

**Birgitta Johansson**, fil dr, forskare, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet, institutionen för onkologi, radiologi och klinisk immunologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala ([birgitta.johansson@onkologi.uas.lul.se](mailto:birgitta.johansson@onkologi.uas.lul.se))

**Bengt Glimelius**, professor, överläkare, institutionen för onkologi, radiologi och klinisk immunologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala

**Per-Olow Sjäden**, professor, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet, Uppsala

## Hemsjukvård för äldre cancerpatienter

# Utökad uppföljning och stöd i hemmet minskar behov av specialistsjukvård

■ Uppföljning och stöd i hemmet minskar behovet av slutenvård för äldre personer och personer med olika sjukdomstillstånd [1-3]. Detta gäller t ex vid kranskärlets- och cancersjukdom. Dessutom har många patienter önskemål om att vårdas hemma under förutsättning att behovet av vård och omvårdnad kan tillgodoses där [4]. I Sverige genomfördes 1992 Ädelreformen bl a med syftet att motverka att människor vårdas på sjukvårdens institutioner i onödan [5]. Sedan dess har primärvården fått ökade resurser för att förbättra kontinuitet och tillgänglighet och därigenom minska behovet av vård inom andra specialiteter [6].

Trots ansträngningarna att minska behovet av slutenvård visar ett flertal rapporter [5-7] att det finns problem i samarbetet mellan vårdnivåerna. Bristande rutiner för informationsutbyte mellan vårdgivare är fortfarande ett stort problem. Likaså är det angeläget att allmänläkarnas engagemang i hemsjukvården ökar och att personalen i hemsjukvården får utökade möjligheter till fortbildning.

En undersökning av den vård som erbjuds cancerpatienter i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion [8] visar att de största problemen vad gäller vårdens tillgänglighet finns under perioderna hemma, efter en operation och i livets slutskede då patienter och anhöriga inte vet vem de skall kontakta om det uppstår problem. Undersökningen visar även att det främst är i samband med utskrivning från sjukhuset som patienterna önskar mer information. De vill framför allt veta mer om hur det dagliga livet kommer att påverkas av sjukdomen, sjukdomens prognos och vart de skall vända sig med eventuella frågor.

Forskningsprojektet »Stöd, omvårdnad, rehabilitering – samverkan mellan kirurgiska/onkologiska kliniker och primärvårdsteam i vården av cancerpatienter« [9, 10] genomfördes i Uppsala län under perioden 1993–1997 med stöd från Cancerfonden. Projektet syftade till att utvärdera effekterna av individuellt stöd och grupprehabilitering på fysiska och psykosociala problem hos cancerpatienter. Individuellt stöd inkluderade utökad primärvård som avsåg att förbättra kontinuiteten och tillgängligheten i vården genom utökade möjligheter för husläkare och kommunernas distriktssköterskor att följa upp och stödja patienterna.

### SAMMANFATTAT

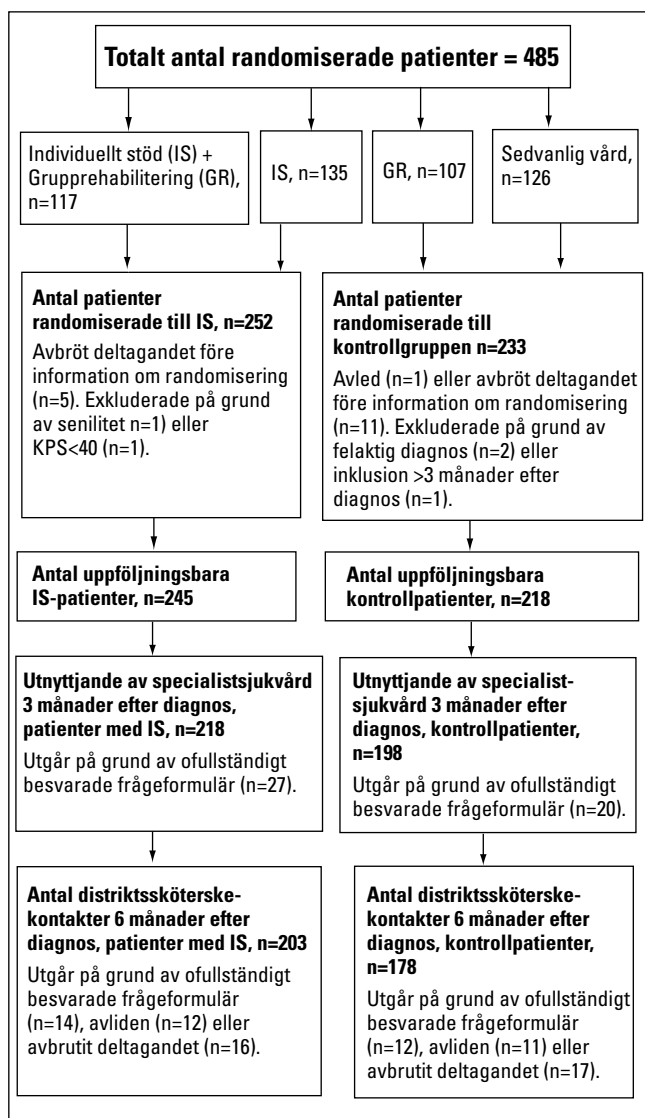
Effekter av utökad primärvård på sjukvårdskonsumtion studerades i ett forskningsprojekt som genomfördes i Uppsala län under perioden 1993–1997. 485 cancerpatienter randomiserades mellan individuellt stöd, som inkluderade utökad primärvård, och en kontrollgrupp där patienterna följdes upp av husläkare och distriktssköterskor enligt sedvanliga principer.

