

Kostnader och effekter vid hjälpmedelsförskrivning

Rapport 3 av 5



En rapport från Handikappförbunden

Projektet Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet

Ett projekt med finansiering
från Allmänna Arvsfonden



Text/författare: Caroline Lund

Formgivning: Marre Ahlsén

Foto: Claes Herrlander

Utgivningsår: 2010

ISBN-nummer 978-91-86151-09-6

© Handikappförbunden

Handikappförbunden, Box 1386, 172 27 Sundbyberg
www.handikappforbunden.se

Innehåll

FÖRORD -----	4
SAMMANFATTNING -----	6
DEFINITIONER -----	7
BAKGRUND TILL STUDIEN -----	9
Handikappförbundens hjälpmedelsprojekt -----	10
Syftet med studien -----	13
Enkätundersökningen -----	13
HUR UPPFATTAR BRUKARNA SIN LIVSKVALITET OCH VAD BLIR KOSTNADEN? -----	16
Vilka hjälpinsatser finns? -----	16
Hälsorelaterad livskvalitet -----	17
Problem i det vardagliga livet-----	23
Hur hjälpmedel kan påverka livssituationen -----	24
Kostnader och kostnadseffektivitet -----	25
AVSLUTNING OCH DISKUSSION -----	29
Effekter av hjälpmedel -----	29
Perspektiv på studien -----	31
Fortsatta studier -----	33
Slutsats -----	34
FIGURFÖRTECKNING -----	35
REFERENSER -----	36

Förord

Handikappförbunden är den samlande aktören som på bred bas representerar kvinnor och män med funktionsnedsättning. Vi består av flertalet rikstäckande handikapporganisationer med sammanlagt nära en halv miljon medlemmar. Våra medlemsförbund är bärare av den mest angelägna kunskapen – den egna erfarenheten. Vår uppgift är att påverka och förändra samhället så det blir tillgängligt för alla. Vi gör det genom politiskt påverkansarbete, och vi är partipolitiskt och religiöst obundna.

Handikapprörelsen har även bildat samarbetsorgan på kommunal och regional nivå. Dessa har inga organisatoriska band med Handikappförbunden, även om det finns nära samarbete.

Den här studien är en av fem inom ramen för ett treårigt projekt inom Handikappförbunden kallat "Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet". Resultaten från de fem studierna ska ligga till grund för fortsatt arbete med att öka medvetenheten om nyttan av hjälpmedel inom landsting/region och kommun. En styrgrupp och en referensgrupp är knutna till projektet.

Vi som arbetar i projektet - Karin Andersson, projektledare och Caroline Lund, hälsoekonom - vill ge ett varmt tack till styrgrupp och referensgrupp. Med sina kunskaper och erfarenheter har de varit ett viktigt bollplank och stöd för projektet. Vi vill även framföra ett stort tack till de personer som genom sitt deltagande gjort det möjligt att genomföra studien.

Följande personer har ingått i styrgruppen:

Tommy Fröberg, Handikappförbundens kansli

Pelle Kölhed, Personskadeförbundet RTP

Elisabeth Nilsson, HSO Västerbotten

Elisabeth Wallenius, Handikappförbundens styrelse

Följande personer har ingått i referensgruppen:

Yvonne Björkman, DHR- Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder

Håkan Brodin, Statens Folkhälsoinstitut

Bengt Fernström, HSO Västra Götaland

Birgit Fredriksson, Riksförbundet Attention

Jonas Gumbel, Sveriges Kommuner och Landsting

Susanne Gärtner, Unga Hörsel

Helene Hjertman, Svenska audionomförbundet (Svaf)

Peter Lorentzon, Hjälpmedelsinstitutet

Christina Lundqvist, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Kerstin Westin Andersson, HSO Gävleborg

Sammanfattning

Syftet med studien har varit att mäta samhällets kostnader vid nyförskrivning av hjälpmedel och vilka effekter hjälpmedel har för människor med funktionsnedsättning.

Studien består av en förstudie och en efterstudie, där en grupp informanter har fått svara på enkäter vid två tillfällen. Detta för att det ska vara möjligt att mäta eventuella skillnader i hälsorelaterad livskvalitet och för att mäta om livskvaliteten förbättras av att de använder förskrivna hjälpmedel. De hjälpmedel som har ingått i kostnadseffektanalysen är hörapparat, rollator, manuell respektive eldriven rullstol.

Effekterna för individen har mätts med hjälp av det hälsorelaterade livskvalitetsinstrumentet EuroQol 5-dimensions (förkortas EQ-5D). För att mäta i vilken utsträckning problem som orsakas av funktionsnedsättningen påverkar det dagliga livet har instrumentet Problem impact rating scale (förkortas PIRS) använts.

Resultatet påvisar inte några signifikanta skillnader mellan basmätningen och uppföljningen. Detta beror på att informanterna har olika förutsättningar som i sin tur relateras till livskvalitetsinstrumentet i olika utsträckning. Det behövs fler studier på området för att kunna fastställa att det är effekter av hjälpmedlet som mäts. Det behöver också göras kartläggningar av vilka kostnader som är aktuella. Idag skiljer sig detta åt mellan brukare, men även beroende på var i landet hjälpmedlet förskrivs.

Studiens slutsats är att det i de flesta fall är kostnadseffektivt att förskriva de hjälpmedel som är aktuella i denna studie, även vid en liten uppmätt effekt.

Definitioner

Basmätning. Basmätningen sker i denna studie när informanterna svarar på den första enkäten. Basmätningen utgör en förstudie.

Effekter. Effekter syftar i denna rapport på hälsovinster (förbättringar i livskvalitet), utifrån mätningar som är gjorda med hjälp av enkätinstrument.

EuroQol 5-dimensions (förkortas EQ-5D). EQ-5D är ett mått som syftar till att mäta hälsorelaterad livskvalitet. Livskvaliteten mäts i fem dimensioner vilka motsvarar fem frågeområden: Rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor och besvär samt rädsla och nedstämdhet. Graden av begränsning beräknas i tre nivåer i varje dimension: Inga, måttliga eller svåra begränsningar¹. EQ-5D kan användas för att generera Quality-adjusted life-years (QALY).

Hälsoekonomi. Hälsoekonomi tillämpar frågeställningar inom hälso- och sjukvården med hjälp av metoder och verktyg från den ekonomiska vetenskapen. Frågeställningarna och den ekonomiska analysen används för att mäta förhållanden med anknytning till människors hälsa².

Kostnadseffektanalys. Kostnadseffektanalys beräknar effekter av hjälpinsatser. En kostnadseffektanalys beräknar alltså vilken insats som ger den lägsta samhällsekonomiska kostnaden³.

Kostnadseffektivitet. Kostnadseffektivitet är förhållandet mellan kostnad och hälsovinst³. Socialstyrelsen anger nivåer för kostnaden per Quality-adjusted life-years (förkortas QALY, se förklaring nedan) i sina riktlinjer. Enligt dessa riktlinjer är låg under 100 000 kronor, måttlig mellan 100 000 och 500 000 kronor, hög mellan 500 000 och en miljon kronor. Mycket hög kostnad per QALY är över en miljon kronor.

Känslighetsanalys. Känslighetsanalys innebär i denna rapport en prövning av hur nya värden för kostnader och effekter påverkar kostnadseffektiviteten.

Medianvärde. Medianvärdet är det mellersta värdet i en grupp av värden.

Problem impact rating scale (förkortas PIRS). PIRS är en skala som anger i vilken utsträckning problem som orsakas av en

funktionsnedsättning påverkar det dagliga livet. Skalan är en så kallad VAS-skala (se förklaring nedan), där värdet är mellan 0 och 100. Värdet 100 anger att problem som orsakas av funktionsnedsättningen påverkar det dagliga livet till 100 procent. Vid värdet 0 påverkar inte problem som orsakas av funktionsnedsättningen det dagliga livet alls⁴.

Quality-adjusted life-years (förkortas QALY). QALY är ett värde som anger kvalitetsviktade levnadsår. En QALY är ett år med full hälsa och har värdet 1,0. Alla tillstånd med någon form av ohälsa värderas till en QALY-vikt som är mindre än 1,0. Quality-adjusted life-years översätts till "kvalitetsjusterade levnadsår" på svenska³.

Signifikanstestning. Signifikanstestning innebär en testning av hur stor risken är att skillnaderna i resultatet beror på slumpen.

Uppföljning. Uppföljning sker i denna studie när informanterna svarar på den andra enkäten sex månader efter den första enkäten. Uppföljningen utgör en efterstudie.

Visuell analog skala (förkortas VAS-skala). En VAS-skala är en termometerskala med värden mellan 0 och 100, som kan användas för att mäta olika saker. Skalan används bland annat till självuppskattning av hälsa, där en person själv uppskattar sin hälsa till ett värde mellan 0 och 100. Värdet 0 innebär då maximalt dålig hälsa, och värdet 100 innebär full hälsa³. VAS-skalan PIRS (se förklaring ovan) mäter exempelvis hur mycket en funktionsnedsättning påverkar det dagliga livet.

Bakgrund till studien

I den första artikeln av FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna fastslås att alla människor är födda fria och lika i värde. Sverige har satt som mål och ambition att alla människor ska ha lika värde. Ett viktigt handikappolitiskt redskap i detta arbete är FN:s standardregler från år 1993. Standardreglerna ska tillförsäkra människor med funktionsnedsättningar delaktighet och jämlikhet. De ligger också till grund för den nationella handlingsplanen för handikappolitiken "Från Patient till medborgare" ⁵.

