

sa ett antal ej rapporterade blödningsdiagnoser till AVK-journalen. I vårt oselektade patientmaterial är frekvensen blödningskomplikationer högre än i kontrollerade studier som utförs under noggrann övervakning hos välmotiverade och yngre patienter. En översiktsartikel från USA [8] anger till exempel 0,6 procent fatala komplikationer, 3 procent större blödningar och 6,5 procent mindre blödningar. Motsvarande siffror hos oss är 0,5 procent, 4,5 procent respektive 15 procent.

Den automatiserade metoden kan alltså fånga alla allvarliga och fatala blödningskomplikationer under förutsättning att man har använt sig av rätt diagnosnummer. Metoden är effektiv och ger med en rimlig insats en realistisk bild av incidensen allvarlig och fatal blödning vid antikoagulationsbehandling. I denna pilotstudie har vi visat att detta automatiserade förfarande förbättrat vår kvalitetskontroll av verksamheten. Den får dock ses som ett komplement och kan ej ersätta en manuell rapportering.

I ett projekt vid antikoagulationsmottagningarna i västra Götaland genomför vi nu en större studie i syfte att så småningom finna grupper av patienter där intensiteten i behandlingen skall förändras. Därmed kan vi i ett framtidsscenario individualisera behandlingen för den enskilde patienten.

Referenser

1. Jörgensen T, Jespersen J. Antikoagulationsbehandling i Norden. Stockholm: Nordkem, 1994.
2. Terént A. Dyrt med felinställd antikoagulantterapi. Kan egenkontroll förbättra situationen? Läkartidningen 1998; 95: 2233-8.
3. Svensk läkemedelsstatistik (Apoteksbolagets inleveransstatistik). Stockholm: Apoteksbolaget, 1995, 1997.
4. Petersen P, Boysen G, Godtfredsen J, Andersen ED, Andersen B. Placebo-controlled, randomised trial of warfarin and aspirin for prevention of thromboembolic complications in chronic atrial fibrillation. Lancet 1989; 1: 175-9.
5. The atrial fibrillation investigators (AFI). Risk factors for stroke and efficacy of anti-thrombotic therapy in atrial fibrillation. Arch Intern Med 1994; 154: 1449-57.
6. Sjöberg KH, Schnell R, Ormegard A, Bark LA, Calissendorff J. Uppföljande studie över komplikationer med antikoagulantia. Färre svåra blödningar efter skärpta rutiner. Läkartidningen 1997; 94: 2932-4.
7. Holming K, Nilsson G, Dovås L, Törnberg G. Blödningskomplikationer vid antikoagulationsbehandling. Undvik underrapportering. Kontrollera register! Läkartidningen 1996; 93: 2134-6.
8. Landefeld CS, Beyth RJ. Anticoagulant-related bleeding: Clinical epidemiology, prediction, and prevention. Am J Med 1993; 95: 315-28.

Se medicinsk kommentar
i detta nummer.

Är hemsjukvård verkligen dyrare?

Rapport om vårdkostnader ifrågasätts

Hemsjukvård av cancerpatienter i livets slutskede är, enligt en rapport från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, dyrare än sjukhusvård. Men rapporten innehåller en rad lösa antaganden, och är därmed inte trovärdig, menar Peter Strang och Barbros Beck-Friis.

Rapporten »Kostnadsjämförelse mellan slutna sjukhusvård och medicinskt omfattande hemsjukvård – Cancer i livets slutskede» från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (Rapport 1999:2, Hjortsberg och Svarvar) kan tolkas så att hemsjukvård för cancerpatienter i livets slutskede inte är billigare än sjukhusvård. Även om författarna manar till försiktig tolkning talar siffrorna för att hemsjukvården är minst lika dyr, i rena siffror dyrare, än sjukhusvården. Ur ren metodologisk synpunkt är rapporten väl genomförd. På grund av ett antal lösa antaganden förlorar den dock i trovärdighet.