Utökad primärvård syftade till att förbättra kontinuitet och tillgänglighet i vården genom bättre möjligheter för husläkare och distriktssköterskor att följa upp och stödja nydiagnostiserade cancerpatienter. Detta uppnåddes genom fortbildning, handledning och utökad information från specialistsjukvården, riktad till husläkare och distriktssköterskor.

Med utökad primärvård hade 90 procent av patienterna kontakt med en distriktssköterska jämfört med 26 procent av kontrollgruppens patienter. Äldre patienter med utökad primärvård vårdades 393 dagar mindre på specialistvårdsklinik än äldre kontrollpatienter under de första tre månaderna efter diagnos.

Utökad primärvård utgör ett gott exempel på en kostnadseffektiv strategi för förbättrad samverkan mellan vårdnivåerna.

Syftet med föreliggande studie var att undersöka effekterna av utökad primärvård på omfattningen av patienternas kontakter med husläkare och distriktssköterskor. Vidare ville vi studera om de utökade kontakterna med husläkare och distriktssköterskor hade några effekter på utnyttjandet av specialistsjukvård. Vi ville dessutom studera patienternas uppfattning om den utökade primärvården.



Figur 1. Flödesschema från inklusion till sex månader efter diagnosstillfället.

## II Metod

Mellan oktober 1993 och december 1995 kontaktades samtliga patienter med nydiagnostiserad bröst-, kolorektal-, prostata- eller ventrikeltcancer på Akademiska sjukhuset, Enköpings lasarett och Samariterhemets sjukhus. Exklusionskriterier var behov av varaktig sjukhusvård (funktionsstatus enligt Karnofsky, KPS <40) mer än tre månader sedan diagnosen först ställdes, en tidigare cancerdiagnos, oförmåga att kommunicera på svenska språket, och deltagande i en klinisk behandlingsstudie för män med lokaliserad prostatacancer innefattande en livskvalitetsundersökning [11]. Av totalt 760 lämpliga patienter inkluderades 485 (64 procent) (Figur 1). Av dem var 224 diagnostiserade med bröstcancer, 105 med kolorektal-, 37 med ventrikelt- och 119 med prostatacancer. Studien var godkänd av forskningsetikommittén i Uppsala, och informerat samtycke inhämtades från samtliga patienter.

### Randomisering

Randomiseringen genomfördes av regionalt onkologiskt centrum, Uppsala/Örebroregionen. Patienterna randomiserades till individuellt stöd (IS), som startade vid diagnosstillfället; grupp Rehabilitering, som startade cirka fyra månader efter diagnos; en kombination av IS och grupp Rehabilitering; eller sedvanlig vård med stratifiering för diagnos och

sjukdomsstadium. Patienter med avancerad kolorektal- eller ventrikeltcancer (förväntad överlevnad understigande sex månader) randomiserades enbart mellan IS och sedvanlig vård.

Eftersom föreliggande studie syftar till att utvärdera effekterna av utökad primärvård, som är en del av IS, görs jämförelser mellan patienter som randomiserats till IS med eller utan grupp Rehabilitering och en kontrollgrupp bestående av patienter som randomiserats till enbart grupp Rehabilitering eller sedvanlig vård (Figur 1).

