet av primärvården. Denna skillnad är naturligtvis berättigad om sjukhusfallen i motsvarande grad var allvarligare och mer komplicerade eller om sjukhusvården var betydligt mer effektiv. En viktig hälsopolitisk fråga är emellertid hur stor kostnadsskillnad man kan anse vara berättigad.

I denna studie har även framkommit att de fasta genomsnittskostnaderna vid öppenvårdsbesök, dvs vändkorskostnaderna, var omkring dubbelt så höga vid sjukhuskliniker som vid vårdcentraler. Det innebär att ju fler patienter som passerar vårdinrättningen, desto lägre fast genomsnittskostnad.

Klinikerna på ett högspecialiserat universitetssjukhus har utöver patienthandläggning även uppgifter när det gäller forskning och utbildning, vilket kan förklara en del av kostnadsskillnaderna mellan primär- och sjukhusvård.

Skattning för riket

Utifrån de antaganden och kostnadsberäkningar som framtagits för den studerade regionen kan en skattning göras

av de samhällsekonomiska kostnaderna för bensårsbehandling i riket som helhet. Dessa skattas till totalt 2,3 miljarder kronor per år (1992 års priser). Av dessa utgör 1,9 miljarder direkta kostnader, dvs huvudsakligen direkta kostnader för sjukvården.

Skattningen av de samhällsekonomiska kostnaderna för bensårsbehandling som framkommit i denna studie är omkring fyra gånger högre än motsvarande tidigare svenska skattning – omkring 600 miljarder kronor år 1988 [12]. Den tidigare skattningen var inte baserad på en epidemiologisk kartläggning.

När man analyserar samhällsekonomiska kostnader på riksnivå, måste man beakta att de presenterade siffrorna är approximationer baserade på antaganden.

Det föreligger dessutom vissa svårigheter med att göra korrekta jämförelser av hälso- och sjukvårdskostnader mellan olika år och inte minst mellan olika länder och valutor [13]. Man kan dessutom i olika studier tillämpa olika kostnadsdefinitioner som ytterligare försvårar jämförelserna.

Förbättringar genom tidig diagnos

Den hälsoekonomiska analys som genomförts i denna studie är en så kallad »cost-of-illness»- eller »burden of disease»-studie. Med denna typ av analys är det inte möjligt att göra direkta avvägningar av olika kostnadsalternativ eller prioriteringar. Men kan vi utifrån denna studie ändå ange några tänkbara vägar så att kostnaden för att behandla bensår skulle kunna reduceras?

Det finns flera observationer i den genomförda studien som indikerar att kostnadseffektiviteten skulle kunna förbättras. I denna studie framkom t ex att vid omkring vart femte bensår diagnosen ställdes av sjuksköterskor. Sannolikt träffar alla patienter förr eller senare en läkare, men detta pekar på en svaghet i diagnostiserandet som kan innebära en försening när det gäller att adekvat behandling sätts in i tid. Den etiologiska diagnostiseringen är nämligen av stor betydelse för att uppnå en kostnadseffektiv behandling [14].

Två av fem patienter avstod kompressionsbandage

Det framkom vidare att två av fem patienter med venöst bensår inte hade acceptabelt kompressionsbandage. En anledning till detta kan vara att dessa är relativt dyra och kostnaderna för patienterna inte täcks av sjukförsäkringen. Vidare är många av patienterna gamla och kanske inte alltid förstår. Sjukvårdspersonalen har tydligen inte lyckats övertyga dessa patienter i önskvärd omfattning.

För många behandlingsmetoder

I studien framkom att 20 olika behandlingsmetoder praktiserades på olika nivåer inom vården. Från adekvat behandling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet till behandling med t ex strösocker! Alla de behandlingsmetoder som rapporterades kan inte bedömas som rimliga, en uppstramning av antalet behandlingsmetoder och rutiner framstår som nödvändig och skulle sannolikt också minska kostnaderna. Ett bättre allmänt medvetande om kostnaderna bland både vårdpersonal och sjukvårdspolitiker kan sannolikt medverka till en kostnadseffektivare användning av hälso- och sjukvårdsresurserna.

Litteratur

- Maxwell R. Health and wealth. An international study of health-care spending. Lexington: Lexington Books, 1981.
- Drummond MF, Stoddard GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- Jönsson B, Rehnberg C. Effektivare sjukvård. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1987.
- Phillips TJ, Dover JS. Leg ulcers. J Am Acad Dermatol 1991; 25: 965-87.
- Andersson E, Hansson C, Swanbeck G. Leg and foot ulcers – an epidemiological survey. Acta Derm Venereol 1984; 64: 227-32.
- Callam MJ, Harper DR, Dale JJ, Ruckley CV. Chronic ulcer of the leg: clinical history. BMJ 1987; 294: 1389-91.
- Hansson C. Studies on leg and foot ulcers. Acta Derm Venereol 1988; 136 (Suppl 136): 7-13.
- Eriksson G. Local treatment of venous leg ulcers. Acta Chir Scand 1988; 554 (Suppl 554): 47-52.
- Thomas S. Cost-effective management of leg ulcers. Community Outlook 1990; March: 21-2.
- Hume M. Presidential address: A venous renaissance? J Vasc Surg 1992; 15: 947-51.
- Gjöres JE. Symposium on venous ulcers – opening comments. Acta Chir Scand 1988; 544 (suppl): 7-8.
- Spri. Bensår – Diagnostik och behandling. Konsensuskonferens Januari 1988. Stockholm: Spri Publikationstjänst, 1988.
- Gerdtham U. Essays on international comparisons of health care expenditure. Linköping: Department of Theme Research, University of Linköping. Studies in Arts and Science no. 66, 1992. Akad avh.
- Ryan TJ, ed The management of leg ulcers. Oxford: Oxford University Press, 1983.

LITTERÄRA LÄKARE

En bok om
 FRANÇOIS RABELAIS
 TOBIAS SMOLLETT
 JEAN PAUL MARAT
 EMIL AARESTRUP
 ARTHUR CONAN DOYLE
 ANTON TJECHOV
 WILLIAM SOMERSET
 MAUGHAM
 ALFRED DÖBLIN
 GOTTFRIED BENN
 MICHAIL BULGAKOV
 LOUIS-FERDINAND CÉLINE
 WALKER PERCY
 GERHARD VESCOVI
 RICHARD SELZER
 NAWAL EL SAADAWI
 OLIVER SACKS
 CLAES ANDERSSON
 PAAL-HELGE HAUGEN
 EVA STRÖM

LARS-ERIK BÖTTIGER har under många år intresserat sig för läkare vars litterära insatser gjort dem kända i vida kretsar. Ett resultat av detta är de uppskattade författarporträtt han skrivit i Läkartidningen och som nu – inklusive en utförlig översikt över den svenska läkarparnassen – finns samlade i en rikt illustrerad bok på 176 sidor. Han vill med den visa att det i alla tider funnits läkare som sett helheten – och haft förmåga att uttrycka den i ord.

LITTERÄRA LÄKARE kostar 160 kronor och kan beställas med kupongen nedan.

 Beställer härmed

..... ex Litterära Läkare

.....
 Namn

.....
 Adress

.....
 Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,
 Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet
 ”Litterära Läkare”

Beställning per fax:
 08-20 76 19