A. Man har elektivt exkluderat 30 procent av samtliga cancerdödsfall i Östergötland och 16 procent av samtliga cancerdödsfall i Södermanland, eftersom de avlidit utanför sjukhuset och inte konsumerat sjukhusvård!! Men det är ju framför allt i denna grupp man hittar den typiske patienten som enbart vårdats i LAH (lasarettansluten hemsjukvård), som alternativ till eljest nödvändig sjukhusvård!! Samtliga patienter i studien – sjukhus och hemsjukvårdspatienter – har bara rekryterats ur Socialstyrelsens slutenvårdsregister. Patienter som enbart vårdas

Författare

PETER STRANG

professor, palliativa forskningsenheten, Linköpings universitet, Vrinnevisjukhuset, Norrköping

BARBROS BECK-FRIIS

professor, Landstingskansliet, Linköping

DEBATT

”Varför kostnadsbelägger man bara anhörigas insatser i hemmet? Välgjorda studier på stora patientgrupper – – – visar att anhöriga till patienter i sjukhusvård i snitt använder mer än fem timmar per dag till vård och tillsynsuppgifter.”

inom LAH i Östergötland återfinns inte i Socialstyrelsens slutenvårdsregister!!

B. Matchning av grupper anses ointressant och har inte gjorts. Sjukdomens svårighetsgrad och anhörigas ångestnivå är emellertid av betydelse [1]. Kostnaderna kan konkret relateras till bland annat förekomst av allmäntillstånd, liggssår, orkeslöshet, aptitlöshet, illamående och kräkningar [2], vilket har visats i en studie av 574 konsekutiva cancerpatienter.

C. Man väljer att studera totalkostnader för hemsjukvårdgruppen, inklusive totala sjukhuskostnader för de sista 90 dagarna, oavsett när behovet av hemsjukvård började. Medianvårdtiden för avancerad hemsjukvård i livets slutskede är 55 dagar (opublicerade siffror från SPRI/SBU, 1998). Tiden innan, det vill säga från dag 90 till dag 55, kan mycket väl vara en period när man fortfarande gör kostsamma diagnostiska och omfattande invasiva medicinska insatser på sjukhuset, det vill säga åtgärder som man mycket sällan eller aldrig gör när den terminala hemsjukvårdsfasen väl har börjat. Stora kirurgiska operationer som laparotomi (50 800 kr) har inkluderats i studien, och kostnaden »belastar» i förekommande fall hemsjukvårdgruppen.

D. För sjukhusvård förordar man marginalkostnadsprincipen, för hemsjukvård förordar man »full hypotetisk ersättning», till exempel för anhöriga

som gör insatser på sin fritid. Varför kostnadsbelägger man bara anhörigas insatser i hemmet? Vägjorda studier på stora patientgrupper (n=1 445 anhöriga) visar att anhöriga till patienter i sjukhusvård i snitt använder mer än fem timmar per dag till vård och tillsynsuppgifter [3].

E. Att tillämpa enhetspriser från universitetssjukhuset i Lund för åtgärder som görs i hemmet i Östergötland måste ifrågasättas.

Krav på seriös rapport

För att en kostnadsjämförelse skall ha relevans måste utfallsmåtten vara

definierade och alternativen likvärdiga [4]. Av en seriös rapport måste krävas:

- att jämförelsen av döende patienter i hemsjukvård och sjukhusvård görs på samma premisser,
- att sjukhusvård inte inkluderar tidsperioder innan hemsjukvården är aktuell,
- att man vid studier som rör vård i livets slutskede gör matchningar med avseende på symtomförekomst och allmäntillstånd,
- att inte de patienter som inte konsumerat slutenvård utesluts, det vill säga just de patienter i avancerad hemsjukvård som skulle studeras!

Replik:

Väntad kritik eftersom resultatet strider mot gällande uppfattning

Det är inte helt oväntat att en rapport som visar att hemsjukvård inte kan ses som ett billigare alternativ till sjukhusvård får utstå kritik, då resultatet strider mot tidigare gällande uppfattning. Strang och Beck-Friis berör främst vad de benämner »ett antal lösa antaganden». Vid en retrospektiv journalstudie är det nödvändigt att göra antaganden, bland annat med avseende på urvalsprinciper och det studerade vårdförloppets tidsperiod. En central del i projektets gång var att tidigt, och vid ett flertal tillfällen, utnyttja Landstingsförbundets tillsatta expertgrupp i hemsjukvårdsprojektet, framför allt med avseende på gjorda antaganden. Antagandena är således prövade och förankrade i expertgruppen, och vi anser därmed att antagandena är väl genomarbetade. Noterbart är att Peter Strang själv medverkat i expertgruppen.