### Individuellt stöd

Individuellt stöd, IS, som startade i anslutning till diagnosbeskedet bestod av tre olika delar: utökad primärvård, individuellt psykologstöd och nutritionsstöd.

I Uppsala län övertog kommunerna ansvaret för all hemsjukvård (basal och avancerad) i och med Ädelreformen 1992. Med »distriktssköterskan« avses i det följande sjuksköterskor som är anställda inom kommunernas hemsjukvård. Distriktssköterskans uppgift var att kontakta patienten, erbjuda hembesök och göra en bedömning av patientens symtom och besvär [9]. Patienter med förväntad överlevnad understigande sex månader rapporterades ut till de team som ansvarade för den avancerade hemsjukvården med tillgång till sjuksköterska dygnet runt, läkarbesök i hemmet och avlastningsplatser på en palliativ vårdhet.

Från och med september 1994, efter det att Husläkarreformen genomförts, fick även patientens husläkare information om patientens diagnos och om vilken distriktssköterska som ansvarade för patienten. Både husläkaren och distriktssköterskan fick fortlöpande information om patienten i form av kopior på epikriser och mottagningsanteckningar varje gång patienten varit inlagd på specialistvårdskliniken eller besökt dess mottagning. Den utökade informationen gavs under perioden från diagnos och två år framåt för varje patient. Fortbildning i cancervård för husläkare och sjuksköterskor genomfördes före projektstart och därefter vid minst två tillfällen per år under hela projektiden [12].

Distriktssköterskor som ansvarade för patienter som randomiserats till utökad primärvård erbjöds även regelbundet återkommande handledning i grupp och/eller individuellt per telefon. Omfattning av patienternas kontakter med distriktssköterska och husläkare följdes upp med en primärvårdsenkät sex månader efter diagnos.

I tillägg till utökad primärvård erbjöds samtliga patienter individuellt psykologstöd, som avslutades inom fyra månader efter diagnos [13]. Patienter med kolorektal- eller ventrikeltcancer erbjöds dessutom nutritionsstöd, som byggde på regelbundet genomförda kostanamneser (24-timmars-recall) [14].

### Grupp Rehabilitering

Hälften av alla inkluderade patienter randomiserades till grupp Rehabilitering (Figur 1), som startade cirka fyra månader efter diagnos och omfattade ett program som sträckte sig över åtta veckor [15].

### Datinsamling

Demografiska och medicinska data inhämtades från patienternas journaler (Tabell I).

En primärvårdsenkät utformades i samråd med distriktssköterskorna. Sex månader efter diagnos ombads samtliga patienter ange hur ofta (Tabell II) de hade haft kontakt med distriktssköterskan, och om de fortfarande hade kontakt med henne (Ja/Nej). Patienter som randomiserats till individuellt stöd ombads även besvara frågor om vad de tyckte om att distriktssköterskan tog kontakt dem och om tidpunkten för den första kontakten. Därutöver ombads de uppskatta i vilken ut-

**Tabell I.** Demografiska och medicinska karaktäristika för patienter som ingår i analyserna 3 respektive 6 månader efter diagnos, Inom parentes anges procent.

	3 månader efter diagnos <sup>1</sup>		6 månader efter diagnos <sup>1</sup>	
	Individuellt stöd n=218	Kontroll n=198	Individuellt stöd n=203	Kontroll n=178
<b>Ålder</b>				
År, medelvärde, ±SD	63,0±12,5	63,3±13,2	63,4±12,6	62,6±13,2
<70 år	136 (62)	119 (60)	114 (56)	99 (56)
≥70 år	82 (38)	79 (40)	89 (44)	79 (44)
<b>Kön</b>				
Kvinna	128 (59)	111 (56)	125 (62)	104 (58)
Man	90 (41)	87 (44)	78 (38)	74 (42)
<b>Diagnoser</b>				
Bröstcancer	106 (49)	89 (45)	104 (51)	87 (49)
Kolorektal cancer	45 (21)	48 [24]	38 [19]	40 (22)
Prostatacancer	52 (24)	46 (23)	51 (25)	44 [25]
Ventrikelcancer	15 (7)	15 (8)	10 (5)	7 (4)
<b>Sjukdomsstadium</b>				
Avancerad sjukdom <sup>2</sup>	49 (22)	41 (21)	42 (17)	28 (16)
<i>Varav:</i>				
Bröstcancer	16	7	15	7
Kolorektal cancer	9	8	5	4
Prostatacancer	16	15	18	14
Ventrikelcancer	8	11	4	3
Ej avancerad sjukdom	169 (78)	157 (79)	163 (83)	150 (84)

<sup>1</sup> Det finns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan Individuellt stöd och Kontroll avseende ålder, kön, diagnos eller avancerad sjukdom (T-test, P>0,6;  $\chi^2$ -test, P>0,2).

