

Samhällsekonomiska kostnader för patientskador i svensk sjukvård – några typfall

Marianne Svensson
Ulf Persson
Fredrik Johansson

IHE RAPPORT 2004:3

**Samhällsekonomiska kostnader för patientskador i svensk sjukvård
– några typfall**

Marianne Svensson
Ulf Persson
Fredrik Johansson

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE)

ISSN 1651-7598

Rapporten kan beställas från IHE:
Råbygatan 2, Box 2127, 220 02 LUND
Telefon: 046-32 91 00
Fax: 046-12 16 04
E-post: info@ihe.se
www.ihe.se

Tryckt av KFS, Lund 2004

Innehåll

| | |
|--|----|
| Förord | 5 |
| Sammanfattning | 7 |
| 1 Inledning | 9 |
| 2 Metod | 12 |
| 3 Individkaraktistik | 20 |
| 4 Resultat | 24 |
| 5 Kostnadsberäkning | 31 |
| 6 Skattning av den totala kostnaden för sex skadegrupper | 35 |
| 7 Ersättning vid patientskada | 38 |
| 8 Diskussion | 41 |
| Referenser | 43 |
| Bilaga Uppföljning av patientskador (formulär) | |

Förord

IHE har i ett tidigare projekt, tillsammans med Institutionen för Teknik och Samhälle vid Lunds Tekniska Högskola, belyst trafikskadades samhällsekonomiska kostnader det år de trafikolyckan inträffade och ytterligare sju år efter olyckstillfället. Studien visade bl.a. på betydelsen av långa uppföljningsperioder för att få en rättvisande bild av samhällets ekonomiska börda av trafikskador.

År 2003 gav LÖF, Landstingets Ömsesidiga Försäkringsbolag, IHE i uppdrag att belysa patientskadors samhällsekonomiska konsekvenser på längre sikt. Förhoppningen är att föreliggande studie kan bidra till en förbättrad patientsäkerhet i vården genom att öka kunskaperna om patientskadefallens långsiktiga konsekvenser. Studien har författats av Marianne Svensson, Ulf Persson och Fredrik Johansson, samtliga vid IHE.

Ett stort tack riktas till de handläggare vid PSR, Personskadereglering AB, som hjälpt till med materialinsamling samt till de personer som gav oss medgivande att sammanställa uppgifter om deras skador.

Lund augusti 2004

Anders Anell

vd

Sammanfattning

Den totala kostnaden för sjukvård, omsorg och produktionsbortfall för samtliga ersatta patientskador i sex skadegrupper (CABG, förlossning, hysterektomi, höftoperation, knäoperation och laparoskopi i gallvägar) som inträffade år 1995 (n=468) har beräknats till 185,7 Mkr (2003 års priser). Genomsnittlig kostnad per skadefall har beräknats till 397 000 kronor. Dessa resultat bygger på en uppföljning av 48 patienter som skadats i samband operation eller förlossning år 1995. Patienternas vårdkonsumtion i sluten- och öppenvård, vård och omsorg i patientens hem samt förändrad sysselsättning har följts retrospektivt under perioden år 1995-2002. Studiens syfte var att belysa de samhällsekonomiska kostnaderna av några utvalda ersättningsbara patientskador i sluten vård.

Sett över hela åttaårsperioden utgör produktionsbortfallet 50 procent av totalkostnaden, medan kostnaden för sjukvård utgör 40 procent och vård i hemmet svarar för resterande 10 procent. Invaliderna svarar för 87 procent av de totala kostnaderna. Genomsnittskostnaden för patienter med invaliditet är nästan nio gånger högre än för patienter utan invaliditet.

Två tredjedelar av kostnaderna kan hänföras till år 2-8 efter skadetillfället. Huvuddelen av kostnaderna för vård i hemmet och öppenvårdskostnaderna uppstår under denna period. Den långa uppföljningsperioden är också väsentlig för att fånga kostnaderna för slutenvård, läkemedel och produktionsbortfall.

Det är stora variationer mellan de sex olika skadegrupperna beträffande när i tiden kostnaderna uppträder. För skadegrupperna CABG och hysterektomi kan den största delen av vårdkonsumtionen hänföras till det första året. För förlossningsskador, höft- och knäoperationer är öppen- och slutenvårdskonsumtionen minst lika stor under perioden 2-8 år efter skadetillfället som under det första året efter skadan. Framför allt gäller det öppenvård samt kostnader för den enskildes och anhörigas produktionsbortfall och vård och omsorg i hemmet.

1 Inledning

Bakgrund

Patienter som skadas i samband med behandling i svensk hälso- och sjukvård kan rikta ersättningsanspråk till vårdgivaren. Sedan 1997 är vårdgivaren skyldig att ha en patientförsäkring som täcker sådan ersättning. Landsting och Regioner samt Gotlands kommun är försäkrade genom LÖF, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Anmälningen görs hos PSR, Personskadereglering AB, vilka genomför personskadeutredningar, beslutar i skadeärenden och betalar ut ersättning om så är aktuellt.

År 2002 anmäldes ca 9 400 patientskador till PSR och ca 45 procent av dessa anmälningar ersattes (PSR, 2004). Anmälningarna förekommer i huvudsak inom specialiteter med stora operationsvolym, t.ex. ortoped-, kirurg- och gynekologkliniker. Antalet anmälningar har successivt ökat. År 1995 anmäldes 7 465 patientskador till PSR och samma år ersattes 3107 skador.

I förhållande till det totala antalet vårdtillfällen och läkarbesök i sjukvården är det däremot relativt sett få patientskadefall till följd av komplikationer vid kirurgiska och medicinska åtgärder. År 2002 uppgick antalet vårdtillfällen i slutenvård till ungefär 1,4 miljoner och antalet läkarbesök i öppen vård till 25,9 miljoner (Landstingsförbundet, 2004). Antalet totalhöftsoperationer år 2002 uppgick till ca 17 000, antalet födselar var knappt 96 000 och antalet hysterektomioperationer var drygt 9 000. Samma år anmäldes 283 patientskadefall i samband med höftledsoperation, 158 barn med förlossningsskador och 67 kvinnor som skadats vid hysterektomioperation. Risken att skadas i samband med dessa operationer är, sett till antalet anmälningar i förhållande till antalet gjorda operationer, 1,6 procent vid höftledsoperation, 0,7 procent vid hysterektomioperation och 0,2 procent i samband med förlossning.

Av 3 627 ersatta patientskador år 2001 var det närmare tre av fyra skadade patienter som hade någon grad av invaliditet (LÖF, 2002). Var tionde skadad patient hade en invaliditetsgrad som översteg 15 procent. Mot bakgrund av skadornas svårighetsgrad är det angeläget att öka kunskapen om patientskadefallens långsiktiga konsekvenser - inte minst i ett preventivt perspektiv.

IHE har tidigare gjort en studie om kostnader för långvarigt skadade i trafiken. Ett viktigt syfte var att undersöka hur stor del av dessa kostnader som bärs av kommunen. Undersök-

ningen var unik såtillvida att den inte endast beräknade de kostnader som uppkommer i samband med själva olyckstillfället, utan också kostnader som tillkommit till följd av olyckan till och med åtta år efter den. Av resultaten framgår att en betydande del av kostnaden (65%) uppkommer mellan två och åtta år efter olyckstillfället. Den totala kostnaden för 95 långvarigt trafikskadade till och med åtta år efter olyckan beräknades till 86 Mkr (2000-års priser). Kommunens kostnader (dvs. kostnader för vård och omsorg inom deras ansvarsområde samt förlorade skatteintäkter till följd av produktionsbortfall) beräknades till knappt 14 Mkr. Skador med långvariga konsekvenser är således kostsamma sett i ett samhällligt perspektiv.

Syfte

Denna studie syftar till att utveckla en metod för att belysa de samhällsekonomiska kostnaderna för patientskador i allmänhet och att utifrån ett urval skadefall beräkna kostnaderna för några typer av ersättningsbara patientskador. I studien inkluderas således enbart patienter som drabbats av personskada i samband med behandling i slutenvård och vars skada är ersättningsbar.

Rapportens upplägg

I kapitel 2 beskrivs hur urvalsprocessen och kostnadsberäkningen gått till, samt vilka priser som använts. Priserna är specificerade för slutenvård, öppenvård, vård i hemmet, läkemedel samt produktionsbortfall.

Kapitel 3 innehåller deskriptiv statistik kring urvalet. Här finns information om bland annat urvalets köns- och åldersfördelning, samt fördelningen av invalider och icke-invalider. Denna deskriptiva statistik är uppdelad efter skadegrupp för att kunna urskilja eventuella systematiska skillnader mellan olika skadegrupperns effekter. Kapitlet innehåller även en bortfallsanalys.

Studiens resultat redovisas i kapitel 4. Individernas konsumtion av öppenvård, slutenvård, vård i hemmet och läkemedel sammanställs i tabeller efter skadegrupp. Här framgår också när (vilket år) som konsumtionen har skett. Patienternas (eller deras anhörigas) arbetsfrånvaro till följd av skadan redovisas på motsvarande sätt.

I kapitel 5 beräknas kostnaderna för vårdkonsumtionen, läkemedelskonsumtionen samt produktionsbortfallet enligt de metoder som beskrevs i kapitel 2. Uppdelat på skadegrupp och invaliditetsgrad beräknas genomsnittliga kostnader för de olika kostnadsposterna.

I kapitel 6 skattas kostnaden för en typskada för de olika skadegrupper som inkluderas i studien. En jämförelse mellan våra skattningar av kostnaden och den ersättning som betalas ut från försäkringsgivaren redovisas i kapitel 7.

I kapitel 8 diskuteras metoden, resultaten och urvalet samt vilka slutsatser som kan dras av denna studie. Särskild vikt läggs vid att beskriva styrkor i vald metod samt studiens osäkerhetsmoment.

2 Metod

Urval

Denna studie omfattar patienter som i samband med knäoperation, bypassoperation, hysterektomi (operativt avlägsnande av livmodern), laparoskopi (titthålskirurgi) vid gallstensoperationer, höftoperationer och förlossning har fått en ersättningsbar skada. Orsaken till att dessa skadegrupper ingår i studien är att de är bland de största sett till antalet anmälningar till PSR. År 1995 var det totalt 468 patienter med ersättningsbar skada i dessa skadegrupper. Den största gruppen består av patienter som har skadats i samband med en knäoperation.

Förlossningsskadorna valdes ut särskilt på grund av skadornas svårighetsgrad. Av 14 patienter med förlossningsskada och en fastställd invaliditetsgrad var det 12 patienter med en invaliditetsgrad på 70 procent eller högre. Detta kan jämföras med patienter som skadats i samband med knäoperation där mer än hälften har någon grad av invaliditet och flertalet av dem (87 %) har en invaliditetsgrad motsvarande 15 procent eller lägre.

Bland 1995 års anmälningar med ersättningsbar skada gjordes ett slumpmässigt urval av totalt sju patienter med invaliditet respektive fem patienter utan invaliditet inom respektive skadegrupp (se tabell 2.1). Med detta urval var syftet att dels kunna beräkna kostnaden för patienter vars skada innebär någon grad av invaliditet dels att försöka uppskatta kostnaden för en ”typisk” skada inom respektive skadetyper. Det senare skattas genom att ta genomsnittskostnaden för en invaliditetsskada respektive icke-invaliditetsskada och multiplicera med verkligt antal skadefall med respektive utan invaliditet.

