

## BILAGA 2:

### EKONOMISKA UTVÄRDERINGAR

I många rapporter inom telemedicin/televård diskuteras bristen på tydliga och tillräckligt omfattande utvärderingar av försöksprojekt (detta avser således projekt där tjänster levererats såväl internt mellan olika vårdenheter som externt till patienter i hemmet). Framför allt vad gäller ekonomiska konsekvenser som införande av teknik medför/kan medföra. Hellström (2002) refererar t.ex. till BMJ artikeln ”Telemedicine” av Wotton vid (Online Health institutionen i Australien) som visar att ekonomi och kostnadseffektivitet endast förekom i 184 av 969 artiklar om telemedicin i Peer Review granskade tidsskrifter under de senaste två åren.

Vidare undersöker Whitten m.fl. (2002) den vetenskapliga kvaliteten i internationella ekonomiska utvärderingar av telemedicinska projekt. Författarna påvisar att det inte finns tillräckligt med vetenskaplig grund i de ekonomiska utvärderingar som gjorts för att kunna dra slutsatsen att telemedicin är ett mer kostnadseffektivt sätt att leverera vårdtjänster. (Se även Whitten, Kingsley & Grigsby (2000) och andra artiklar på [www.bmj.com](http://www.bmj.com)).

Det är dock problematiskt att utvärdera nystartad/tillfällig telemedicinsk verksamhet, vilket bl.a. framgår av Carelink (2000). I många fall uppstår nya typer av tjänster tack vare telemedicin, som inte ersätter en specifik process. Det är därmed svårt att göra konkreta jämförelser med tidigare alternativ. Det är också svårt att kvantifiera de kvalitativa nyttor som ofta uppstår på individuell/nationell nivå.

#### Några exempel

Ett av få svenska exempel på ekonomiska studier av hemvård har utförts av Hjortsberg & Svarvar (1999). Författarna har jämfört kostnader för medicinskt omfattande hemvård<sup>1</sup> med slutna sjukhusvård. Undersökningen gällde cancerpatienters resursförbrukning under de 3 sista månaderna i livet. Resultaten av undersökningen visar *inte* att hemvård ger lägre kostnader för samhället i ekonomiska termer. Kostnadsfördelningen mellan olika huvudmän/vårdgivare påverkades däremot. Vare sig på kort eller på lång sikt (på lång sikt har fasta kostnader för lokaler och utrustning inkluderats) fann de för landstingens del någon signifikant kostnadsskillnad. För övriga parter visade sig kostnaderna högre för hemvårds- än för slutenvårdspatienterna.

Hammarberg, Korhonen & Söderborg (1998) finner att IT-anpassade bostäder för handikappade är ekonomiskt lönsamt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. De gör en nuvärdesberäkning där de inkluderar traditionella intäkter/kostnader samt icke-monetära nyttor som ökad/minskad livskvalitet. Författarna utgår från ett fiktivt fall: en ryggmärgsskadad person som kräver assistent dygnet runt. En IT-anpassad lägenhet gör det möjligt för patienten att vara ensam 2 h/dag. Lägenheten är utrustad med EIB som kopplas till dörrar, stereo, tv, porttelefon, dator, högtalartelefon, lampor, fönster. Kalkylen för det specifika fallet leder fram till ett positivt nettonuvärde för samhället på ca 848 000 kr. För Storstockholmsregionen skulle IT-anpassade

---

<sup>1</sup> Enligt Landstingsförbundet sjukvård som i annat fall skulle kräva slutna sjukhusvård.

lägenheter för de 34 personer med liknande skada som bor i regionen (vid tillfället då studien skrevs 1998) innebära en samhällsekonomisk vinst på 28.8 miljoner kronor.

Johnston, Wheeler, Deuser & Sousa (2000) redovisar resultat av ett projekt utfört av Kaiser Permanente, USA: s största privata icke vinstdrivande hälso- och sjukvårdsproducent. Multisjuka äldre patienter utrustades med elektroniska stetoskop och digitala blodtrycksmätare samt bildtelefoni i hemmet. Under de 18 mån som studien pågick gjordes 17 % färre hembesök i telemedicingruppen än i kontrollgruppen – som inte hade tillgång till utrustningen. Däremot var patienterna trots färre hembesök lika nöjda. Kostnaderna för hemsjukvården var 27 % lägre i telemedicingruppen än i kontrollgruppen. (Hemsjukvårdssituationen i USA är emellertid annorlunda än i Sverige).

Bouma (1998) finner inget samband mellan konsumtion av hemvård och användning av tekniska hjälpmedel i hemmet. Snarare visar resultaten att användare av hjälpmedel nyttjar mer vårdtjänster; tekniken fungerar som supplement till personlig hemtjänst. Författaren drar slutsatsen att förväntningarna på hur mycket teknik kan ersätta behov av hemtjänst är för höga. Tekniska hjälpmedel som används idag stödjer främst individer att förflytta sig. Professionella hjälper till med annat - som det inte finns hjälpmedel som stödjer. Hemtjänst och hjälpmedel kompletterar snarare än ersätter varandra.

Hellström (2002) refererar till en finsk studie där 52 % av presumtiva remisspatienter kunde bedömas fullständigt via videokonferens eller e-brevlåda under en 20 månaders period vilket sparade tid/pengar i form av eliminerat behov av fysiska besök.

Carelink (2000) utvärderar en telemedicinsk regional tumörkonferens med ett flertal regionvårdsspecialister inom olika medicinska områden i Västra Götalandsregionen<sup>2</sup>, där en studiegrupp cancerpatienter givits möjlighet att delta på distans, medan en kontrollgrupp deltog fysiskt. Patienter i studiegruppen behövde inte resa till Sahlgrenska Universitetssjukhuset för att delta, utan kopplade upp sig från länssjukhuset tillsammans med en känd läkare. För många patienter innebar de telemedicinska konsultationerna en ”ny” tjänst då de tidigare bedömts inom primärvården utan att specialister tillfrågades. Vissa patienter skulle utan telemedicin remitterats. Det visade sig att kostnader för remisshantering och besök på medicinkliniken var högre än kostnaden för en telemedicinkonferens (240 vs 400 kr)<sup>3</sup>. Den senare beror dock på utnyttjandet av videoutrustningen. Kalkylen visar på en årlig kostnadsbesparing på 270 000 kr då också taxitransporter av bilder som sker idag skulle kunna elimineras. Utvärderingen indikerar att kommunikation mellan vårdnivåerna möjliggör att patienter kan ”stanna” i primärvården i stället för att behöva remitteras m.m. vilket ger tidsvinster för både patient och vården. Utvärderingarna ovan avser olika tekniktillämpningar – i olika länder och kan därmed inte jämföras. De tjänar endast som exempel på de försök till utvärderingar som trots allt gjorts.

---

<sup>2</sup> ÖHN klinikerna vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Kärnssjukhuset i Skövde och Södra Älvsborgs Länssjukhus i Borås.

<sup>3</sup> Detta om 10 % av utrustningskostnaden fördelas på konferensen.