<sup>2</sup> Avancerad sjukdom: bröstcancer=T3–T4, ≥7 positiva lymfkörtlar i axillen eller M1; Kolorektal cancer=Dukes' D; Ventrikelcancer=M1; Prostatacancer T4, N+ eller M1.

sträckning de fått den hjälp och det stöd de förväntat sig. Slutligen ombads de ange om de skulle rekommendera en distriktssköterskekontakt till en vän i samma situation. Enkäten besvarades av 203 IS- och 178 kontrollpatienter (Figur I, Tabell I). Av de totalt 305 patienter som inkluderades i projektet från och med september 1994 besvarade 241 (79 procent) även en fråga om antalet kontakter med husläkaren.

*Utnyttjande av specialistsjukvård.* Eftersom analyserna av distriktssköterskekontakterna visade att majoriteten av patienterna avslutat sin kontakt med distriktssköterskan sex månader efter diagnos [9] valde vi att studera effekterna av IS på utnyttjandet av specialistsjukvård tidigare i sjukdomsförloppet. Valet att studera perioden från diagnos och tre månader framåt innebar även en minimerad risk för att effekten av grupprehabiliteringen, till vilken hälften av patienterna i vardera grupp var randomiserade (Figur I), skulle kunna påverka undersökningens resultat. Uppgifter om utnyttjande av specialistsjukvård inhämtades från Uppsala läns patientadministrativa system (PAS). Databasen inkluderar bl a uppgifter om datum för mottagningsbesök och inskrivningar/utskrivningar och orsak (diagnos) till besöket/inskrivningen. I analysen inkluderades data angående samtliga inläggningstillfällen och mottagningsbesök oavsett orsak. Antalet vård dagar per inläggningstillfälle beräknades och summerades därefter till totalt antal vård dagar under studieperioden. Totalt inkluderades 416 patienter i analyserna av utnyttjande av specialistsjukvård (Figur I, Tabell I).

### Statistisk analys

Analyserna med avseende på skillnader i hur ofta patienterna hade haft kontakt med distriktssköterskan genomfördes med Mann-Whitneys U-test.  $\chi^2$ -test användes för att analysera effekten av IS på andelen patienter som hade fortsatt kontakt efter sex månader och på antalet kontakter med husläkaren. Logistisk regressionsanalys användes för att identifiera vilka

**Tabell II.** Antal distriktssköterskekontakter i grupperna Individuellt stöd och Kontroll sex månader efter diagnos. Inom parentes anges procent.

	Individuellt stöd n=203 <sup>1</sup>	Kontroll n=178 <sup>1</sup>
<b>Kontakternas frekvens***</b>		
Ingen kontakt	21 (10)	131 (74)
1 kontakt	39 (19)	15 (8)
Någon enstaka gång	72 (35)	16 (9)
1–2 gånger/månad	47 (23)	5 (3)
1 gång i veckan	8 (4)	2 (1)
>1 gång i veckan	12 (6)	8 (4)
Fortsatt kontakt efter 6 mån***	86 (42)	11 (6)

\*\*\*P<0,001.

<sup>1</sup> 4 IS- och 1 kontrollpatient angav att de hade haft kontakt men beskrev detta med en kommentar och ej med angivna svarsalternativ. Dessa svar redovisas ej i tabellen.

faktorer (inklusive psykolog- och nutritionsstöd) som predicerade fortsatt kontakt med distriktssköterskan sex månader efter diagnos i gruppen som erhållit IS [9].

Ålder inkluderades som en dummyvariabel, kategoriserad som 33–49 år (referensgrupp), 50–64 år, 65–79 år och 80–92 år. Samtliga variabler som bedömdes vara relevanta i ljuset av resultat från tidigare studier eller erfarenheterna från projektarbetet inkluderades initialt i den multipla regressionsanalysen. Därefter exkluderades de statistiskt icke signifikanta variablerna ur modellen en i taget, för att på så sätt bedöma betydelsen av dessa för modellens förklaringsvärde [16].