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ges i portalparagrafen, 2§⁶, uttryck för samma människosyn som i FN:s allmänna förklaringar om de mänskliga rättigheterna. Det innebär att människor med funktionsnedsättning ska ha rätt till habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för att uppnå likvärdiga villkor och förutsättningar som människor utan funktionsnedsättning, men så är det inte. Alltför många människor med funktionsnedsättning, medfödd eller förvärvad, får inte tillgång till rehabilitering och hjälpmedel i den omfattning som borde vara en självklarhet. Detta trots att hjälpmedel för många är en nödvändig förutsättning för god livskvalitet och delaktighet. Utan hjälpmedel blir det svårt för den enskilde att få vardagen att fungera. Olika sortiment och begränsning av hjälpmedel och distributionsformer i landstingen strider mot intentionerna bakom nuvarande lagstiftning – lika vård i hela landet.

Människor i Sverige med någon typ av funktionsnedsättning.

I Sveriges beräknas 1,2 miljoner människor ha någon typ av bestående funktionsnedsättning. Cirka tio procent av Sveriges befolkning använder hjälpmedel för att kompensera sina funktionsnedsättningar⁷.

Nästan en miljon människor har nedsatt hörsel. Vilket motsvarar 14 procent av Sveriges befolkning. Statens beredning för medicinsk utvärdering anger att cirka 560 000 personer beräknas ha så stor hörselnedsättning att de kan ha nytta av en hörapparat. Ungefär 270 000 har hörapparat, varav mer än hälften använder den regelbundet⁸.

Enligt hjälpmedelsutredningen⁷ har ungefär 600 000 personer någon form av rörelsehinder. Av dem är 75 procent över 65 år. Mer än

200 000 personer behöver hjälp att förflytta sig. Personer som är rullstolsanvändare beräknas vara 130 000 personer och 800 000 har reumatism. Av dessa 800 000 har ungefär 250 000 en kronisk reumatisk sjukdom, som till 90 procent medför handproblem. I Sverige finns ungefär 40 000 personer med utvecklingsstörning. Utvecklingsstörning innebär en medfödd eller tidigt uppkommen skada i begåvningsutvecklingen. Funktionsnedsättningarna kan kompenseras med begåvningsstödande hjälpmedel och personligt stöd. Personer med psykiska funktionsnedsättningar beräknas vara 233 000 personer. Dessa personer har betydande sociala och känslomässiga problem. Exempelvis svåra besvär av ångslan oro eller ångest. Gruppen med tal och språkstörningar kan ha fått sin funktionsnedsättning på grund av en skada i talsystemet eller på delar av nervsystemet. Svåra skador beräknas 40 000 personer ha och omkring 80 000 personer beräknas ha stamning. Läs och skrivsvårigheter anses 20 procent ha. Men det saknas vedertagna definitioner och diagnoskriterierna kan variera. Därför är det svårt att ange exakta siffror.

Elöverkänsliga beräknas vara 27 000 personer i Stockholms län enligt en undersökning gjord 1998⁹. Det skulle motsvara 130 000 i hela Sverige. För dessa personer finns hjälpmedel som skyddar mot strålning och även elsanering av exempelvis bostäder är aktuellt för vissa.

Medicinska funktionsnedsättningar är ett samlingsnamn för många kroniska och andra långvariga sjukdomstillstånd⁷. De som till följd av en kirurgisk behandling fått en funktionsnedsättning räknas till denna grupp, exempelvis 15 000 stomiopererade personer.

Andra exempel på funktionsnedsättningar (antal personer skrivs inom parentes) som inkluderas i denna grupp är personer med astma (470 000), diabetes (200 000), psoriasis (200 000) epilepsi (100 000), urininkontinens (500 000), njursjuka (1 300), blödarsjuka (1 000) och 300 personer har cystisk fibros. Det finns ungefär 120 000 barn och ungdomar med neuropsykiska funktionsnedsättningar exempelvis DAMP och ADHD.

Handikappförbundens hjälpmedelsprojekt

I ett samhälle som är till för alla är rätten till hjälpmedel en självklarhet. Tyvärr ser inte verkligheten ut så för människor som

behöver hjälpmedel. Möjligheten att få de hjälpmedel som behövs styrs av var i landet en människa bor, vilken funktionsnedsättning den har och vilket hjälpmedel den är i behov av.

Stora olikheter inom landet innebär ojämlika villkor för den enskilde. Det kommunala självstyret ger landsting och kommuner möjlighet att fatta egna beslut på hjälpmedelsområdet. Avgifter och regelverk ser olika ut i olika landsting, regioner och kommuner. Samtidigt har nedskärningar, besparingar och införandet av egenavgifter på hjälpmedel slagit hårt mot de som redan har en ansträngd ekonomi på grund av sin funktionsnedsättning.

Den tekniska utvecklingen i samhället har skapat nya möjligheter för människor att få tillgång till hjälpmedel. Det finns idag ett stort utbud av produkter som kan vara till hjälp i vardagen, trots detta är det svårt för nya grupper att få hjälpmedel.

Hjälpmedelsområdet är svårtillgängligt. Många brukare får inte tillräckligt mycket information om vilka hjälpmedel det finns att välja mellan, och en del har inte tillgång till några hjälpmedel över huvud taget.

Handikappförbundens projekt "Hjälpmedel - en förutsättning för delaktighet och god livskvalitet" genomförs i samarbete med Hjälpmedelsinstitutet och med stöd från Arvsfonden. Fokus är på hjälpmedel som förskrivs inom hälso- och sjukvården. Projektet är treårigt och startade i februari 2008 och beräknas pågå fram till den 31 januari 2011. Syftet med projektet är att skapa förutsättningar för att kvinnor och män med funktionsnedsättning ska få rätt till hjälpmedel utifrån människovärdes principen som grund, att bra behovsbedömningar ska eftersträvas och att kvinnor och män behandlas likvärdigt oavsett var i landet de bor. Projektet mål är att ta fram ett Kunskapsmaterial inom hjälpmedelsområdet vilket ska vara till stöd för de organisationer som arbetar intressepolitiskt med hjälpmedelsfrågor. Denna rapport är ett underlag till Kunskapsmaterialet.

Tidigare hjälpmedelsprojekt och hjälpmedelsstudier

"Fritt val av hjälpmedel" är ett försöksprojekt som bedrevs i landstingen i Kronoberg, Sörmland och Stockholm mellan år 2007 och 2009. Syftet med projektet var att ta fram och prova idéer om hur

ett friare val av hjälpmedel kan gå till i praktiken. Målet med projektet var att öka brukarnas inflytande vid val av hjälpmedel. Målet var också att underlagen för framtida beslut ska bli så allsidiga som möjligt.

En studie av kommunernas forsknings- och utvecklingsenhet för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård i Jämtlands län visar på att behovet av hemtjänst för att tvätta sig minskar med hjälp av arbetsterapeutiska insatser. I de fall som undersöktes minskade kostnaderna för hemtjänst med två tredjedelar¹⁰.

”Rörelsehinderprojektet” genomfördes 2003 och syftade till att undersöka om brukare får de hjälpmedel de behöver. Slutsatserna var bland annat att information om hjälpmedel måste förbättras, att hjälpmedelsförteckningen ska vara behovsstyrd och att avgifter på hjälpmedel bör tas bort¹¹.

Hälsoekonomiska utvärderingar av hjälpmedel

Enligt en studie gjord av Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT) vid Linköpings universitet har hörapparatförskrivning en hög kostnadseffektivitet¹². CMT undersökte kostnadseffektiviteten och effekterna vid nyförskrivning av hörapparater. Med fritt val av hörapparat (antingen analog eller digital) gav förskrivningens kostnadseffektivitet en kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) på 80 000 kronor, mätt med instrumentet EQ-5D. Hörapparaten gav en höjning i livskvalitet som uppskattades stå sig i fem år.

CMT har även gjort en studie av kostnadseffektiviteten och effekterna vid nyförskrivning av rollatorer. Arbetet skedde i samverkan med Östergötlands, Jönköpings och Kalmar län. Studien genomfördes som en för- och efterstudie med tre månader mellan undersökningstillfällena. Resultatet gav en kostnad per QALY på 24 000 kronor mätt med EQ-5D¹³.

En annan beräkning från 2001 visar att om rollatorer minskar antalet fallolyckor med bara en halv procent skulle det motsvara den totala samhällskostnaden för rollatorer varje år¹⁴.

Syftet med studien

Studiens syfte har varit att mäta samhällets kostnader vid nyförskrivning av hjälpmedel och effekterna av hjälpmedel för människor med funktionsnedsättning.

Frågeställningar

De frågor som har legat till grund för studien är:

- Har hjälpmedel någon effekt på brukares livskvalitet?
- I vilken utsträckning påverkas brukare av sin funktionsnedsättning?
- Vilken kostnad innebär det att förskriva olika hjälpmedel?
- Är det kostnadseffektivt att förskriva hjälpmedel?

Enkätundersökningen

Arbetet med studien påbörjades under våren 2008. Målsättningen var att med hjälp av förskrivare nå ut till 1 000 personer som ville ställa upp som informanter. Exempel på yrken där förskrivning av hjälpmedel förekommer är arbetsterapeut, sjukgymnast, distriktssköterska och audionom.

I samråd med Hjälpmedelsinstitutet valdes fyra län ut för studien: Gävleborgs län, Västerbottens län, Västmanlands län och Kalmar län. Länen valdes ut för att få en geografisk spridning och variation i befolkningsstorlek.

