

1. SBU:s sammanfattning och slutsatser

Bakgrund

I Sverige startades vårdformen ”Avancerad hemsjukvård” för drygt 20 år sedan i Östergötland som ett alternativ till sjukhusvård. Den avancerade hemsjukvårdens grundidé var att vid sidan av sjukhusvård bereda patienter och anhöriga en valmöjlighet som skulle medföra en förhöjd vårdkvalitet för alla parter. Det föreföll naturligt att många människor önskade få vara i sina hem med bibehållen integritet och närhet till anhöriga, i synnerhet i svåra sjukdomsskeden och vid livets slut. En enkät genomförd av Landstingsförbundet år 1998 har också visat att en stor majoritet av de undersökta personerna skulle önska få sådan vård i hemmet.

Under de sista årtiondena av 1900-talet har andelen äldre i befolkningen ökat allt mer och, eftersom sjukdomsriskerna ökar med åldern, därmed också antalet sjuka. Dessutom har man genom skonsammare teknik kunnat utföra fler tekniska och medicinska åtgärder även i högre åldrar. Landstingens ekonomi har blivit alltmer ansträngd, vilket medfört att antalet slutenvårdsplatser dragits ner kraftigt. För att i viss mån kompensera för detta har hemsjukvården byggts ut med syftet att den vårdformen skulle kunna ersätta och vara billigare än vård på sjukhus.

I en sådan situation finns det risk för att den avancerade hemsjukvårdens ursprungliga syften, som frivillighet och vårdkvalitet, kommer i skymundan. Patienterna riskerar att hänvisas till vård i hemmen utan att ha fått uttrycka sin vilja och utan att man försäkrat sig om att vården håller tillräcklig kvalitet. Anhöriga kan känna sig överbelastade och rädda. Dessutom har man befarat att även avancerad långtidsvård, såsom vid långt framskriden demenssjukdom och allmän ålderssvaghet, alltmer kan komma att föras ut till hemmen. Trycket på anhöriga kan bli alltför hårt om vårdinsatsen på så sätt utsträcks till långa perioder. För hemsjukvård krävs också att patienten har ett eget och väl lämpat hem samt helst någon anhörig som är villig att hjälpa till. Den förmodade varaktigheten har då en avgörande betydelse.

I Sverige har kvinnor en hög förvärvsfrekvens. Detta måste beaktas vid planering av avancerad hemsjukvård liksom könsrollsperspektivet. En utbyggnad av hemsjukvården kan annars resultera i att det stora ansvar kvinnor har för omvårdnad av nyfödda, barn och barnbarn i ännu större utsträckning än i dag även kommer att gälla den äldre generationens behov.

Frågan om avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering är bättre eller billigare än sjukhusvård är därför av stor betydelse såväl mänskligt som samhällsmässigt och ekonomiskt. Spridda litteraturreporter har å ena sidan talat för att hemsjukvård skulle vara billigare och å andra sidan att det skulle vara dyrare än sjukhusvård. Målet med denna rapport är att ta reda på vad som egentligen finns visat i den samlade vetenskapliga litteraturen.

Rapporten handlar om avancerad hemsjukvård, också kallad medicinskt omfattande hemsjukvård, som baseras på en läkarledd teamorganisation utrustad för att ersätta vård på sjukhus. Rapporten berör också hemrehabilitering i en form som kan förkorta sjukhusvård och ersätta dagvård. Hemrehabilitering kan dock fortsätta en period även därefter och ersätter då närmast rehabilitering i öppen vård. Rapportens huvudfrågeställning har varit om sådan avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering, enligt den vetenskapliga litteraturen, är bättre eller billigare än sjukhusalternativen.

Metod

För att få fram hemsjukvårdens och hemrehabiliteringens omfattning och kostnader i Sverige har en inventering i landet utförts under hösten 1998 av Spri på uppdrag av SBU. Resultaten har jämförts med tidigare liknande undersökningar.

Den vetenskapliga litteraturen om effekter och kostnader för hemsjukvård har sökts i databaser (år 1966–1999), genom kontroll av referenslistor, bevakning av vetenskapliga konferenser samt handsökning av relevanta tidskrifter. I flera fall har direkt kontakt etablerats med aktiva forskare inom de olika områdena.