A. Urvalet är baserat på Socialstyrelsens slutenvårdsregister som samkörts med dödsorsaksregistret. Varje person som avlidit i cancer under 1996 (i Sörmland och Östergötland) finns således med i urvalet, inklusive patienter som under de tre sista månaderna i livet enbart vårdats av LAH/SAH; 16 procent av patienterna i studien är för övrigt just sådana. Patienten uteslöts ur urvalet endast om patientens journal inte gick att spåra, inte med anledning av att de avlidit utanför sjukhus. Faktum är att 44 procent av patienterna i studien avlidit utanför sjukhus.

B. Urvalet är ett slumpmässigt urval bland dem som avlidit i cancer i Öster-

götland och Sörmland, vilket ger ett representativt urval. Det finns inga signifikanta skillnader mellan patientgrupperna vad gäller kön, ålder, civilstånd eller medicinska åtgärder (till exempel operationer). Med utgångspunkt från det datum patienten avled mättes resursåtgången tre månader tillbaka i tiden. Utfallet var alltså tydligt (= död). Denna metod testades tidigt på expertgruppen. I prospektiva studier är det naturligtvis både möjligt och önskvärt att matcha patienterna.

C. I projektets inledningsfas hade vi flera förslag på hur länge vi skulle följa patienterna: en, två, tre eller sex månader. Vi beslöt att följa expertgruppens rekommendation, tre månader. Samma tidsperiod användes för samtliga patienter i urvalet. Som framhålls i diskussionskapitlet är det vår uppfattning att man i framtida studier kan fokusera på den sista månaden i livet. Det är nämligen främst då som konsumtionen av vård och omsorg är stor. Oavsett val av tidsperiod gäller vid en ekonomisk utvärdering att patienterna i de alternativa behandlingarna följs under hela perioden även om de tillfälligtvis hamnar i en annan behandling, eftersom det är kostnaderna för de olika behandlingsstrategierna som ska jämföras. Utifrån patientmaterialet visar det sig också att det inte är ovanligt att patienter i LAH/SAH tillfälligt vårdas på sjukhus under de sista tre månaderna i livet.

D. Samma kostnadsprinciper används för både slutenvård och hemsjukvård. För att spegla den extra

Referenser

1. Beck-Friis B. Hospital-based home care of terminally ill cancer patients: the Motala model [dissertation]. Uppsala: Medicinska fakulteten, Uppsala universitet, 1993.
2. Maltoni M, Dorni S. Description of a home care service for cancer patients through quantitative indexes of evaluation. *Tumori* 1991; 77: 453-9.
3. Muurinen J. The economics of informal care. Labour market effects in the national hospital study. *Med Care* 1986; 24: 1007-17.
4. Robinson B, Pham H. Cost-effectiveness of hospice care. *Clinics in Geriatric Medicine* 1996; 12: 417-28.

arbetsinsats som det innebär för anhöriga att vårda en svårt cancersjuk patient i hemmet valde vi att kostnadsbelägga detta i studien.

E. Vi valde att tillämpa enhetspriser från södra samverkansregionen eftersom vi ville tillämpa samma priser på samtliga patienter och göra en detaljrik uppbyggnadskalkyl. Detta lät sig inte göras utifrån de genomsnittspriser som fanns att tillgå i Östergötland och Sörmland. Valet av priser påverkar naturligtvis totalkostnaden per patient, men det är i första hand skillnaden mellan patientgrupperna, givet standardiserade priser, som fokuseras i vår studie.

Det sista ordet är inte sagt vad gäller kostnader för medicinskt omfattande hemsjukvård. Fler studier på området behövs. Framtida studier bör läggas upp prospektivt, vilket ger bättre möjligheter till matchning och detaljerade uppgifter om patienter, både vad gäller resursförbrukning och vårdkvalitet. Den kanske viktigaste slutsatsen i vår rapport är att sådana framtida studier bör ta fasta på att hemsjukvård och sjukhusvård utgör kompletterande vårdformer, snarare än substitut. Den intressantaste frågan är vilken avvägning mellan medicinskt omfattande hemsjukvård och slutet sjukhusvård som ska komma i fråga för patienterna, snarare än att vårdformerna ställs mot varandra.

Catharina Hjortsberg,

Patrick Svarvar,

Institutet för hälso- och sjukvårds-ekonomi