Tabell 2.1 Totalt antal patienter med ersättningsbar skada år 1995 och studiens urval fördelade på skadegrupp samt invaliditet respektive icke-invaliditet

| | Laparo- skopi* | Knä | Hysterek- tomi** | Höft | CABG*** | För- lossning | Summa |
|------------------|-------------------|-----|---------------------|------|---------|------------------|-------|
| Invalidider | | | | | | | |
| Urval | 7 | 7 | 7 | 7 | 4 | 7 | 39 |
| Totalt | 23 | 101 | 8 | 52 | 4 | 14 | 202 |
| Icke-invalidider | | | | | | | |
| Urval | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 30 |
| Totalt | 68 | 83 | 39 | 32 | 25 | 19 | 266 |
| Summa urval | 12 | 12 | 12 | 12 | 9 | 12 | 69 |

* titthålskirurgi vid i huvudsak gallstensoperationer

** operativt avlägsnande av livmodern

*** bypassoperation

Samtliga patienter som valdes ut att ingå i studien kontaktades av PSR i augusti/september 2003 med en förfrågan om de gav tillåtelse att använda den information som finns hos PSR om hans/hennes skada. Endast de patienter som skriftligen gav tillåtelse att använda informationen inkluderas i studien. Nio patienter svarade nej och detta bortfall kompletterades med andra patienter (slumpmässigt valda) för att nå ett tillräckligt stort urval. Samtliga påmindes per brev två gånger och i november ringde PSR också upp de personer som inte hade hört sig.

Insamling av data

Efter det att patienten skriftligen tackat ja till att medverka i studien fick ett 20-tal handläggare på PSR i uppgift att utifrån de akter som fanns att tillgå på PSR samla in de uppgifter som behövdes för att skatta kostnader till följd av patientskadan. De uppgifter som samlades in framgår av bifogad enkät (se bilaga). Enkäten bestod av fem delar; 1) patientens boendesituation, 2) patientens arbetssituation, 3) anhörigas arbetssituation, 4) patientens sjukvårds-konsumtion och 5) vård och omsorg i patientens hem. Samtliga inhämtade uppgifter avser tidsperioden 1995-2002 och avser endast konsumtion, sjukskrivningsperioder etc. som beror på skadan. Vårdkonsumtion som kan hänföras till den enskildes "ursprungliga" sjukdom har inte inkluderats. För uppgifter om patientens boendesituation och produktionsbortfall har handläggarna angett sysselsättningsgrad år 1994, dvs året före skadetillfället. I de fall handläggaren saknade uppgifter har patienten kontaktats.

Kostnadsberäkning för slutenvård

I enkäten (se bilaga) tillfrågades handläggarna att uppge hur många dygn patienten varit inlagd på sjukhus till följd av skadan. Vidare noterades på vilken avdelning patienterna hade behandlats, samt vilka operationer och större undersökningar som patienten genomgått.

Skattningen av slutenvårdskostnaden har gjorts med hjälp av södra regionvårdsnämndens regionala prislista för år 2004 (Södra Regionvårdsnämnden, 2004). De prisuppgifter som använts motsvarar det belopp som debiteras för en patient som vårdas på Universitetssjukhuset i Lund men som inte tillhör regionvårdsnämndens medlemslandsting¹. I vissa fall har priset inte återfunnits i prislistan för Universitetssjukhuset i Lund. I första hand har då prislistan för Universitetssjukhuset i Malmö använts. Om priset inte heller har funnits där har priser från andra landsting använts. I tabell 2.2 redovisas de priser per slutenvårdsdygn som använts vid kostnadsberäkningen.

¹ Landstinget i Kronobergs län, Blekinge, Hallands län samt Region Skåne.

Tabell 2.2 Priser för slutenvårdskostnader som använts för kostnadsberäkning för patienter i slutenvård och som inte genomgått operation. (2003 års priser)

| Klinik | Pris per dygn |
|-------------------------------|---------------|
| Kvinnoklinik | 2 142 kr |
| Kirurgi | 3 566 kr |
| Ortopedi | 4 057 kr |
| Infektion | 1 374 kr |
| Smärtklinik* | 5 635 kr |
| Neurolog | 4 715 kr |
| Förlossning | 10 828 kr |
| Barnmedicin** | 5 600 kr |
| Neonataalklinik (intermediär) | 3 211 kr |
| Medicin*** | 3 899 kr |

* Norrlandstingens samverkansnämnds prislista (www.norrlandstingen.nu) för en vård dag på smärtklinik

** Universitetssjukhusets MAS prislista

*** Universitetssjukhuset MAS prislista: vård dagspris på allmän invärtesmedicin

Källa: Södra regionvårdsnämnden, 2004 (www.srvn.org)

Patienter som opererats

Vårdtillfället i slutenvård kostnadsberäknas annorlunda i de fall patienten har opererats. Anledningen är att vårddygnspriserna i tabell 2.2 är rensade från operativa ingrepp, undersökningar och provtagningar. Att kostnadsberäkna dessa patienters slutenvårdskonsumtion genom att använda sig av denna dygnskostnad skulle därmed ge en underskattning av kostnaden.

Kostnaden för de operationer² som angivits enligt Socialstyrelsens standardkoder, "Klassifikation av kirurgiska åtgärder 1997 (KKÅ97)", har skattats enligt NordDRG. Priset som använts motsvarar debitering för de patienter som kommer utanför Region Skåne. DRG-priset inkluderar en hel vårdepisod, vilket innebär att för de patienter som genomgått operation måste antalet slutenvårdsdygn reduceras för att undvika dubbelräkning av slutenvårdskostnaden.

För varje DRG-kod anges en s.k. trimgräns som motsvarar de vårddygn som debiteringen täcker. Om patienten vårdas fler dygn än vad trimgränsen avser debiterar sjukhuset den ”vanliga” dygnskostnaden för mellanskillnaden mellan trimgränsen och det antal dagar patienten vårdades. I denna studie antas att vårdtillfället i samband med patientens operation

² Här förekom operationskoder enligt tidigare klassificeringssystem. Vid översättning av dessa till KKÅ97 har vi haft hjälp av Rikard Lindqvist, enhetschef vid Centrum för patientklassificering, Socialstyrelsen.

motsvarar lika många vårddygn som trimgränsen anger. I de fall handläggaren på PSR har angett fler slutenvårdsdagar på en klinik under ett år än vad trimgränsen för den aktuella operationen anger, har mellanskillnaden mellan trimgränsen och antalet angivna vårddagar kostnadsberäknats enligt dygnspriser i tabell 2.2. Trimgränserna tenderar dock att vara generöst satta. I denna studie har ingen patient så mycket slutenvårdskonsumtion att trimgränsen har överskridits.

Kostnadsberäkning för öppenvård

I enkäten har öppenvårdsbesök hos ett antal olika specialiteter registrerats. Förutom läkarbesök har besök hos sjuksköterska, sjukgymnast, kurator etc noterats. Även i kostnadsberäkningen av öppenvården har Södra regionvårdsnämndens prislista använts, efter respektive specialitet. Nedan redovisas de priser som använts vid kostnadsberäkningarna.

Tabell 2.3 Priser som använts vid kostnadsberäkning av öppenvård. (2003 års priser)

| Typ av besök | Pris per besök |
|---|----------------|
| <i>Primärvårdsbesök</i> | |
| Kurator för anhörig | 445 kr |
| Logoped | 716 kr |
| Arbetsterapeut | 303 kr |
| Sjukgymnast | 303 kr |
| Läkare | 765 kr |
| Sjuksköterska | 310 kr |
| <i>Öppenvårdsbesök på slutenvårdsklinik</i> | |
| Rehabklinik (individuell, sektion allmän) | 2 640 kr |
| Kvinnoklinik | 1 145 kr |
| Neurofysiolog | 3618 kr |
| Ortopedi | 1 536 kr |

Källa: Södra Regionvårdsnämnden, 2004 (www.srvn.org)

Kostnadsberäkning för läkemedel

Kostnaden för längre (>3 månader) läkemedelsbehandlingar för smärta, depression och infektioner till följd av skadan efterfrågas i enkäten. Fem patienter i urvalet har behandlats med läkemedel av andra orsaker än smärta, infektion eller depression. Här saknas dock uppgift om läkemedlets namn och/eller dosering och dessa patienters läkemedelsbehandling har därför inte kostnadsberäknats.

Ingen av de svarande patienterna har medicinerats för depression till följd av skadan, vilket innebär att endast läkemedelskostnaderna för behandling av smärta och infektion har skattats. Genom att ta med dessa två grupper bör en stor del av patienternas läkemedelskonsumtion täckas. Med information om huruvida patienten medicinerats mot smärta och/eller infektion, samt under hur många månader denna behandling pågått har följande antaganden gjorts om läkemedlets kostnad och dosering (tabell 2.4).

Tabell 2.4 Priser som använts vid kostnadsberäkning för långvarig läkemedelsbehandling. (2003 års priser)

| | |
|---------------------|--|
| Infektion | |
| Läkemedel: | Heracillin 500 mg |
| Pris: | 489 kr/98 tabletter; 4,99 kr/tablett |
| Dosering: | 6 tabletter dagligen (enligt FASS 2004 rekommendation för infektion i leder och skelett). |
| Behandlingskostnad: | 29,94 kr/dag; 898,20 kr/ månad |
| Smärta | |
| Läkemedel: | Voltaren 50 mg |
| Pris: | 3,75 kr/tablett |
| Dosering: | 1 tablett dagligen (enligt Läkemedelsbokens rekommendationer för behandling av tillfällig värk). |
| Behandlingskostnad: | 3,75 kr/dag; 112,50 kr/ månad |

Källa: Apoteket AB, 2003; FASS, 2003

Kostnadsberäkning för undersökningar

I enkäten om patienternas vårdkonsumtion efterfrågades större undersökningar som patienten genomgått. Dessutom efterfrågades vilket datum och år detta skedde. Vid skattningen av operationskostnader användes DRG-priser. I DRG-priset ingår kostnader för hela vård-episoden, det vill säga även kostnader för de undersökningar patienten går igenom. Detta innebär att om undersökning skett i samband med operation tillkommer ingen kostnad för undersökningen. Om en patient däremot har genomgått en större undersökning, men *inte* i anslutning till en operation tas kostnaden för undersökningen med i kostnadsberäkningen.

Två patienter i urvalet rapporteras ha genomgått undersökningar utan att en operation har skett i omedelbar anslutning; en i skadegruppen hysterektomi och en i förlossning. De priser som använts är hämtade från Södra Regionvårdsnämndens prislista och motsvarar debiteringen för en patient som inte tillhör Södra Regionvårdsnämndens medlemslandsting.

Tabell 2.5 Priser som använts vid kostnadsberäkning av större undersökningar. (2003 års priser)

| Undersökning | Kostnad per undersökningstillfälle |
|-------------------------|------------------------------------|
| CT-buk (datortomografi) | 1 626 kr |
| EEG | 1 383 kr |
| MRT (magnetrontgen) | 3 934 kr |
| Ultraljud | 445 kr |

Källa: Södra Regionvårdsnämnden, 2004 (www.srvn.org)

Kostnadsberäkning för vård och omsorg i hemmet

Formell hjälp

I vissa fall har en del vård utförts i patientens hem. Det kan röra sig om hemtjänst, hemsjukvård eller en personlig assistent. Hit räknas emellertid också kostnader för anpassning av boendet och hemmiljön i stort, såsom trygghetslarm, färdtjänst eller bilstöd.