Målgruppen för studien var personer över 18 år som får hjälpmedel förskrivet för att kompensera en förvärvad eller medfödd funktionsnedsättning.

Enkäternas utformning och distribution

De två enkäterna i studien togs fram i samarbete med projektets styrgrupp och referensgrupp. Statistiska centralbyrån (SCB) gav sedan synpunkter på frågorna.

EQ-5D är det mått som vanligtvis används i Europa vid bedömning av kostnadseffektivitet. Efter en diskussion med styrgruppen och referensgruppen beslutades att två tilläggsfrågor skulle användas för att bättre få svar på frågor kring rörlighet och delaktighet.

För att säkerställa möjligheten att nå ut med tillräckligt många enkäter gjordes en inventering av hur många förskrivare som arbetade i respektive län. Därefter skickades ett informationsbrev till den politiskt ansvarige i respektive län. Brevet innehöll information om studien och en förfrågan om att få ta kontakt med ansvariga verksamhetschefer. Verksamhetschefernas medverkan var nödvändig för att vidare komma i kontakt med förskrivare, som i sin tur kunde dela ut enkäter till informanterna.

Distributionen av enkäterna planerades så att förskrivaren skulle överlämna basmätningenkäten till informanten när förskrivningen var klar, eller i samband med att informanten fick sitt eller sina hjälpmedel. Förskrivaren skulle informera brukaren om att undersökningen omfattade två enkäter. De som besvarade basmätningenkäten fick välja om de sedan också ville besvara uppföljningsenkäten sex månader senare. Uppföljningsenkäterna skickades direkt till informanterna med post.

Fyra veckor avsattes för att dela ut enkäterna. Det visade sig dock vara svårt att få ut enkäterna i tid, bland annat för att förskrivarna inte kom i kontakt med tillräckligt många personer. Tiden förlängdes då med ytterligare två veckor. Trots detta gick det inte att få ut mer än drygt hälften av enkäterna. Allra svårast var det i Gävleborgs län, där en omorganisering i landstinget gjorde det svårt att komma i kontakt med ansvariga chefer. Dessutom pågick en annan studie i Gävleborg vilket gjorde att många förskrivare redan var upptagna och inte kunde delta. Förskrivarna delade ut 525 av 980 basmätningenkäter. För mer information se Hjälpmedelsprojektets rapport, Brukares erfarenheter av hjälpmedel och förskrivning¹⁵.

Verktyg för analys

Företaget WSP Analys & Strategi ansvarade för adressregister, distribution av uppföljningsenkäten, datainsamling och upprättandet av materialet i en datafil.

I denna studie har två typer av mått för att mäta effekter använts, EuroQol 5-dimensions (EQ-5D) och Problem impact rating scale (PIRS)⁵.

EQ-5D mäter hälsorelaterad livskvalitet¹⁶. Resultatet i EQ-5D räknas fram och redovisas som en genomsnittssiffra med ett värde mellan 0

och 1. Värdet 1 är bästa möjliga livskvalitet och värdet 0 är sämsta möjliga livskvalitet. Värdet räknas fram utifrån uppskattningar av hälsotillstånd. Uppskattningarna kommer från en brittisk befolkningsstudie som genomfördes 1993¹⁷. EQ-5D-formuläret består av fem frågeområden (så kallade dimensioner): Rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor och besvär samt oro och nedstämdhet. För just denna studie har instrumentet dessutom kompletterats med två tilläggsfrågor gällande förflyttning och sociala relationer, vilka ska fungera som komplement till EQ-5D-dimensionerna "rörlighet" och "huvudsakliga aktiviteter". EQ-5D kan användas för att generera Quality-adjusted life-years (QALY). PIRS mäter i hur stor utsträckning problem som orsakas av funktionsnedsättningen påverkar det dagliga livet. Instrumentet är en termometerskala, som är graderad från 0 till 100. Informanten markerar själv på skalan i vilken utsträckning det dagliga livet påverkas vid tidpunkten för undersökningen^{18, 19}. Skalvärdet 0 (noll) motsvarar "ingen påverkan alls" och skalvärdet 100 motsvarar "total påverkan".

Alla resultat är signifikantstestade. Signifikantstestning innebär en testning av hur stor risken är att skillnaderna i resultatet beror på slumpen. Skillnaderna var inte signifikanta och därför redovisas inte detta ytterligare.

Beräkning av kostnadseffektivitet

Kostnaderna för hjälpmedel är beräknade utifrån resursförbrukningen under ett år. En genomsnittlig inköpskostnad för ett hjälpmedel och vad det kostar för landstinget eller kommunen att förskriva hjälpmedel har beräknats. Inköpspriset för hjälpmedlen är utslaget på fem år för hörapparater och rollatorer respektive nio år för rullstolar, liksom i tidigare studier^{13, 20}. Övriga kostnader som hör ihop med hjälpmedlet (till exempel lagerhållning, reparationer och underhåll) har inte beräknats i denna studie. Se avsnittet Diskussion för anledningen till detta.

Kostnadseffektiviteten beräknas under ett år. Nyttan av hjälpmedlet och resursförbrukningen är inkluderad, vilket motsvarar livskvalitetsvinsten och förskrivningskostnaden i likhet med andra studier^{12, 13}.

Hur uppfattar brukarna sin livskvalitet och vad blir kostnaden?

Informanterna består av totalt 269 personer från Gävleborgs län, Västerbottens län, Västmanlands län och Kalmar län. Samtliga informanter har fått ett eller flera hjälpmedel förskrivna, och har sedan fått besvara två enkäter med sex månaders mellanrum. Den första enkäten som delades ut är en förstudie som kallas för basmätningen, och den andra enkäten är en efterstudie som kallas för uppföljningen. Utöver bortfallet av informanter mellan basmätningen och uppföljningen förekommer ett internt bortfall på enstaka frågor i enkäten.

De 269 informanterna kallas i fortsättningen för "hela gruppen". Av dessa är 147 informanter kvinnor och 120 är män. Medelåldern för hela gruppen är 70 år för kvinnor och 72 år för män. Medianåldern är 74 år för kvinnor och 73 år för män. Den yngsta informanten är 28 år och den äldsta är 92 år.

Hela gruppen delas sedan in i fyra undergrupper: "Erfarenhetsgruppen", "förstagångsgruppen", "rörelsegruppen" och "hörselgruppen". Erfarenhetsgruppen är den grupp informanter som har tidigare erfarenhet av förskrivning av något hjälpmedel, medan förstagångsgruppen är den grupp informanter som **inte** har tidigare erfarenhet av förskrivning, rörelsegruppen är den grupp informanter som har fått rörelsehjälpmedel (till exempel rollator eller rullstol), och hörselgruppen är den grupp informanter som har fått hörselhjälpmedel (till exempel hörapparat). Dessa fyra grupper analyseras sedan var för sig.

Studiepopulationen är dessvärre för liten för att det ska gå att analysera statistiska skillnader **inom** grupperna. Fokus i detta material ligger istället på skillnader **mellan** grupperna, exempelvis mellan hörselgruppen (med medelåldern 69 år) och rörelsegruppen (med medelåldern 72 år). Grupperna som har fått övriga hjälpmedel, till exempel duschpall och arbetsstol, analyseras inte specifikt i denna rapport.

Vilka hjälpinsatser finns?

Enkäten efterfrågar vilka olika typer av hjälpinsatser informanterna har, exempelvis färdtjänst, hemtjänst och obetald hjälp. Obetald hjälp

innebär ideell hjälp av närstående, det vill säga av släktingar eller vänner. För att det ska vara möjligt att mäta en eventuell förändring av mängden hjälpinsatser måste informanterna besvara frågan i både basmätning- och uppföljningsenkäten.

I förstagångsgruppen är det få som har angett att de har hjälpinsatser. Enbart 13 informanter har angett att de har färdtjänst, och av dem har bara åtta angett hur ofta de använder tjänsten. Endast tre informanter har angett att de har mindre färdtjänst (antal gånger per månad) och fem har angett att de har mer färdtjänst i uppföljningsenkäten. Liknande resultat gäller frågan om hemtjänst, där två informanter har angett att de har fått mindre hemtjänst och fyra har fått mer hemtjänst vid uppföljningen.

Sammanlagt 19 informanter har angett att de har obetald hjälp, och av dem har sju fått mindre hjälp och fem mer hjälp vid uppföljningen. Tre informanter har angett att de har obetald hjälp dagligen.

Några slutsatser om huruvida det förskrivna hjälpmedlet har haft betydelse för en minskning i behovet av hjälp eller inte går dessvärre inte att se utifrån dessa svar.

Hälsorelaterad livskvalitet

Sammanlagt svarade 316 informanter på EQ-5D-formuläret vid basmätningen, och av dessa besvarade 269 personer EQ-5D-formuläret vid uppföljningsenkäten som skickades ut efter sex månader. Utöver bortfallet av informanter mellan basmätningen och uppföljningen förekommer ett internt bortfall på enstaka frågor i enkäten. Detta gör att antalet observationer skiljer sig åt mellan figurerna. I figur 6-18 anges därför hur många som besvarat just den frågan, där variabeln "n" anger antal observationer.

Figurerna nedan baseras på resultatet av basmätningen och uppföljningen, alltså på de 269 informanter som har besvarat båda EQ-5D-formulärena. Dessutom analyseras de fyra grupperna (erfarenhetsgruppen, förstagångsgruppen, rörelsegruppen och hörselgruppen).