Den slutgiltiga modellen bestod enbart av betydelsefulla variabler. Resultaten av den multipla logistiska regressionsanalysen presenteras som oddskvot (OR) med ett 95 procents konfidensintervall.

Effekten av randomisering (IS/kontroll) och ålder (<70/≥70 år) på antal inläggningstillfällen och totalt antal vård dagar analyserades med hjälp av kovariansanalys (ANCOVA). ➔

**ANNONS**

**ANNONS**

**Tabell III.** Vårdutnyttjande tre månader efter diagnos för yngre och äldre (<70/≥70 år) patienter randomiserade till Individuellt stöd eller Kontrollgrupp. Inom parentes anges procent.

	Individuellt stöd		Kontrollgrupp	
	Patienter <70 år n=136	Patienter ≥70 år n=82	Patienter <70 år n=119	Patienter ≥70 år n=79
<b>Antal inläggningar</b>	133	36	106	69
Median	1	0	1	1
Medelvärde	1,0	0,4 <sup>1</sup>	0,9	0,9
SD	1,0	0,6	0,8	1,0
<b>Antal vård dagar</b>	603	311	429	704
Median	3	0	2	3
Medelvärde	4,4	3,8 <sup>2</sup>	3,6	8,9
SD	5,9	8,8	4,9	18,8
<b>Antal akuta inläggningar</b>	18	5	15	14
Median	0	0	0	0
Variationsvidd	0–2	0–2	0–2	0–2
Patienter som lagts in akut, n	15	4 <sup>3</sup>	12	12
<b>Diagnoser</b>				
Bröstcancer	87 (64)	19 (23)	71 (60)	18 (23)
Gastrointestinal cancer	28 (21)	32 (39)	27 (23)	36 (45)
Prostatacancer	21 (15)	31 (38)	21(17)	25 (32)

<sup>1</sup> Medelantalet inläggningar är signifikant lägre för äldre patienter med IS än för övriga grupper, Tukeys test P<0,01.

<sup>2</sup> Medelantalet vård dagar är signifikant lägre för äldre patienter med IS än för äldre kontrollpatienter, Tukeys test P<0,01.

<sup>3</sup> Andelen patienter som lagts in akut är mindre bland äldre patienter med IS än bland äldre kontrollpatienter, P<0,05.

Den förändrade kategoriseringen av ålder (jfr logistisk regressionsanalys ovan) motiverades bl a av att ANCOVA kräver approximativt likstora jämförelsegrupper. I analysen studerades även effekterna av psykolog- och nutritionsstöd [10].  $\chi^2$ -test användes för att analysera effekterna av randomisering på andelen yngre (<70 år) och äldre (≥70 år) akutpatienter.

## II Resultat

*Patienternas kontakter med distriktssköterskan* ökade markant med individuellt stöd (Tabell II). Av 203 patienter angav 182 (90 procent) att de haft kontakt med distriktssköterskan och 86 (42 procent) att de fortfarande hade kontakt med distriktssköterskan sex månader efter diagnos. I kontrollgruppen angav 47 (26 procent) av 178 patienter att de haft kontakt med distriktssköterskan, och endast 11 (6 procent) hade fortfarande kontakt efter sex månader. Jämförelser med avseende på de äldsta (≥80 år) och de med avancerad cancersjukdom gav liknande resultat.

I interventionsgruppen angav således 24 (92 procent) av 26 av de äldsta och 37 (88 procent) av 42 patienter med avancerad sjukdom, däribland alla med avancerad kolorektal cancer eller ventrikelcancer (n=9), att de haft kontakt med distriktssköterskan. Motsvarande siffror i kontrollgruppen var 6 (27 procent) av 22 för de äldsta och 10 (36 procent) av 28 för patienter med avancerad cancersjukdom.

Bland patienter med avancerad kolorektal cancer eller ventrikelcancer (n=7) hade endast en haft kontakt med distriktssköterskan. Samtliga skillnader mellan IS- och kontrollgruppen var statistiskt signifikanta på enprocentsnivån. Den logistiska regressionsanalysen visade att hög ålder (≥80 år) vid diagnos var den starkaste prediktorn för fortsatt distriktssköterskekontakt efter sex månader (oddskvot 5,2, 95 procents konfidensintervall: 1,4–20,0) [9]. Dessutom var avancerad sjukdom vid diagnos (oddskvot 2,6, 95 procents konfidensintervall: 1,2–5,4) och boende utanför Uppsala (oddskvot 2,1, 95 procents konfidensintervall: 1,1– 4,0) statistiskt signifikant associerat med en mera långvarig kontakt.