Vid skattning av kostnaden för en hemtjänststimme bör man utgå ifrån vad det kostar att tillhandahålla en timmes hjälpinsats hos vårdtagaren. Förutom själva grundlönen bör semester-tillägg, tillägg för obekvämt arbetstid, kostnader för sjukvikarier, arbetsledning, driftskostnader och gemensam administration inkluderas i skattningen. Dessutom måste skattningen justeras för hur många hemtjänststimmar det är rimligt att få ut av en heltidstjänst. För att kunna hjälpa vårdtagaren 60 minuter tillkommer tid som vårdbiträdet måste lägga ner för t.ex. daglig planering, restid till vårdtagare och raster. Enligt Svenska Kommunförbundet (2001) är det rimligt att anta att kostnaden för en utförd hemtjänststimme ligger i intervallet 200-250 kronor. I Maraste m.fl. (2002) antogs ett pris på 225 kronor per utförd hemtjänststimme. Även i denna studie används detta pris, dock omräknad till 2003 års priser enligt utvecklingen av Konsumentprisindex (KPI). Omräkningstalet (KPI_{2003}/KPI_{2001}) blir 1,055 (SCB, 2004). Priset för en utförd hemtjänststimme blir då 237 kronor.

Informell hjälp

Informell hjälp avser hjälp från anhöriga. Rent principiellt kan man tänka sig olika metoder för att värdera anhörigas insatser. En möjlighet är att värdera antalet anhörigtimmar som om insatserna gjorts av professionell personal. Då utgår man ifrån antagandet att om anhöriga inte hade kunnat hjälpa till hade professionell personal hjälpt till. En annan möjlighet är att utgå från den tid som den anhörige måste försaka för att kunna hjälpa sin närstående. Om vi tänker oss att anhöriga försakar arbete, dvs tvingas sluta sin anställning eller förkorta sin anställning för att vårda, är det rimligt att värdera tidsinsatsen motsvarande en genomsnittlig timlön inkl. sociala avgifter. Om den anhörige däremot inte förvärvsarbetar eller om den förvärvs-

arbetande anhörige hjälper till på kvällar och helger är det förlorad fritid som ska värderas. I denna studie antas att den anhörige försakar sin fritid för att hjälpa den anhörige. Detta mot bakgrund av att handläggarna inte angett att anhöriga har ändrat sin sysselsättningsgrad till följd av skadan. Den förlorade fritiden värderas i denna studie till 44 kronor, vilket motsvarar tidsvärdet för privata resor inom trafikplanering (SIKA, 2002). Detta tidsvärde är uppräknat från 2001 års priser till 2003 års priser med hjälp av KPI.

Anhörig med vårdbidrag

I urvalet finns fyra anhöriga till förlossningsskadade barn som får så kallat vårdbidrag. Två av dess får helt vårdbidrag, och två har beviljats halvt vårdbidrag. Vårdbidraget "ska vara en ersättning för både förälders merarbete för särskild tillsyn och vård och/eller för de merkostnader som barnets sjukdom eller funktionshinder ger upphov till" (Görnebrand, 2003 sid. 101).

Helt vårdbidrag utgick år 2003 med 250 procent av prisbasbeloppet per år. Prisbasbeloppet 2003 var 38 600 kronor, vilket gör att en familj med helt vårdbidrag får 8 042 kronor per månad. Vårdbidrag kan betalas ut även om båda föräldrarna arbetar heltid och kan därför inte betraktas som en ersättning för produktionsbortfall. I de fall där vårdbidrag har utgått i någon omfattning, värderas anhörigas insatser inte som ovan (förlorad fritid) utan sätts istället lika med vårdbidragets storlek, dvs. till 96 500 kronor per år för helt vårdbidrag. Detta på grund av den omfattande hjälp som skadan innebär och den kompetens som den anhörige efterhand utvecklar att vårda sitt barn.

Kostnadsberäkning för produktionsbortfall

Patientens produktionsbortfall

Endast den arbetsfrånvaro som handläggarna på PSR bedömer härrör från skadan har tagits med i studien. Många av de skadade var redan vid tidpunkten för skadan förtidspensionerade, ålderspensionärer eller sjukskrivna på grund av den underliggande sjukdomen. Dessa fall har därmed inte tagits med i beräkningarna för produktionsbortfall.

Vid en beräkning av kostnaderna för arbetsfrånvaron har den genomsnittliga månadslönen för en heltidstjänst inom privat, kommunal, landstingskommunal och statlig sektor använts. Vidare har hänsyn tagits till patientens kön och ålder vid skattningen. I skattningen används 2002 års lönestatistik, vilka har räknats upp till 2003 års värde enligt konsumentprisindex (tabell 2.6). Bruttolönen i tabell 2.6 har därefter justerats för sociala avgifter med faktorn 1,41. I kostnadsskattningen av produktionsbortfallet har lönekostnaden diskonterats med räntan 3 procent.

Tabell 2.6 Genomsnittlig månadslön för en heltidstjänst, kr. (2003 års priser)

| Åldersgrupper | Män | Kvinnor |
|---------------|--------|---------|
| 18-24 år | 25 000 | 23 300 |
| 25-34 år | 31 800 | 27 900 |
| 35-44 år | 36 400 | 29 600 |
| 45-54 år | 37 500 | 30 000 |
| 55-64 år | 37 100 | 29 600 |

Källa: SCB, 2003

Not: Lönestatistiken avser år 2002, uppräknad till 2003 års priser med KPI.
Uppräkningsfaktor är 1,019

Anhörigas produktionsbortfall

En skattning av anhörigas produktionsbortfall är aktuell i samband med vissa förlossnings-skador. Eftersom vi inte vet anhörigas kön eller ålder men däremot deras deltagande på arbetsmarknaden, används den genomsnittliga inkomsten för en heltidstjänst oberoende av kön och ålder. Denna lön blir, uppräknad till 2003 års prisnivå, 289 600 kronor. Även detta belopp justerats för sociala avgifter med faktorn 1,41 vid kostnadsskattningen av produktionsbortfallet.

Om den anhörige till ett förlossningsskadat barn har ändrat sin sysselsättningsgrad genom att gå ned i arbetstid för en anställning samtidigt som han eller hon går upp i motsvarande grad i sysselsättningsgrad som personlig assistent för sitt eget barn, behandlas detta som ett produktionsbortfall, trots att den anhörige inte gått ned i arbetstid. Detta beror på att tjänsten som personlig assistent inte skulle finnas om inte förlossningsskadan uppstått och att den anhörige har reducerat sin arbetstid vid ursprungliga anställning på grund av skadan.

3 Individkaraktistik

Vilka har medverkat?

Kön och skadegrupp

Totalt medverkar fler kvinnor än män i studien (tabell 3.1). En orsak till detta är den relativt höga svarsfrekvensen bland de skadade under hysterektomi, dvs. operativt avlägsnande av livmodern. Vidare framgår att bland de patienter som skadats under bypassoperation (CABG) är en klar majoritet män.

Tabell 3.1 Antal patienter fördelat på skadegrupp och kön.

| Skadegrupp | Män | Kvinnor | Totalt |
|--------------|-----|---------|--------|
| Hysterektomi | 0 | 9 | 9 |
| CABG | 6 | 1 | 7 |
| Förlossning | 6 | 3 | 9 |
| Höft | 4 | 6 | 10 |
| Knä | 1 | 1 | 2 |
| Laparoskopi | 2 | 5 | 7 |
| Övriga | 2 | 2 | 4 |
| Totalt | 21 | 27 | 48 |

Som framgår av tabell 3.1 varierar antalet patienter per skadegrupp stort. Vi har endast två patienter som skadats i samband med knäoperation. Flest patienter noteras bland höftopererade. Sammanlagt består materialet av 48 patienter, dvs 21 färre än det initiala urvalet.

Fyra patienters skadegrupp anges enligt PSR som skadade under knäoperation, men på deras enkäter anges en skadetyper som inte tillhör någon av de sex grupper som ingår i studien. Av uppföljningen framgår att skadan i två fall har skett i samband med operation av tumme, samt i två fall vid operation av armbåge. Dessa patienter var således felkodade i det ursprungliga register varifrån urvalet drogs. Felkodningen uppdagades först när datainsamlingen avslutats. Dessa fyra patienter anges som skadegrupp "Övriga" i tabell 3.1 och i rapportens övriga tabeller.

Invaliditet

Bland de totalt 48 svarande är närmare tre av fem patienter (60 %) invalidiserade i någon grad på grund av skadan (se tabell 3.2). De svårast invalidiserade är de förlossningsskadade barnen,

där flertalet av dem som blivit invalidiserade har en invaliditetsgrad på mellan 70 och 100 procent. Ingen av de invalidiserade barnen har en invaliditet på under 50 procent.

De patienter som skadats under hysterektomi var de som uppvisade lägst invaliditet; som mest orsakade skadan invalidiseringar på 5 procent i denna skadegrupp.

Tabell 3.2 Patienter fördelade på invaliditetsgrad

| | Invaliditetsgrad (%) | | | | | Totalt |
|---------------|----------------------|-----------|----------|----------|----------|-----------|
| | 0 | 1-10 | 11-30 | 31-70 | 71-100 | |
| Hysterektomi | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| CABG | 4 | 1 | 2 | 0 | 0 | 7 |
| Förlossning | 4 | 0 | 0 | 1 | 4 | 9 |
| Höft | 2 | 5 | 2 | 1 | 0 | 10 |
| Knä | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| Laparoskopi | 3 | 2 | 2 | 0 | 0 | 7 |
| Övriga | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Totalt | 19 | 16 | 7 | 2 | 4 | 48 |

Ålder

Genomsnittsåldern för samtliga patienter, utom skadegruppen förlossning, är 54 år. Patientens ålder varierar mellan skadegrupperna. Förutom patienter i skadegruppen förlossning uppvisar skadegruppen övriga, knä och laparoskopi den lägsta medelåldern.

Tabell 3.3 Genomsnittlig ålder för patienter i respektive skadegrupp, dels för samtliga svarande, dels uppdelat på invalider och icke-invalider.

| <i>Skadegrupp</i> | <i>Samtliga</i> | <i>Invalider</i> | <i>Icke-invalider</i> |
|-------------------|-----------------|------------------|-----------------------|
| Hysterektomi | 53 | 52 | 54 |
| CABG | 65 | 62 | 68 |
| Förlossning | 0 | 0 | 0 |
| Höft | 57 | 58 | 54 |
| Knä | 47 | 47 | - |
| Laparoskopi | 48 | 42 | 57 |
| Övriga | 39 | 39 | 38 |

Sysselsättning

Tabell 3.4 visar patientens sysselsättningsstatus före skadans inträffade. I tabellen inkluderas inte de förlossningsskadade patienterna. I skadegruppen CABG var det inga av patienterna som förvärvsarbetande på hel- eller deltid före skadan. I skadegruppen hysterektomi var däremot flertalet av patienterna hel- eller deltidsanställda. Av samtliga 39 patienter i tabell 3.4 var 7 av dem förtidspensionerade och 11 ålderspensionärer, dvs. nästan hälften av de skadade patienterna var inte yrkesverksamma före skadan.