Figur 1 till 3 visar hur den hälsorelaterade livskvaliteten mäts i de olika grupperna enligt EQ-5D-formuläret. Livskvaliteten anges på

skalan 0-1, där ett ökat värde innebär förbättrad livskvalitet. Samtliga resultat baseras på informanternas egna uppskattningar.

Figur 1. Den hälsorelaterade livskvaliteten för hela gruppen (de 269 informanter som besvarade båda enkäterna).

	Basmätning	Uppföljning	Skillnad
Kvinnor (n=147)	0,54	0,55	0,01
Män (n=120)	0,56	0,56	0
Alla (n=269)	0,55	0,56	0,01

Figur 2. Den hälsorelaterade livskvaliteten för förstagångsgruppen och erfarenhetsgruppen.

	Basmätning	Uppföljning	Skillnad
Förstagångsgruppen (n=104)	0,66	0,65	-0,01
Erfarenhetsgruppen (n=150)	0,46	0,47	0,01

Figur 3. Den hälsorelaterade livskvaliteten för rörelsegruppen och hörselgruppen.

	Basmätning	Uppföljning	Skillnad
rörelsegruppen (n=103)	0,41	0,43	0,02
hörselgruppen (n=94)	0,78	0,77	- 0,01

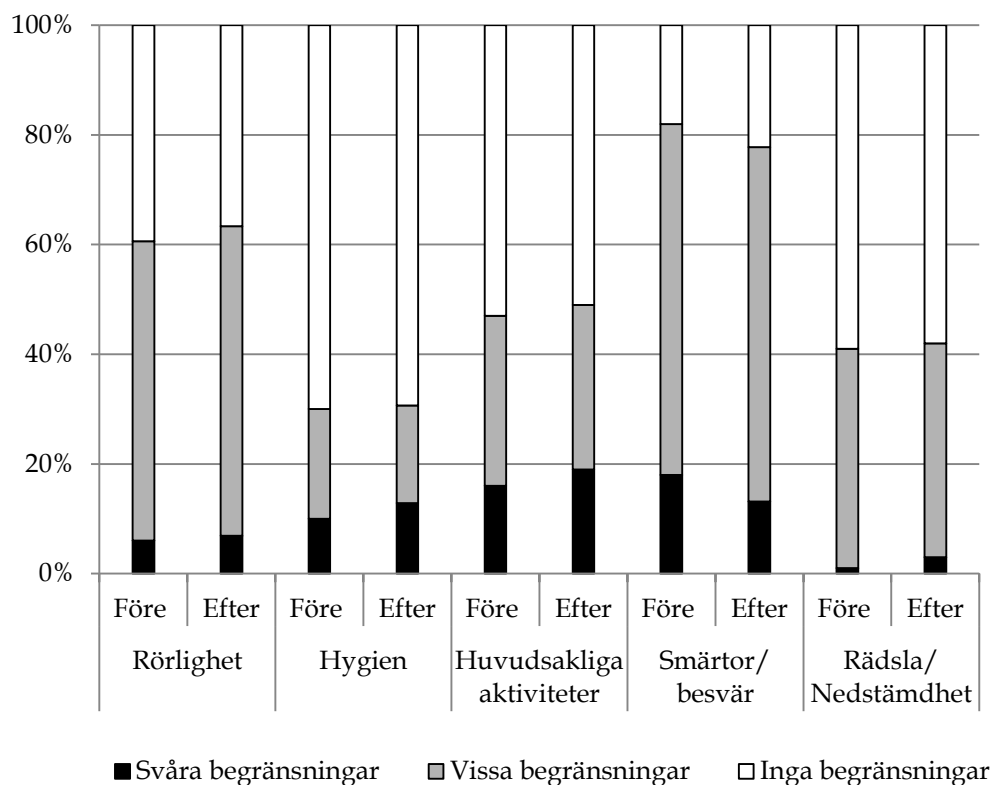
Figurerna visar att skillnaderna inom grupperna är mycket små, men att det för hela gruppen har skett en liten förbättring i livskvalitet. För förstagångsgruppen och erfarenhetsgruppen är skillnaden obetydlig, där erfarenhetsgruppen har en lägre uppmätt livskvalitet (0,47) än förstagångsgruppen (0,65). Detta kan bero på att informanterna i erfarenhetsgruppen eventuellt har en mer omfattande funktionsnedsättning som påverkar EQ-5D instrumentets dimensioner i större utsträckning.

Skillnaden mellan rörelsegruppen (0,43) och hörselgruppen (0,77) är tydligare. En anledning till detta kan vara att värdet i EQ-5D-instrumentet är relativt okänsligt och inte passar in på de situationer som är aktuella för informanterna i hörselgruppen.

De tre svarsalternativen i EQ-5D-instrumentet och förändringen mellan basmätningen och uppföljningen presenteras i figurerna 4-6.

Figur 4 visar att skillnaden mellan basmätningen och uppföljningen är relativt liten inom hela gruppen, och att skillnaden beror på att få informanter har upplevt en förändring (varken positiv eller negativ). Få informanter har svåra begränsningar inom EQ-5D-dimensionen "rädsla och nedstämdhet". "Smärtor och besvär" är däremot den dimension som flest informanter har begränsningar inom, vilket också är den dimension där det tydligast har skett en förbättring vid den andra mätningen (uppföljningen).

Figur 4. De tre svarsalternativen vid basmätningen och uppföljningen för de fem dimensionerna i EQ-5D. Antal observationer i hela gruppen (n=269) anges i procent.

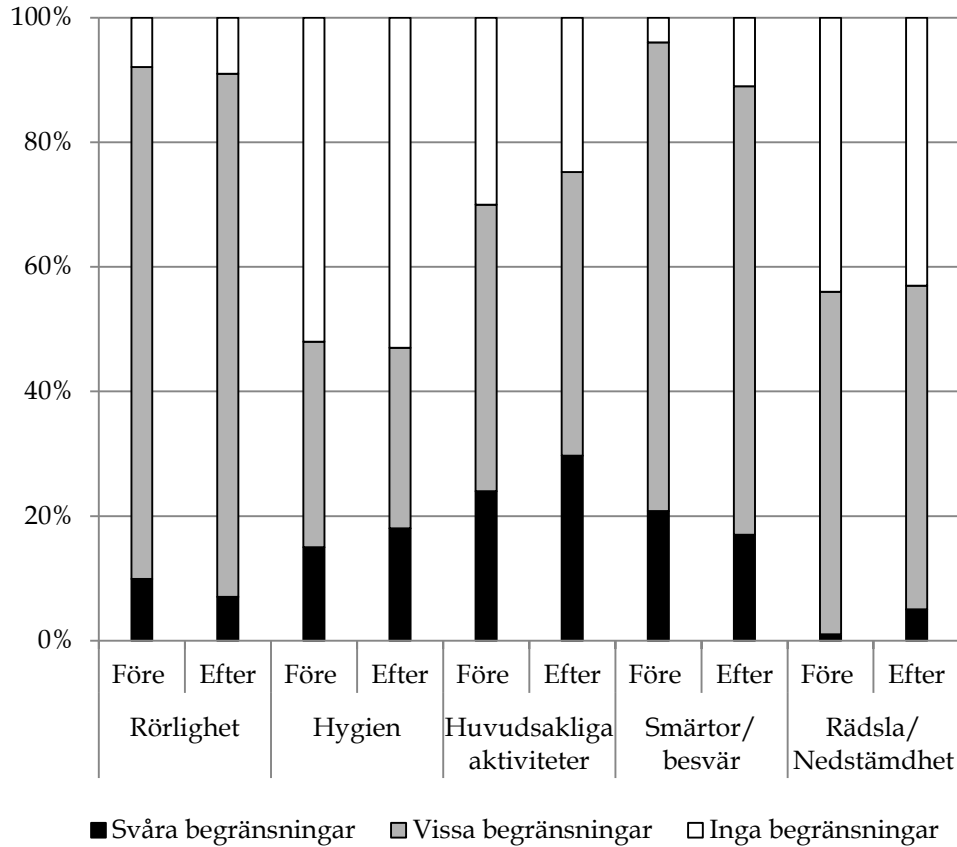


Skillnaden mellan förstagångsgruppen och erfarenhetsgruppen är inte särskilt stor. Erfarenhetsgruppen har dock större begränsningar än förstagångsgruppen inom samtliga dimensioner.