En majoritet, 124 (68 procent) av de 182 IS-patienter som angav att de hade haft kontakt med distriktssköterskan (Ta-

bell II), tyckte att denna hade givit dem den hjälp och det stöd de förväntat sig i hög eller mycket hög grad. Endast 12 (6 procent) av dem hade föredragit att själva ta kontakt med distriktssköterskan istället för att bli kontaktade av henne. De flesta, 129 (71 procent) av 182, tyckte att de blev kontaktade vid rätt tidpunkt, och 135 (74 procent) av 182 skulle ha rekommenderat en distriktssköterskekontakt till en vän i samma situation. Nitton patienter som randomiserades till IS ville inte bli kontaktade av distriktssköterskan, och de gav heller inte tillåtelse till att kopior ur journalen skickades till henne. Den vanligaste orsaken till att tacka nej till distriktssköterskekontakten var att patienten hade en nära anhörig som var läkare eller sjuksköterska (n=11).

Analyserna av patienternas kontakter med husläkaren visade att 71 (55 procent) av 130 patienter med IS inte hade haft någon kontakt med sin husläkare, 32 (25 procent) hade haft kontakt enbart i samband med insjuknandet, 11 (8 procent) enbart i samband med behandling och perioden därefter och 16 (12 procent) hela tiden från de första symtomen och därefter. Motsvarande siffror för kontrollgruppen var 70 (63 procent) av 111, 18 (16 procent), 12 (11 procent) och 11 (10 procent). Det fanns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan IS och kontrollgruppen i detta avseende.

*Utnyttjandet av specialistsjukvård* tre månader efter diagnos var signifikant lägre i den grupp som fått IS än i kontrollgruppen, men enbart för äldre patienter (≥70 år) (Tabell III). Antal inläggningstillfällen för äldre patienter som fått IS var lägre än för äldre kontrollpatienter och yngre patienter (<70 år) (F=4,48, frihetsgrader (df)=1/406, P<0,03). Därutöver låg antal vård dagar för äldre patienter som fått IS på liknande nivåer som för yngre patienter (Tabell III) medan äldre kontrollpatienter hade varit inskrivna i dubbelt så stor omfattning (F=6,68, df=1/406, P<0,01).

Det innebär att äldre kontrollpatienter vårdades på sjukhus 393 dagar mer än äldre patienter med IS under de första tre månaderna efter diagnos. Psykolog- och nutritionsstöd visade sig inte ha någon betydelse för utnyttjandet av specialistsjukvård. Jämförelser av andelen patienter som lagts in akut

visade att 12 (15 procent) av 79 äldre kontrollpatienter hade erfarenhet detta jämfört med endast 4 (5 procent) av 82 äldre patienter med IS ( $\chi^2=4,78$ ,  $df=1$ ,  $P<0,05$ ) (Tabell III). Likaså visade resultaten att andelen äldre patienter som gjorde akuta mottagningsbesök var större i kontrollgruppen ( $n=22$ , 28 procent av 79) än i gruppen som fått IS ( $n=10$ , 12 procent av 82,  $\chi^2=6,2$ ,  $df=1$ ,  $P<0,05$ ). Däremot fanns inga statistiskt signifikanta skillnader avseende antalet planerade mottagningsbesök.

## II Diskussion

Studien visar således att utökad primärvård leder till att äldre cancerpatienters vård på specialistvårdsklinikernas avdelningar kan minskas väsentligt. Eftersom IS-patienterna även erhållit individuellt psykologstöd och nutritionsstöd analyserades effekterna av sådana interventioner. Resultaten visade att ingen av de båda senare insatserna haft betydelse för omfattningen av patienternas distriktssköterskekontakt eller för det mindre utnyttjandet av specialistsjukvård. Utökad primärvård ledde även till en minskning av antalet akuta inläggningar och akuta mottagningsbesök.

Nyligen analyserade data om livskvalitet, mätt med EORTC-QLQ C30 [17], har inte visat några skillnader mellan patienter med IS och kontrollpatienter vid tre, sex och tolv månader efter diagnos [18]. En majoritet av de patienter som fått utökad primärvård angav dessutom att de var nöjda med distriktssköterskekontakten. Sammantaget pekar resultaten på att utökad primärvård leder till betydande besparingar för specialistvårdsklinikerna med avseende på både arbetsbelastning och kostnader, utan att patienternas livskvalitet minskar.