Tabell 3.4 Patienternas sysselsättning före skadan, *exklusive* patienter med förlossningsskada

| | Arbetade heltid | Arbetade deltid | Sjukskriven | Förtidspens. | Ålderspens. | Övrigt | Summa |
|--------------|--------------------|--------------------|-------------|--------------|-------------|--------|-------|
| Hysterektomi | 7 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 9 |
| CABG | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 | 0 | 7 |
| Höft | 3 | 0 | 1 | 2 | 4 | 0 | 10 |
| Knä | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| Laparoskopi | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 7 |
| Övriga | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 |
| Summa | 13 | 3 | 2 | 7 | 11 | 3 | 39 |

Bortfallsanalys

Initialt tillfrågades 69 patienter med ersättningsbar skada att ingå i studien. Av dessa var det nio patienter som skriftligen tackade nej till att medverka i studien. Av dem hade fem patienter någon grad av invaliditet (mellan 5-100 %) och fyra ingen invaliditetsgrad. Det var också spridning i ålder och kön. Beträffande deras skadegrupp var det ingen av höft- och knäpatienterna som initialt tackade nej att delta.

Åtta av dem som tackade nej till att medverka ersattes med andra slumpvis utvalda patienter. En patient som tackade nej kunde däremot inte ersättas. Detta var en patient som skadats i samband med en bypass-operation och som fått en invaliditet. Eftersom alla patienter med invaliditet i denna skadegrupp (totalt 4 patienter) redan hade tillfrågats kunde ingen komplettering göras.

Det totala antalet svarande i studien blev efter komplettering 50 patienter. Två av dessa patienter inkluderas inte i studien. En patient i skadegruppen höft har drabbats av fyra skador vid olika vårdtillfällen. Patienten har överklagat PSR:s bedömning avseende två av skadorna, bland annat den som är relevant för studien. Slutlig bedömning har ännu inte gjorts av

Patientskadenämnden, och därför går det inte i dagsläget att avgöra vilka av patientens vårdtillfällen, reoperationer och produktionsbortfall som direkt kan hänföras till höftskadan. Denna patient har därför inte kunnat inkluderas i studien. Den andra patienten som exkluderats hade inte skadats år 1995, vilket innebar att uppföljningsperioden inte överensstämde med övriga.

De återstående 19 patienterna som inte hörde av sig har en annan åldersstruktur än gruppen som har svarat. Om vi inte inkluderar de förlösningsskadade är genomsnittsåldern i bortfallet 45 år, vilket är lägre än bland dem som inkluderas i studien. Liksom bland de svarande är det något fler kvinnor än män som inte svarat.

Av tabell 3.5 framgår att det är både invalider och icke-invalider som tackat nej till att medverka. Bland höftpatienterna är det däremot jämfört med andra skadegrupper fler icke-invalider som inte velat delta.

Tabell 3.5 Bortfallsanalys

| Skadegrupp | Invalidier | | | Icke invalider | | |
|---------------|------------|-----------|------------|----------------|-----------|------------|
| | Urval | Svarat | Svarat (%) | Urval | Svarat | Svarat (%) |
| Hysterektomi | 7 | 5 | 71% | 5 | 4 | 80% |
| CABG | 4 | 3 | 75% | 5 | 4 | 80% |
| Förlossning | 7 | 5 | 71% | 5 | 4 | 80% |
| Höft | 7 | 8* | 100% | 5 | 2 | 40% |
| Knä | 7 | 2 | 29% | 5 | 0 | 0% |
| Laparoskopi | 7 | 4 | 57% | 5 | 3 | 60% |
| Övriga | - | 2 | - | - | 2 | - |
| Totalt | 39 | 29 | 74% | 30 | 19 | 63% |

* I gruppen tillfrågades enbart 7 invaliditetsskadade, men av de svarande tillkom ytterligare en höftskada, som initialt i utvalet tillhört en annan skadegrupp.

4 Resultat

Sluten- och öppenvårdskonsumtion

Nedan följer en redovisning av sluten- och öppenvårdskonsumtion för respektive skadegrupp. Antalet slutenvårdsdygn per patient varierar stort beroende på vilken skadegrupp som studeras. Höftpatienterna har vårdats i genomsnitt 49 dygn under åtta år till följd av skadan. Detta kan jämföras med 18 dygn för laparoskopipatienterna och 15 dygn för hysterektomi-patienterna. Även de två knäpatienterna redovisar mycket slutenvård, ca 100 dygn per patient. Öppenvårdskonsumtionen ligger däremot till 70 procent hos de förlossningsskadade barnen. Även här utgör höftpatienterna en betydande grupp.

Som väntat står de patienter som invalidiserats till följd av skadan för en stor del av vårdkonsumtionen. År 2-8 står de för nästan 90 procent av sluten- och öppenvårdskonsumtionen. Framför allt är det de förlossningsskadade barnen med en invaliditetsgrad på mellan 70 och 100 procent som konsumerar mycket vård.

Vidare framgår att hälften av all slutenvårdskonsumtion sker 2-8 år efter skadetillfället. Av öppenvårdsbesöken, inkl. dagvård på rehabklinik, är denna andel 90 procent. Här är det framför allt förlossningsskadade barn och höftpatienter som påverkar detta.

För nästan samtliga skadegrupper är det ett mindre antal patienter som genererar slutenvård under år 2-8. Totalt är det 14 individer (var tredje) som vårdas i sluten vård 2-8 år efter skadetillfället. 19 individer har besökt öppenvården under samma period.

I tabellerna nedan (4.1-4.7) visas det totala antalet vårddygn i slutenvård samt besök i öppenvården som respektive skadegrupp konsumerat till följd av skadan.

Tabell 4.1 Hysterekompatienternas konsumtion av sluten- och öppenvård.
Totala antalet patienter: 9

| | | År | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Summa |
|------------------------|-------------------------------------|----|------|------|------|------|------|------|------|------|-----------|
| <i>Antal patienter</i> | <i>Slutenvård</i> | | | | | | | | | | |
| 4 | Gyn. Klinik | | 44 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 44 dygn |
| 2 | Kvinnoklinik | | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 dygn |
| 3 | Kirurgi | | 26 | 15 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 43 dygn |
| | <i>Summa dygn i slutenvård</i> | | 120 | 15 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 137 dygn |
| | <i>Genomsnitt dygn per individ</i> | | | | | | | | | | 15 dygn |
| | <i>Öppenvård</i> | | | | | | | | | | |
| 1 | Kvinnoklinik | | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 besök |
| 3 | Sjuksköterska | | 96 | 60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 156 besök |
| 1 | Sjukgymnast | | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 besök |
| 6 | Läkare | | 1 | 9 | 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 17 besök |
| | <i>Summa besök i öppenvård</i> | | 113 | 69 | 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 189 besök |
| | <i>Genomsnitt besök per individ</i> | | | | | | | | | | 21 besök |

Tabell 4.2 CABG-patienternas konsumtion av sluten- och öppenvård.
Totala antalet patienter: 7

| | | År | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Summa |
|------------------------|-------------------------------------|----|------|------|------|------|------|------|------|------|----------|
| <i>Antal patienter</i> | <i>Slutenvård</i> | | | | | | | | | | |
| 1 | Ortopedi | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 dygn |
| 1 | Smärtklinik | | 6 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 dygn |
| 1 | Neurologi | | 3 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 dygn |
| 1 | Kirurgi | | 35 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 35 dygn |
| | <i>Summa dygn i slutenvård</i> | | 45 | 5 | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 57 dygn |
| | <i>Genomsnitt dygn per individ</i> | | | | | | | | | | 8 dygn |
| | <i>Öppenvård</i> | | | | | | | | | | |
| 1 | Rehabklinik | | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 17 dagar |
| 1 | Neurofysiolog | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 besök |
| 1 | Sjuksköterska | | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 besök |
| 1 | Sjukgymnast | | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 besök |
| 1 | Läkare | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 besök |
| | <i>Summa besök i öppenvård</i> | | 41 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 41 besök |
| | <i>Genomsnitt besök per individ</i> | | | | | | | | | | 6 besök |

Tabell 4.3 De förlossningsskadades konsumtion av sluten- och öppenvård.
Totala antalet patienter: 9

| | | År | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Summa |
|------------------------|-------------------------------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------------|
| <i>Antal patienter</i> | <i>Slutenvård</i> | | | | | | | | | | |
| 1 | Förlossning | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 dygn |
| 4 | Barnmedicin | 153 | 30 | 45 | 45 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 393 dygn |
| 1 | Neonataklirik | 39 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 39 dygn |
| 1 | Medicin | 26 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 26 dygn |
| | <i>Summa dygn i slutenvård</i> | 220 | 30 | 45 | 45 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 460 dygn |
| | <i>Genomsnitt dygn per individ</i> | | | | | | | | | | 15 dygn |
| | <i>Öppenvård</i> | | | | | | | | | | |
| 1 | Rehabklinik | 0 | 280 | 280 | 280 | 280 | 280 | 280 | 280 | 280 | 1960 dagar |
| 1 | Kurator för anhörig | 0 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 300 besök |
| 1 | Logoped | 0 | 0 | 0 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 100 besök |
| 1 | Arbetsterapeut | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 32 besök |
| 2 | Sjukgymnast | 52 | 193 | 99 | 99 | 99 | 99 | 99 | 99 | 99 | 839 besök |
| 3 | Läkare | 5 | 10 | 8 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 53 besök |
| | <i>Summa besök i öppenvård</i> | 61 | 587 | 491 | 509 | 409 | 409 | 409 | 409 | 409 | 3284 besök |
| | <i>Genomsnitt besök per individ</i> | | | | | | | | | | 365 besök |

Tabell 4.4 Höftledspatienternas konsumtion av sluten- och öppenvård.
Totala antalet patienter: 10

| | | År | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Summa |
|------------------------|-------------------------------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|-----------|
| <i>Antal patienter</i> | <i>Slutenvård</i> | | | | | | | | | | |
| 8 | Ortopedi | 254 | 72 | 11 | 44 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 381 dygn |
| 1 | Infektion | 0 | 0 | 0 | 54 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 84 dygn |
| 1 | Medicin | 0 | 0 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 dygn |
| | <i>Summa dygn i slutenvård</i> | 254 | 72 | 31 | 103 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 490 dygn |
| | <i>Genomsnitt besök per individ</i> | | | | | | | | | | 49 dygn |
| | <i>Öppenvård</i> | | | | | | | | | | |
| 2 | Rehabklinik | 4 | 3 | 3 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 17 dagar |
| 1 | Sjuksköterska | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 Besök |
| 3 | Sjukgymnast | 19 | 83 | 100 | 120 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 722 besök |
| 6 | Läkare | 27 | 48 | 28 | 8 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 118 besök |
| | <i>Summa besök i öppenvård</i> | 51 | 134 | 131 | 128 | 114 | 100 | 100 | 100 | 100 | 858 besök |
| | <i>Genomsnitt besök per individ</i> | | | | | | | | | | 86 besök |

Tabell 4.5 Knäpatienternas konsumtion av sluten- och öppenvård.
Totala antalet patienter: 2

| | | År | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Summa |
|------------------------|---------------|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------------|
| <i>Antal patienter</i> | | | | | | | | | | | |
| <i>Slutenvård</i> | | | | | | | | | | | |
| 2 | Ortopedi | 49 | 14 | 117 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 180 dygn |
| 1 | Infektion | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 dygn |
| | | <i>Summa dygn i slutenvård</i> | 74 | 14 | 117 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 205 dygn |
| | | <i>Genomsnitt dygn per individ</i> | | | | | | | | | 102,5 dygn |
| <i>Öppenvård</i> | | | | | | | | | | | |
| 1 | Ortopedi | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 besök |
| 2 | Sjuksköterska | 89 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 99 besök |
| 2 | Sjukgymnast | 10 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 besök |
| 2 | Läkare | 4 | 27 | 12 | 4 | 3 | 11 | 0 | 0 | 0 | 61 besök |
| | | <i>Summa besök i öppenvård</i> | 103 | 41 | 12 | 14 | 3 | 11 | 0 | 0 | 184 besök |
| | | <i>Genomsnitt besök per individ</i> | | | | | | | | | 92 besök |