Ett minimum för att ta med en studie i denna kunskapsöversikt har varit att effekter och/eller kostnader av avancerad hemsjukvård/hemrehabilitering jämförts med motsvarande för de konventionella vårdalternativen. En indelning har sedan gjorts i tre kvalitetsklasser:

- Resultat av studier där jämförelser gjorts mellan slumpvis utvalda grupper har oftast inneburit *högst bevisvärde*.
- I andra hand, som *medelhögt bevisvärde*, har studier med kontrollgrupper från andra geografiska områden accepterats, liksom sådana där man gjort speciella ansträngningar för att öka jämförbarheten.
- Studier med övriga typer av kontrollgrupper har bedömts ha *lägst bevisvärde* för rapportens frågeställningar eftersom sådana grupper är utvalda och därmed egentligen inte väl jämförbara.

För kostnadsstudier har samma minimikrav tillämpats beträffande kontrollgrupperna. Kvaliteten på de ekonomiska beräkningarna har dessutom bedömts med en speciell poängskala och de bästa studierna har vägts in tyngre i slutsatserna.

De specialområden som bevakats i rapporten är:

Avancerad hemsjukvård

- Palliativ hemsjukvård
- Övrig avancerad hemsjukvård

Hemrehabilitering

- Efter stroke
- Efter ortopedisk kirurgi.

Andra systematiska översiktsartiklar har också eftersökts.

Slutsatserna som presenteras i sammanfattningen för varje specialområde av litteraturöversikten har graderats. Bevisgrund A innebär säkrare vetenskapliga bevis än B, som i sin tur är säkrare än C.

Resultat

Omfattning och kostnader

Inventeringen som genomfördes hösten 1998 av Spri på uppdrag av SBU, visade att det då fanns omkring 50 enheter i landet som bedrev avancerad hemsjukvård. Årligen omhändertogs i denna vårdform 10 000–12 000 patienter. Palliativ vård i livets slutskede dominerade. Åtminstone en tredjedel av patienterna vårdades dock för kroniska sjukdomar i tidigare skeden. Medelvårdtiden var 55 dagar. Patienternas ålder varierade från 1–103 år, 70 procent var över 65 år och 56 procent var kvinnor.

Enligt beräkningar utifrån 1998 års kartläggning kunde man bereda cirka 662 000 vårddygn på ett år inom denna vårdform. Den totala sjukvårdskostnaden för detta är skattad till 580 miljoner kronor år 1997. Hemsjukvården bygger på att anhöriga gör frivilliga insatser. Dessa ingår inte i de hälsoekonomiska studier som gjorts. Inte heller ingår kostnaden för eventuella reservplatser på sjukhus. Härigenom sker en underskattning av samhällets kostnader för hemsjukvård.

Eftersom 11,5 miljoner vårddagar ägde rum i sluten vård på sjukhus utgör den avancerade hemsjukvården cirka 5 procent av det totala antalet vårddagar per år. Det motsvarar i genomsnitt omkring 29 platser per 100 000 invånare. Där avancerad hemsjukvård är mest utbyggd i Sverige i dag finns dubbelt så många platser.

I hemrehabilitering omhändertogs år 1998 cirka 5 000 patienter till en kostnad av omkring 44 miljoner kronor. Patienter som genomgått höftoperation eller stroke dominerade. Deras medianålder var 80 år, 67 procent var kvinnor och medelvårdtiden var 27 dagar. Med hemrehabilitering kunde man kanske frigöra två till sex vårddagar på sjukhus per patient, dvs 10 000–30 000 vårddagar per år. Eftersom hemrehabilitering har liknande direkta kostnader som vård på sjukhus utgör det ingen egentlig besparing. Däremot bereds fler patienter i vår åldrande befolkning möjlighet till vård på sjukhus t ex för höftoperation eller stroke, utan motsvarande dyrbart nytillskott av sjukhusplatser.

Litteratursökningen

Litteratursökningar gav växlande utfall inom de olika ämnesområdena. Totalt sett beaktades 7 207 arbeten på listor med titlar och korta sammanfattningar. Minst två personer i gruppen, oberoende av varandra, genomförde granskningen. Framför allt bortsorterades artiklar som inte innehöll uppgifter av betydelse för våra frågeställningar. Bland den stora mängden vetenskapliga publikationer valdes 464 ut som potentiellt relevanta och hela artiklarna införskaffades. Efter granskning av dessa återstod 95 för mer ingående analys. Bland dessa fanns alla studier som nu ingår i rapporten. Dessa är i många fall publicerade som en rad olika artiklar. Dessutom ingick andra översiktsartiklar samt några studier som slutligen sorterades bort för att de inte uppfyllde minimikraven kvalitetsmässigt.