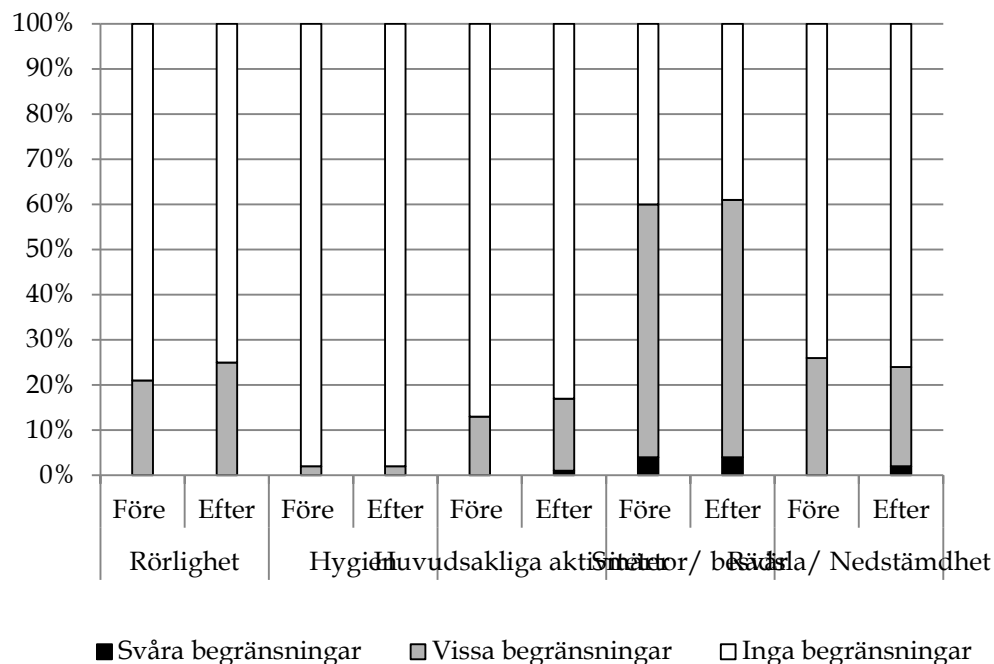
Skillnaden mellan rörelsegruppen och hörselgruppen är desto större, vilket visas i figur 5 och 6. Rörelsegruppen har större begränsningar än hörselgruppen inom alla områden. Smärtor och besvär är den

dimension som båda grupperna har störst begränsningar inom, och där det vid uppföljningen tydligast har skett en förbättring för rörelsegruppen.

Figur 5. De tre svarsalternativen vid basmätningen och uppföljningen för de fem dimensionerna i EQ-5D. Antal observationer rörelsegruppen (n=103) anges i procent.



Figur 6. De tre svarsalternativen vid basmätningen och uppföljningen för de fem dimensionerna i EQ-5D. Antal observationer i hörselgruppen (n=94) anges i procent.

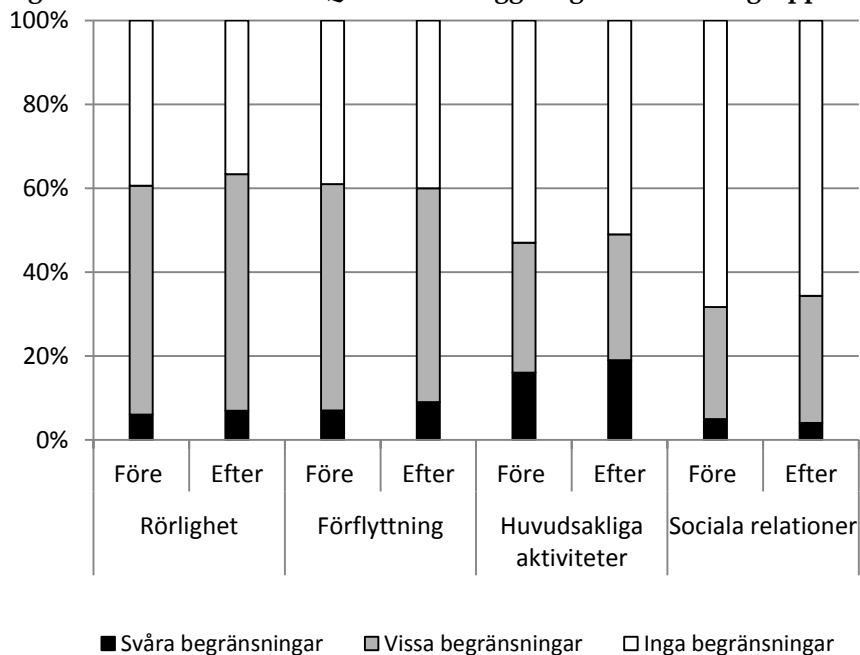


De två tillägsfrågorna i enkäten, "förflyttning" och "sociala relationer", ska fungera som komplement till EQ-5D-dimensionerna "rörlighet" och "huvudsakliga aktiviteter".

Figur 7 visar att svaren på frågan om förflyttning inte skiljer sig särskilt mycket från svaren på rörlighet för hela gruppen. Skillnaden mellan huvudsakliga aktiviteter och sociala relationer är däremot större. Informanterna har angett att de har större begränsningar i dimensionen "huvudsakliga aktiviteter" än i dimensionen "sociala relationer".

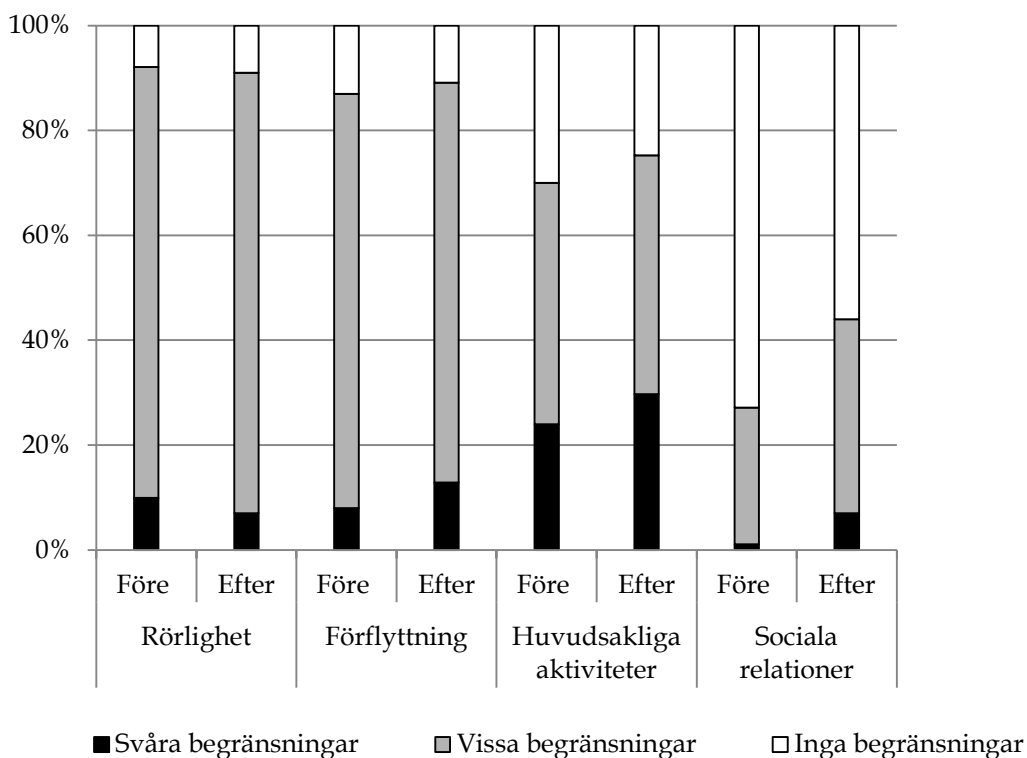
Erfarenhetsgruppen har större begränsningar än förstagångsgruppen i samtliga dimensioner.

Figur 7. Skillnad mellan EQ-5D och tillägsfrågorna för hela gruppen (n=269).

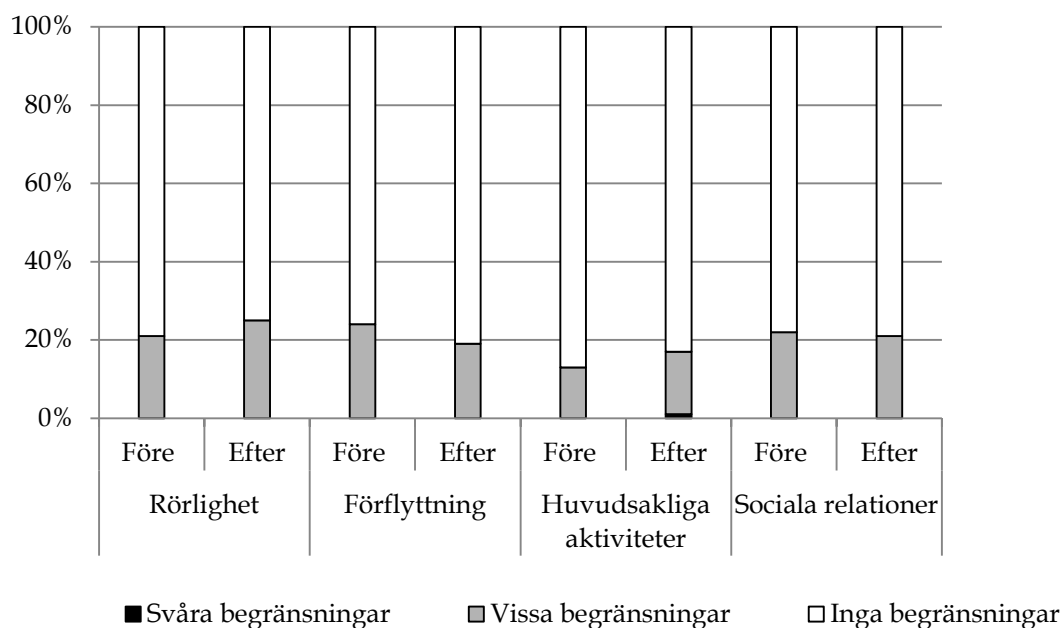


Figur 8 och 9 åskådliggör den markanta skillnaden mellan hörselgruppen och rörelsegruppen. Hörselgruppen påvisar knappt några begränsningar, medan rörelsegruppen har stora begränsningar i samtliga dimensioner.

Figur 8. Skillnad mellan EQ-5D och tillägsfrågorna för rörelsegruppen (n=103).