Utökad primärvård ledde inte till ett minskat utnyttjande av specialistsjukvård hos yngre patienter (<70 år) tre månader efter diagnos. En trolig förklaring till detta är att de yngre patienterna till största delen består av kvinnor med bröstcancer (Tabell III), för vilka primärbehandlingen ofta sträcker sig över flera månader och inkluderar både kirurgisk, strål- och cytotostatikabehandling [19]. Man kan anta att det huvudsakligen är de yngre patienterna som genomgår de mest intensiva behandlingarna även i övriga diagnosgrupper. Sannolikheten för att utökad primärvård får effekter på utnyttjandet av specialistsjukvård är förmodligen mindre under pågående primärbehandling än i de fall sådan behandling är avslutad.

Det var ovanligt att kontrollgruppens patienter hade kontakt med distriktssköterskan. Resultaten visar att inte ens de äldsta eller de med förväntat kort överlevnad rutinemässigt rapporterades ut till hemsjukvården. Detta är anmärkningsvärt då den främsta uppgiften för hemsjukvården är att ansvara för vården av de äldsta och de kroniskt sjuka. Fynden stämmer dock väl överens med andra undersökningar, som pekar på brister i samverkan mellan vårdnivåerna [5, 7].

Det är värt att notera att den utökade primärvården genomfördes inom ramen för kommunernas ordinarie resurser och att ingen extra personal anställdes för uppföljningen av de patienter som randomiserades till denna betingelse. Distriktssköterskor i såväl basal som avancerad hemsjukvård påpekade däremot att den tidiga kontakten med patienten ofta underlättade vården i ett senare skede. Detta var särskilt påtagligt i de fall patienten försämrades och behovet av vård i hemmet blev större. Den tidiga kontakten innebar även ökade möjligheter för distriktssköterskan att snabbt identifiera och åtgärda problem som uppstod då patienten vistades i hemmet. En genomgång av svaren på frågan om vilken nytta patienterna tyckte att de haft av kontakten med distriktssköterskan visar även att 194 av 203 patienter angav att de haft nytta av kontakten vad gäller sjukvårdande insatser och hjälpmedel [12]. Andra aspekter där en majoritet av patienterna angav att de haft nytta av kontakten var »samtal om sjukdom och behandling« ( $n=109$ ), »trygghet i vården« ( $n=108$ ) och »kontakt

med en och samma person« ( $n=117$ ). Likaså ger distriktssköterskornas dokumentation (opublicerade data) exempel på patienter som haft behov av förbättrad smärtlindring, nutritionsstöd och/eller hjälpmedel efter att ha skrivits ut från sjukhuset. Det är rimligt att anta att snabbt insatta åtgärder för att avhjälpa problem av detta slag kan minska behovet av återinläggningar på sjukhuset.

Utökad primärvård ledde däremot inte till fler eller mer omfattande kontakter mellan husläkare och patient. En tänkbar förklaring till detta är att husläkaren visste att patienten följdes upp av distriktssköterskan. Dessutom kunde husläkaren följa sin patients behandlingar på specialistvårdskliniken genom den utökade informationen. En annan förklaring är att husläkarnas situation var så pass pressad, eftersom Husläkarslagen både infördes och avskaffades under projektperioden, att det inte fanns något utrymme för extra kontakter.

Utökad primärvård byggde på att distriktssköterskor och husläkare fick förbättrade möjligheter att följa upp och stödja cancerpatienter genom information, fortbildning och handledning. Rutinerna för detta utarbetades och implementerades av projektgruppen. Vi vill hävda att liknande rutiner med fördel kan utarbetas och implementeras inom ramen för sjukvårdens ordinarie verksamhet. Utvecklingen av IT-tjänster för hälso- och sjukvården omfattar effektiva metoder för informationsöverföring och bör även kunna underlätta konsultationer vårdgivare emellan. Samverkan bör dessutom omfatta ett utbildningsansvar, som innebär att läkare och personal från olika vårdnivåer regelbundet träffas för att utbyta kunskaper som är nödvändiga för att tillförsäkra patienten en god vård genom hela vårdkedjan.

Sammanfattningsvis pekar våra studier på att utökad information från specialistsjukvården och fortbildning och handledning för husläkare och distriktssköterskor leder till förbättrad vård i hemmet för cancerpatienter och därmed till färre vård dagar på specialistvårdsklinikerna. Utökad primärvård utgör därmed ett gott exempel på en kostnadseffektiv strategi för förbättrad samverkan mellan vårdnivåerna.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

\*

Studien genomfördes med anslag från Cancerfonden och Vårdalstiftelsen.