Mycket få av de studier som uppfyllde kvalitetsnormerna är svenska eller nordiska. Detta är ett observandum när det gäller att tillämpa fynden på våra förhållanden. Dock finns, åtminstone inom palliativa vården, vård efter höftoperationer och hemrehabilitering efter stroke, svenska studier och erfarenheter som kunnat tas i beaktande för slutsatserna.

Tabell 1.1 Antal vetenskapliga publikationer som ingått i olika stadier av granskningsprocessen uppdelat på de olika ämnesområdena.

Kapitel	Ämnesområde	Första sökning + senare tillägg	Beställda artiklar	Mer ingående granskning
8	Avancerad hemsjukvård			
8.1	– Palliativ hemsjukvård	5 792	159	21
8.2	– Övrig avancerad hemsjukvård			
	Akut geriatrik	531	71	9
	Neurologi	33	33	2
	Infusion	4	4	–
	Lungsjukdomar	192	40	4
	Vård av barn	181	38	10
9	Hemrehabilitering			
9.1	– Efter stroke	204	89	29
9.2	– Efter ortopedisk kirurgi	270	30	20
Summa		7 207	464	95

Palliativ hemsjukvård

När det gäller palliativ vård ingick till sist 21 studier där 7 817 patienter studerats. Studierna gällde relativt korta vårdperioder i livets slutskede och det är rörande detta som följande slutsatser dras.

Såväl patienter som anhöriga var enligt den vetenskapliga litteraturen oftare tillfreds med vård i hemmet än med sjukhusvård (bevisgrund A). Beträffande symtomkontroll, funktionsförmåga och upplevelse av livskvalitet gav den avancerade hemsjukvården likvärdiga resultat med sjukhusvård (A).

Kostnadsberäkningar av acceptabel kvalitet har gjorts i fem studier som bedömts ha medelhög till hög kvalitet på genomförandet i övrigt. En stor kontrollerad, icke-randomiserad studie visade lägre kostnader per dag för hemsjukvård än för sjukhusvård. I tre studier framkom ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan de direkta sjukvårdskostnaderna för vårdalternativen. Den fjärde, mindre studien, visade lägre kostnader för hemsjukvård men det är oklart om skillnaden var statistiskt säkerställd.

Kostnadsberäkningarna är alltså osäkra. Det finns dock vetenskapliga bevis för att den palliativa hemsjukvården ger mer nöjda patienter och anhöriga utan att försämra vårdkvaliteten i övrigt.

Övrig avancerad hemsjukvård

Området akut geriatrik är dåligt definierat och studerat. Ett par studier av äldre personer med blandade sjukdomar tydde på att man kunde minska antalet sjukhusdagar (bevisgrund B) utan kvalitetsförlust (B). Huruvida detta medförde lägre kostnader är oklart.

Hemsjukvård vid svåra kroniska lungsjukdomar utmärks av att periodvis kräva avancerade insatser och ersätter då vård på sjukhus. I mellanperioder behövs relativt få insatser. I fyra studier rörande 565 patienter fann man att vårdresultat i form av lungfunktion, livskvalitet och dödlighet är likvärdiga mellan vårdformerna (B). Trots att man kunde reducera antalet sjukhusdagar och akutbesök med hemsjukvårdsteamerna (B) visade sig inte kostnaderna vara lägre än för sjukhusbaserad vård (C).

Hemsjukvård av barn är utvärderad i ett par randomiserade studier av hög kvalitet och några mindre studier med lägre kvalitet. Behandlings-

resultaten var likvärdiga mellan vårdformerna (B) men hemsjukvård medförde högre livskvalitet för det sjuka barnet (B) och dess föräldrar som också var mer nöjda (B). Frågan om hemsjukvård för barn kunde vara billigare än sjukhusvård har inte kunnat besvaras säkert med hjälp av den vetenskapliga litteraturen.

Beträffande neurologiska sjukdomar saknas studier om effekten av hemsjukvård. Inte heller är infusionsbehandling för äldre i hemmet tillfredsställande utvärderad.

Hemrehabilitering efter stroke och ortopedisk kirurgi

Hemrehabilitering efter stroke har utvärderats i sju studier med relativt högt bevisvärde. Totalt har 1 500 patienter deltagit. Rehabiliteringsresultatet för patienterna var likvärdigt med det i den reguljära vården. Således visade sig hemrehabilitering varken bättre eller sämre när det gällde att påverka patientens förmåga att klara sig själv eller att återuppta sociala aktiviteter (bevisgrund A). Depression, stress och nedsatt livskvalitet var vanligt hos patienter och anhöriga, varken mer eller mindre vid hemrehabilitering än vid andra rehabiliteringsformer (A). Tillfredsställelsen med vården var också likvärdig (A). Beträffande kostnader visade sig hemrehabilitering vid stroke billigare än regelbunden dagvård under motsvarande tid, mycket beroende på stora utgifter för dagvårdspatienternas transporter och heldagsbehandlingar flera gånger per vecka (B). När däremot hemrehabilitering jämfördes med konventionell vård, bestående av sjukhusvård, dagvård, öppenvårdsbesök och kombinationer av detta alltefter behov, var kostnaderna ungefär desamma trots att sjukhustiden kunde reduceras (B).

Hemsjukvård med rehabilitering efter ortopediska ingrepp är studerad i tio studier som uppfyllde minimikraven på kvalitet. De innefattade 2 300 patienter. Effekten av hemsjukvård beträffande patientens symtom, livskvalitet och dödlighet var likvärdig den vid sjukhusvård (B) och det var också graden av tillfredsställelse hos patienterna (B). Vårdtiderna på sjukhus har kunnat förkortas med sådana insatser (B). I dag är dock vårdtiderna på sjukhus så korta att tidigare studiers relevans är tveksam. Kostnadsjämförelserna är osäkra men tyder inte på att man vinner ekonomiskt på hemsjukvård och rehabilitering i detta sammanhang.

Slutsatser

- ☐ Avancerad hemsjukvård kan fungera mycket väl och i enlighet med många idealbild av mänskligt värdig vård för såväl barn som för vuxna personer i livets slutskede. Detta kräver valfrihet och en god och effektiv vårdorganisation med lättillgängliga sjukhusplatser.
- ☐ Alla undersökningar som sammanställts i denna rapport gäller vård under kortare tidsperioder. Vid palliativ vård och sjukvård för barn är såväl patienter som anhöriga mer nöjda med hemsjukvård än med vård på sjukhus. För övrigt uppnåddes likvärdiga resultat. Det finns inga säkra hållpunkter för att hemsjukvård skulle medföra vare sig högre eller lägre totala kostnader än andra vårdalternativ. Valfrihet och kvalitet bör därför vara de styrande faktorerna vid planering av avancerad hemsjukvård i nuläget.
- ☐ Hemrehabilitering efter stroke och ortopedisk kirurgi ger likvärdiga resultat som alternativa rehabiliteringsformer och sannolikt till jämförbara kostnader. Även här bör således valfrihet och lokala förhållanden kunna vara avgörande för hur man bäst organiserar denna vård.

Behov av fortsatt forskning

Eftersom det finns få studier rörande svenska och nordiska förhållanden är sådana angelägna. Sociala och kulturella skillnader kan göra att utländska studiers resultat inte säkert är tillämpbara här. Bakgrundsmaterialet är dock relativt omfattande när det gäller effekter av avancerad hemsjukvård i livets slutskede och även för hemrehabilitering av stroke. Något om svenska erfarenheter finns också publicerat inom dessa områden.

För övriga sjukdoms- och patientgrupper är effekten av avancerad hemsjukvård under dagens svenska förhållanden dåligt känd och behovet av välgjorda studier särskilt stort. Inte minst gäller det om man överväger sådan vård för längre perioder. Detta är inte alls studerat vare sig beträffande effekter eller kostnader. Kostnadsuppgifterna är överhuvudtaget osäkra och behöver undersökas med pålitlig metodik och för svenska förhållanden.

Nya, väl utvärderade metoder att mäta patienternas och de anhörigas upplevelse av vårdkvalitet och livssituation måste utnyttjas i forskningen.

Man måste också utveckla och tillämpa metoder att väga in anhörigas insatser i beräkning av positiva/negativa effekter samt värdera kostnaden för informell vård.

Vid rehabilitering av stroke behövs i första hand studier för att prova ut metoder att komma åt de mycket vanliga problemen med depression och sänkt livskvalitet hos patienter och anhöriga.

Utvärdering av avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering i vardagen är också angelägen. I de vetenskapliga studierna har man i regel jämfört nyetablerad verksamhet med rutinmässig, sjukhusbaserad vård. En viktig fråga är om effekterna försämras när den nya verksamheten blir rutinmässig och entusiasmen avtar eller om de rentav förbättras allt eftersom erfarenheten tilltar.