Tabell 4.6 Laparoskopipatienternas konsumtion av öppen- och slutenvård.
Totala antalet patienter: 7

| | | År | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Summa |
|------------------------|-------------|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|----------|
| <i>Antal patienter</i> | | | | | | | | | | | |
| <i>Slutenvård</i> | | | | | | | | | | | |
| 7 | Kirurgi | 67 | 6 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 76 dygn |
| 1 | Rehab | 23 | | | | | | | | | 23 dygn |
| 1 | Infektion | 22 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 27 dygn |
| | | <i>Summa dygn i slutenvård</i> | 112 | 11 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 126 dygn |
| | | <i>Genomsnitt dygn per individ</i> | | | | | | | | | 18 dygn |
| <i>Öppenvård</i> | | | | | | | | | | | |
| 1 | Sjukgymnast | 0 | 0 | 15 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 35 besök |
| 3 | Läkare | 29 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 42 besök |
| | | <i>Summa besök i öppenvård</i> | 29 | 13 | 15 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 77 besök |
| | | <i>Genomsnitt besök per individ</i> | | | | | | | | | 11 besök |

Tabell 4.7 Gruppen övriga, konsumtion av öppen- och slutenvård.
Totala antalet patienter: 4

| | | År | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Summa | |
|------------------------|-------------------------------------|----|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| <i>Antal individer</i> | <i>Slutenvård</i> | | | | | | | | | | | |
| 1 | Kirurgi | | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | dygn |
| 1 | Ortopedi | | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | dygn |
| | <i>Summa dygn i slutenvård</i> | | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | dygn |
| | <i>Genomsnitt dygn per individ</i> | | | | | | | | | | 1,5 | dygn |
| <i>Öppenvård</i> | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Läkare | | 8 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | besök |
| 1 | Arbetsterapeut | | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | besök |
| 1 | Sjuksköterska | | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | besök |
| | <i>Summa besök i öppenvård</i> | | 11 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 | besök |
| | <i>Genomsnitt besök per individ</i> | | | | | | | | | | 4,5 | besök |

Antal operationer

Tabell 4.8 visar hur många operationer som utförts, uppdelat på skadegrupp och tid. Dessutom visar tabellen hur många patienter som opererats. Totalt har 26 patienter igenomsnitt opererats 2,4 gånger under perioden. Antalet operationer per patient varierar dock; av de två knäpatienterna svarar den ena för 15 operationer.

Tabell 4.8 Antal utförda operationer uppdelat efter skadegrupp och tid. Antalet patienter som opererats anges i parentes.

| Skadegrupp | Antal operationer | | Totalt antal operationer |
|---------------|-------------------|----------------|--------------------------|
| | år 1 | år 2-8 | |
| Hysterektomi | 11 (6) | 6 (2) | 17 (7) |
| CABG | 1 (1) | 0 (0) | 1 (1) |
| Förlossning | 0 (0) | 1 (1) | 1 (1) |
| Höft | 6 (4) | 9 (5) | 15 (7) |
| Knä | 7 (1) | 9 (2) | 16 (2) |
| Laparoskopi | 9 (6) | 2 (2) | 11 (7) |
| Övrigt | 1 (1) | 0 (0) | 1 (1) |
| Totalt | 35 (19) | 27 (12) | 62 (26) |

Vård i hemmet

Vård i hemmet kan innebära flera olika saker. I urvalet har det dock uteslutande rört sig om hemtjänst eller annan professionell vård i hemmet utförd av sjuksköterska eller undersköterska, alternativt informell hjälp av anhörig. Totalt har tio av patienterna fått formell hjälp, dock i mycket varierande omfattning. Tre av dem har fått hjälp under hela åttaårsperioden, varav två i form av personlig assistans. Förutom fyra patienter som fått vårdbidrag under perioden är det ytterligare fyra som registrerat informell hjälp av anhörig. Vård i hemmet i någon form förekommer i alla skadegrupper utom hos de två knäpatienterna. Mest vård i hemmet har skadegruppen förlossning konsumerat.

Produktionsbortfall

Närmare hälften av patienterna var ålderspensionärer eller förtidspensionerade redan före skadetillfället, och i de fallen har inget produktionsbortfall på grund av skadan uppkommit (jämför tabell 3.4). Inte heller de fall då patienten har gått ned i arbetstid på grund av den ursprungliga sjukdomen har här räknats med, eftersom det produktionsbortfallet inte härrör från skadan.

Nedanstående tabell 4.9 sammanfattar produktionsbortfallet för de skadegrupper där detta finns registrerat. För varje skadegrupp finns angivet hur många månader som patienten skulle ha arbetat, men som gått förlorade på grund av skadan. Efter skadegruppen finns också angivet hur många patienter som står för produktionsbortfallet.

Produktionsbortfall förekommer främst bland hysterektomipatienterna sett till antalet patienter som varit sjukskrivna till följd av skadan. Anledningen är att de i störst utsträckning var i arbetsför ålder vid tidpunkten för skadan. Totalt summeras produktionsbortfallet till ca 48 månader för hysterektomipatienterna under de åtta år som studien avser. I övriga grupper är det endast en patient per skadegrupp som generat produktionsbortfall. För de förlossnings-skadade barnen har anhörigas produktionsbortfall registrerats, vilket beräknas till totalt 198 månader (16 år) under åttaårsperioden.

Tabell 4.9 Mängden produktionsbortfall uttryckt i månader, samt antalet patienter i varje skadegrupp som står för bortfallet. För skadegruppen förlossning avser produktionsbortfallet barnets föräldrar.

| Skadegrupp | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Hysterektomi (6 patienter) | 32 | 13 | 3,4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Förlossning (3 patienter) | 0 | 24 | 30 | 30 | 30 | 30 | 27 | 27 |
| Höft (1 patient) | 6 | 6 | 9 | 12 | 9 | 9 | 6 | 0 |
| Knä (1 patient) | 12 | 12 | 6 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Laparoskopi (1 patient) | 9,4 | 12 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Övrigt (1 patient) | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Läkemedelskonsumtion

Totalt har 13 personer behandlats med läkemedel mot smärta och/eller infektion till följd av skadan. Höftpatienterna använder läkemedel i störst utsträckning. Åtta av elva (73 %) höftpatienter har genomgått eller genomgår fortfarande läkemedelsbehandling. Observera att kolumnen i tabell 4.10 som anger den genomsnittliga behandlingstiden endast är baserad på de patienter som har läkemedelsbehandlats.

Tabell 4.10 Antal patienter som genomgått läkemedelsbehandling samt genomsnittlig behandlingstid för patienter som läkemedelsbehandlats.

| Skadegrupp | Antal patienter med långvarig läkemedelsbehandling | Genomsnittlig behandlingstid för patienter som behandlats |
|---------------|--|---|
| Hysterektomi | 1 | 6 mån |
| CABG | 1 | 70 mån |
| Förlossning | 0 | 0 mån |
| Höft | 8 | 53 mån |
| Knä | 1 | 95 mån |
| Laparoskopi | 1 | 4 mån |
| Övrigt | 1 | 2 mån |
| Totalt | 13 | 46 mån |

5 Kostnadsberäkning

Enligt de principer som beskrevs i kapitel 2 kostnadsberäknas här nedan vårdkonsumtion och produktionsbortfall. Kostnader som redovisas i tabellerna nedan är diskonterade med 3 procent per år.

I nedanstående tabeller redovisas skattade kostnader för respektive skadegrupp. Beloppen avser total kostnad som de skadade patienterna i respektive skadegrupp genererat. Vad som framgår är att för skadegrupperna hysterektomi och i synnerhet CABG återfinns den huvudsakliga delen av kostnaderna (60-80 %) under första året efter skadan. För höft-, knä och förlossningsskador uppkommer de huvudsakliga kostnaderna år 2-8.

Vidare framgår av sammanställningen att kostnadsbilden varierar betydligt mellan olika skadegrupper. Den skadegrupp som har en stor andel slutenvårdskostnader är CABG. Det beror på att ingen av patienterna förvärvsarbetade vid tidpunkten för skadan utan de var antingen förtidspensionerade eller ålderspensionerade vid skadetillfället. Även laparoskopi har en stor andel slutenvårdskostnad jämfört med andra skadegrupper.

Läkemedelskostnaden utgör som mest 5 procent av den totala kostnaden, och den siffran gäller skadade i samband med höftoperation. I samma skadegrupp kan 44 procent av kostnaderna relateras till produktionsbortfall och 13 procent till vård i hemmet. Förlossningsskadorna redovisar en högre andel av kostnaderna som kan hänföras till vård i hemmet. I denna grupp är kostnaderna för produktionsbortfall, öppenvård och vård i hemmet ungefär lika stora, 26-30 procent.

Tabell 5.1 Kostnadsberäkning för skadegrupp hysterektomi, uppdelad på tid. Kr. (2003 års priser) Totala antalet patienter: 9

| | <i>Antal</i> | <i>År 1</i> | <i>År 2-8</i> | <i>Totalt 8 år</i> |
|---------------------|--------------|------------------|----------------|--------------------|
| Produktionsbortfall | 6 | 915 400 | 468 900 | 1 384 300 |
| Slutenvård | 9 | 398 100 | 280 500 | 678 600 |
| Öppenvård | 8 | 60 000 | 28 900 | 88 800 |
| Läkemedel | 2 | 4 500 | 800 | 5 300 |
| Vård i hemmet | 1 | 86 000 | 70 800 | 156 700 |
| Totalt | | 1 463 900 | 850 000 | 2 313 800 |

Tabell 5.2 Kostnadsberäkning för skadegrupp CABG, uppdelad på tid. Kr. (2003 års priser) Totala antalet patienter: 7

| | Antal | År 1 | År 2-8 | Totalt 8 år |
|---------------------|-------|----------------|---------------|----------------|
| Produktionsbortfall | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Slutenvård | 5 | 229 900 | 56 400 | 286 300 |
| Öppenvård | 2 | 50 600 | 0 | 50 600 |
| Läkemedel | 1 | 300 | 6 800 | 7 200 |
| Vård i hemmet | 2 | 97 900 | 11 900 | 109 800 |
| Totalt | | 378 800 | 75 100 | 454 000 |

Tabell 5.3 Kostnadsberäkning för skadegrupp förlossning, uppdelad på tid. Kr. (2003 års priser) Totala antalet patienter: 9

| | Antal | År 1 | År 2-8 | Totalt 8 år |
|---------------------|-------|------------------|-------------------|-------------------|
| Produktionsbortfall | 3 | 0 | 4 186 700 | 4 186 700 |
| Slutenvård | 6 | 1 097 000 | 1 216 900 | 2 313 900 |
| Öppenvård | 4 | 19 700 | 4 922 200 | 4 941 900 |
| Läkemedel | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vård i hemmet | 5 | 0 | 4 520 000 | 4 520 000 |
| Totalt | | 1 116 700 | 14 845 800 | 15 962 500 |