Figur 9. Skillnad mellan EQ-5D och tilläggsfrågorna för hörselgruppen (n=94).



Problem i det vardagliga livet

För att mäta i hur stor utsträckning problem som orsakas av en funktionsnedsättning påverkar informanternas dagliga liv har det standardiserade instrumentet Problem impact rating scale (PIRS) använts i denna studie. Värdet anges på en skala mellan 0 och 100, där värdet 100 innebär att problem som orsakas av funktionsnedsättningen påverkar det dagliga livet till 100 procent och värdet 0 innebär att problem orsakade av funktionsnedsättningen inte påverkar det dagliga livet alls. Ett minskat värde innebär således en minskad andel problem som orsakas av funktionsnedsättningen i det dagliga livet.

Figur 10 visar att skillnaden mellan män och kvinnor är liten men att det går att se en liten förbättring på hela gruppen. För förstagångsgruppen har en förbättring skett vid uppföljningen. För erfarenhetsgruppen har det däremot skett en liten försämring (figur 11).

Figur 10. PIRS - värdet för hela gruppen.

	Basmätning	Uppföljning	Skillnad
Kvinnor (n=127)	52,94	50,63	2,31
Män (n=105)	49,55	48,69	0,86
Alla (n=234)	51,35	49,67	1,68

Figur 11. PIRS - värdet för förstagångsgruppen och erfarenhetsgruppen.

	Basmätning	Uppföljning	Skillnad
Förstagångsgruppen (n=86)	42,26	36,93	5,33
Erfarenhetsgruppen (n=137)	58,89	60,01	-1,12

Figur 12 visar att det vid uppföljningen har skett en förbättring för hörselgruppen, men en liten försämring för rörelsegruppen. Rörelsegruppen har angett att problem orsakade av funktionsnedsättningen påverkar det dagliga livet mer än dubbelt så mycket som hörselgruppen, vilket också stämmer överrens med resultatet från livskvalitetsmätningen med EQ-5D .

Figur 12. PIRS - värdet för rörelsegruppen och hörselgruppen.

	Basmätning	Uppföljning	Skillnad
Rörelsegruppen (n=92)	63,75	66,11	-2,36
Hörselgruppen (n=80)	31,56	26,65	4,91

Hur hjälpmedel kan påverka livssituationen

En enkätfråga handlade om hur hjälpmedlet har påverkat informanternas livssituation. Figur 13 visar att mer än hälften av informanterna anser att de fått en förbättrad livssituation tack vare sitt eller sina hjälpmedel. Procenttalet representerar de informanter som har angett att de har fått en förbättrad livssituation, medan resterande informanter har valt andra svarsalternativ, antingen "Nej, min livssituation är oförändrad", "Jag kan inte bedöma hur det

påverkat min livssituation”, ”Jag har inte använt mitt/mina hjälpmedel” eller ”Vet ej/frågan är inte aktuell”.

Figur 13. Antal informanter som har fått en förbättrad livssituation tack vare hjälpmedel.

Kvinnor	58 % (82 av 141)
Män	72 % (81 av 113)
Förstagångsgruppen	70 % (67 av 96)
Erfarenhetsgruppen	59 % (85 av 145)
Rörelsegruppen	61 % (58 av 95)
Hörselgruppen	78 % (74 av 95)

Kostnader och kostnadseffektivitet

Nedan redovisas de genomsnittskostnader som har uppskattats i denna studie. Dessa kostnader kan beräknas på olika sätt men detta uppskattas vara det mest rimliga utifrån de bristfälliga fakta som fanns tillgängligt. Inköpskostnaden innebär kostnaden som landstinget eller kommunen har vid inköp av respektive hjälpmedel. Gällande rullstolar och hörapparater skiljer sig priset åt beroende på modell och tillbehör, varvid ett genomsnittpris har beräknats. Kostnaden för förskrivningen innebär vad det kostar för landstinget vid olika vårdkontakter med exempelvis arbetsterapeuter eller sjuksköterskor. Kostnaderna anges i 2009 års värde.

Kostnader vid förskrivning av hjälpmedel

Landstingets kostnad för vårdkontakter är 788 kronor för ett besök hos arbetsterapeut²¹. Kostnaden för ett besök hos audionom beräknas vara 352 kronor, alltså samma kostnad som vid besök hos sjuksköterska²¹. Vid en hörapparatförskrivning krävs i snitt fyra besök hos en audionom, vilket innebär en kostnad på cirka 1 409 kronor (352 kronor multiplicerat med 4)¹³. Något läkarbesök är inte inkluderat i denna uträkning eftersom de flesta patienter inte

behöver besöka en läkare utan enbart träffar en audionom. Antalet besök hos en arbetsterapeut för en rollator är uppskattat till två besök i genomsnitt, respektive tre besök för en manuell rullstol. För en elrullstol är uppskattningen sex besök, varav fyra av besöken är för utprovning och två besök är för träning i användning^{22, 23}.

Styckpris för en rollator är cirka 1 500 kronor²⁴, en bakhjulsdriven rullstol cirka 10 300²⁰, och en elrullstol kostar 52 530 kronor²⁰. Hörapparater kostar cirka 3 200 kronor för två stycken, men priset varierar från 1 200 till 2 000 kronor styck²⁵. Tillverkning av en hörapparatsinsats uppskattas till 600 kronor (mellan 300-700 kronor)²⁶. Figur 14 sammanfattar kostnaderna ovan.

Figur 14. Kostnader vid förskrivning av hjälpmedel.

	Hörapparater	Rollator	Rullstol	Elrullstol
Genomsnitt				
styckpris	3 200	1 500	10 300	52 530
Utprovning kostnad	1 409	1 576	2364	4 590
Tillverkning	600			
Totalt	5 209	3 076	12 664	57 120

Kostnadseffektivitet

Kostnadseffektiviteten har konstaterats genom en kostnadseffektanalys som beskriver hur stor kostnaden är per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY). Figur 15 visar kostnaden för hjälpmedlen. Kostnaden för hjälpmedlet divideras med förbättringen i livskvalitet (effekten) för att räkna ut QALY. Effekten 0,02 är en uppskattad förbättring i livskvalitet. Detta antagna värde är för att visa vad en liten effekt har för påverkan på kostnadseffektiviteten gällande de hjälpmedel som fokuserats på i denna analys. Inga signifikanta skillnader i effekt kunde uppvisas i denna studie därför används 0,02 i figur 15 och 16.

Effekten (0,02) och användningstiden för hjälpmedlen rollator och hörapparat antas stå sig i drygt fem år¹². Användningstiden för manuell respektive elrullstol antas stå sig i nio år²⁰. Detta innebär att kostnaden för hjälpmedlet och även effekten beräknas sträcka sig

över en viss tidsperiod, i detta fall fem respektive nio år. Uträkningen för QALY gällande till exempel hörapparater ser följaktligen ut så här: $(5\,209 \div 0,02) \div 5 = 52\,090$. I figur 15 analyseras kostnaden per QALY räknat på de fem respektive nio första åren.

Figur 15. Kostnadseffektanalys.

	kostnader	effekt	kostnad per QALY på fem och nio år
hörapparat	5 209	0,02	52 090
rollator	3 076	0,02	30 759
rullstol	12 664	0,02	70 355
elrullstol	57 120	0,02	317 333

Kostnadseffektanalysen ovan visar att hjälpmedlen i studien är kostnadseffektiva att förskriva, även om en effekt på 0,02 anses vara liten. En nivå som ligger kring 500 000 kronor per QALY kan användas som ett riktmärke för vad som anses vara en rimlig kostnadseffektivitet i Sverige. Detta är för att kunna förhålla sig till hög respektive låg kostnadseffektivitet, där kostnaden per QALY ska vara så låg som möjligt.

Känslighetsanalys

En känslighetsanalys beskriver hur kostnaden per QALY förändras i samband med att kostnader eller effekter förändras. I denna känslighetsanalys har en förändring i kostnad med 20 procent använts, där kostnaden för hjälpmedlen antas minska respektive öka med 20 procent, vilket redovisas i figur 16.

Förändringarna i effekt är tagna från andra studier, 0.07¹² respektive 0.04¹³. Kostnad per QALY är ett basalternativ som sedan förändras i och med att kostnader och effekter ändras.

Figur 16. Känslighetsanalys som anger förändring i kostnaden per QALY.

Känslighetsanalys (förändring i kostnad per QALY)

	kostnad per QALY	kostnader -20%	Kostnader +20%	effekt 0,04	effekt 0,07
hörapparat	52 090	47 923	56 257	26 045	14 883
rollator	30 759	28 298	33 220	15 380	8 788
rullstol	70 355	64 726	75 983	35 177	20 101
elrullstol	317 333	291 947	342 720	158 667	90 667

Vid förändringar i kostnad eller effekt infinner sig kostnaden per QALY inom rimlig nivå (500 000 per QALY). Kostnaden per QALY ligger inom vad som anses vara kostnadseffektivt. Om effekten ökar till nivåer som är uppmätta i andra studier blir resultatet av förskrivningen av hjälpmedel ännu mer kostnadseffektivt. Rollatorn kan ses som mycket kostnadseffektiv att förskriva i denna studie. Elrullstolen ligger också inom vad som anses vara kostnadseffektivt, vid en låg effekt (0,02).

Avslutning och diskussion

Det är många äldre som får hjälpmedel vilket speglar resultatet i denna studie där medelåldern är hög. Detta är även resultatet i de två andra hälsoekonomiska studierna som är gjorda inomhjälpmedelsområdet^{12,13}. I förstagångsgruppen är medelåldern för hörselgruppen lägre än för rörelsegruppen. En anledning till detta är att människor vid högre ålder oftare får problem med hörseln innan de får problem med att röra sig eller exempelvis synproblem²⁷. Informanternas utgångsläge är osäkert, men det är intressant om de hade haft sämre livskvalitet om de inte hade haft tillgång till hjälpmedel.

Effekter av hjälpmedel

Effekter av hjälpmedel kan förändras över tid. I början, innan en person vant sig vid hjälpmedlet, kan effekten vara något lägre för att sedan öka. Därför är det viktigt att följa informanterna över en längre tid, så att det går att fastställa vad som kan göras för att bibehålla en effekt så länge som möjligt. Ju längre effekten håller i sig, desto mer kostnadseffektiv blir insatsen (särskilt om kostnaden är beräknad som en engångskostnad). På grund av att antalet enkäter från respektive län blev få går det dessvärre inte att mäta skillnader i kostnadseffektivitet mellan länen.

Hälsoekonomiska studier behöver alltså pågå under en längre tid för det ska gå att säkerställa effekt. En uppföljning efter ett år hade varit önskvärt i denna studie, men tid och resurser saknades för att detta skulle vara genomförbart.

Det är en stor skillnad i livskvalitet mellan hörselgruppen och rörelsegruppen, men det är det även i andra studier gjorda inom hjälpmedelsområdet^{12,13}. En orsak till detta kan vara att EQ-5D-måttet inte berör situationer som är aktuella för en person som får hörapparat. I hörselgruppen är besvären i alla dimensioner lägre än i rörelsegruppen. En orsak till detta kan vara att en hörapparat inte påverkar rörelseförmågan i samma utsträckning som en rullstol eller rollator kan göra.

Bland den genomsnittliga befolkningen varierar den hälsorelaterade livskvaliteten runt 0,91 för en person i 20-årsåldern och 0,74 för en

person i 80-årsåldern²⁸. Utifrån dessa värden ligger hörselgruppen ungefär i linje med den generella befolkningen (0,77) medan rörelsegruppen ligger under den nivån (0,43).

EQ-5D är det mått som vanligtvis används i Europa vid bedömning av kostnadseffektivitet. Efter en diskussion med involverade i Handikappförbundens hjälpmedelsprojekt beslutades att två tilläggsfrågor gällande förflyttning och sociala relationer skulle användas för att få bättre insikt i dessa områden. Samma tilläggsfrågor har använts i andra studier⁴.

Studien använde alltså ett standardiserat instrument med två tilläggsfrågor, dels för att det ska gå att jämföra denna studie med andra studier inom hjälpmedelsområdet, och dels för att se hur EQ-5D-formuläret kan utvecklas i framtida studier. Målet är att kunna omfatta fler informanter med ett flertal olika typer av funktionsnedsättningar som tidigare har haft svårigheter med att besvara enkäten.

På frågan om livssituationen har förbättrats har en övervägande del av informanterna svarat ja. I hörselgruppen har 78 procent svarat att livssituationen har förbättrats. Bland de övriga effektmåtten som används i studien har knappt någon förbättring skett inom hörselgruppen. Frågan "Har livssituationen förbättrats" är dock generell och mäter snarare en helhetsuppfattning, till skillnad från EQ-5D-formuläret som mäter olika dimensioner med fler frågor vid ett flertal olika tillfällen. Många informanter har dock svarat att livssituationen har förbättrats tack vare hjälpmedlen, vilket tyder på att en del saker har förbättrats trots att det inte märks i EQ-5D-instrumentet.

Nyttjandet av hjälpinsatser, exempelvis färdtjänst och obetald hjälp, har ökat något vid uppföljningen. Detta kan förklaras med att informanterna har fått en försämrad rörelseförmåga, och i samband med den försämringen har förflyttningshjälpmedel och färdtjänst beviljats.

Både inköpskostnader för hjälpmedel och kostnader för vårdkontakter har inkluderats i studien. Övriga kostnader, exempelvis produktionsbortfall, är inte aktuella eftersom de flesta i studiepopulationen består av ålderspensionärer. Kostnader för exempelvis hemtjänst, restid för informanter eller reparationer och underhåll av hjälpmedel har inte beräknats i tidigare rapporter^{12, 13}

och beräknas därför inte heller i denna studie. Det är svårt att hitta uppgifter för att uppskatta dessa kostnader när det handlar om användning av hjälpmedel under en så kort tidsperiod. Kostnaderna för ett hjälpmedel fördelas över de antal år som en människa beräknas att använda hjälpmedlet. Studien har antagit fem år som genomsnittlig användningstid för rollatorer och hörapparater samt nio år för rullstolar, precis som tidigare studier inom hjälpmedelsområdet^{12, 13, 20}. Detta antagande och antagandet gällande antal vårdkontakter går att göra på olika sätt. Det finns olika referenser där författare behandlat detta på andra sätt. Med hjälp av tidigare studier och samtal med förskrivare har denna studie ansett att dessa antaganden är mest rimliga utifrån den aktuella gruppen informanter.

Perspektiv på studien

Landstingen i de län som valdes ut är organiserade på olika sätt internt, vilket ledde till svårigheter med att komma i kontakt med förskrivarna som arbetar inom de olika länen. I Kalmar län har man nyligen flyttat delar av hjälpmedelsverksamheten från landstinget till kommunerna. I Gävleborgs län var förskrivarna upptagna med en annan studie, vilket innebar att få förskrivare hade möjlighet att delta, och att de som deltog inte hade så många tillfällen där de skrev ut hjälpmedel. Detta har lett till en ojämn fördelning av enkäter mellan länen.

Projektet har inte haft tillräckligt med resurser för att kunna besöka förskrivarna i respektive län, vilket hade gjort det möjligt att exempelvis förankra målet med och tillvägagångssättet för studien. Detta har dessutom gjort det svårt att kommunicera med förskrivarna vid eventuella frågor, trots att regelbunden kontakt via telefon med förskrivarna löste en del problem.

Bortfall av informanter

Det har varit svårt att få till ett stort antal informanter eftersom det inte har varit möjligt att nå ut direkt till utvalda informanter. Antalet deltagare är dock ungefär lika många som antalet deltagare i andra studier inom hjälpmedelsområdet^{12, 13}

För att kunna mäta en förändring i livskvalitet krävs minst två mätningar. Detta har gjort att enbart de informanter som har besvarat båda enkäterna (basmätningen och uppföljningen) och dessutom besvarat EQ-5D-instrumentet i båda enkäterna har analyserats. Denna grupp (som vi i studien kallar "hela gruppen") omfattar 269 informanter. Utifrån denna grupp har sedan en djupare analys gjorts av fyra undergrupper (erfarenhetsgruppen, förstagångsgruppen, rörelsegruppen och hörselgruppen). Detta för att påvisa skillnader inom materialet.

För att kunna hantera det interna bortfallet i EQ-5D-formuläret har en uppskattning gjorts för vad sannolikheten är att en informant skulle ha svarat på just den frågan. Detta för att slippa ta bort informanterna som inte svarat på en eller två av de fem frågorna i de två enkäterna, då antalet informanter hade halverats. Genom att inte göra någonting åt bortfallet hade resultatet blivit detsamma som om informanten skulle ha svarat en etta på frågorna i EQ-5D formuläret. Det är dock inte rimligt att anta att alla som inte svarat på en fråga inte har några begränsningar. Därför har ett antal svar på respektive fråga sammanställts och utifrån det är en sannolikhet beräknad för hur många av de interna bortfallen som sannolikt skulle vara en etta, två eller trea på frågorna i EQ-5D formuläret. Detta har lett till en höjning av medelvärdet för hela gruppen medan skillnaden i värde mellan basmätning och uppföljning är oförändrat.

Tolkningsproblem med enkäterna

Innan enkäterna delades ut var det svårt att veta vilka hjälpmedel som skulle bli aktuella i studien. Därför var det inte möjligt att mäta effekter av specifika hjälpmedel. Vid vilken tidpunkt informanterna fick sitt eller sina förskrivna hjälpmedel har inte heller registrerats. Det framgår därför inte om väntetiden var lång eller om hjälpmedlet används fullt ut under de aktuella sex månaderna som efterfrågas i enkäterna.

En av frågorna i uppföljningsenkäten handlade om informanterna använder de hjälpmedel de fått för sex månader sedan och i sådant fall hur ofta eller inte alls. Svarsalternativen var bland annat: "Jag använder mitt hjälpmedel dagligen", "Jag har inte använt mitt/mina hjälpmedel". På denna fråga har sju informanter angett att de inte har använt det hjälpmedel de fått förskrivet. De har därför plockats

bort ur materialet, medan de 13 informanter som svarat "Vet ej/frågan är inte aktuell" inkluderas i materialet eftersom det är oklart om dessa informanter har använt sina respektive hjälpmedel eller inte.

Alternativa analysmetoder

Studien har använt VAS-skalan Problem impact rating scale (PIRS), som är anpassad för människor med funktionsnedsättning. En fördel med PIRS är att den är lättare att relatera till för människor med funktionsnedsättning än vad EQ-5D är, eftersom PIRS är ett känsligare mått än EQ-5D:s VAS-skala är¹². Däremot har inte PIRS några vikter som gör det möjligt att relatera PIRS till EQ-5D. Om istället EQ-5D:s VAS-skala hade använts, som är viktad, hade vikterna kunnat relateras till livskvalitetsfrågorna i EQ-5D.

Andra instrument som kunde ha använts i denna studie är funktions- och sjukdomsspecifika mått, som till exempel Individually Prioritised Problems Rating Scale (IPPA)^{13, 29} eller Health Utility Index (HUI)^{13, 30}. Användningen av funktions- och sjukdomsspecifika mått baseras på informanternas funktionsnedsättningar. Jämfört med EQ-5D har dessa mått en större känslighet när det gäller förändringar i en funktionsnedsättning.

Tidigare studier har visat att HUI är ett bättre för att mäta effekter vid användningen av hörapparater än vad EQ-5D är¹², men eftersom informanterna inte valdes utifrån sina förskrivna hjälpmedel var dessa mått inte lämpliga för denna studie. HUI-måttet hade också gjort enkäterna för omfattande och förhindrat en jämförelse med andra hälsoekonomiska studier på hjälpmedelområdet, eftersom det inte går att räkna ut QALY med instrumentet HUI.

Fortsatta studier

Fortsatta studier behövs för att kartlägga hjälpmedelsanvändare som denna studie inte har kunnat inkludera, särskilt människor med osynliga funktionsnedsättningar. Likaså för de vars hjälpmedel inte ingår i hjälpmedelssortimentet, exempelvis människor med elöverkänslighet, stamning eller olika typer av tandvårdsskador. Här behövs fortsatta studier och etnografiska kartläggningar.

Kostnaderna för förskrivning av hjälpmedel är idag svårt att uppskatta. Hur många besök som behövs vid förskrivning av hjälpmedel skiljer sig åt beroende på vilket behov brukaren har och vilka resurser som finns tillgängliga. Vilka kostnader som landstinget har för hjälpmedel är också olika. Många hjälpmedel återanvänds och repareras vilket gör att det är svårt att beräkna användningstiden. Detta gör det också svårt att uppskatta under hur många år inköpskostnaden ska beräknas. Får en brukare en begagnad rullstol som redan använts i sju år är det inte säkert att landstinget fortfarande bär några kostnader för detta hjälpmedel. För att inte överskatta kostnaderna i denna typ av kostnadseffektiva studier skulle en kartläggning av hur situationen ser ut behövas inför fortsatta studier.

En intressant fråga är hur hälsorelaterade livskvalitetsinstrument ska kunna utvecklas för att anpassas till människor med funktionsnedsättning. I dagens läge påverkas oftast EQ-5D-dimensionen "smärtor och besvär", vilket gör att måttet inte är tillräckligt känsligt. Ett exempel på detta är om en person har hörapparat, där rörligheten inte är en faktor, så påverkas inte svaret i dimensionerna "rörlighet" eller "hygien", medan "huvudsakliga aktiviteter" och "sociala relationer" påverkas märkbart. Detta bör leda till att ett känsligare mått utvecklas, som med fördel är tvärvetenskapligt och går att jämföra över områden samt över tid. Det skulle också vara intressant att studera de grupper som inte får hjälpmedel och vilka konsekvenser det får för individen och samhället.

Slutsats

Det är kostnadseffektivt att förskriva de hjälpmedel som är aktuella i denna studie, även vid en liten uppmätt effekt.

Det behövs ett funktionsspecifikt mått för att kunna avgöra vilka effekter olika hjälpmedel har på livskvaliteten hos människor med funktionsnedsättning.

Det saknas uppgifter på vilka kostnader som hjälpmedel innebär för kommuner och landsting.

Figurförteckning

Figur 1. Den hälsorelaterade livskvaliteten för hela gruppen (de 269 informanter som besvarade båda enkäterna).	18
Figur 2. Den hälsorelaterade livskvaliteten för förstagångsgruppen och erfarenhetsgruppen.	18
Figur 3. Den hälsorelaterade livskvaliteten för rörelsegruppen och hörselgruppen.	18
Figur 4. De tre svarsalternativen vid basmätningen och uppföljningen för de fem dimensionerna i EQ-5D. Antal observationer i hela gruppen (n=269) anges i procent.	19
Figur 5. De tre svarsalternativen vid basmätningen och uppföljningen för de fem dimensionerna i EQ-5D. Antal observationer rörelsegruppen (n=103) anges i procent.	20
Figur 6. De tre svarsalternativen vid basmätningen och uppföljningen för de fem dimensionerna i EQ-5D. Antal observationer i hörselgruppen (n=94) anges i procent.	21
Figur 7. Skillnad mellan EQ-5D och tilläggsfrågorna för hela gruppen (n=269).	22
Figur 8. Skillnad mellan EQ-5D och tilläggsfrågorna för rörelsegruppen (n=103).	22
Figur 9. Skillnad mellan EQ-5D och tilläggsfrågorna för hörselgruppen (n=94).	23
Figur 10. PIRS- värdet för hela gruppen.	24
Figur 11. PIRS- värdet för förstagångsgruppen och erfarenhetsgruppen.	24
Figur 12. PIRS- värdet för rörelsegruppen och hörselgruppen.	24
Figur 13. Antal informanter som har fått en förbättrad livssituation tack vare hjälpmedel.	25
Figur 14. Kostnader vid förskrivning av hjälpmedel.	26
Figur 15. Kostnadseffektanalys.	27

Referenser

¹ Rabin R & de Charro F. 2001. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. I: *Annals of Medicine* 33(5):337-343.

² Janlert U. 2000. *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och kultur.

³ Drummond M, Schulpher M, Torrance G, O'Brien B & Stoddart G . 2005. *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (3rd edition). Oxford: Oxford University Press.

⁴ Centrum för medicinsk utvärdering av medicinsk teknologi. 2002. *Samhällsekonomisk utvärdering av post- och teletjänster för funktionshindrade – modellutveckling och tillämpning*. Rapport 2002:2.

⁵ Regeringens proposition Från patient till medborgare - en nationell handlingsplan för handikappolitiken (1999/2000:79).

⁶ Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) 2§ Stockholm: Socialdepartementet.

⁷ Statens offentliga Utredningar (SOU) Hjälpmedelsutredningen. Stockholm: Fritzes (SOU:2004:83).

⁸ Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Hörapparat för vuxna, nytta och kostnader.2003. Göteborg.

⁹ Lidmark A. Är de verkligen sjuka? Beskrivning av elöverkänsliga och tandvårdsskadade i samhället. 2008. Stockholm.

¹⁰ FoU Jämt. 2009. Äldre brukare som söker hjälp för att tvätta sig. – En jämförelse av effekter mellan arbetsterapeutiska insatser och hemtjänstinsatser. Rapport 2009:1.

¹¹ Håkanson R m fl. 2003. Rörelsehinderförbundens hjälpmedelsprojekt.

¹² Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi. 2008. *Kostnader och effekter vid förskrivning av hörapparater*. Rapport 2008:5.

¹³ Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi. 2007. *Kostnader och effekter vid förskrivning av rollatorer*. Rapport 2007:3.

-
- ¹⁴ Jönsson L. Rollatorns betydelse för äldre kvinnor i ordinärt boende- en treårig studie.
- ¹⁵ Handikappförbunden, 2010. Brukares erfarenheter av hjälpmedel och förskrivning. Rapport två av fem.
- ¹⁶ Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi. 2002. Att mäta hälsorelaterad livskvalitet – en beskrivning av instrumentet EQ-5D. Rapport 2002:1.
- ¹⁷ Dolan P, Gudex C, Kind P et al. 1995. A social tariff for EuroQol: Results from a UK General Population survey. Discussion paper130. York: Centre for Health Economics.
- ¹⁸ Persson J, Andricht R, van Beekum T, Brodin H, Lorentsen Ö, Wessel R & Witte L. 2002. Preference based assessment of the quality of life of disabled persons. I: Technology and disability 14:199-124.
- ¹⁹ Persson J & Hellbom G. 2003. Balancing societal costs and users' quality of life – priority setting of interventions for the hard-of-hearing. I: International Journal of Audiology 42 (Suppl 2):9-12.
- ²⁰ Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi. 2008. Samhällsekonomisk kostnad och nytta av hjälpmedel och läkemedelsnära produkter – några illustrativa exempel.
- ²¹ Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). 2007. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2007.
- ²² Detta enligt Arbetsterapeuternas Primärvårdsutskott.
- ²³ Detta enligt ett telefonsamtal med Västmanland läns landsting den 1 november 2009.
- ²⁴ Detta enligt ett telefonsamtal med Västerbottens läns landsting den 1 november 2009.
- ²⁵ Detta enligt ett telefonsamtal med hörcentralen i Linköping den 16 november 2009.
- ²⁶ www.hrf.se/upload/pdf/avgiftsblad2009.pdf (hämtad 2009-11-20).
- ²⁷ Statistiska centralbyrån (SCB). Rapport 97: Funktionshindrade 1988-1999.
- ²⁸ Burström K, Johannesson M & Diderichsen F. 2001. Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D. I: Quality of life research 10:621-635.

²⁹ Wessels R, deWitte L, Andrich R, Ferrario M, Persson J, Oberg B, Oortwijn W, VanBeekum T & Lorentsen O. 2000. IPPA, a user-centered approach to assess effectiveness of Assistive Technology provision. I: *Technology and Disability* 13:105-115.

³⁰ Feeny D, Furlong W, Torrence GW, Goldsmith CH, Zhu Z, DePauw S, Denton M & Boyle M. 2002. Multi-attribute and single-attribute utility functions for the health utilities index mark 3 system. I: *Medical care* 40(2):113-128.