## Referenser

- Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001;323(7315):719-25.
- Raftery JP, Addington-Hall JM, MacDonald LD, Anderson HR, Bland JM, Chamberlain J, et al. A randomized controlled trial of the cost-effectiveness of a district co-ordinating service for terminally ill cancer patients. *Palliat Med* 1996;10(2):151-61.
- Stewart S, Marley JE, Horowitz JD. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. *Lancet* 1999;354(9184):1077-83.
- Townsend J, Frank AO, Fermont D, Dyer S, Karran O, Walgrove A, et al. Terminal cancer care and patients' preference for place of death: a prospective study. *BMJ* 1990;301(6749):415-7.
- Ädelreformen Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; April 1996. Report No: 1996:2.
- Sjukvården i Sverige 1995. Stockholm: Socialstyrelsen; 1995.
- Sjukvården i Sverige 1998. Stockholm: Socialstyrelsen; 1998.
- Socialstyrelsen. Den cancersjuka i vårdkedjan. Sammanfattning av verksamhetstillsyn i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. 2001.
- Johansson B, Berglund G, Glimelius B, Holmberg L, Sjöden PO. Intensified primary cancer care: A randomised study on home care nurse contacts. *J Adv Nurs* 1999;30(5):1137-46.
- Johansson B, Holmberg L, Berglund G, Brandberg Y, Hellbom M, Persson C, et al. Reduced utilisation of specialist care among elder-

- ly cancer patients: A randomised study of a primary health care intervention. *Eur J Cancer* 2001;37(17):2161-8.
11. Scandinavian Prostatic Cancer Group. SPCG-4. Expectant management or radical prostatectomy for early prostatic cancer (T0d-T2, NX, M0, G1-2). A multicentre study. Uppsala: Regionalt Onkologiskt Centrum; 1990.
  12. Johansson B. Intensified primary health care for cancer patients. Utilisation of medical services [dissertation]. Uppsala: Uppsala university; 2000.
  13. Hellbom M, Brandberg Y, Glimelius B, Sjöden PO. Individual psychological support for cancer patients: Utilisation and patient satisfaction. *Patient Educ Couns* 1998;34:247-56.
  14. Persson C, Johansson B, Sjöden PO, Glimelius B. A randomized study of nutritional support in patients with colorectal and gastric cancer. *Nutr Cancer* 2002;42(1):48-58.
  15. Petersson LM, Berglund G, Brodin O, Glimelius B, Sjöden PO. Group rehabilitation for cancer patients: Satisfaction and perceived benefits. *Patient Educ Couns* 2000;40(3):219-29.
  16. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: Wiley; 1989.
  17. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993;85(5):365-75.
  18. Hellbom M. Individual support for cancer patients: Effects, patient satisfaction and utilisation [dissertation]. Uppsala: Uppsala university; 2001.
  19. DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, editors. Cancer: principles and practice of oncology. Philadelphia: Lippincott; 2001.

## SUMMARY

Home care for elderly cancer patients  
More intensive follow-up and home services  
reduce the need of specialist care

**Birgitta Johansson, Bengt Glimelius, Per-Olov Sjöden**

*Läkartidningen* 2003;100:1524-31

The effects of intensified primary health care were examined in the »Support-Care-Rehabilitation« project conducted in Uppsala county 1993–1997. Intensified primary health care was one part of an individual support intervention and comprised extended information about patients from the specialist clinics, and education and supervision in cancer care for GPs and home care nurses. The aim was to improve the ability of general practitioners and home care nurses to monitor and support cancer patients. A total of 485 newly diagnosed cancer patients were randomized to intensified primary health care or to a control group (standard care). The intervention group showed a marked increase in follow-up contacts. About 90% of intensified primary health care patients reported such contacts, compared to 26% of control patients. The number of days of hospitalization at the specialist clinics for elderly patients ( $\geq 70$  yr.) randomized to the intervention group were 393 less than for elderly controls three months after diagnosis. The conclusion is that intensified primary health care constitutes a cost-effective strategy for enhancing co-operation between home care, primary health care and specialist clinics.

Correspondence: Birgitta Johansson, Clinical Research and Development, Dept of Oncology, Akademiska sjukhuset, SE-751 85 Uppsala, Sweden.  
(birgitta.johansson@onkologi.uas.lul.se)