Tabell 5.4 Kostnadsberäkning för skadegrupp höft, uppdelad på tid. Kr. (2003 års priser) Totala antalet patienter: 10

| | Antal | År 1 | År 2-8 | Totalt 8 år |
|---------------------|-------|----------------|------------------|------------------|
| Produktionsbortfall | 1 | 180 100 | 1 378 600 | 1 558 600 |
| Slutenvård | 8 | 450 000 | 539 300 | 989 300 |
| Öppenvård | 7 | 33 900 | 267 700 | 301 600 |
| Läkemedel | 8 | 14 000 | 164 000 | 178 000 |
| Vård i hemmet | 3 | 61 200 | 417 000 | 478 200 |
| Totalt | | 739 300 | 2 766 400 | 3 505 700 |

Tabell 5.5 Kostnadsberäkning för skadegrupp knä, uppdelad på tid. Kr. (2003 års priser) Totala antalet patienter: 2

| | Antal | År 1 | År 2-8 | Totalt 8 år |
|---------------------|-------|----------------|------------------|------------------|
| Produktionsbortfall | 1 | 405 000 | 806 200 | 1 211 200 |
| Slutenvård | 2 | 219 000 | 248 100 | 467 100 |
| Öppenvård | 2 | 27 200 | 55 400 | 82 600 |
| Läkemedel | 1 | 5 100 | 8 400 | 13 400 |
| Vård i hemmet | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totalt | | 656 300 | 1 118 100 | 1 774 400 |

Tabell 5.6 Kostnadsberäkning för skadegrupp laparoskopi, uppdelad på tid. Kr. (2003 års priser) Totala antalet patienter: 7

| | Antal | År 1 | År 2-8 | Totalt 8 år |
|---------------------|-------|----------------|----------------|------------------|
| Produktionsbortfall | 1 | 239 800 | 389 700 | 629 600 |
| Slutenvård | 6 | 499 800 | 64 500 | 564 200 |
| Öppenvård | 4 | 22 200 | 19 200 | 41 400 |
| Läkemedel | 1 | 4 500 | 0 | 4 500 |
| Vård i hemmet | 2 | 20 800 | 134 700 | 155 500 |
| Totalt (SEK) | | 787 100 | 608 100 | 1 395 200 |

Tabell 5.7 Kostnadsberäkning för skadegrupp övrigt, uppdelad på tid. Kr. (2003 års priser) Totalt antalet patienter: 4

| | Antal | År 1 | År 2-8 | Totalt 8 år |
|---------------------|-------|----------------|---------------|----------------|
| Produktionsbortfall | 1 | 43 800 | 0 | 43 800 |
| Slutenvård | 2 | 60 800 | 0 | 60 800 |
| Öppenvård | 3 | 158 000 | 3 300 | 161 300 |
| Läkemedel | 1 | 200 | 0 | 200 |
| Vård i hemmet | 1 | 6 900 | 6 700 | 13 500 |
| Totalt (SEK) | | 269 700 | 10 000 | 279 700 |

Nedan summeras kostnaderna för de ovanstående skadegrupperna. Observera att tabell 5.8 endast är en skattning av de totala kostnaderna för de patienter som medverkat i studien. Sett över hela perioden och för hela patientmaterialet utgör produktionsbortfallet drygt en tredjedel av totalkostnaden, medan kostnaden för slutenvård, öppenvård och vård i hemmet utgör vardera ca 20 procent. Endast en femtedel av den totala kostnaden kan hänföras till år 1.

Tabell 5.8 Summering av kostnaderna för samtliga 48 patienter, uppdelat på tid. Kr. (2003 års priser)

| | År 1 | År 2-8 | Totalt 8 år |
|---------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| Produktionsbortfall | 1 784 000 | 7 230 000 | 9 014 000 |
| Slutenvård | 2 955 000 | 2 406 000 | 5 360 000 |
| Öppenvård | 372 000 | 5 297 000 | 5 668 000 |
| Läkemedel | 29 000 | 180 000 | 209 000 |
| Vård i hemmet | 273 000 | 5 161 000 | 5 434 000 |
| Totalt | 5 412 000 | 20 273 000 | 25 685 000 |

Tabell 5.9 Genomsnittlig kostnad per individ med olika invaliditetsgrad, uppdelat på tid, Kr. (2003 års priser)

| Invaliditetsgrad | Antal patienter | År 1 | År 2-8 | Totalt 8 år |
|------------------|-----------------|---------|-----------|-------------|
| 0% | 19 | 86 000 | 36 000 | 122 000 |
| 1-5% | 12 | 137 000 | 161 000 | 297 000 |
| 6-15% | 8 | 123 000 | 133 000 | 256 000 |
| 16-70% | 5 | 116 000 | 803 000 | 919 000 |
| 71-100% | 4 | 144 000 | 3 143 000 | 3 287 000 |
| Samtliga | 48 | 113 000 | 422 000 | 535 000 |

I tabell 5.9 redovisas totaltkostnaden utslagen per individ och efter patienternas invaliditetsgrad. Som framgår ökar kostnaden med graden av invaliditet och en allt större del av kostnaden ligger under perioden 2-8 år efter skadetillfället i takt med att invaliditetsgraden ökar. Det första året varierar däremot inte den genomsnittliga kostnaden mellan de olika invaliditetsgrupperna i särskilt stor utsträckning.

I tabell 5.10 redovisas den skattade kostnaden för dels yrkesverksamma, dels icke yrkesverksamma. Till yrkesverksamma räknas de som året före skadan antingen arbetade heltid/deltid eller var sjukskrivna. I figuren har förlossningsskadade patienter inte inkluderats. Som framgår av tabellen är den genomsnittliga kostnaden för yrkesverksamma mer än 2,5 gånger högre jämfört med icke yrkesverksamma. Kostnaden, exklusive produktionsbortfall uppgår i genomsnitt till 106 000 kronor per patient för yrkesverksamma, vilket är lägre än för de icke yrkesverksamma.

Tabell 5.10 Total kostnad för grupperna yrkesverksamma och icke yrkesverksamma, uppdelat på tid. Kr, exklusive förlossningsskadade patienter. (2003 års priser)

| | Yrkesverksamma N=18 | | | Icke yrkesverksamma N=21 | | |
|---------------------|---------------------|-----------|-------------|--------------------------|-----------|-------------|
| | År 1 | År 2-8 | Totalt 8 år | År 1 | År 2-8 | Totalt 8 år |
| Produktionsbortfall | 1 784 000 | 3 043 000 | 4 828 000 | 0 | 0 | 0 |
| Slutenvård | 603 000 | 685 000 | 1 288 000 | 1 255 000 | 504 000 | 1 759 000 |
| Öppenvård | 71 000 | 149 000 | 221 000 | 280 000 | 225 000 | 506 000 |
| Läkemedel | 8 000 | 76 000 | 84 000 | 21 000 | 104 000 | 125 000 |
| Vård i hemmet | 107 000 | 207 000 | 314 000 | 166 000 | 434 000 | 600 000 |
| Totalt | 2 573 000 | 4 161 000 | 6 733 000 | 1 722 000 | 1 267 000 | 2 990 000 |
| Kr per individ | 143 000 | 231 000 | 374 000 | 82 000 | 60 000 | 142 000 |

6 Skattning av den totala kostnaden för sex skadegrupper

Det totala antalet patienter med en ersättningsbar skada år 1995 i de sex skadegrupper som ingår i denna studie framgår av tabell 6.1. Totalt ersattes 468 patienter och 202 av dem hade någon grad av invaliditet till följd av skadan. I detta kapitel görs en skattning av den totala samhällseliga kostnaden för de sex skadegrupper som ingår i denna studie. För att göra en sådan skattning behövs genomsnittliga kostnader per patient uppdelat på skadegrupp samt på invaliditet respektive icke-invaliditet (tabell 6.2).

Tabell 6.1 Totala antalet patienter med ersättningsbar skada år 1995 i de sex skadegrupper som studien omfattar.

| | Hysterektomi | CABG | Förlossning | Höft | Knä | Laparoskopi | Summa |
|------------------|--------------|------|-------------|------|-----|-------------|-------|
| Invaliditet | 8 | 4 | 14 | 52 | 101 | 23 | 202 |
| Icke invaliditet | 39 | 25 | 19 | 32 | 83 | 68 | 266 |
| Summa | 47 | 29 | 33 | 84 | 184 | 91 | 468 |

Källa: PSR Personskadereglering AB

Tabell 6.2 Genomsnittliga kostnader per patient över åtta år uppdelat på skadegrupp och invalider respektive icke-invalider. Kostnader för sjukvård, produktionsbortfall respektive vård i hemmet redovisas var för sig. Kr. (2003 års priser)

| | Hysterektomi | CABG | Förlossning | Höft | Knä | Laparoskopi | Övriga | Samtliga |
|----------------------------|--------------|--------|-------------|---------|---------|-------------|---------|----------|
| Sjukvård | | | | | | | | |
| Invalider | 108 000 | 52 400 | 1 362 500 | 140 200 | 281 600 | 81 800 | 106 400 | 313 800 |
| Icke-invalider | 56 100 | 46 700 | 110 900 | 173 600 | - | 94 400 | 4 700 | 88 700 |
| Produktionsbortfall | | | | | | | | |
| Invalider | 198 800 | 0 | 837 300 | 194 800 | 605 600 | 157 400 | 0 | 297 800 |
| Icke-invalider | 97 600 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 21 900 | 21 700 |
| Vård i Hemmet | | | | | | | | |
| Invalider | 31 300 | 0 | 857 800 | 56 200 | 0 | 37 100 | 0 | 161 000 |
| Icke-invalider | 0 | 27 500 | 57 700 | 14 200 | - | 2 400 | 6 800 | 24 100 |

Kostnaderna i tabell 6.2 ovan är uppdelade på sjukvård, vård i hemmet och produktionsbortfall. Sjukvård inkluderar kostnader för patientens öppenvård, slutenvård, läkemedelsbehandling samt större undersökningar. Vård i hemmet motsvarar både formell och informell hjälp i hemmet. Produktionsbortfall är summan av kostnaderna för det bortfall som patienten själv och eventuella anhöriga står för.

De genomsnittliga kostnaderna, uppdelad på skadegrupp och invaliditet respektive icke-invaliditet i tabell 6.2 multiplicerats därefter med det totala antalet skador som inträffade år 1995 (se tabell 6.1). På så sätt skattas den totala kostnaden för samtliga skadade inom respektive skadegrupp år 1995. Resultatet av beräkningen redovisas i tabell 6.3.

Tabell 6.3 Skattning av de totala kostnaderna för 468 patienter med ersättningsbar skada som inträffade år 1995 fördelat på sex skadegrupper, samt genomsnittlig kostnad per patient. 2003 års priser, 1000-tals kr.

| | <i>Hysterek- tomi</i> | <i>CABG</i> | <i>För- lossning</i> | <i>Höft</i> | <i>Knä</i> | <i>Laparo- skopi</i> | <i>Summa</i> |
|----------------------------------|---------------------------|--------------|--------------------------|---------------|-----------------------------|--------------------------|----------------|
| Sjukvård | | | | | | | |
| Invalidier | 863 | 210 | 19 075 | 7 291 | 28 440 | 1 881 | 57 759 |
| Icke-invalidier | 2 189 | 1 168 | 2 107 | 5 554 | - | 6 416 | 17 435 |
| Produktions- bortfall | | | | | | | |
| Invalidier | 1 590 | 0 | 11 723 | 10 131 | 61 168 | 3 620 | 88 232 |
| Icke-invalidier | 3 807 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 3 807 |
| Vård i hemmet | | | | | | | |
| Invalidier | 251 | 0 | 12 010 | 2 924 | 0 | 854 | 16 038 |
| Icke-invalidier | 0 | 686 | 1 096 | 454 | - | 160 | 2 397 |
| Summa | 8 701 | 2 064 | 46 010 | 26 354 | 89 608 ¹⁾ | 12 931 | 185 668 |
| Kr per patient | 185 | 71 | 1 394 | 314 | 887 ¹⁾ | 142 | 397 |

1) Avser endast patienter med invaliditet

Den totala kostnaden för samtliga skadade under år 1995 i de sex skadegrupper som vi studerat skattas till 185,7 Mkr i 2003 års priser. Av denna kostnad utgör förlösningskostnaderna 25 procent. Av samtliga patienter utgör de skadade barnen däremot endast sju procent. En stor del av kostnaden, närmare hälften, kan hänföras till knäpatienterna. Här inkluderas dock bara patienter med någon grad av invaliditet och beräkningen baseras enbart på en skattning av två patienter. En annan betydande grupp är höftpatienterna. Här förekommer ett

betydande produktionsbortfall, men också omfattande kostnader för sjukvård och vård i hemmet.

Genomsnittlig kostnad per skadefall beräknas 397 000 kronor. Sett över hela åttaårsperioden utgör produktionsbortfallet 50 procent av totalkostnaden, medan kostnaden för sjukvård utgör 40 procent och vård i hemmet svarar för resterande 10 procent. Invaliderna svarar för 87 procent av de totala kostnaderna.

7 Ersättning vid patientskada

Om en patient skadas i den svenska sjukvården kan ersättning utbetalas. Ersättning kan lämnas för inkomstförlust, merkostnader, sveda och värk, invaliditet och dödsfall. År 2002 gjordes 9 395 anmälningar till PSR, varav nästan hälften ledde till att ersättning utbetalades. Ersättningarna ska täcka den del av kostnader som andra försäkringar, offentliga eller privata, inte täcker.

Inkomstförlust täcker endast den del som övriga försäkringar, såsom sjuklön eller sjukpenning, inte täcker. Den som redan är sjukskriven får endast ersättning för inkomstförlust om sjukskrivningen bedömts ha förlängts på grund av skadan. PSR använder sig av löneinformation från arbetsgivaren.

Merkostnader innebär sådana kostnader för vård och till exempel sjukresor som inte täcks av övriga försäkringar. Ersättningen ska motsvara den billigaste tillgängliga behandlingen. Försäkringen täcker den del av patientens egenavgifter upp till och med högkostnadsskyddet. För slutenvård betalar försäkringen en del av vårdavgiften.

Merkostnader kan också innebära ersättning för anhörigs inkomstbortfall eller kostnader i samband besök hos den skadade patienten. Om patienten behöver vård i hemmet ska kommunen i första hand svara för den, men eventuella kostnader utöver det som kommunen står för, till exempel anpassning av bostaden, kan försäkringen täcka.

Ersättning för *sveda och värk* beräknas enligt samma principer som skadestånd. Den ses som en ersättning för psykiskt och fysiskt lidande som patienten genomgått på grund av skadan, och betalas ut som ett engångsbelopp efter skadan.

Invaliditet ersätts i fyra olika delar. Lyte eller men innebär en bestående funktionsnedsättning som ersätts enligt Trafikskadenämndens principer. Ersättningen blir högre ju högre invaliditetsgraden är och lägre ju äldre patienten är. Ersättning av framtida inkomstförlust baseras på information från arbetsgivaren om lön, och är till för att täcka den del av inkomstförlusten som beror på skadan som andra försäkringar ej täcker. Ersättning för framtida kostnader är tänkt att täcka merkostnader för vård, anpassning av bostaden etc. som andra försäkringar inte täcker. Slutligen kan ersättningen för invaliditet utgå på grund av särskilda olägenheter.

Dödsfall ersätts med begravningskostnaden och eventuell inkomstförlust till anhöriga. Den kan också betalas ut till efterlevande anhörig som får försämrade möjligheter till försörjning. Om någon nära anhörig drabbats av så svåra psykiska besvär att det kan betraktas som personskada, kan ersättning till denna också betalas ut.

Nedan i tabell 7.1 inkluderas de individer som medverkat i studien. Dessa 48 individerna är grupperade efter invaliditetsgrad, och den genomsnittliga ersättningen som betalats ut från PSR anges för varje invaliditetsgrupp. Ersättningen från PSR motsvarar utbetalningen t.o.m. år åtta efter skadetillfället. Ytterligare framtida ersättningar kan således förekomma för en del patienter.

Tabell 7.1 Skattad genomsnittlig total kostnad för de 48 patienter som medverkat i studien samt genomsnittlig utbetald ersättning från PSR uppdelad på invaliditetsgrad.

| <i>Invaliditetsgrad</i> | <i>Antal patienter</i> | <i>Genomsnittliga totala kostnader</i> | <i>Genomsnittlig utbetalning från PSR</i> |
|-------------------------|------------------------|--|---|
| 0% | 19 | 122 000 | 45 000 |
| 1-5% | 12 | 297 000 | 32 000 |
| 6-15% | 8 | 256 000 | 75 000 |
| 16-70% | 5 | 919 000 | 410 000 |
| 71-100% | 4 | 3 287 000 | 801 000 |
| Samtliga | 48 | 535 000 | 148 000 |

Källa: PSR Personskadereglering

I tabell 7.2 nedan görs en jämförelse mellan denna studies skattade kostnader och PSR genomsnittliga utbetalningar. Som tidigare nämnts består ersättningen vid patientskada av flera olika delar. Dessa delar korresponderar till viss del mot de olika typer av kostnader som denna studie har skattat. I tabell 7.2 har ersättning för merkostnader, framtida merkostnader samt livränta för merkostnader slagits ihop i kolumnen ”Vård och omsorg” under ”PSR genomsnittliga utbetalningar”. Kolumnen ”Vård och omsorg” under ”Skattade genomsnittliga kostnader” inkluderar kostnaderna för slutenvård, öppenvård, vård i hemmet och läkemedel.

På motsvarande sätt innehåller kolumnen ”Produktionsbortfall” studiens skattning av produktionsbortfallet för patienten och dess anhöriga. Kolumnen ”Inkomstförlust” visar summan av den genomsnittliga ersättning som betalats ut för inkomstförlust, livränta för inkomstförlust samt förlust av rörelseintäkt.

Att studiens genomsnittliga kostnader för vård och omsorg samt produktionsbortfall inte överensstämmer med genomsnittliga utbetalningar beror på att vi skattat samhällets kostnader för den vårdkonsumtion och det produktionsbortfall som uppkommer till följd av skada. De

genomsnittliga ersättningarna avser de merutgifter och/eller inkomstförluster som den enskilde patienten har fått till följd av skadad. PSR:s ersättningar för vård och omsorg i förhållande till studiens skattade kostnader för vård och omsorg varierar därför stort inte bara beloppsmässigt utan också mellan de olika skadegrupperna. Jämförelsen i tabell 7.2 visar att den genomsnittliga utbetalningen för vård och omsorgs samt inkomstförlust motsvarar ca tio procent av den skattade genomsnittliga kostnaden för samhället såsom den skattats i denna studie.

Den sista kolumnen i tabell 7.2 avser summan av de genomsnittliga utbetalningarna för sveda och värk, lyte och men, olägenheter och ärr. Dessa utbetalningar har ingen naturlig motsvarighet i de kostnader som skattats i denna studie. Dessa kostnader utgör i snitt ca 70 procent av PSR:s utbetalningar.

Tabell 7.2 Genomsnittlig skattad kostnad av vård och omsorg samt produktionsbortfall, samt PSR:s genomsnittliga ersättning för vård och omsorg, inkomstförlust samt sveda, värk, lyte och men. Kostnader och ersättningar fördelade på skadegrupp. Kostnader och utbetalningar avser samtliga 48 patienter.

| Skadegrupp | Skattade genomsnittliga kostnader | | PSR genomsnittliga utbetalningar | | |
|--------------|-----------------------------------|---------------------|----------------------------------|----------------|---------------------------|
| | Vård och omsorg | Produktionsbortfall | Vård och omsorg | Inkomstförlust | Sveda, värk, Lyte och men |
| Hysterektomi | 103 000 | 154 000 | 2 000 | 5 000 | 18 000 |
| CABG | 65 000 | 0 | 3 000 | 4 000 | 15 000 |
| Förlossning | 1 308 000 | 465 000 | 97 000 | 0 | 380 000 |
| Höft | 195 000 | 156 000 | 35 000 | 58 000 | 72 000 |
| Knä | 282 000 | 606 000 | 8 000 | 19 000 | 43 000 |
| Laparoskopi | 109 000 | 90 000 | 11 000 | 19 000 | 40 000 |
| Övrigt | 59 000 | 11 000 | 3 000 | 3 000 | 18 000 |
| Samtliga | 347 000 | 188 000 | 29 000 | 17 000 | 101 000 |

8 Diskussion

Åtta års kostnader för sjukvård, omsorg och produktionsbortfall för sex utvalda patientskadegrupper har i genomsnitt skattats till 397 000 kronor per skadefall (2003 års priser). För att få ett perspektiv på dessa kostnader kan man jämföra resultaten med en motsvarande studie av trafikskador. I denna tidigare studie användes en liknande metod för att skatta kostnaden för trafikskador med långvariga komplikationer. Genomsnittskostnaden per trafikskadefall beräknades då till ca 900 000 kronor (2000 års priser) (Maraste m.fl., 2002). Trafikskadorna i den studien var dock samtliga utvalda för att de hade bestående problem av något slag och gruppen utgjorde endast ca 10 procent av de svåraste trafikskadorna. En genomsnittlig trafikskada där den skadade överlever, har i en äldre studie beräknats kosta cirka 115 000 kronor (1997 års priser) (Persson & Vegelius, 1995). Omräknat med konsumentprisindex till 2003 års priser uppgår sjukvård, omsorg och produktionsbortfall för den genomsnittliga trafikskadan till ca 124 000 kronor. Det betyder att de sex utvalda skadegrupperna, CABG, förlösning, hysterektomi, totalhöftoperation, knäoperation och laparoskopi i gallvägar, har i genomsnitt lett till kostnader för sjukvård, omsorg och produktionsbortfall som är ungefär tre gånger så kostsamma som trafikskador där de skadade överlever.

För patientskadefallen utgör produktionsbortfall den största kostnadsposten med 50 procent, sjukvård utgör 40 procent och resterande 10 procent är kostnader för vård och omsorg i hemmet. För trafikskadorna utgör produktionsbortfallet en än större andel av kostnaderna, ca 60 procent. Det beror framförallt på att trafikskadorna i allmänhet drabbar yngre personer som i större utsträckning är i arbetsför ålder.

Jämför man kostnaderna för patientskadorna med utbetalda ersättningar till de skadade från PSR framgår följande. Utbetalningarna för vård och omsorg utgör 8 procent av skattade kostnader för vård och omsorg och utbetalningarna för inkomstförlust utgör 9 procent av skattat produktionsbortfall. Utbetalningarna för sveda, värk, lyte och men, vilka inte värderats i vår studie, upptar den största posten av samtliga utbetalningarna från PSR, cirka 70 procent. Det ska då noteras att ersättningarna från PSR endast ska täcka den del av kostnaderna som andra försäkringar, offentliga eller privata, inte täcker. Till exempel ska huvuddelen av inkomstförlusten täckas av sjuklön och sjukpenning, förtidspension, mm. För sjukvård ska ersättningen från PSR endast täcka den del av vårdavgiften som belastar patienten.

Trots studiens begränsade material kan vissa styrkor i studien noteras. För det första är det korrekt att utgå från incidensmetoden, dvs. utifrån antalet nytillkomna fall under ett visst år, när patienterna har långvariga besvär till följd av sin skada och man önskar redovisa de

potentiella kostnadsbesparingarna av förebyggande åtgärder (Persson, 2004). En beräkning med hjälp av prevalensansatsen, d v s utifrån antalet befintliga vårdfall under ett visst år, ger en för hög och felaktig skattning. Samtidigt är den förenad med stora svårigheter att spåra relevanta patientfall och att korrekt kunna beräkna de kostnader som kan hänföras till själva skadan. Det faktum att så mycket som två tredjedelar av kostnaderna utfaller 2-8 år efter skadan understryker vikten av att välja rätt beräkningsmetod.

För det andra måste en uppföljning på åtta år betraktas som lång. Den långa uppföljningsperioden kan sägas kompensera för den svaghet som ett relativt litet urval skadefall utgör. För det tredje har vi gjort ett försök att rensa för konsumtion som inte kan relateras till skadan genom att jämföra med hur situationen var året före skadan. Därigenom försöker vi undvika en överskattning av kostnaderna till följd av att individerna även utan skadan kan förväntas konsumera viss vård, omsorg och ha viss arbetsfrånvaro. Risken för sådan överskattning är speciellt stor i ett material med många äldre individer och som redan före skadetillfället har behandlats för sjukdom eller nedsatt funktion.

Svagheterna i skattningarna består framför allt i att urvalet är relativt litet. Det innebär en osäkerhet i presenterade resultat, speciellt vid uppräknig av kostnaderna för att belysa vissa skadegrupper så som knäoperationerna. En annan svaghet som bör uppmärksammas är att uppföljningsperioden på åtta år inte är tillräcklig för samtliga patienter. För de patienter som har hjälpbehov även åtta år efter skadetillfället uppstår sannolikt kostnader även framöver – i synnerhet för de förlossningsskadade barnen. En möjlighet hade varit att beräkna dessa kostnader med hjälp av antaganden om framtida förväntad livslängd, vårdkonsumtion och produktionsbortfall. Denna typ av skattning ingår inte i detta uppdrag. Här ska också noteras att sveda, värk och sorg för de patienter som blivit invalidiserade inte värderats i denna studie. Vidare beaktas inte kostnaden för eventuella dödsfall till följd av skadan, vilket innebär en underskattning av skadornas konsekvenser.

En annan del som bidrar till underskattning är antagandet om individens förändrade sysselsättning till följd av skadan. I denna studie har patientens sysselsättning efter operationen jämförts med hans/hennes sysselsättning året före skada. Har patienten på grund av sin sjukdom varit sjukskriven även före operationen uppkommer inget produktionsbortfall för patienten i våra skattningar. Det hade däremot varit mer korrekt att istället utgå från den sysselsättningsgrad som den enskilde skulle haft om operationen hade lyckats, dvs om ingen skada skett. Detta har inte varit möjligt att genomföra i denna studie. Genomgående finns ett osäkerhetsmoment i skattningen eftersom det saknas kunskap om naturförloppet, dvs. hur situationen skulle sett ut om inte skadan inträffat.

Referenser

Apoteket AB (2003) - Läkemedelsboken 2003/2004. Lund: Förlagshuset Nordens Grafiska

FASS (2003). Kungsbacka : Läkemedelsindustriföreningen LIF

Görnebrand, J. (2003) – Social Handbok år 2003. Lund: Grafiska Förlag.

Landstingsförbundet (2004) – Sjukvårdsdata i Fokus. <http://sjvdata.lf.se>

LÖF (2002). Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag Årsredovisning 2001.

Maraste P, Persson U, Berntman M, Svensson M. (2002) -Kommunalekonomiska konsekvenser till följd av trafikolyckor - en åttaårsuppföljning av långvariga trafikskador. Lund : Institutionen för Teknik och samhälle, avdelning Trafikteknik. Lunds Tekniska Högskola, Lunds Universitet. (Bulletin 208)

Nilsson, K. Persson, U. & Halte, K. (1997) – Kostnader för vägtrafikolyckor i Sverige och värdering av riskreduktioner – en översikt. Lund : Institutionen för Trafikteknik, Lunds Tekniska Högskola, Lunds Universitet. (Bulletin 144)

Norrlandstingens prislistor (2004). www.norrlandstingen.nu/lankar_prislistor.htm

Persson, U. (2004) – Valuing Reductions in the Risk of Traffic Accidents Based on Empirical Studies in Sweden. Lund : Institutionen för teknik och samhälle, Lunds Tekniska Högskola, Lunds Universitet. (Bulletin 222)

Persson U. & Vegelius C. (1995) -Revidering av Vägverkets olyckskostnader - en uppräknig till 1997 års priser. Lund : Institutionen för trafikteknik, Lunds tekniska högskola, Lunds Universitet. (Rapport till Vägverket).

PSR (2004) – Statistik. www.psr.se/statistik.htm

SCB (2003). –Lönestatistik Årsbok 2002. Örebro: Statistiska Centralbyrån.

SCB (2004) – Konsumentprisindex. Sveriges Officiella Statistik.
www.scb.se/templates/tableOrChart_33847.asp

SIKA (2002). -Tid och kvalitet i persontrafik. Stockholm: SIKA

Socialstyrelsen (1997). -Klassifikation av kirurgiska åtgärder 1997. Stockholm: Socialstyrelsen.

Södra Regionvårdsnämnden (2004).- Regionala priser och ersättningar 2004 för södra sjukvårdsregionen. www.srvn.org/prislista.htm

Bilaga

Formulär
Uppföljning av patientskador

Patientuppgifter

Patientnr Skadetyper CABG Knee
 Hip Laproscopi
 Hysterectomi Förlossningsskada
 Födelseår Typ:

Kön Man Kvinna

Ersättning beviljad från PSR:kr

Boendesituation

Ange det boendeanternativ som har varit aktuellt under respektive år: (Om uppgift saknas för något år – markera med streck.)

| | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|-----------------------------------|------|---------|------|------|------|------|------|------|------|
| Egen bostad 1) – ensamstående | | Skadeår | | | | | | | |
| Egen bostad 1) – sammanboende 2) | | | | | | | | | |
| Boende hos förälder/annan anhörig | | | | | | | | | |
| Servicehus | | | | | | | | | |
| Grupp- / handikappboende | | | | | | | | | |
| Ålderdomshem | | | | | | | | | |
| Sjukhem | | | | | | | | | |
| Annat, ange vad..... | | | | | | | | | |

- Om den egna bostaden anpassats - ange typ av bostadsanpassning:
- Hade patienten kunnat bo kvar i sitt eget hem på grund av sin skada om han/hon varit ensamstående?
 ja
 nej, inte utan hjälp av vårdpersonal

Not: **servicehus** = tillgång till service dygnet runt – anpassade lägenheter, **ålderdomshem** = omvårdnad tillgänglig dygnet runt, **gruppboende** = liten enhet (6-8 platser) – vårdinriktning kan variera, **sjukhem** = medicinsk kompetens (ssk) tillgänglig dygnet runt

Patientnummer

Sidan 2

Patientens arbetssituation

Ange patientens arbetssituation under respektive år. (Om uppgift saknas för något år – markera med streck.)

| | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Skadeår | | | | | | | |
| Förvärsarbetande | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej |
| Förvärsarbetande motsvarande en sysselsättningsgrad | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| Har ersättning utgått för icke förvärsarbetande tid enligt något av följande? Sjukskrivning | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| Sjukbidrag | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| Förtidspensionering | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| Handikappersättning | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| Om arbetsträning varit aktuell – ange antal timmar per vecka | tim | tim | tim | tim | tim | tim | tim | tim | tim |

Trolig utveckling av patientens sysselsättningsgrad efter operation om skada **inte** uppstått:

- Sysselsättningsgraden troligtvis densamma som år 1994
- Sysselsättningsgraden troligtvis högre jämfört med år 1994
- Sysselsättningsgraden troligtvis lägre jämfört med år 1994

Om patienten bytt arbete till följd av skadan:

Typ av arbete före operationen:

Typ av arbete efter operationen:

Vilket år bytte patienten arbete: år.....

Patientnummer

Sidan 3

Anhöriges arbetssituation

Ange den anhöriges arbetssituation under respektive år. Om t.ex. båda föräldrarnas arbetssituation påverkats, redovisas dem var för sig. (Om uppgift saknas för något år – markera med streck.)

Anhörig I

| | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Skadeår | | | | | | | | |
| Förvärsarbetande | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej |
| Förvärsarbetande motsvarande en sysselsättningsgrad | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| Har sysselsättningsgraden ändrats/påverkats till följd av skadan? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej |

Anhörig II

| | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Skadeår | | | | | | | | |
| Förvärsarbetande | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej |
| Förvärsarbetande motsvarande en sysselsättningsgrad | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| Har sysselsättningsgraden ändrats/påverkats till följd av skadan? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej |

Om anhörig bytt arbete till följd av skadan:

Typ av arbete före operationen/skada:

Typ av arbete efter operationen/skada:

Vilket år bytte anhörige arbete: år.....

Anhörig II

.....

.....

år.....

Patientnummer

Sidan 5

Sjukvård forts

Uppge de operationer, undersökningar och långvariga läkemedelsbehandlingar som genomförts under perioden 1995 – 2002 till följd av skadan. (Om uppgift saknas för något år – markera med streck.)

| Operation | Kod | Datum |
|-----------|-----|-------|
| Op | | |
| Op | | |
| Op | | |
| Op | | |
| Op | | |

| Långvarig läkemedelsbehandling > 3 mån | Ange period mån-år -- mån-år |
|--|------------------------------|
| Infektion | |
| Smärta | |
| Depression | |
| Annat | |

| Omfattande undersökning | Kod | Datum |
|-------------------------|-----|-------|
| Röntgen | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Patientnummer

Sidan 6

Vård och omsorg i hemmet

Ange för respektive år hur mycket vård och omsorg patienten fått i sitt eget hem **till följd av skadan**.
(Om uppgift saknas för något år – markera med streck.)

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vård av läkarlett specialistteam i hemmet – ange antal besök/vecka | besök/v | besök/v | besök/v | besök/v | besök/v | besök/v | besök/v | besök/v |
| Hemtjänst/hemsjukvård av vårdbiträde/ssk | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v |
| Personlig assistent | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v |
| Anhörigvård för vilken vårdbidrag/anhörigpeng utgår | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v |
| Om patienten är ensamstående - ange hjälp av anhörig/bekant där ingen ersättning utgår | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v |
| Trygghetslarm | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej |
| Färdtjänst | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej |
| Bilstöd | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej |
| Annan hjälp i egna hemmet | | | | | | | | |
| - ange vad | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v | tim/v |

Ifyllt av handläggare:

telefon: