

Södertörns högskola
Institutionen för ekonomi och företagande
Företagsekonomi
Kandidatuppsats 10 poäng
Handledare: Hans Richter
Vårterminen 2005

södertörns
högskola

UNIVERSITY COLLEGE

**Samhällsekonomisk studie
av förebyggande åtgärder bland äldre**

Författare:
Nina Bonnedahl
Daniela Green Kopanja

Sammanfattning

Uppsatsen utreder ifall det finns en möjlighet till kostnadsbesparingar genom att erbjuda en stor andel av den äldre befolkningen hjälpmedel. Dessa hjälpmedel är tänkta att ha i förebyggande syfte för att minska antalet höftfrakturer. Perspektivet för analysen är samhällsekonomiskt, det vill säga alla möjligheter till kostnadsbesparingar antas tillkomma samma aktör. En uppdelning mellan landsting och kommun görs med andra ord inte. I en cost-benefit kalkyl görs en uträkning på vilken nettoeffekt som uppnås på den samhälleliga välfärden genom att antalet höftfrakturer minskar.

En makroundersökning ligger till grund för de hjälpmedel som studeras. De två hjälpmedel som tas upp i rapporten är höftskyddsbyxan och rollatorn.

Resultatet visar att man vid en viss minskning av olycksfallsfrekvensen kan uppnå en positiv nettoeffekt på den samhälleliga välfärden. Utifrån undersökningar som har gjorts på reduceringen av olycksfall som användningen av hjälpmedel bidrar till, visar kalkylerna resultat på vilka kostnadsbesparingar som kan göras. I framräkningarna för de kommande 45 åren visas det hur dessa kostnadsbesparingar kontinuerligt kommer att öka i och med att den äldre andelen av befolkningen ökar.

Uppsatsen kan utgöra underlag för diskussion om huruvida vårdens organisation tjänar på att byta perspektiv från suboptimering av olika områden till mer långsiktiga samarbeten.

Nyckelord: höftfraktur, hjälpmedel, samhällsekonomi, cost-benefit, hälsoekonomi

1. INLEDNING	1
1.1 BAKGRUND	1
1.2 PROBLEMDISKUSSION	2
1.2.1 PERSPEKTIV	2
1.2.2 PROBLEMFÖRMULERING	3
1.3 SYFTE	3
1.4 AVGRÄNSNINGAR	4
1.5 TIDIGARE FORSKNING	4
1.6 DISPOSITION	5
2. METOD	6
2.1 FORSKNINGSSTRATEGI	6
2.2 FORSKNINGSMETODER	6
2.2.1 KVALITATIV INTERVJU	7
2.2.2 LITTERATURGENOMGÅNG	7
2.3 KVANTITATIV ANALYS	8
2.4 RELIABILITET OCH VALIDITET	8
3. TEORI	9
3.1 HJÄLPMEDELSVERKSAMHET	9
3.1.1 PRIORITERINGAR INOM DEN SVENSKA ÄLDREVÅRDEN	9
3.1.2 SVENSK HJÄLPMEDELSVERKSAMHET	10
3.1.3 FÖRSKRIVNINGSPROCESSEN	10
3.1.4 HJÄLPMEDELSINSTITUTET	11
3.2 SAMHÄLLSEKONOMISK KALKYL	11
3.3 HÄLSOEKONOMISK ANALYS	12
3.4 COST–BENEFIT KALKYL	13
3.4.1 SLUTVÄRDE	14
3.5 UPPSATSENS TEORETISKA UTGÅNGSPUNKT	14
3.5.1 UPPSATSENS HÄLSOEKONOMISKA PERSPEKTIV	16
4. EMPIRI	18
4.1 FAKTA OM HÖFTLEDSFRAKTURER I SVERIGE	18
4.1.1 RISKGRUPP	19
4.1.2 VILKA KOSTNADER UPPSTÅR VID EN HÖFTLEDSFRAKTUR?	20
4.1.3 KOSTNADSPÖSTER I UPPSATSEN	21
4.2 HJÄLPMEDEL	22
4.2.1 KOSTNADER FÖR HJÄLPMEDEL	23
4.2.2 RISKREDUCERANDE HJÄLPMEDEL	24
4.3 SVERIGES FRAMTIDA BEFOLKNING	26
4.3.1 ÖKADE VÄRDKOSTNADER I FRAMTIDEN	26
4.4 INTERVJUER	27

5. ANALYS	28
5.1 FRAMRÄKNING AV KOSTNADER	28
5.1.1 KÄNSLIGHETSANALYS	28
5.2.1 INFLATIONSRÄNTA OCH DISKONTERINGSRÄNTA	29
5.3 ÖKAT ANTAL ÄLDRE GER STÖRRE KOSTNADER I FRAMTIDEN	30
5.4 HÖFTSKYDDSBYXAN SOM FÖREBYGGANDE HJÄLPMEDEL	32
5.4.1 OLYCKSFALLSREDUCERING I ANTAL PERSONER VID ANVÄNDNING AV HÖFTSKYDDSBYXA	32
5.4.2 OLYCKSFALLSREDUCERING PÅ 25 PROCENT – HÖFTSKYDDSBYXAN	33
5.4.3 OLYCKSFALLSREDUCERING PÅ 40 PROCENT – HÖFTSKYDDSBYXAN	34
5.4.4 OLYCKSFALLSREDUCERING PÅ 80 PROCENT- HÖFTSKYDDSBYXAN	35
5.5 ROLLATORN SOM FÖREBYGGANDE HJÄLPMEDEL	35
5.5.1 OLYCKSFALLSREDUCERING I ANTAL PERSONER VID ANVÄNDNING AV ROLLATOR	36
5.5.2 OLYCKSFALLSREDUCERING PÅ 15 PROCENT – ROLLATORN	37
5.5.3 RISKREDUCERING PÅ 20 PROCENT – ROLLATORN	38
5.6 RESULTAT	38
6. SLUTSATS & DISKUSSION	40
6.1 SLUTSATSER	40
6.2 DISKUSSION	40
6.2.1 HJÄLPMEDEL I SVERIGE	41
6.2.2 INDIREKTA KOSTNADER	42
6.2.3 BETALNINGSVILJA	43
6.2.4 OMORGANISATION?	43
7. FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING	45
8. KRITISK GRANSKNING	46
8.1 RELIABILITET OCH VALIDITET	46
8.2 GENERALISERBARHET	47
9 KÄLLFÖRTECKNING	48
9.1 METODAVSNITTET	48
9.2 TEORIAVSNITTET	48
9.3 EMPIRIAVSNITTET	49
9.4 MUNTliga KÄLLOR	50
9.5 INTERNET	50

Figurförteckning:

Figur 1: Koppling mellan teori, metod och datainsamling, sid. 6.

Figur 2: Olika hälsoekonomiska kalkyler, sid. 13.

Figur 3: Exempel på en cost-benefit kalkyl, sid. 15.

Figur 4: Förändring av fysiska funktioner efter höftfraktur, sid. 18.

Figur 5: Statistik över nedsatt rörelseförmåga och rörelsehinder hos äldre, sid. 19.

Figur 6: Direkta kostnader som uppstår efter en höftfraktur, sid. 22.

Figur 7: Kostnader för olika hjälpmedel, sid. 23.

Figur 8: Antal svårt skadade i fallolyckor mellan åren 1987 och 2051, sid. 27.

Figur 9: Framräkning av relevanta kostnadsposter, sid. 28.

Figur 10: Investeringskalkylen i ett femårigt tidsperspektiv, sid. 29.

Figur 11: Tabell över andel äldre som beräknas vara i riskzon för höftfraktur, sid. 31.

Figur 12: Olycksfallsreducering vid användning av höftskyddsbyxan, sid. 32.

Figur 13: Kostnadsbesparingar vid olycksfallsreducering på 25%, sid. 33.

Figur 14: Kostnadsbesparingar vid olycksfallsreducering på 40%, sid. 34.

Figur 15: Kostnadsbesparingar vid olycksfallsreducering på 80%, sid. 35.

Figur 16: Olycksfallsreducering vid användning av rollatorn, sid. 36.

Figur 17: Kostnadsbesparingar vid olycksfallsreducering på 15%, sid. 37.

Figur 18: Kostnadsbesparingar vid olycksfallsreducering på 20%, sid. 38.

Figur 19: Sammanställning över olika kostnadsbesparingar, sid. 38.

Figur 20: Sammanställning över kostnadsbesparingar år 2005, sid. 39.

Figur 21: Sammanställning över kostnadsbesparingar år 2050, sid. 39.

Bilagor:

Bilaga 1: Statistiska figurer

Bilaga 2: Detaljerade uträkningar

Bilaga 3: Intervjuer

1. Inledning

I detta avsnitt beskrivs bakgrunden till uppsatsens ämne. En definition av problemet med dess avgränsningar görs. Slutligen beskrivs det konkreta syftet.

1.1 Bakgrund

Det är under livets äldre dagar vi konsumerar mest sjukvård. Äldre människor i Sverige konsumerar inte bara mycket slutenvård, utan även andra slags vårdformer. Anledningen till att vårdkonsumtionen blir högre när vi åldras är för att kroppen blir svagare och mer mottaglig för sjukdomar. Våra sinnen sviker oss och vår förmåga att klara saker som man tagit för givna tidigare i livet försämras avsevärt. Detta leder till att skaderisken är betydligt större bland äldre än bland unga, vilket i sin tur är en bidragande faktor till att ett av de största hälsoproblemen bland äldre i Sverige är personskador som följd av olyckshändelser.¹ Enligt svenska Folkhälsoinstitutet är fallskador bland äldre ett av de största folkhälsoproblemen idag.

Den äldre befolkningen uppgår till 17 procent av Sveriges totala befolkning (år 2005). Hälften av alla slutenvårdspatienter är 65 år eller äldre trots den lilla procentandelen av den totala befolkningen som dessa representerar. Detta visar att många äldre människor drabbas av en försämrad livskvalitet och kräver olika slags vårdformer som t.ex. rehabilitering, särskilt boende, slutenvård, operationer och läkemedel. Det som krävs efter ett olycksfall innebär en stor kostnad för samhället i stort. Dessa kostnader fördelas hos olika aktörer såsom kommun och landsting.

I Sverige finns ett flertal institutioner och hjälpmedelscentraler som bedriver forskning och utveckling av hjälpmedel. Hjälpmedelsinstitutet i Stockholm är ett av dessa. Ett hjälpmedel kan vara till exempel en rullstol, en rollator eller en hörapparat. Det finns ett brett utbud av hjälpmedel för att lindra olika slags funktionsnedsättningar. Vissa hjälpmedel kan man även se som en förebyggande åtgärd för att förhindra en skada. Använder man ett hjälpmedel som förvisso kostar pengar att införskaffa, så kanske man å

¹ Räddningsverket (2003), sid. 4.

andra sidan aldrig skadar sig. Detta leder i längden till att de kostnader som skadan skulle ha krävt kan sparas för samhället.

1.2 Problemdiskussion

I Sverige finns det idag drygt 1,5 miljoner människor som är 65 år eller äldre. Denna befolkningsgrupp kommer att till år 2015 öka till 1,9 miljoner och kommer att år 2020 uppgå till 2,0 miljoner.² Ett flertal studier visar att det finns förebyggande åtgärder som kan leda till minskade totalkostnader för denna vårdgrupp. Ytterligare en fördel med dessa förebyggande åtgärder är även att de ofta leder till en ökad livskvalitet hos de äldre. Den största orsaken till hälsoproblem bland äldre är idag personsador. Olycksfallssador ökar väsentligt när vi blir äldre och fallskador utgör idag 40 procent av de totala olycksfallsskadorna som inträffar. De flesta av dessa fallolyckor sker i hemmet. Allt som finns i den äldres hem, närmiljö och framförallt i vilket hälsotillstånd den äldre befinner sig i, är betydande för i vilken utsträckning dessa fallolyckor sker. Den vanligaste skadan efter en fallolycka är höftledsfraktur. Varje år är det mellan 17 000 och 18 000 människor som drabbas av en höftledsfraktur och var tredje kvinna som blir över 80 år kommer någon gång i sitt liv att drabbas av detta.³

1.2.1 Perspektiv

Uppsatsen utgår ifrån att det finns olika områden inom äldrevården som går att förbättra ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Många av dagens resurser utnyttjas inte på rätt sätt, ofta kanske på grund av okunskap om kostnadseffektiviteten som kan uppnås på lång sikt. Den svenska hälso- och sjukvården präglas av att olika verksamhetsområden själva styr över sin egen budget och att det finns lite samordning mellan dessa. Detta leder till att hänsyn oftast tas till de omedelbara fördelar som gynnar den egna verksamheten, istället för åtgärder som ger positiva effekter på hela vårdkedjan. För att kunna visa upp ett bra årsresultat fokuserar man på kortsiktig planering, vilket gör att det inte finns motivation till långsiktiga kostnadsbesparingar. Det finns lite samordning mellan

² <http://www.hi.se> (20 april 2005)

³ http://www.spfpension.se/pdffil/faktablad/faktablad_29.pdf (11 april 2005)

landstingen och kommunerna i form av långsiktiga kostnadseffektiva projekt. I dagens Sverige är det landstinget som står för slutenvården och kommunerna som står för bl.a. hemtjänst och färdtjänst.⁴

Uppsatsen utgår ifrån ett övergripande samhällsekonomiskt perspektiv. Frågeställningen är hur mycket det svenska *samhället* kan tjäna på att ha förebyggande vård i form av hjälpmedel för äldre som riskerar att drabbas av fallskador? Samhällets kostnader för till exempel operationer och hemtjänst som krävs efter en höftfraktur ska jämföras med de kostnader som krävs för att ge förebyggande hjälpmedel. Detta för att se ifall det lönar sig att satsa på hjälpmedel i större utsträckning. Höftfrakturer kostar samhället varje år närmare tre miljarder kronor, vilket innebär att det troligtvis finns mycket pengar att spara på att erbjuda enklare hjälpmedel såsom höftskyddsbyxor och rollatorer till äldre. Frågan är vilket belopp man landar på ifall man tar fram en totalsiffra från de rådande studier som finns angående detta problemområde.

1.2.2 Problemformulering

I Sverige ökar andelen äldre av den totala befolkningen. Denna befolkningsgrupp kräver mycket vårdresurser. Ett samhällsekonomiskt perspektiv på hur man kan spara in på dessa resurser till de äldre leder fram till uppsatsens problemformulering:

Samhällsekonomiska kostnader för höftfrakturer bland äldre – hur mycket kan dessa minskas genom förebyggande åtgärder i form av hjälpmedel?

1.3 Syfte

Syftet med rapporten är att undersöka vilka samhällsekonomiska kostnadsbesparingar man kan göra genom att öka användandet av förebyggande hjälpmedel i syfte att minska antalet fallolyckor bland äldre.

⁴ Intervju med Jan Berglöf, Räddningsverket. Se bilaga 3.

1.4 Avgränsningar

Uppsatsen kommer endast att ta upp statistik kring höftfrakturer som resultat av fallskador bland äldre i Sverige. Med äldre i Sverige menas åldersgruppen 65 år och uppåt. De kostnadsbesparingar som åsyftas är de kostnader som gynnar samhället i stort på lång sikt.

I en samhällsekonomisk kalkyl analyseras direkta och indirekta kostnader. Direkta kostnader kan vara till exempel medicinska kostnader och administrativa kostnader, emedan exempel på indirekta kostnader är produktionsbortfall och humanvärdesförlust. Uppsatsen fokuserar på några av de direkta kostnaderna. Detta innebär att kostnaderna för höftfrakturer i form av operationskostnad, akut transportkostnad, hemtjänst och färdtjänst jämförs med kostnaderna för att använda hjälpmedel som förebygger denna skada.

Uppsatsen tar endast upp fallolyckor som leder till en höftledsfraktur. De hjälpmedel som tas upp i den analytiska kalkylen är rollatorn och höftskyddsbyxan, eftersom dessa är två av de dyraste hjälpmedel som enligt undersökningar kan förebygga höftfrakturer.

1.5 Tidigare forskning

Det finns ett flertal skrivna rapporter om liknande undersökningar. Några av dessa har använts som referenser till uppsatsen. Exempel på rapporter som tidigare behandlat liknande undersökningar följer nedan.

- *”Rollatorns betydelse för äldre kvinnor i ordinärt boende – en treårig studie”* (2002), Hjälpmedelsinstitutet. Denna rapport jämför kostnaderna för hemtjänst, färdtjänst och hemsänd mat med kostnaderna för olika skador uppkomna av fall såsom höftfrakturer. Resultatet visar att rollatorn är en billig insats om man jämför med kostnaderna för en höftfraktur.
- *”Fallolyckor bland äldre – samhällets direkta kostnader”* (2003), Räddningsverket. Studien utreder samhällets kostnader för fallolyckor bland äldre. Rapporten visar vilka kostnadsposter som tillfaller kommun respektive landsting efter olika typer av fallolyckor.

- ”*Perspektiv på prioriteringar i äldreomsorgen*” (2004) tar upp problematiken kring vilka öppna och dolda prioriteringar som görs i den kommunala vården av äldre. Studien visar att synen på äldreomsorgen skiljer sig betydligt åt mellan politiker och vårdpersonal. Politikerna tycker i klart större grad än vårdpersonalen att man tillgodoser de äldres behov av vård och omsorg.
- Det görs ständigt undersökningar om nyttan av hjälpmedel. Många av dessa kan återfinnas i tidskrifter såsom *The New England Journal of Medicine* och *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*.

1.6 Disposition

Uppsatsen är uppdelad i åtta kapitel:

- I. I det första kapitlet beskrivs bakgrunden till problemet som senare behandlas. Syftet med uppsatsen anges.
- II. I det andra kapitlet redogörs för vilken metod för datainsamlingen och analysen som ligger till grund för rapportens framväxt.
- III. Kapitel tre består av en teoriförklaring. Först beskrivs den svenska hjälpmedelsverksamheten. Sedan följer en förklaring om hur en cost-benefit kalkyl utformas. Slutligen inringas de specifika teoridelar uppsatsen använder sig av. Teorin som beskrivs ligger till grund för hur analysen utförs.
- IV. I det fjärde kapitlet, empiri-delen, redovisas datainsamlingen.
- V. Kapitlet om analysen (kapitel fem) visar hur empirin går ihop med teorin. Resultatet från den genomförda analysen visas fortlöpande genom hela kapitlet.
- VI. Kapitel sex framhåller slutsatserna för uppsatsen. Resultatet är en konsekvent sammanfattning av den analytiska delen. Här återfinns också en diskussion utifrån uppsatsens resultat och slutsatser.
- VII. Det sjunde kapitlet tar upp förslag på vidare forskning.
- VIII. Kapitel åtta består av en kritisk granskning av uppsatsen.

2. Metod

I det här avsnittet beskrivs den forskningsstrategi som ligger till grund för uppsatsens framväxt, vilken metod som använts vid datainsamlingen samt vilken typ av analysmetod som använts för att tolka empirin med hjälp av teorin .

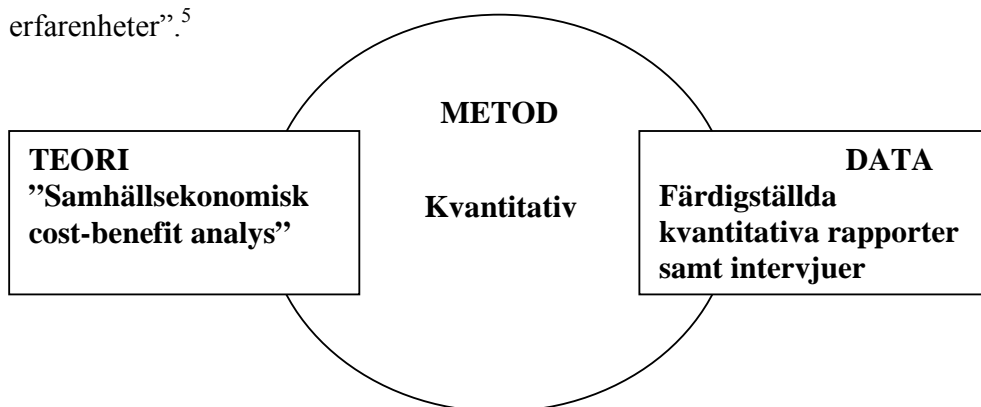
2.1 Forskningsstrategi

Uppsatsen bygger på en samhällsekonomisk makroundersökning. Utgångspunkten har legat i att ta reda på storleken på de direkta kostnaderna man kan spara in genom att erbjuda en stor del av den äldre befolkningen hjälpmedel som förebygger höftledsfrakturer. Inom detta specifika område har det uppnåtts en *djup* förståelse.

Det har fokuserats på att i diskussionen ta upp vilka orsaker som kan vara bidragande till det slutgiltiga resultatet. I arbetet med uppsatsen har både intervjuer och skriftliga källor använts.

2.2 Forskningsmetoder

”Metod är kopplingen mellan teori och empiriska data. Syftet med en metod är att överbrygga klyftan mellan teoretiska utsagor och empiriska observationer och erfarenheter”.⁵



Figur 1: Koppling mellan teori, metod och datainsamling.

⁵ Edling (2003), sid. 12.

Insamling och analys av både primär- och sekundärdata har använts. Primärdata är de data man får fram genom en direkt undersökning med ett antal studieobjekt. Sekundärdata är data som redan existerar genom en tidigare gjord undersökning. Sekundärdata är det som används i ett annat syfte än det ursprungliga som fanns vid insamlingstillfället. Rapporterna från bland annat Socialstyrelsen, Räddningsverket och Hjälpmedelsinstitutet har behandlats som sekundärdata, då de är färdiga sammanställningar från tidigare undersökningar. Uppsatsens primärdata har kommit från intervjuerna med medarbetare på Hjälpmedelsinstitutet och Räddningsverket.

2.2.1 Kvalitativ intervju

En kvalitativ intervju är ”en metod för att utröna, upptäcka, förstå, lista ut beskaffenheten eller egenskapen hos någonting”, emedan en kvantitativ intervju ”tar sin utgångspunkt i på förhand definierade företeelser, egenskaper eller innebörder”.⁶ Intervjumetoden under arbetet med denna uppsats har varit den kvalitativa intervjun.

För att uppnå en god kvalitativ intervjuteknik har arbetet gått tillväga på ett speciellt sätt. Författarna har först och främst skaffat sig förkunskaper genom att söka via Internet och läst på om ämnet i stort. Utifrån den införskaffade kunskapen under förberedelsen har det sammanställts ett antal konkreta, men öppna, frågeställningar som delgetts intervjuobjektet ett antal dagar innan intervjun ägt rum.

2.2.2 Litteraturgenomgång

Litteraturen har använts som datakällor i sig och därmed återgetts som sekundärdata. De skriftliga källorna har framför allt varit officiell statistik från en rad olika myndigheter och organisationer. Eftersom det är offentlig och officiell statistik publicerad i Sverige anses utgivarna vara trovärdiga och objektiva. Uppsatsens litterära källor har inhämtats via Internet och genom att beställa publikationer från diverse organisationer.

⁶ Svensson & Starrin (1996), sid. 52.

2.3 Kvantitativ analys

För att uppnå syftet med uppsatsen är den analytiska delen av kvantitativ karaktär, det vill säga att en uträkning i siffror har gett ett resultat. En samhällsekonomisk cost-benefit kalkyl, där de direkta kostnaderna för höftledsfrakturer bland äldre har jämförts med kostnaderna för inköp av hjälpmedel, har utgjort underlaget för resultatet. Den analytiska delen är, i och med att den presenteras i siffror, av kvantitativ karaktär. Till skillnad från detta fokuserar en kvalitativ analys vanligtvis på ord. De siffror som återfinns i uträkningarna har lagt grunden för diskussionen.

2.4 Reliabilitet och validitet

I uppsatsen har det använts två olika datainsamlingsmetoder, vilket gör att validiteten hos resultatet blir högre. Att använda sig av flera olika metoder gör ”att resultaten inte är alltför hårt knutna till en speciell metod för datainsamlingen”.⁷

En högre reliabilitet har uppnåtts genom att ändra variabler i den kvantitativa analysen. Under datainsamlingen har ett flertal olika uppgifter inhämtats om de relevanta variablerna, vilket gör att en känslighetsanalys kunnat utföras. Känslighetsanalysen har gett ett mer trovärdigt resultat.

⁷ Denscombe (2000), sid. 103.

3. Teori

Detta kapitel redogör för de teorier som är relevanta för analysen. Först beskrivs hur prioriteringar görs inom äldreomsorgen i Sverige. Sedan kommer en allmän introduktion till det samhällsekonomiska begreppet, som därefter följs av en mer detaljerad inriktning mot hälsoekonomi. Slutligen beskrivs uppsatsens teoretiska utgångspunkt. Den samhällsekonomiska teorin är baserad på Peter Bohms "Samhällsekonomisk effektivitet" (1996), Bengt Mattsons "Cost-benefit kalkyler" (1988) samt "Hälsoekonomi för folkhälsoarbete" utgiven av Statens Folkhälsoinstitut (2003).

3.1 Hjälpmedelsverksamhet

Här beskrivs hjälpmedelsverksamheten i Sverige. En genomgång av budgetprioritering inom den svenska äldreomsorgen görs. En förklaring av hur förskrivningsprocessen går till visas och Hjälpmedelsinstitutets arbetsområden definieras.

3.1.1 Prioriteringar inom den svenska äldrevården

Den svenska äldreomsorgen tillhör kommunernas ansvar. Kommunerna ansvarar även för till exempel skola och barnomsorg, vilket gör att det finns konkurrens mellan flera olika områden vad gäller resursfördelningen. Att välja mellan att ge resurser till en viss kommunal verksamhet (exempelvis äldreomsorgen) på bekostnad av en annan kommunal verksamhet (exempelvis barnomsorg) kallas *horisontal prioritering*. Resursfördelning inom en och samma kommunala verksamhet kallas *vertikal prioritering*.

Den svenska hälso- och sjukvården utgår från tre grundläggande etiska principer vad gäller resursprioritering mellan olika individer och sjukdomsgrupper:

1. Människovärdesprincipen – alla människor har samma rätt och lika värde
2. Behovs- och solidaritetsprincipen – resurser bör fördelas efter behov

3. Kostnadseffektivitetsprincipen – ”vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.”⁸

3.1.2 Svensk hjälpmedelsverksamhet

I Sverige styrs hälso- och sjukvården av huvudmännen i form av landsting och kommuner. I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 1982:763 fastställs det att dessa huvudmän är skyldiga att förskriva hjälpmedel till patienter med behov. Hjälpmedel definieras som en medicinteknisk produkt och definitionen återfinns i lagen (1993:584) om medicintekniska produkter. Enligt den lagen ska en medicinteknisk produkt bland annat ”påvisa, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en skada eller ett funktionshinder”.⁹ Hjälpmedel ingår i den totala vårdkedjan som en del av habiliterings-, rehabiliterings- och vårdinsatserna. Eftersom HSL endast är en ramlag gör kommunerna och landstingen en egen förteckning över vilka hjälpmedel som ska finnas tillgängliga för just deras folkbokförda befolkning. Detta innebär att en patient i en viss kommun kan få tillgång till ett specifikt hjälpmedel som en boende i en annan kommun inte får tillgång till.

3.1.3 Förskrivningsprocessen

I Sverige är det kommunerna och landstingen som är vårdgivare inom den offentliga sektorn. Det är vårdgivaren som har ansvar för att det finns rutiner för hjälpmedelsförskrivningen, men det är hälso- och sjukvårdspersonalen som medverkar i förskrivningen av hjälpmedlen. ”All hälso- och sjukvårdspersonal som medverkar i förskrivningsprocessen har ett eget yrkesansvar för sin insats.”¹⁰ I SOSFS 2001:12, ”Användning och egentillverkning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården”, fastställs det att ”den som förskriver en medicinteknisk produkt ansvarar för att produkten är lämplig samt att brukaren kan använda och hantera den på avsett sätt”.

⁸ Svensson & Rosén (2004:3), sid. 8.

⁹ SFS, Lag om medicintekniska produkter (1993:584) 2 § 2 st.

¹⁰ Hjälpmedelsinstitutet (2003), sid. 19.

Det första som händer vid en förskrivningsprocess är att befattningshavaren gör en behovsbedömning. Efter det väljer förskrivaren en lämplig specifik produkt till den berörda patienten. Vilken produkt som är lämplig kommer man fram till genom att prova ut och anpassa hjälpmedlet enligt patientens utgångsläge och rådande situation. I det här läget tar förskrivaren ofta hjälp av publikationen ”En förteckning över Bra Hjälpmedel” som Hjälpmedelsinstitutet sammanställer och ger ut årligen.

3.1.4 Hjälpmedelsinstitutet

Svenska Hjälpmedelsinstitutet är ett nationellt kunskapscentrum som arbetar för ”full delaktighet och jämlikhet genom att medverka till bra hjälpmedel, en effektiv hjälpmedelsverksamhet och ett tillgängligt samhälle”.¹¹ Hjälpmedelsinstitutets huvudmän är staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Hjälpmedelsinstitutet provar, upphandlar och samlar information om hjälpmedel. Institutets arbete leder till kostnadsbesparingar för kommuner och landsting i och med att verksamheten samordnas under ett och samma tak.

3.2 Samhällsekonomisk kalkyl

Begreppet samhällsekonomi innebär att fördela samhällets resurser. De resurser som finns i samhället är ofta otillräckliga för att tillfredsställa alla områden. Därför handlar samhällsekonomi om att allokera de resurser som finns på ett så effektivt sätt som möjligt. Idealet i samhällsekonomi är att kunna fördela resurser så att en part eller individ får det bättre utan att någon annan part eller individ får det sämre. Verkligheten ser dock inte ut så och man hamnar till slut i ett tillstånd där detta inte går att utföra längre. Vissa förändringar kan alltså inte ske utan att någon annan drabbas. Den bästa lösningen blir då att nå samhällsekonomisk effektivitet.

Den samhällsekonomiska kalkylen kan i en blandekonomi verka som underlag för beslut av hur man ska påverka det privata beslutssystemet. Exempel på detta är genom skatter och avgifter. Den kan också vara ett underlag för beslut som tas i den offentliga makten.

¹¹ <http://www.hi.se> (20 april 2005)

För att en samhällsekonomisk kalkyl ska fungera och vara giltig, så förutsätts det att man räknar in alla medborgare och deras handlingar både idag och i framtiden. Långsiktiga projekt blir inte verklighetsförankrade om man bara utgår ifrån dagens konsekvenser av resursfördelningar.

Man mäter välfärden/nyttan av ett projekt genom att bedöma betalningsviljan hos befolkningen. Det befolkningen är beredda att betala för är av högsta värde och bidrar till att nyttan/välfärden ökar. I idealtillståndet för ett välfärdssystem förutsätter man att befolkningen i systemet själva kan bedöma vad som är bäst för dem. Detta leder till att det befolkningen är beredda att betala för har ett värde i den samhällsekonomiska analysen.

3.3 Hälsoekonomisk analys

Även i hälsoekonomiska analyser utgår man ifrån att samhällets resurser är begränsade. Eftersom det finns många samhällssektorer som ska konkurrera om resurserna, måste samhället välja vilka ansatser som ska prioriteras. Man kan använda hälsoekonomiska analyser som underlag när beslut ska tas i samhället om hur resurser som är förknippade med hälsoeffekter ska fördelas.

För att göra en hälsoekonomisk analys måste man bestämma sig för vilken typ av ekonomisk aspekt man ska utgå ifrån. Exempel på olika aspekter är att titta på värdet av hälsoeffekter idag och jämföra med hälsoeffekter i framtiden och hur mycket en hälsoinsats får kosta. Man kan använda sig av olika ekonomiska kalkyler och valet mellan dessa ska grundas på vilka kostnader, fördelar och konsekvenser man ska studera. Nedan följer en sammanställning av de ekonomiska kalkylerna som finns inom området hälsoekonomisk utvärdering. Uppsatsen kommer att använda sig av kostnads-intäkts analysen.

Analysmetod	Värdering kostnader	Identifiering av konsekvenser	Mätning och värdering av konsekvenser
Kostnadsminimeringsanalys	Kronor	Identiska i alla relevanta avseenden	Ingen
Kostnadseffektsanalys	Kronor	En effekt av betydelse, gemensam för båda alternativen men uppnådd i olika grad	I för sammanhanget naturlig fysisk enhet t.ex. vunna levnadsår, minskat antal rökare etc
Kostnadsnyttoanalys	Kronor	En eller flera hälsoeffekter, behöver inte vara gemensamma för alternativen	Kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) eller varianter av detta
Kostnadsintäktsanalys (cost-benefit)	Kronor	En eller flera effekter, behöver inte vara gemensamma för alternativen	Kronor

Figur 2: Olika hälsoekonomiska kalkyler. Källa: Statens folkhälsoinstitut, *Hälsoekonomi för folkhälsoarbete*, sid. 91.

3.4 Cost–benefit kalkyl

En kostnadsintäktskalkyl använder man för att analysera projekt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Den tar inte hänsyn till marknadens prismekanismer, dvs. den ser inte till konkurrens när man ska fördela resurserna. Kalkylen grundas utifrån individens välbefinnande. Med individens välbefinnande menas att effekterna av en resursfördelning ska jämföras med hur individens välfärd påverkas. Utgångspunkten är ofta att man ska sträva efter maximal välfärd. Man kan till viss del jämföra en cost-benefit analys med en vanlig kalkyl för lönsamma investeringar som görs ur ett företagsekonomiskt perspektiv. I en vanlig företagsekonomisk kalkyl tittar man på projektets kostnad samt det förväntade och diskonterade framtida kassaflödet av intäkterna. Projektet är, ur företagsekonomisk synvinkel, lönsamt ifall det diskonterade kassaflödet minus investeringen ger ett nuvärde större än noll.

Det som skiljer cost-benefit kalkylen från en vanlig investeringskalkyl är att den förra tar hänsyn till fler faktorer än bara de finansiella. Ytterligare faktorer som cost-benefit kalkylen tar hänsyn till är att olika enheter i samhället kan påverkas av de beslut som tas. Exempel på dessa enheter kan vara hushåll, kommuner, landsting och företag. Förutom att cost-benefit kalkylen analyserar de direkta kostnaderna som uppstår, så tar den även med de indirekta kostnaderna som kan vara i form av humanvärde och produktionsbortfall. Jämför detta med vanliga investeringskalkyler där man mäter konsekvenserna av projekt i kronor och inte i form av hälsa och arbetstillfällen.

För att se om ett projekt är lönsamt väger man de positiva effekterna mot de negativa effekterna på välfärden. Cost-benefit kalkylen visar därmed projektets lönsamhet ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Med hjälp av kalkylen vet man om ett projekt ska accepteras ifall de slutgiltiga intäkterna är större än kostnaderna.

3.4.1 Slutvärde

För att kunna göra en korrekt jämförelse mellan kostnadsposterna, måste alla siffror vara angivna i dagens penningvärde. Kostnadsposter från år bakåt i tiden måste med hjälp av slutvärde-faktorn¹² räknas fram till dagens värde.

Formeln för slutvärde-faktorn: $(1 + r)^n$

r = ränta

n = antal år

3.5 Uppsatsens teoretiska utgångspunkt

Uppsatsens analys kommer att vara i form av en cost-benefit kalkyl. I denna kommer samhällets välfärdsintäkter i form av minskade direkta kostnader redovisas och jämföras med samhällets välfärds-kostnader i form av inköp av hjälpmedel. Med detta som grund kan man dra slutsatser om projektet som studeras är lönsamt för samhället eller inte.

¹² Olsson (1998), sid. 242.

3.5.1 Uppsatsens hälsoekonomiska perspektiv

Analysen ska kunna användas på ett så bra sätt som möjligt för att kunna tjäna sitt syfte, som är att verka som beslutsunderlag för hur resurser i samhället ska fördelas. För att kunna bedöma om en hälsoekonomisk studie är relevant och riktig ska man ställa ett antal frågor enligt Drummond¹⁴ som ska kunna besvaras med ett ja. Man bör observera att detta är den idealiska bilden av hur en hälsoekonomisk studie ska se ut. Många gånger avviker studierna från denna bild.

1. Finns det en väldefinierad fråga som kan besvaras?

- Ja, hur stora kostnadsbesparingar kan man göra med hjälp av specifika hjälpmedel som förebyggande åtgärd åt äldre?

2. Finns det en fullständig beskrivning av alternativ som man kan jämföra med?

- Ja, kostnader för hjälpmedlen samt kostnadsbesparingar i form av till exempel operationer.

3. Hur vet man att de utvärderade projekten verkligen bidrar till effekter?

- Genom antagande att höftledsfrakturer förhindras till en viss del med hjälp av hjälpmedel.

4. Är alla kostnader och konsekvenser identifierade?

- Ja, i form av till exempel operationskostnader och hemtjänstkostnader.

5. Är kostnader och konsekvenser mätta i realistiska enheter?

- Ja, i kronor.

6. Är kostnader och konsekvenser trovärdigt och realistiskt värderade?

- Ja, aktuella uppgifter används.

7. Tittar man på tidsaspekten i relation till kostnader och konsekvenser?

- Ja, en tidsaxel på fem år utformas.

8. Jämför man insatser med varandra?

- Ja, två olika kostnadsposter jämförs med varandra.

9. Genomförs känslighetsanalys?

- Ja, variablerna ändras.

¹⁴ Statens folkhälsoinstitut (2003), sid. 109.

10. Innehåller studien diskussioner kring resultatet och de frågor som rör av detta?

– *Ja, i den avslutande diskussionen.*

I och med detta kan vi se att denna typ av analys fungerar bra i vår studie. Vi kan med andra ord utarbeta en riktig hälsoekonomisk utvärdering.

4. Empiri

Här presenteras de data som tagits fram genom de kvalitativa intervjuerna och sekundärdatan i form av officiell statistik.

4.1 Fakta om höftledsfrakturer i Sverige

En av de allra vanligaste konsekvenserna av en fallolycka är höftfraktur. Förutom att den är en av de vanligaste, så är det också en av de allvarligaste konsekvenserna.¹⁵ Varje år drabbas mellan 17 000 – 18 000 äldre människor. Nästan var tredje kvinna som är över 80 år drabbas någon gång under sitt liv av en höftfraktur. När man drabbas av denna typ av fraktur vid sen ålder så innebär det att man kommer att behöva hjälp med nästan alla vardagliga aktiviteter, även om man var frisk innan. En höftfraktur bidrar till smärta, rörelseförhinder samt eventuella psykiska problem såsom depression.

Varje år krävs det ungefär 50 000 vårddagar för de patienter som drabbas av höftfraktur. Förutom de vårddagar som krävs är det inte alla som kan återgå till det liv de hade innan skadan uppstod. Enligt statistik kan man se att efter ett år endast 50 procent av de drabbade kunnat få tillbaka sina gamla funktioner.¹⁶ Detta betyder att förutom de 50 000 vårddagar som krävs uppkommer annan slags vård i form av till exempel särskilt boende, hemhjälp, rehabilitering och hjälpmedel i cirka 9 000 fall per år.

I en undersökning från företaget Safehip kan man se hur funktionerna efter en höftfraktur försämras avsevärt. Undersökningen bestod av en population på 120 personer.¹⁷

	Före höftfraktur:	Efter höftfraktur:
• Klä sig själv	86%	49%
• Resa sig själv	90%	32%
• Gå själv	75%	15%
• Gå i trappor	63%	8%
• Gå 900 meter	41%	6%

Figur 4: Förändring av fysiska funktioner efter höftfraktur.

¹⁵ Räddningsverket (2003), sid. 4.

¹⁶ SPF:s faktablad nr. 29 (2004), sid. 1.

¹⁷ <http://www.safehip.com> (5 maj 2005)

4.1.1 Riskgrupp

Den grupp som befinner sig i riskzon för att drabbas av en höftfraktur antas i uppsatsen vara 17,3 procent av den äldre befolkningen. Denna siffra kommer från Socialstyrelsens statistikdatabas ”Folkhälsan i siffror” där det finns redovisat hur många äldre personer som är i behov av hjälp. De siffror som tagits med i beräkningen är ”Antal personer 65+ år i ordinärt boende med hemsjukvård och hemtjänst per 1000 av befolkningen” (2,0%), ”Antal personer 65+ år i ordinärt boende som var beviljade hemtjänst per 1000 av befolkningen” (8,2%), samt ”Antal permanent boende 65+ år i särskilda boendeformer per 1000 av befolkningen” (7,1%). Med befolkningen menas det totala antalet äldre över 65 år i Sverige. Uppsatsen utgår från att dessa befolkningsgrupper är de som framförallt befinner sig i riskzon för att drabbas av höftfraktur. De äldre som inte har någon hjälp överhuvudtaget kan också vara i riskzon på grund av deras höga ålder. Vi avrundar siffran 17,3 procent uppåt och därmed kommer kalkylen att göras utifrån en riskgrupp på 20 procent av den totala äldre befolkningen.

Hjälpmiddelsinstitutet har statistik över hur många i åldersgrupperna 65-74 samt 75-84 som lider av *nedsatt rörelseförmåga* eller *rörelsehinder*. Med nedsatt rörelseförmåga menas att ”inte kunna springa en kortare sträcka”.¹⁸ Rörelsehinder definieras som att, förutom att inte kunna springa en kortare sträcka, ”inte kunna stiga på en buss obehindrat, och/eller ta en kortare promenad i någorlunda rask takt”.¹⁹ Siffrorna redovisas i tabellen nedan. Uppsatsens författare anser att de som lider av rörelsehinder är de som framför allt befinner sig i risk för att drabbas av en fraktur.

Åldersgrupp	65-74 år	75-84 år	85+ år
Nedsatt rörelseförmåga, män	28 %	56 %	-----
Nedsatt rörelseförmåga, kvinnor	39 %	65 %	-----
Rörelsehinder, män	9 %	23 %	59 %
Rörelsehinder, kvinnor	15 %	33 %	59 %

Figur 5: Statistik över nedsatt rörelseförmåga och rörelsehinder hos äldre.

¹⁸ Hjälpmiddelsinstitutet, *Äldrestatistik mars 2004*, sid. 4

¹⁹ Hjälpmiddelsinstitutet, *Äldrestatistik mars 2004*, sid. 4.

Gruppen med *svårt rörelsehinder* definieras som de med behov av hjälp eller hjälpmedel för att förflytta sig. Denna grupp består i Sverige totalt av cirka 206 000 individer, varav cirka 68 000 återfinns i åldersgruppen 65-79 år och 103 000 i åldersgruppen 80+ år.²⁰ Totalt finns det 171 000 personer över 65 år med svårt rörelsehinder.

Varje år köper sjukvårdshuvudmännen i Sverige in över 50 000 rollatorer till framför allt äldre personer.²¹ I uppsatsen beräknas riskgruppen på 20 procent av den totala befolkningen äldre, vilket år 2005 motsvarar en grupp på 312 000 individer. Det innebär att uträkningarna sker på en population som är nästan två gånger så stor som dagens befolkningsgrupp över 65 år med ett svårt rörelsehinder. Att räkna med en riskgrupp på 20 procent av den totala befolkningen känns därmed rimlig.

4.1.2 Vilka kostnader uppstår vid en höftledsfraktur?

När en äldre person har ramlat och brutit höftleden så måste personen i fråga färdas med ambulans till sjukhuset. På sjukhuset får patienten omvårdnad och man planerar en operation för att fixera frakturen. Efter operationen stannar patienten vanligtvis kvar på sjukhuset för eftervård. När den skadade kommer hem får han/hon hjälp i form av hemtjänst eftersom den fysiska aktiviteten är starkt begränsad efter operationen. Man måste också observera att vissa av de skadade redan innan operationen hade funktionsnedsättningar. För att den skadade ska kunna återgå till sin normala levnadssituation så måste personen få rehabilitering i form av gångträning och annan träning. I många fall behövs även hjälpmedel efter en höftledsoperation, till exempel rollatorer vid gångträningen. Till stor del allt som beskrivits ovan kostar pengar för landsting och kommuner. Vi kommer inte att studera alla kostnader utan endast fokusera på vissa kostnadslag. Men det kommer att finnas diskussioner kring några av de kostnader vi inte valt att ta med.

²⁰ <http://www.hi.se> (15 april 2005)

²¹ Lorentzon (2005), *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar*.

4.1.3 Kostnadsposter i uppsatsen

De kostnadsposter som används i analysen är de direkta kostnaderna i form av vårdkostnad, transportkostnad, hemtjänst i fem år och färdtjänst i fem år. Man kan även välja att ta med rehabiliteringskostnaden som krävs för att den som drabbats av en höftledsfraktur ska återfå sin fulla rörelseförmåga.²² Rehabiliteringsprogrammen skiljer sig dock åt mellan olika individer, varför det är svårt att räkna på en allmän medelkostnad för detta. I den här uppsatsen tas inte denna kostnadspost med överhuvudtaget.

Hjälpmiddelsinstitutet har gjort en undersökning om äldre kvinnors användning av rollatorer (2002). I rapporten framkommer det att användning av rollator under ett år är samhällsekonomiskt lönsamt om man jämför med hur många hemtjänstillfällen den äldre annars hade behövt. Rapporten visar hur mycket eftervård i form av hemtjänst och färdtjänst som krävs efter olika typer av skador.

En höftfraktur kräver i genomsnitt 5,48 tillfällen hemtjänst per månad. Samma typ av fraktur kräver i genomsnitt 3,83 tillfällen färdtjänst per månad. I undersökningen uppskattade man att under ett färdtjänstillfälle var den genomsnittliga färdsträckan 5 kilometer fram och tillbaka. Kostnaden för kommunen låg på 6,30 kronor per kilometer. Den totala färdtjänstkostnaden per månad blev 121 kronor ($6,3 * 5 * 3,83$). Den årliga kostnaden för färdtjänsten blev 1 450 kronor. Antalet hemtjänstillfällen motsvarade 3,315 arbetstimmar för personalen. Kommunens kostnader för detta låg på 184 kronor per timme, vilket leder till en månatlig kostnad på 610 kronor ($3,315 * 184$). Den årliga kostnaden blir således 7 320 kronor ($610 * 12$) för hemtjänsten.²³

Vårdtiden inom den slutna vården för en höftfrakturpatient är i genomsnitt 10,5 dagar.²⁴ Den totala kostnaden för en patients vårdtid vid en ortopedmottagning var år 1991 i genomsnitt 43 000 kronor.²⁵

²² Intervju med Jan Berglöf, Räddningsverket. Se bilaga 3.

²³ Jönsson (2002), sid. 24-25.

²⁴ Rikshöft, *Kvalitetsregister 2002*, sid. 5.

²⁵ *Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfraktur*. <http://www.sos.se> (15 april 2005)

Enligt en rapport från Räddningsverket (2003) som behandlar samhällets direkta kostnader för fallolyckor bland äldre räknar man med en transportkostnad vid olyckstillfället. Färdas patienten med ambulans innebär det en kostnad för landstinget på 4 998 kronor.²⁶

De kostnader som studien kommer att använda i kalkylen visas i tabellen nedan. Alla dessa är i form av direkta kostnader. Hemtjänst- och färdtjänstkostnaderna beräknar vi på fem år efter skadetillfället. Detta för att ”många patienter som drabbas av en höftfraktur har dock inte återfått full rörelseförmåga efter ett år utan kräver ytterligare vård i upp till fem år efter olyckstillfället. Studier i USA visar att hälften av de äldre som vårdats på sjukhus efter en höftfraktur inte kan leva självständigt efter skadan”.²⁷

Typ av kostnad	Kostnad i kronor
Vårdkostnad	43 000
Ambulansfärd	4 998
Hemtjänst	7 320 kr i fem år = 36 150
Färdtjänst	121 kr/mån i fem år = 7 260

Figur 6: Direkta kostnader som uppstår efter en höftfraktur.

4.2 Hjälpmedel

Fallolyckor kan till viss del förhindras med hjälp av vissa hjälpmedel. Genom att använda hjälpmedel i förebyggande syfte kan även den äldres fysiska förmåga bibehållas bättre. De hjälpmedel som benämns som förebyggande åtgärder för att undvika höftfrakturer i uppsatsen beskrivs nedan.

- **Rollatorer:** En rollator är ett gånghjälpmedel som gör att vederbörande kan gå stabilare och känna sig säkrare. En rollator kan man använda både inomhus och utomhus. De är anpassningsbara och provas ut av en arbetsterapeut.
- **Stödkäpp:** En stödkäpp är ett gånghjälpmedel och används som stöd för den äldre.

²⁶ Berglöf (2003), sid. 20.

²⁷ Berglöf (2003), sid. 21.

- **Duschpallar/Badbrädor:** En duschpall används för att en äldre person inte ska halka i badkaret eller halka i duschen. Det finns många olika varianter både för duschar och för badkar.
- **Toalettförhöjare:** En toalettförhöjare gör att den äldre får det lättare att sätta sig och resa sig upp från toaletten.
- **Toa vid sängen:** Att ha en extratoalett vid sängen innebär att den äldre slipper gå hela vägen till toaletten på natten och undviker då att falla på vägen.
- **Isdubbar:** På vintern är det bra att använda isdubbar, dessa kan användas på kryckor, käppar och skor. Isdubbarna förhindrar att den äldre halkar.
- **Höftskyddsbyxa:** En höftskyddsbyxa används som en vanlig underbyxa eller som överdrag på underbyxan. Den har två skydd på höfterna och förhindrar till stor del att frakturer uppstår vid fall. Höftskyddsbyxan är idag ännu inte utprovad av Hjälpmedelsinstitutet.

4.2.1 Kostnader för hjälpmedel

Typ av hjälpmedel	Inköpskostnad (exkl. moms)
Stödkäpp	50 kr/st
Tryckkäpp	50 kr/st
Isdubbar	30 kr/st
Rollator	2 400* kr/st
Duschpall med fast höjd	235 kr/st
Duschpall med ställbar höjd	535 kr/st
Badbräda	210 – 245 kr/st
Toaförhöjare utan armstöd	430 – 630 kr/st
Toa vid sängen	2 100 kr/st
Höftskyddsbyxa	1 350/år

Figur 7: Kostnader för olika hjälpmedel. Ovanstående prisuppgifter (utom höftskyddsbyxan) kommer från Elinor Juold, Upphandlingssektionen, Hjälpmedelsinstitutet.

* = Den totala inköpskostnaden för en rollator inklusive hjälpmedelscentralens omkostnader för reparationer, underhåll, service, transporter, lagerhållning, administration med mera²⁸. I Hjälpmedelsinstitutets rapport räknar man med att rollatorn har en livslängd på fyra år, varför man delar upp kostnaden (2 400 kr) på fyra. Detta innebär en årlig kostnad på 600 kronor under fyra år.

Ett höftskydd kostar ungefär 450 kronor och har en livslängd på 0,4 år. Detta innebär att man behöver 2,5 stycken höftskydd per år vilket blir en årskostnad på 1 125 kr.²⁹ Men har man endast 2,5 stycken höftskydd i genomsnitt så måste man tvätta dessa varje dag därför antas det i kalkylen att man behöver 3 stycken höftskydd per år. Detta blir då 1 350 kronor per år.

I analysen räknar vi på de två dyraste av ovanstående hjälpmedel, det vill säga rollatorn och höftskyddsbyxan. Detta för att få en så rättvisande bild som möjligt.

4.2.2 Riskreducerande hjälpmedel

Det finns ett antal studier gjorda om hur effektiv höftskyddsbyxan är för att förhindra en höftledsfraktur. Studierna kommer fram till olika resultat. Enligt en amerikansk studie gjord av "American Medical Association" år 2003 visade sig den kontrollerade höftskyddsbyxan inte vara effektiv som förebyggande hjälpmedel. Man undersökte 561 individer som löpte stor risk för att drabbas av höftfraktur. Gruppen av individer som bar höftskyddsbyxan bestod av 276 individer. Denna grupp jämfördes med en grupp på 285 individer utan tillgång till hjälpmedlet. I den förra gruppen inträffade 20 frakturer och i den senare drabbades 18 individer av åkomman.³⁰

I rapporten "*Osteoporos – prevention, diagnostik och behandling*" publicerad av SBU har man gjort en litteraturgenomgång på sju olika studier som behandlar hur höftskydd minskar antalet frakturer vid fall. Fyra olika typer av höftskyddsbyxor studerades totalt. I

²⁸ Jönsson (2002), sid. 24.

²⁹ Berglöf (2003), sid. 15.

³⁰ van Schoor N (2003), sid. 1957.

publikationen har man summerat resultatet från sex av studierna och konstaterar att det inträffade höftfrakturer i 2,2 procent av populationen från interventionsgruppen (de som hade höftskydd). Av individerna i kontrollgruppen (de utan höftskydd) inträffade höftfrakturer i 6,2 procent av populationen. Resultatet visar med andra ord att höftskyddsbyxan reducerar antalet höftfrakturer med 4 procent (6,2 – 2,2). Värt att notera här är att i tre av studierna inträffade inga höftfrakturer bland de individer som bar höftskyddsbyxa vid olyckstillfället.³¹

I en finsk undersökning har man kommit fram till att man kan reducera risken för höftfrakturer genom användning av höftskydd till mer än 80 procent. Detta när användarna brukar höftskyddet dygnet runt. Det har dock visat sig att endast hälften av användarna följer instruktionerna fullt ut. Den verkliga riskreduktionen ligger då på 40 procent.³²

I en rapport från Hjälpmedelsinstitutet³³ har man kommit fram till att rollatorns användning kan förebygga höftfrakturer. I rapporten kommer man fram till att om man kan reducera 0,4 procent av de 18 000 höftfrakturer som sker varje år så lönar det sig att köpa in rollatorer som förebyggande hjälpmedel.

Sammanfattningsvis visar olika undersökningar på helt olika resultat, vilket gör det svårt att veta exakt vad som är tillförlitligt att räkna på. I uträkningarna kommer en känslighetsanalys att göras för att visa på vilken effekt som uppstår vid olika siffror på olycksfallsreduceringen.

³¹ Hagenfeldt K m.fl. (2003), sid. 250.

³² Kannus P m.fl. (2000), sid. 1506-1513.

³³ <http://www.hi.se> (14 april 2005)

4.3 Sveriges framtida befolkning

Denna befolkningsframskrivning är tagen från publikationen ”Sveriges framtida befolkning – Befolkningsframskrivning för åren 2003-2050” gjord av Statistiska centralbyrån år 2003. Prognosen utgår ifrån att fruktsamhetsnivån fortsätter att öka något jämfört med aktuell fruktsamhetsnivå, att dödligheten förväntas fortsätta minska något samt att det årliga nettot av in- och utvandringen ökar. Viktigt att komma ihåg är dock att dessa faktorer bygger på antaganden, varför det finns en stor osäkerhet i resultatet. Man bör inte tolka siffrorna som givna sanningar.

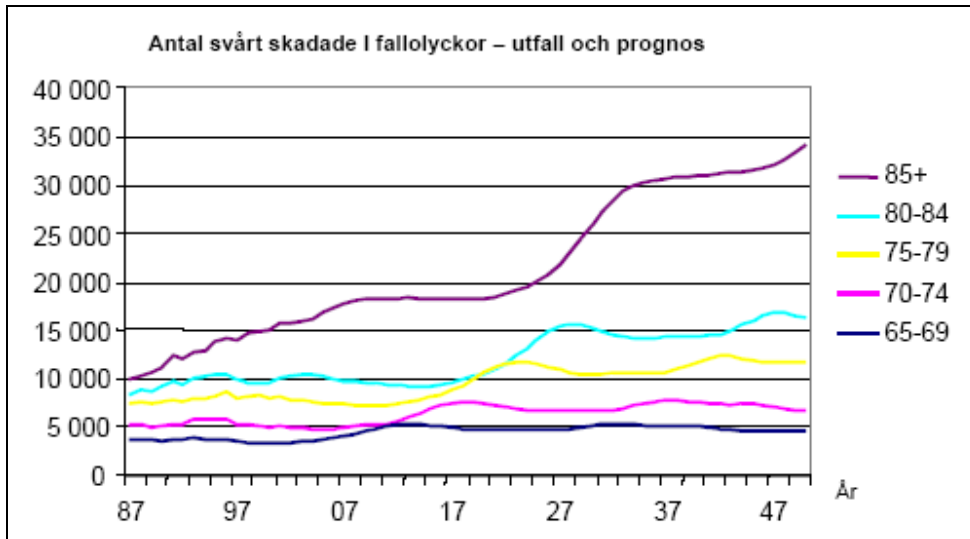
Figur 1 (se bilaga 1) visar på den beräknade folkmängden från år 2003 till år 2050. Ur figuren utläses att den prognostiserade folkmängden år 2050 uppgår till 10,6 miljoner.

Ur figur 2 (se bilaga 1) utläses att andelen äldre (över 65 år) i den svenska befolkningen förväntas fortsätta att öka. År 1950 var andelen äldre 10 procent, år 2002 utgjorde andelen äldre 17 procent av den totala befolkningen. År 2050 beräknas andelen äldre utgöra cirka 23 procent av den totala befolkningen.

I figur 3 (se bilaga 1) åskådliggörs hur stor andelen äldre (i tusental) har varit från år 1950 till år 2003 samt en prognostiserad uträkning av andelen äldre (i tusental) fram till år 2050. Intressant för denna rapport är hur stor andelen äldre över 65 år prognostiseras vara år 2050. I figuren utläses att denna siffra kommer att uppgå till 2,448 miljoner.

4.3.1 Ökade vårdkostnader i framtiden

Räddningsverket har gjort en beräkning på antalet personer över 65 år som vårdas inom slutenvården till följd av fallolyckor för åren 2000 till år 2035. Antalet beräknas öka från 40 700 personer år 2000 till 67 000 personer år 2035. Dessa siffror bygger på att andelen äldre ökar och att andelen som kräver slutenvård efter fallolycka förhåller sig konstant. Andelen äldre kommer från Statistiska centralbyråns framtidsprognosen och siffrorna för fallskadeincidensen från år 2001 års faktiska statistik över fallolyckor.



Figur 8: Antal svårt skadade i fallolyckor mellan åren 1987 och 2051. Källa: Räddningsverket, "Fallolyckor bland äldre – samhällets direkta kostnader", sid. 12.

Räddningsverket kommer fram till att kostnaden för fallolyckor bland personer över 65 år kommer att i det närmaste fördubblas jämförelsevis mellan år 2000 och år 2035.

4.4 Intervjuer

De intervjuer som gjorts under uppsatsens gång har framför allt använts till att utveckla diskussionen och sätta in resultatet i ett bredare sammanhang. Från medarbetarna på Hjälpmedelsinstitutet har vi fått hjälp med bl.a. priser på hjälpmedel. Jan Berglöf på Räddningsverket har bistått med länkar med uppgifter om kostnadsposter som är relevanta att ta med i investeringskalkylen. Fullständiga intervjuer med svar återfinns i bilaga 3.

5. Analys

Här följer den samhällsekonomiska cost-benefit analysen som görs med hjälp av siffrorna beskrivna i empirin. I det här kapitlet presenteras sammanfattande diagram som visar på möjliga kostnadsbesparingar man kan göra genom att erbjuda rollatorer eller höftskyddsbyxor till 20 procent av befolkningen över 65 år. Detaljerade uträkningar återfinns i bilaga 2.

5.1 Framräkning av kostnader

Eftersom siffrorna som beskrivits i empirin inte uttrycks i årets penningvärde, räknas dessa med hjälp av slutvärde-faktorn fram (se avsnitt 3.4.1 i teorin). Som ränta används här konsumentprisindex (KPI). Medelvärdet för KPI mellan åren 1997 och 2004 är 1,075 (se figur 4 i bilaga 1). Vi avrundar det värdet till 1,0 och använder det som ränta när vi räknar fram våra värden.

Typ av kostnad	Gammalt värde	Dagens värde
Vårdkostnad	43 000 kr (år 1991)	49 427 kr \approx 49 000 kr ($1,01^{14} * 43\ 000$)
Transportkostnad	4 998 kr (år 2003)	5 098 kr \approx 5 000 kr ($1,01^2 * 4\ 998$)
Hemtjänst	7 320 kr (år 2002)	7 542 kr \approx 7 500 kr ($1,01^3 * 7\ 320$)
Färdtjänst	1 450 kr (år 2002)	1 494 kr \approx 1 500 kr ($1,01^3 * 1\ 450$)

Figur 9: Framräkning av relevanta kostnadsposter.

5.1.1 Känslighetsanalys

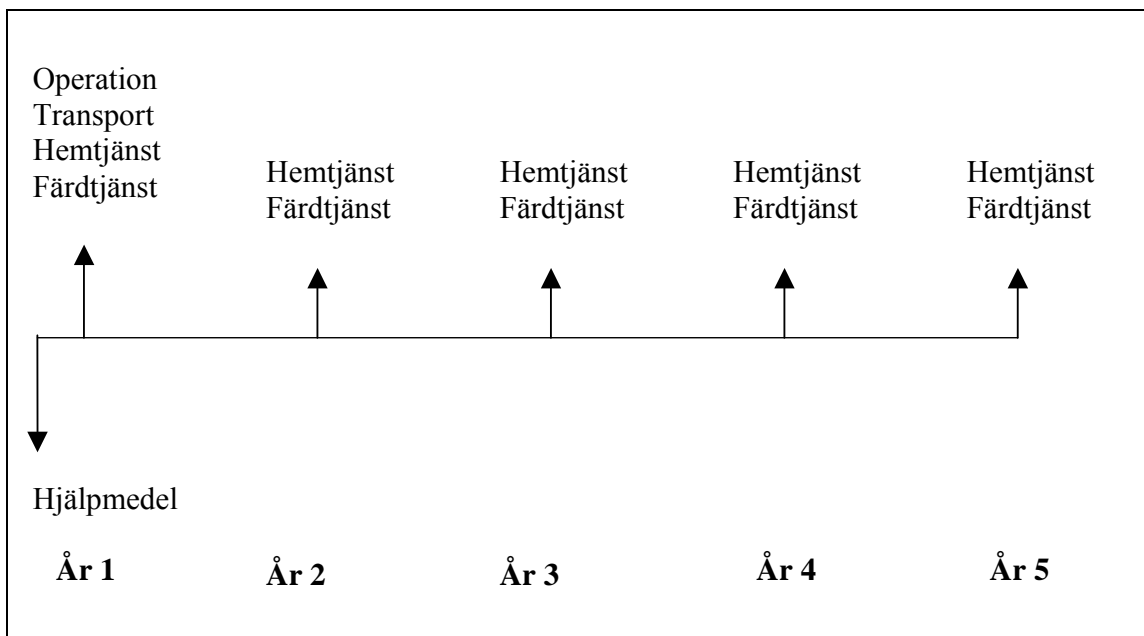
Som redan konstaterats i empirin, visar undersökningar som gjorts på hur effektiva rollatorer och höftskyddsbyxor är på att förminska antalet höftfrakturer väldigt olika resultat. Vissa undersökningar kommer fram till att hjälpmedlet inte ger en avsevärd förändring i antalet höftfrakturer, emedan andra visar att höftskyddsbyxan kan ge en så stor olycksfallsreducering som upp till 80 procent, ifall den används på rätt sätt.

Därför görs investeringskalkylerna på ett spann mellan 15 och 80 procent med avseende på olycksfallsreduceringen hjälpmedlet kan ge upphov till. Att vi ändrar variabeln ”olycksfallsreducering” (antalet skadade) gör att resultatets reliabilitet ökar.

Anledningen till att vi räknar med en lägsta olycksfallsreducering på 15 procent för rollatorn samt en lägsta olycksfallsreducering på 20 procent för höftskyddsbyxan är för att under dessa värden blir resultaten negativa.

5.2 Investeringskalkylens tidsaxel

Investeringskalkylen i form av en tidsaxel på fem år ses nedan. Utgifter för att köpa in hjälpmedel i förhållande till kostnadsbesparingar i form av intäkter åskådliggörs i figuren.



Figur 10: Investeringskalkylen i ett femårigt tidsperspektiv.

5.2.1 Inflationsränta och diskonteringsränta

Eftersom uppsatsen utgår ifrån att kostnaderna för hemtjänst och färdtjänst fortlöpande kommer att krävas under en femårsperiod, bör en nuvärdesberäkning göras av dessa kostnadsposters storlek. Först måste dock en framräkning av kostnaderna göras, då dessa kostnader uttrycks i dagens penningvärde. Inflationsräntan som används för denna framräkning är medeltalet för KPI som funnits gälla mellan åren 1997 och 2004 i Sverige (se figur 4 i tabell 1). För att sedan diskontera bakåt dessa kostnader, används exakt samma inflationsränta. Detta gör att siffrorna kommer att bli lika stora som innan en framräkning och en diskontering görs, varför ingen uträkning behöver göras

överhuvudtaget. De siffror som finns beskrivna i avsnittet om empirin är de kostnader som kommer att användas i kalkylerna. För att uppnå ett jämförbart resultat mellan åren från 2005 till 2050 kommer alla priser att beräknas i dagens penningvärde. Med en framräkning av priserna är det lätt att tro att man tjänar jämförelsevis mer i framtiden än man egentligen gör. Samma priser används därför för alla år i kalkylen.

5.3 Ökat antal äldre ger större kostnader i framtiden

Här beräknas vilka utgifter i form av vårdkostnader för höftfrakturer det svenska samhället kan komma att möta under perioden mellan år 2005 och 2050. Kostnaderna kommer att öka i takt med att andelen äldre av den totala befolkningen procentuellt sett ökar. Idag utgör andelen äldre (över 65 år) 17,2 procent av den totala befolkningen. År 2050 beräknas andelen äldre utgöra så mycket som 23 procent av den totala befolkningen (se figur 2 i bilaga 1).

Statistik över antalet höftledsfrakturer, som inträffade år 2003, kommer från Socialstyrelsens statistiska databas ”Folkhälsan i siffror”. Totalt inträffade 20 115 frakturer på lårben bland den totala befolkningen i Sverige år 2003 (se figur 5 i bilaga 1). Antalet frakturer som drabbade individer över 65 år var 17 857 till antalet.

Genom att dela antalet fraktur på lårben som drabbat den äldre delen av befolkningen år 2003 genom antalet individer över 65 år (år 2005) ser vi att 1,14 procent av andelen äldre årligen drabbas av en fraktur på lårben. Denna siffra på 1,14 procent används för att räkna ut ett möjligt antal frakturer för de kommande 45 åren. Se nedanstående tabell.

I nedanstående uträkningar tänker vi oss en hypotetisk situation där man väljer att köpa in höftskyddsbyxor eller rollatorer som förebyggande åtgärd åt 20 procent av den totala andelen äldre i Sverige. Denna riskgrupp får använda sig av höftskyddsbyxan eller rollatorn under ett års tid. Kostnaderna för att köpa in hjälpmedlet kommer under det första året. Intäkterna för utebliven vård samt utebliven akuttransport inträffar även de under första året (det året höftskyddet används). Övriga intäkter i form av utebliven hemtjänst och färdtjänst ligger under det första året samt de fyra efterföljande åren efter

att personerna använde sig av hjälpmedlet. På detta sätt åskådliggörs vilka nettoeffekter på den samhälleliga välfärden som uppstår tack vare att en stor andel äldre inte drabbas av höftfraktur. Se nedanstående tabell.

År	Antal över 65 år (tusental)	Andel äldre av den totala befolkningen (procent)	Andel äldre som drabbas av fraktur på lårben (procent)	20 procent individer i riskzon för höftfraktur (tusental)	Antal frakturer på lårben bland äldre (tusental)
2005	1 560	17,2	1,14 (17,857 / 1 560)	$0,2 * 1 560 = 312$	$17,857 \approx 18$
2010	1 719	18,6	1,14	$0,2 * 1 719 = 343,8$	$0,0114 * 1 719 = 19,597$
2015	1 912	20,2	1,14	$0,2 * 1 912 = 382,4$	$0,0114 * 1 912 = 21,797$
2020	2 042	21,0	1,14	$0,2 * 2 042 = 408,4$	$0,0114 * 2 042 = 23,279$
2030	2 279	22,6	1,14	$0,2 * 2 279 = 455,8$	$0,0114 * 2 279 = 25,981$
2040	2 431	23,5	1,14	$0,2 * 2 431 = 486,2$	$0,0114 * 2 431 = 27,713$
2050	2 448	23,0	1,14	$0,2 * 2 448 = 489,6$	$0,0114 * 2 448 = 27,907$

Figur 11: Tabell över andel äldre som beräknas vara i riskzon för höftfraktur.

5.4 Höftskyddsbyxan som förebyggande hjälpmedel

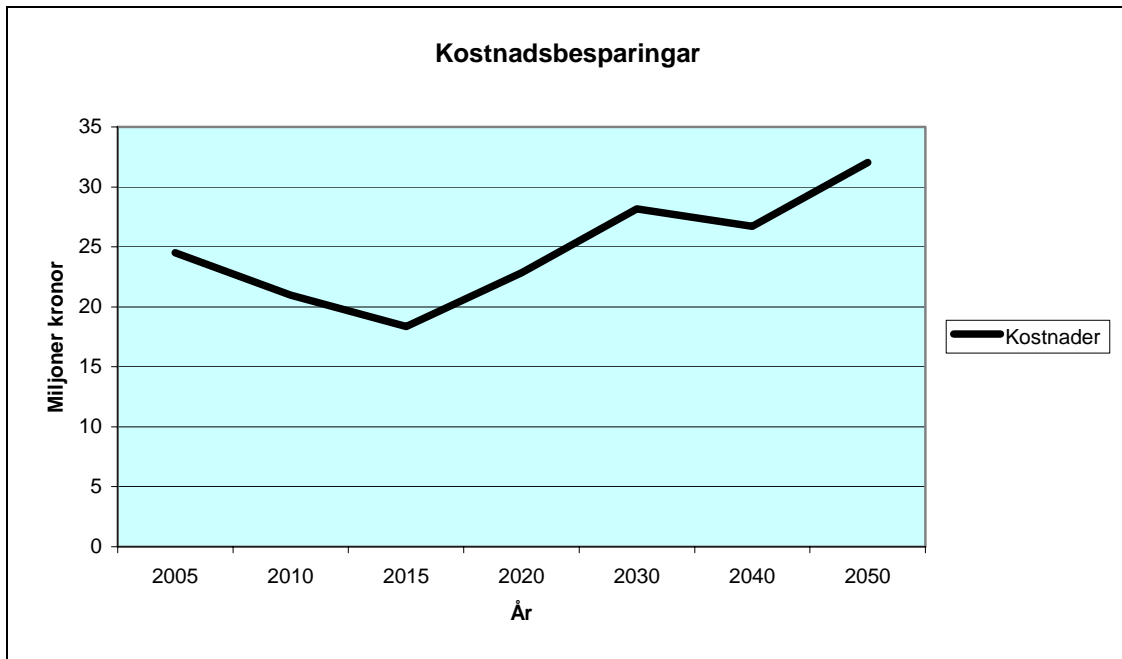
Med de kostnadsposter vi räknar med för höftskyddsbyxan, blir det en positiv nettoeffekt på den samhällseliga välfärden så länge man kan reducera olycksfallsfrekvensen med över 24 procent. Det här gäller då man köper in höftskyddsbyxor till 20 procent av den äldre befolkningen. På grund av detta görs kalkylen med lägst antal färre skadade utifrån en olycksfallsreducering på 25 procent.

5.4.1 Olycksfallsreducering i antal personer vid användning av höftskyddsbyxa

År	Antal frakturer på lårben bland äldre (tusental)	Olycksfallsreducering på 80 procent (antal färre skadade i tusental)	Olycksfallsreducering på 40 procent (antal färre skadade i tusental)	Olycksfallsreducering på 25 procent (antal färre skadade i tusental)
2005	18	14,4 (0,8 * 18)	7,2 (0,4 * 18)	4,5 (0,25 * 18)
2010	19,597	0,8 * 19,597 ≈ 15,7	0,4 * 19,597 ≈ 7,8	0,25 * 19,597 ≈ 4,9
2015	21,797	0,8 * 21,797 ≈ 17,4	0,4 * 21,797 ≈ 8,7	0,25 * 21,797 ≈ 5,4
2020	23,279	0,8 * 23,279 ≈ 18,6	0,4 * 23,279 ≈ 9,3	0,25 * 23,279 ≈ 5,8
2030	25,981	0,8 * 25,981 ≈ 20,8	0,4 * 25,981 ≈ 10,4	0,25 * 25,981 ≈ 6,5
2040	27,713	0,8 * 27,713 ≈ 22,2	0,4 * 27,713 ≈ 11,1	0,25 * 27,713 ≈ 6,9
2050	27,907	0,8 * 27,907 ≈ 22,3	0,4 * 27,907 ≈ 11,2	0,25 * 27,907 ≈ 7,0

Figur 12: Olycksfallsreducering vid användning av höftskyddsbyxan.

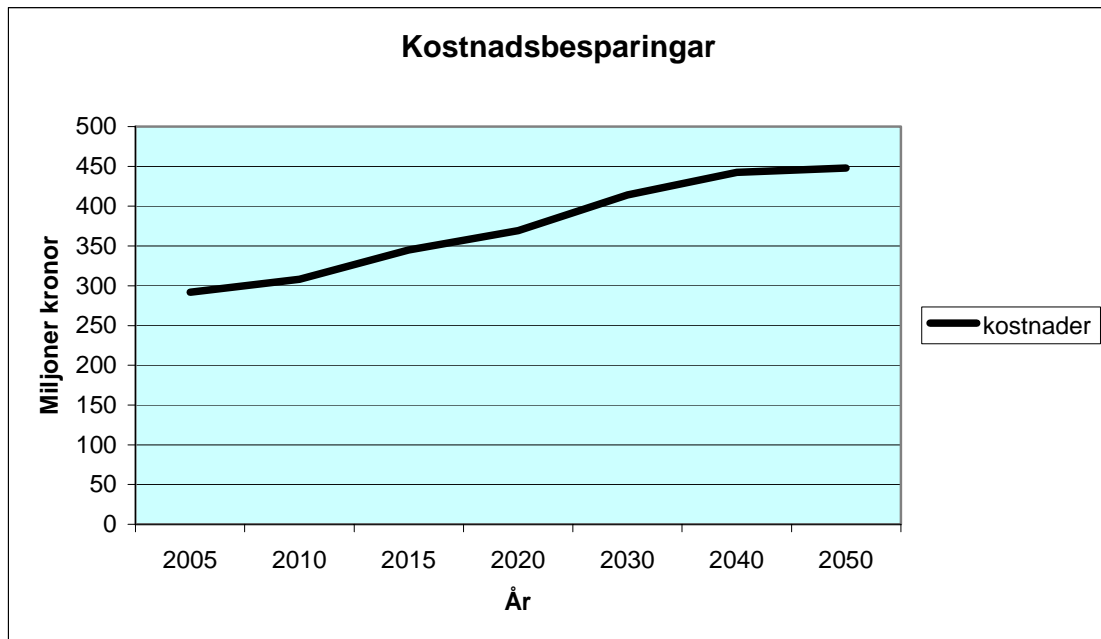
5.4.2 Olycksfallsreducering på 25 procent – höftskyddsbyxan



Figur 13: Kostnadsbesparingar vid olycksfallsreducering på 25%.

Figuren visar vilka kostnadsbesparingar i miljoner kronor som kan göras genom att köpa in höftskyddsbyxor till 20 procent av den äldre befolkningen vissa givna år mellan perioden 2005 till 2050. Dessa kostnadsbesparingar gäller då olycksfallsfrekvensen reduceras med 25 procent.

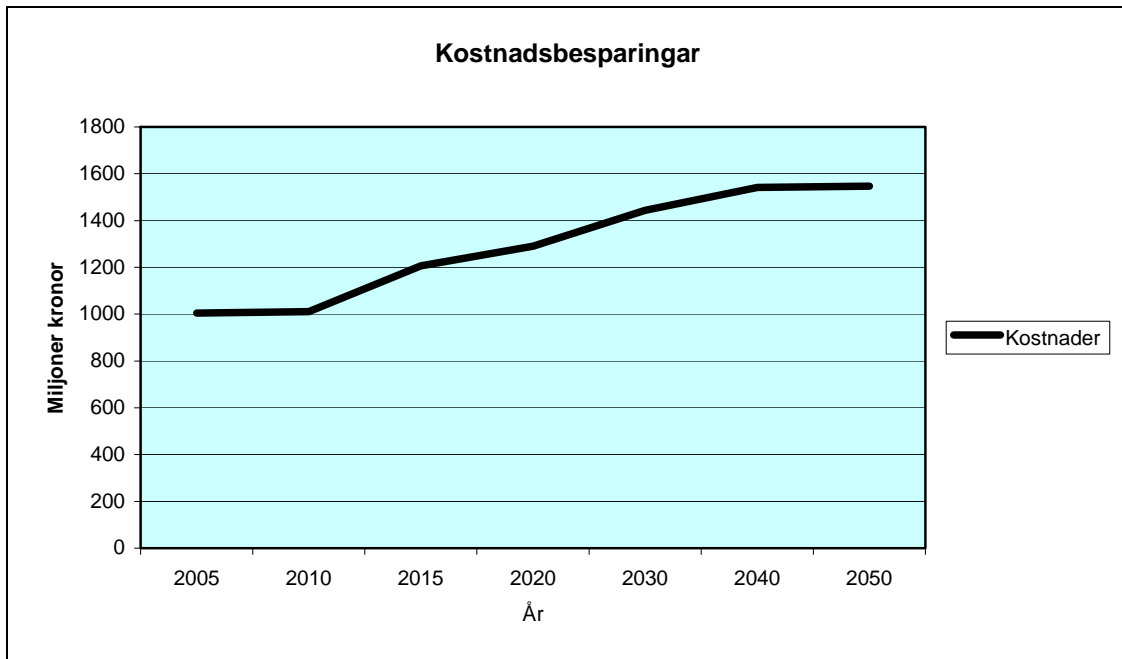
5.4.3 Olycksfallsreducering på 40 procent – höftskyddsbyxan



Figur 14: Kostnadsbesparingar vid olycksfallsreducering på 40%.

I figuren åskådliggörs att man kan göra kostnadsbesparingar genom att köpa in höftskyddsbyxor till 20 procent av den äldre befolkningen vissa givna år mellan perioden 2005 till 2050. Dessa kostnadsbesparingar gäller då olycksfallsfrekvensen reduceras med 80 procent.

5.4.4 Olycksfallsreducering på 80 procent- höftskyddsbyxan



Figur 15: Kostnadsbesparingar vid olycksfallsreducering på 80%.

Figuren visar att det finns många miljoner att spara om samhället köper in höftskyddsbyxor till 20 procent av den äldre befolkningen vissa givna år mellan perioden 2005 till 2050. Dessa kostnadsbesparingar gäller då olycksfallsfrekvensen reduceras med 80 procent.

5.5 Rollatorn som förebyggande hjälpmedel

I en rapport från Hjälpmedelsinstitutet har man kommit fram till att rollatorns användning kan förebygga höftfrakturer. Kostnaden per år för en rollator som förskrivs av kommunen är 600 kronor. Denna kostnad är en genomsnittskostnad av underhåll, livslängd och utprovningkostnad. I rapporten från hjälpmedelsinstitutet har man kommit fram till att om man kan reducera 0,4 procent av de 18 000 höftfrakturer som sker varje år så lönar det sig att köpa in rollatorer som förebyggande hjälpmedel.³⁴

³⁴ <http://www.hi.se> (29 april 2005)

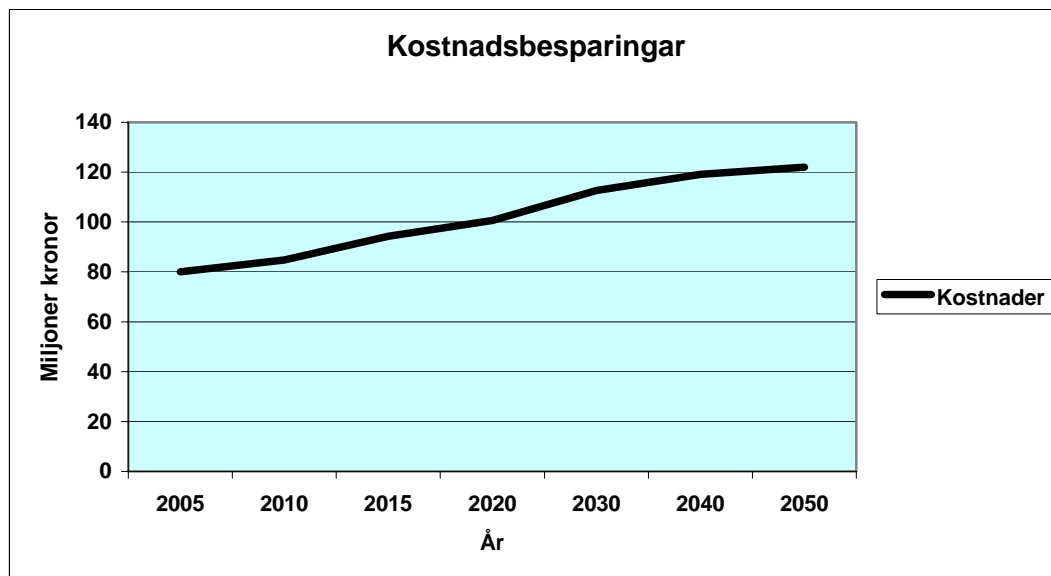
Med de kostnadsposter vi räknar med för rollatorn, blir det en positiv nettoeffekt på den samhälleliga välfärden så länge man kan reducera olycksfallsfrekvensen med över 15 procent. Det här gäller då man köper in rollatorer till 20 procent av den äldre befolkningen. På grund av detta görs kalkylen med lägst antal färre skadade utifrån en olycksfallsreducering på 25 procent.

5.5.1 Olycksfallsreducering i antal personer vid användning av rollator

År	Antal frakturer på lårben bland äldre (tusental)	Olycksfallsreducering på 15 procent (antal färre skadade i tusental)	Olycksfallsreducering på 20 procent (antal färre skadade i tusental)
2005	18,0	2,7 (0,15 * 18)	3,6 (0,2 * 18)
2010	19,597	0,15 * 19,597 ≈ 2,94	0,2 * 19,597 ≈ 3,9
2015	21,797	0,15 * 21,797 ≈ 3,27	0,2 * 21,797 ≈ 4,4
2020	23,279	0,15 * 23,279 ≈ 3,492	0,2 * 23,279 ≈ 4,7
2030	25,981	0,15 * 25,981 ≈ 3,9	0,2 * 25,981 ≈ 5,2
2040	27,713	0,15 * 27,713 ≈ 4,15	0,2 * 27,713 ≈ 5,5
2050	27,907	0,15 * 27,907 ≈ 4,2	0,2 * 27,907 ≈ 5,6

Figur 16: Olycksfallsreducering vid användning av rollatorn.

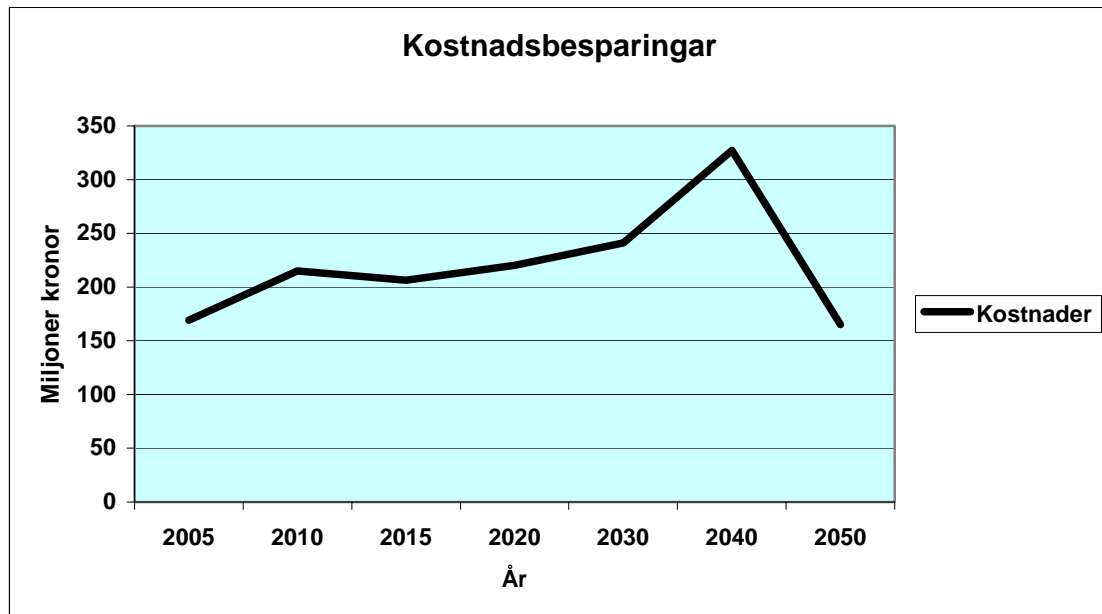
5.5.2 Olycksfallsreducering på 15 procent – rollatorn



Figur 17: Kostnadsbesparingar vid olycksfallsreducering på 15%.

Ovanstående kostnadsbesparingar gäller då olycksfallsfrekvensen reduceras med 15 procent. Dessa kostnadsbesparingar kan göras genom att köpa in rollatorer till 20 procent av den äldre befolkningen vissa givna år mellan perioden 2005 till 2050.

5.5.3 Riskreducering på 20 procent – rollatorn



Figur 18: Kostnadsbesparingar vid olycksfallsreducering på 20%.

Figuren visar att miljonbelopp kan sparas in genom att köpa in rollatorer till 20 procent av den äldre befolkningen vissa givna år mellan perioden 2005 till 2050. Dessa kostnadsbesparingar gäller då olycksfallsfrekvensen reduceras med 20 procent.

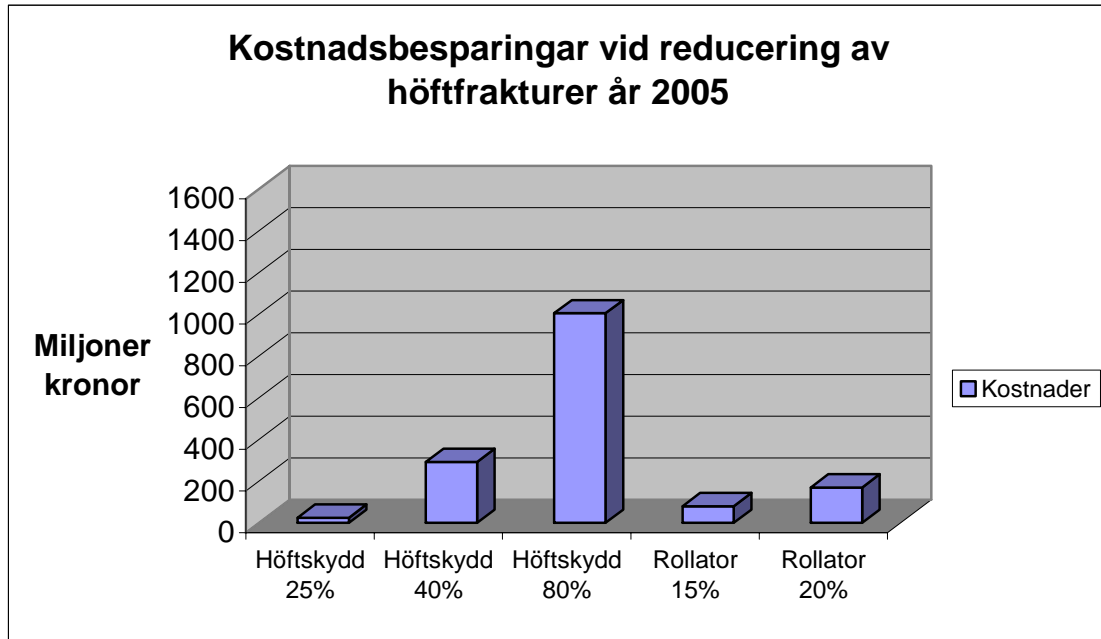
5.6 Resultat

Nedan visas ett samlat resultat över nettoeffekten på den samhälleliga välfärden för olika år vid användning av höftskyddsbyxan samt rollatorn som förebyggande hjälpmedel. Procentsatsen anger olycksfallsreduceringen som hjälpmedlet beräknas ge upphov till.

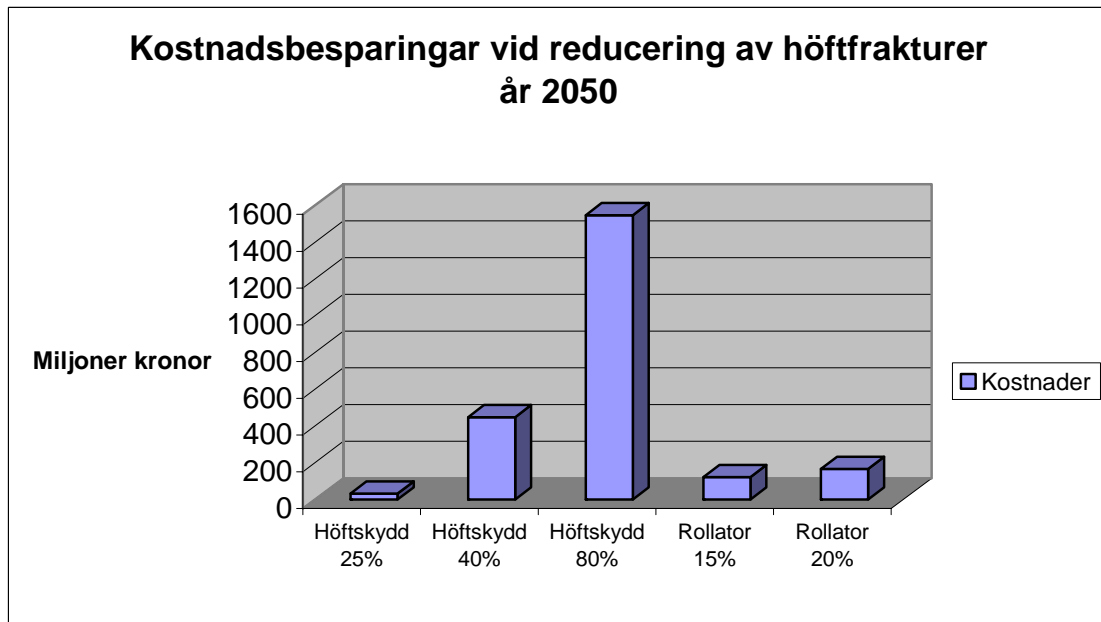
År	Höftskydd - 25 procent	Höftskydd - 40 procent	Höftskydd - 80 procent	Rollatorn – 15 procent	Rollatorn – 20 procent
2005	24,5 miljoner	291,6 miljoner	1 004,4 miljoner	80,1 miljoner	169,2 miljoner
2050	32,04 miljoner	447,84 miljoner	1 546,74 miljoner	122,04 miljoner	165,4 miljoner

Figur 19: Sammanställning över olika kostnadsbesparingar.

Diagrammen visar på möjliga kostnadsbesparingar år 2005 respektive år 2050 tack vare att hjälpmedel erbjuds till 20 procent av befolkningen. I nedanstående figurer illustreras hur många miljoner samhället kan spara år 2005 samt år 2050 genom att rollatorn eller höftskyddsbyxan reducerar antalet höftfrakturer olika mycket.



Figur 20: Sammanställning över kostnadsbesparingar år 2005.



Figur 21: Sammanställning över kostnadsbesparingar år 2050.

6. Slutsats & diskussion

Här sammanfattas de viktigaste slutsatserna som kan dras från analysen. En diskussion om möjliga orsaker till resultatet förs på ett övergripande sätt.

6.1 Slutsatser

Uppsatsen visar att det mesta talar för att det ur ett samhällligt perspektiv lönar sig att använda förebyggande hjälpmedel på lång sikt. Det är lönsamt så länge olycksfallsfrekvensen går ner så pass mycket att de kostnadsbesparingar i form av hemtjänst, färdtjänst, vårdkostnad samt transportkostnad överstiger de utlagda kostnaderna för hjälpmedlen. Det finns med andra ord en möjlighet att använda förebyggande hjälpmedel till äldre för att öka nettoeffekten av den samhällliga välfärden. I och med att det finns pengar att spara tack vare detta, kan man investera dessa pengarna på något annat samhällsområde i behov.

Med tanke på att den äldre delen av den svenska befolkningen ständigt ökar, finns det ännu större anledning att ta den här problematiken på allvar i ett framtida perspektiv. Ifall antalet höftledsfrakturer fortsätter att ligga på dagens nivå finns det möjlighet till ännu större kostnadsbesparingar ifall man jämför år 2050 med år 2005.

6.2 Diskussion

Samhällsekonomi präglas idag av ständig resursbrist. Det är svårt att bedöma vilka delar av samhället som är i störst behov av resurser. Detta gör att fördelningen av pengar mellan olika poster blir komplicerad. Ofta präglas besluten av etiska dilemman, vilket gör att det är svårt att bara se till nuvärdet av investeringen när beslut ska tas. Den här uppsatsen visar möjligheten till att effektivisera en stor kostnadspost inom samhället och samtidigt kunna argumentera för en bättre livskvalitet hos de berörda. I resultatet av uppsatsen kommer man fram till att hypotesen stämmer överens med den analysen påvisat. Detta är att samhället kan spara pengar genom att öka användningen av hjälpmedel hos äldre män och kvinnor, så att de verkar som förebyggande åtgärder för att minska höftfrakturer. Genom att göra det kan man alltså spara anmärkningsvärda

summor. Något som styrker anledningen till att det här är en bra investering för samhället är att antalet äldre kommer att öka de närmaste fyrtiofem åren. Investeringen som är att förskriva fler hjälpmedel ska ses som en långsiktig investering vilket leder till mer sparade pengar.

En svårighet med den här typen av beräkningar är att det är svårt att uppskatta det verkliga antalet olycksfallsreduceringar som användandet av hjälpmedel faktiskt leder till. Det är i de flesta fall etiskt oförsvarbart att utföra studier där en befolkningsgrupp får tillgång till hjälpmedel samtidigt som en jämförd befolkningsgrupp inte har tillgång till samma typ av hjälpmedel. Hur motiverar man att gruppen utan hjälpmedel inte får rätt att förebygga skador? Många studier visar dessutom på olika resultat. Detta gör att osäkerheten kring vilken olycksfallsreducering som faktiskt kan uppnås är stor.

6.2.1 Hjälpmedel i Sverige

De hjälpmedel som förskrivas idag till äldre människor är oftast hjälpmedel som kommunerna bestämt sig för är nödvändiga. De arbetsterapeuter som provar ut och bestämmer vilka hjälpmedel de äldre ska få måste utgå från den hjälpmedelsförteckning den specifika kommunen har fastställt. Om detta handlar om att se till sin egen budget och försöka spara på kortsikt eller om det handlar om okunskap i ämnet hjälpmedel är fortfarande för oss oviss. Men problemet blir ändå att de äldre som kan få bättre hjälp med ett annat hjälpmedel än de som finns hos just deras hemkommun inte får det. Det är värt att påpeka att det idag finns ett oändligt antal hjälpmedel på marknaden som inte används. Ett exempel på ett sådant hjälpmedel är höftskyddsbyxan som finns med i analysen av investeringen.

Den stora frågan är om det överhuvudtaget uppfattas som ett problem att hjälpmedel inte används i större utsträckning, eftersom Sverige är ett av de ledande välfärdssamhällena i världen. I Sverige använder man i ett övergripande perspektiv hjälpmedel i stor utsträckning. Men när det handlar om att använda hjälpmedel för att förebygga skador på lång sikt finns det möjligheter till förbättringar. Ett av de folkhälsopolitiska målområdena

i dagens Sverige lyder ”en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård”.³⁵ Statens folkhälsoinstitutet är den myndighet som har till uppgift att befrämja detta. Ett steg i den riktningen är, enligt uppsatsens författare, att fokusera på hur förebyggande hjälpmedel kan förhindra en stor andel skador. Det bör dock nämnas att det faktiskt finns en hel del pågående projekt ledda av engagerade aktörer, bland andra Folkhälsoinstitutet, Räddningsverket samt Svenska Kommunförbundet, inom det här området.

6.2.2 Indirekta kostnader

Något som berör många individer och som bör nämnas är att det uppsatsens resultat visar på inte bara gynnar samhället finansiellt utan också hälsomässigt. Höftledsfrakturer är ett av Sveriges största hälsoproblem bland äldre, vilket gör att man med förebyggande insatser minskar problemet samt ökar livskvaliteten hos människor som redan utsätts för många svårigheter i sin vardag. Detta påverkar i sin tur alla som står den äldre nära eftersom de också drabbas. I kalkylen tas det endast hänsyn till de direkta kostnaderna. Men de indirekta kostnaderna, som i detta fall kan vara i form av produktionsbortfall för de anhöriga, är också betydande för de samhällsekonomiska effekterna. Det handlar om produktionsbortfall för de anhöriga som kanske måste ta tjänstledigt för att vårda den skadade. Med tanke på uppsatsens resultat där bara de direkta kostnaderna tagits med, förstår man att intäkterna kan bli ännu större om hänsyn även tas till de indirekta kostnaderna.

Ytterligare en stor kostnadspost, som inte tagits med i uppsatsen, är den för rehabiliteringsprocessen som krävs för att patienten ska kunna återgå till så bra hälsa som möjligt efter en höftledsfraktur. Denna kostnadspost kan vara omfattande och genom att ta med den i beräkningen skulle man uppnå en ännu högre effekt på den samhälleliga välfärden än i de gjorda beräkningarna.

³⁵ <http://www.fhi.se> (11 april 2005)

6.2.3 Betalningsvilja

Medvetenheten bland den svenska befolkningen är låg vad gäller konsekvenserna av fallolyckor. Enligt Räddningsverkets rapport "Medias rapportering och allmänhetens kunskap om olyckor" (2003) har de flesta svenskar ingen kunskap om vad de vanligaste dödsfallen till följd av olycka beror på. Många tror att det är trafikolyckorna som föranleder flest dödsfall, men i verkligheten är det de fall som sker i hemmet som är den största olycksfallsgruppen.

En svårighet som finns med att erbjuda hjälpmedel i förebyggande syfte är att det är svårt att kontrollera användningen av till exempel höftskydd. Individens fria vilja är samtidigt viktig att respektera. Ifall personen själv inte vill använda en rollator, kan man som makthavare inte tvinga honom/henne till användning. Vi tror dock att en ökad kunskap om det här området i samhället skulle förstärka betalningsviljan hos individen att utnyttja hjälpmedel i förebyggande syfte.

6.2.4 Omorganisation?

Uppsatsens utgångspunkt är på övergripande samhällsnivå. De kostnader som tagits med i kalkylerna har beskrivits som att de skulle påverka endast en beslutsfattare, emedan det i verkligheten styrs av olika aktörer. Landstingen ansvarar för kostnaderna inom primärvården, dvs. i det här fallet operations- och omvårdnadskostnaderna på sjukhus. Landstingen står även för transportkostnaden ifall patienten måste färdas med ambulans till sjukhuset. Kommunerna står för hemtjänst- och färdtjänstkostnaderna. Det är även kommunerna som har ansvaret för att köpa in hjälpmedel. Det här kanske kan vara en anledning till att kommunerna är ovilliga att lägga pengar på något som mest gynnar landstingets budget på kort sikt. Så länge kommunerna och landstingen inte samarbetar för att i ett långsiktigt perspektiv förminska antalet fallolyckor bland äldre kommer det vara svårt att spara in pengar på det här området. Uppsatsen har kommit fram till att det finns goda möjligheter till stora kostnadsbesparingar genom en förhållandevis enkel åtgärd som att utnyttja teknik som redan finns. Frågan är då ifall ett ökat samarbete mellan landsting och kommun, det vill säga en politisk omorganisation, skulle leda till en förändring.

Väl värt att nämna är att det idag finns aktörer som verkar för ett ökat samarbete mellan olika samhällsenheter i syfte att förbättra de äldres situation. Ett exempel på detta är det projekt om fall och fallprevention som leds av forsknings- och utvecklingscentret Nestor. Målet med projektet är att förebygga fallskador genom att bygga upp ett nätverk med berörda parter i form av myndigheter, universitet, kommuner och landsting.³⁶ Ett liknande initiativ kan förhoppningsvis leda till att fallolyckorna i samhället minskar.

³⁶ <http://www.nestor-foucenter.se> (14 april 2005)

7. Förslag på vidare forskning

Metoden för uppsatsen bygger på en makrostudie där två specifika hjälpmedel granskas mer ingående. Förslag på vidare forskning är att titta på andra hjälpmedel och vad de kan leda till för olycksfallsreducering.

Vilka andra förebyggande åtgärder kan göra att äldreomsorgen dels förbättras ur ett individperspektiv, dels leder till samhällsekonomiska kostnadsbesparingar?

Under uppsatsens gång har det också funnits ett intresse av att diskutera de sidospår man kommit in på vad gäller den organisatoriska biten. På vilket sätt kan man öka samarbetet mellan landsting och kommun och vad skulle det leda till i förlängningen?

Vilka ekonomiska fördelar skulle uppstå ifall man satsade pengar på att öka kunskapen om förebyggande hjälpmedel hos äldreomsorgens personal?

8. Kritisk granskning

Den här uppsatsen utgår från ett samhällsekonomiskt perspektiv. Författarna är dock medvetna om att kalkylerna inte skulle ge samma resultat ifall man räknade på de utgifter och intäkter som faktiskt skulle tillfalla en svensk kommun utifrån dagens vårdorganisation.

Den samhällsekonomiska teorin som ligger till grund för analysen beskriver två olika kostnadsslag, indirekta och direkta kostnader. Vi har avgränsat vår kalkyl till att endast behandla de direkta kostnaderna, vilket gör att en uträkning med de båda kostnadsslagen skulle visa på ett annat resultat.

8.1 Reliabilitet och validitet

En viktig aspekt av en vetenskaplig uppsats är hur väl den uppfyller kravet på reliabilitet och validitet. Båda begreppen har att göra med kvaliteten på metoden för insamling av data, analys av data samt slutsatser som dras av befintliga data. Reliabilitet kan förstås som tillförlitlighet, dvs. ”att mätningarna är korrekt gjorda”.³⁷ Hög reliabilitet har en undersökning som gjorts bland ett stort urval av en population och en undersökning som, när den görs om av andra forskare på samma studieobjekt, når samma resultat. Eftersom de siffror som tas upp i kalkylerna till största delen är baserade på officiell statistik, har det medfört en högre reliabilitet i resultatet. Det faktum att en känslighetsanalys har utförts leder även det till en högre trovärdighet. En ännu högre reliabilitet skulle dock uppnås genom att ändra alla olika variabler i känslighetsanalysen.

Validitet förstås som att ”man verkligen har undersökt det man ville undersöka och ingenting annat”.³⁸ Att använda sig av olika metoder för datainsamlingen har ökat validiteten hos resultatet. Dels har intervjuer gjorts med människor som i sin yrkesroll har ett engagemang i det här ämnet, dels har statistik inhämtats från diverse officiella publikationer.

³⁷ Thurén, (1991), sid. 22.

³⁸ Thurén (1991), sid. 22.

8.2 Generaliserbarhet

Uppsatsens utgångspunkt har legat i höftledsfrakturer till följd av fallolyckor, den äldre befolkningen och två specifika hjälpmedel. Detta är en specifik avgränsning, men som ändå har erbjudit ett relativt allmänt resultat som kan användas i många sammanhang. Det har dock funnits en försiktighet att inte dra alltför långtgående generaliseringar utifrån resultatet. Vi kan fastslå att det ur ett samhällsekonomiskt perspektiv går att spara pengar genom den här typen av förebyggande insatser bland den äldre befolkningen, men det är svårt att peka på en exakt siffra eftersom det finns en mängd undersökningar som visar på olika resultat.

9 Källförteckning

9.1 Metodavsnittet

Denscombe M (2000), *Forskningshandboken*, Studentlitteratur, Lund.

Edling C & Hedström P (2003), *Kvantitativa metoder*, Studentlitteratur, Lund.

Svensson P-G & Starrin B (1996), *Kvalitativa studier i teori och praktik*, Studentlitteratur, Lund.

Thurén T (1991), *Vetenskapsteori för nybörjare*, Runa Förlag AB, Malmö.

9.2 Teoriavsnittet

Bohm P (1996), *Samhällsekonomisk effektivitet*, SNS Förlag, Kristianstad.

Hjälpmiddelsinstitutet (2003), *Förskrivningsprocessen för hjälpmedel till personer med funktionshinder*. (<http://www.hi.se>)

Mattson B (1988), *Cost-benefit kalkyler*, Esselte Studium/Akademiförlaget, Göteborg.

Olsson U (1998), *Kalkylering för produkter och investeringar*, Studentlitteratur, Lund.

Schyllander J (1997), *Samhällets kostnader för olyckor*, Räddningsverket, Karlstad.

Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) 2001:12, "Användning och egentillverkning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården".

Svensk författningssamling (SFS), *Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*.

Svensk författningssamling (SFS), *Lag (1993:584) om medicintekniska produkter*.

Svensson M & Rosén P (2004:1), *Perspektiv på prioriteringar i äldreomsorgen*, KFS, Lund.

Svensson M & Rosén P (2004:3), *Varför är det så svårt att göra öppna prioriteringar i äldreomsorgen?*, IHE e-rapport 2004:3. (<http://www.ihe.se>)

Statens folkhälsoinstitut (2003), *Hälsoekonomi för folkhälsoarbete*, Palm & Co, Stockholm.

9.3 Empiriavsnittet

Berglöf J (2003), *Fallolyckor bland äldre – samhällets direkta kostnader*, Räddningsverket, Karlstad. (<http://www.srv.se>)

Hagenfeldt K m.fl. (2003), *Osteoporos – prevention, diagnostik och behandling*, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (<http://www.sbu.se>)

Hjälpmiddelsinstitutet (2004), *Äldrestatistik mars 2004*. (<http://www.hi.se>)

Jönsson L (2002), *Rollatorns betydelse för äldre kvinnor i ordinärt boende – en treårig studie*, Hjälpmiddelsinstitutet.

Kannus P m.fl. (2000), *Prevention of hip fracture in elderly people with use of hip protector*, N Engl J Med 2000;343;1506-1513.

Lorentzon P (2005), *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar*. (ännu ej utgiven, kommer att finnas i pdf-format på <http://www.aldrecentrum.se>)

Rikshöft (2002), *Kvalitetsregister 2002*. (<http://www.sos.se>)

Räddningsverket (2003), *Äldres skador i Sverige: äldreskadeatlas med data och trender på nationell, läns-, kommungrupps- och kommunnivå*, Danagårds Grafiska AB, Ödeshög.

Schyllander J (2003), *Medias rapportering och allmänhetens kunskap om olyckor*, Nationellt centrum för erfarenhetsåterföring från olyckor (NCO), Karlstad.

Socialstyrelsen (2003), *Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfraktur*, Bergslagens Grafiska AB, Lindesberg.

Socialstyrelsens statistikdatabas (2005), *Folkhälsan i siffror*. (<http://www.sos.se>)

Statistiska centralbyrån (2005), *Sveriges framtida befolkning – Befolkningsframskrivning för åren 2003-2050*. (<http://www.scb.se>)

Svenska Pensionsförbundet (SPF) (2004), *Faktablad nr. 29*. (<http://www.spfpension.se>)

van Schoor N m.fl. (2003), *Prevention of Hip Fractures by External Hip Protectors*, JAMA, 2003;289;1957-1962.

9.4 Muntliga källor

Berglöf, Jan. Avdelning för olycksförebyggande verksamhet, Räddningsverket. 25 april 2005.

Jurinold, Elinor. Upphandlingssektionen, Hjälpmedelsinstitutet. 12 april 2005.

Lorentzon, Peter. Analys och verksamhetsutveckling, Hjälpmedelsinstitutet. 5 april 2005.

9.5 Internet

<http://www.aldrecentrum.se> (30 mars 2005)

<http://www.fhi.se> (11 april 2005)

<http://www.hi.se> (2 mars 2005 – 2 juni 2005)

<http://www.ihe.se> (14 april 2005)

<http://www.nestor-foucenter.se> (14 april 2005)

<http://www.safehip.se> (5 maj 2005)

<http://www.sbu.se> (2 maj 2005)

<http://www.scb.se> (14 april 2005)

<http://www.spfpension.se> (11 april 2005)

<http://www.srv.se> (2 mars 2005 – 2 juni 2005)

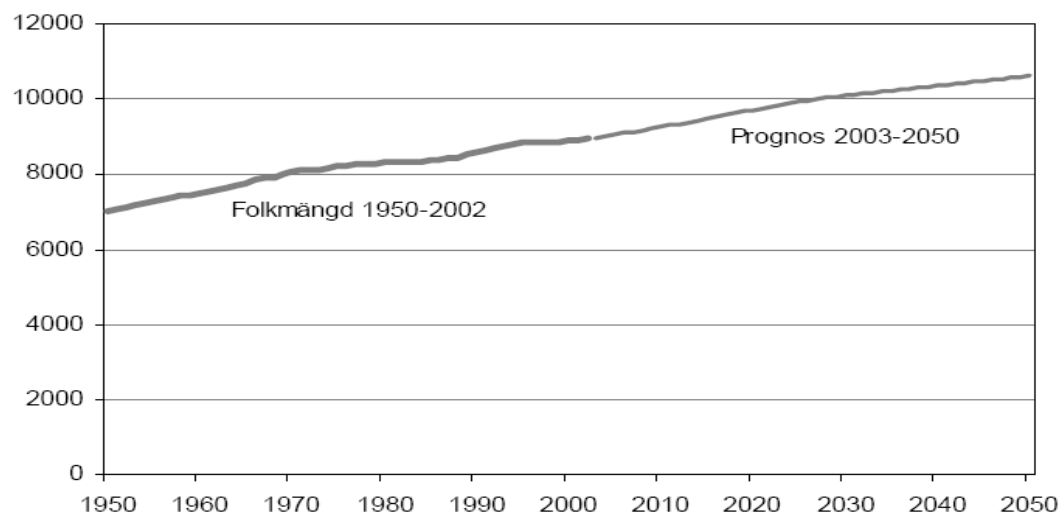
Bilaga 1

Figur 1:

Folkmängd 1950–2002 samt prognos 2003–2050

Population 1950–2002 and forecast 2003–2050. *Thousands*

Antal i 1000-tal



Källa: Statistiska centralbyrån, *Sveriges framtida befolkning – Befolkningsframskrivning för åren 2003-2050*, sid.21

Figur 2:

Andelen personer i större åldersklasser, 1950–2050. Procent

Proportion of persons in larger age-groups, 1950–2050. *Per cent*

År	Åldersgrupp				År	Åldersgrupp			
	0–19	20–64	65–	Totalt		0–19	20–64	65–	Totalt
1950	29,3	60,4	10,2	100	2001	24,0	58,8	17,2	100
1960	30,1	58,0	11,8	100	2002	24,0	58,9	17,2	100
1970	27,6	58,6	13,8	100	2003	24,0	58,9	17,2	100
1980	26,4	57,2	16,4	100	2004	24,0	58,8	17,2	100
1990	24,6	57,7	17,8	100	2005	23,9	58,9	17,2	100
1995	24,6	58,0	17,5	100	2010	23,1	58,4	18,6	100
1996	24,5	58,1	17,4	100	2015	22,3	57,5	20,2	100
1997	24,4	58,2	17,4	100	2020	23,0	56,0	21,0	100
1998	24,3	58,3	17,4	100	2030	23,1	54,3	22,6	100
1999	24,2	58,5	17,3	100	2040	22,7	53,8	23,5	100
2000	24,1	58,7	17,2	100	2050	22,7	54,3	23,0	100

Källa: Statistiska centralbyrån, *Sveriges framtida befolkning – Befolkningsframskrivning för åren 2003-2050*, sid.26

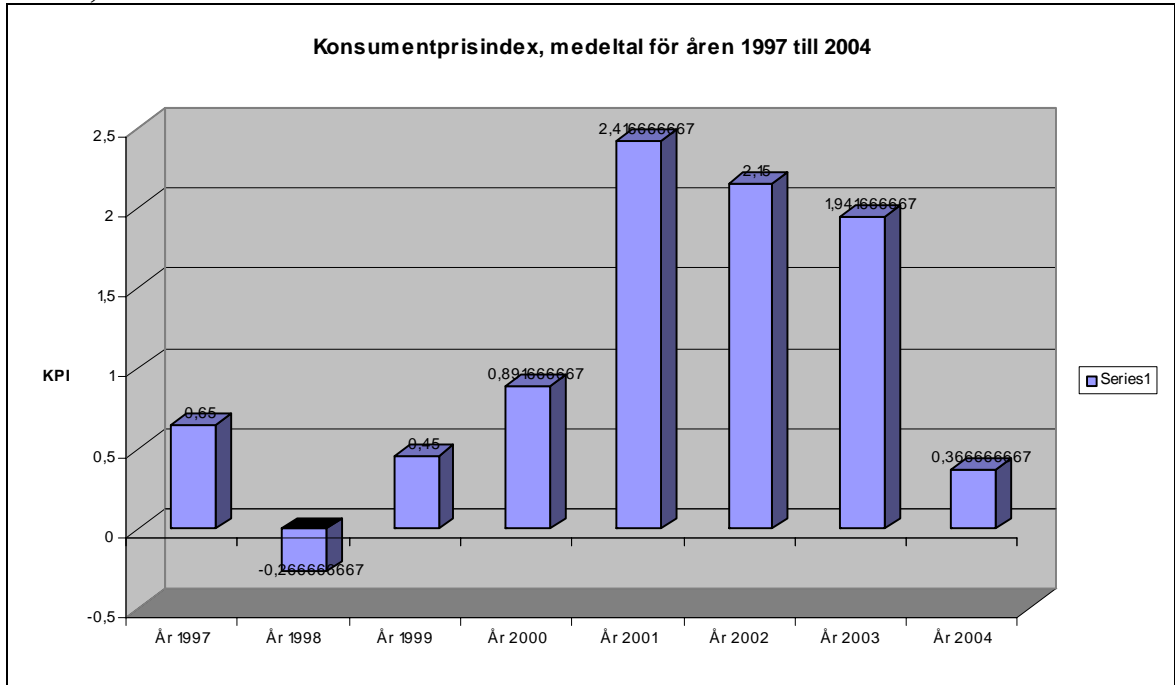
Figur 3:**Antal personer 65–79 år, 80 år eller äldre respektive 65 år eller äldre
1950–2050. Tusental**Population in age-groups 65–79, 80–and 65–, 1950–2050. *Thousands*

År	65-79 år			80 år eller äldre			65 år eller äldre		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
1950	325	289	615	60	46	107	386	336	721
1960	403	344	747	79	62	141	482	406	888
1970	504	419	923	113	77	190	618	496	1 113
1980	603	496	1 099	168	95	263	771	591	1 362
1990	636	521	1 157	241	129	370	877	650	1 526
1995	620	508	1 129	270	144	415	891	653	1 543
1996	617	506	1 123	274	147	421	891	652	1 543
1997	612	503	1 115	279	149	427	890	652	1 542
1998	606	499	1 105	282	151	433	888	650	1 538
1999	600	496	1 096	284	153	436	884	649	1 533
2000	588	490	1 078	293	160	453	881	650	1 531
2001	580	488	1 068	300	165	464	880	652	1 532
2002	576	488	1 064	302	167	470	878	656	1 534
Prognos									
2003	575	491	1 065	305	171	475	879	661	1 541
2004	575	496	1 071	307	173	479	882	669	1 551
2005	576	502	1 077	308	175	483	884	676	1 560
2010	643	591	1 234	307	179	485	950	769	1 719
2015	738	692	1 430	299	183	482	1 037	875	1 912
2020	784	739	1 523	312	207	519	1 096	946	2 042
2030	781	747	1 528	432	320	752	1 213	1 066	2 279
2040	833	802	1 634	455	341	797	1 288	1 143	2 431
2050	794	762	1 556	501	391	892	1 295	1 153	2 448

Källa: Statistiska centralbyrån, *Sveriges framtida befolkning – Befolkningsframskrivning för åren 2003-2050*, sid. 37.

Figur 4:

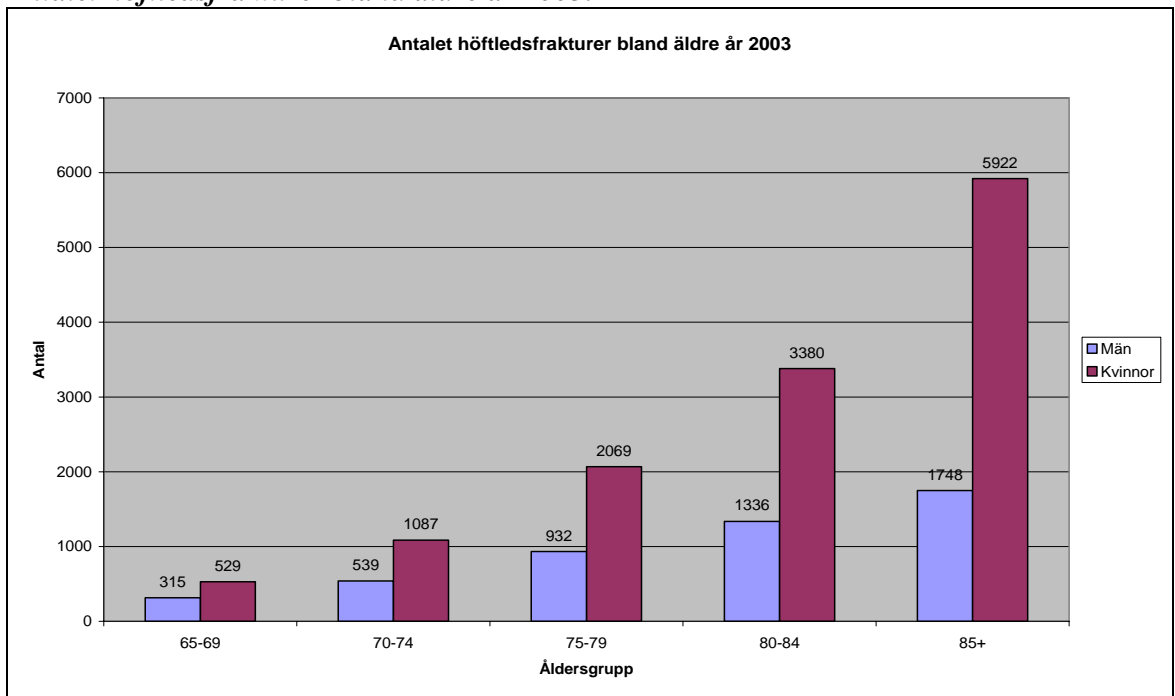
Konsumentprisindex i medeltal för åren 1997 till 2004. Medelvärdet av KPI för dessa år är 1,075.



Källa: Statistiska centralbyrån.

Figur 5:

Antalet höftledsfrakturer bland äldre år 2003.



Källa: Socialstyrelsen, *Epidemiologiskt centrum - Folkhälsan i siffror*

Bilaga 2

Olycksfallsreducering på 25 procent- höftskyddsbyxan

Nettoeffekt på samhällelig välfärd vid olycksfallsreducering på 25 procent när 20 procent av den äldre befolkningen använder höftskyddsbyxa som förebyggande hjälpmedel.

Resultat i tabellform för ifall investeringen görs år 2005; 2010; 2015; 2020; 2030; 2040 respektive 2050. Feta siffror anger miljoner kronor.

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2005	-1 350 * 312 000 = -421,2''	49 000 * 4 500 = 220,5''	5 000 * 4 500 = 22,5''	7 500 * 4 500 = 33,75''	1 500 * 4 500 = 6,75''	-137,5''
2006				33,75''	6,75''	40,5''
2007				33,75''	6,75''	40,5''
2008				33,75''	6,75''	40,5''
2009				33,75''	6,75''	40,5''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	24,5 miljoner

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2010	-1 350 * 343 800 = -464,13''	49 000 * 4 900 = 240,1''	5 000 * 4 900 = 24,5''	7 500 * 4 900 = 36,75''	1 500 * 4 900 = 7,35''	-155,43''
2011				36,75''	7,35''	44,1''
2012				36,75''	7,35''	44,1''
2013				36,75''	7,35''	44,1''
2014				36,75''	7,35''	44,1''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	20,97 miljoner

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2015	-1 350 * 382 400 = -516,24''	49 000 * 5 400 = 264,6''	5 000 * 5 400 = 27''	7 500 * 5 400 = 40,5''	1 500 * 5 400 = 8,1''	-176,04''
2016				40,6''	8,1''	48,6''
2017				40,5''	8,1''	48,6''
2018				40,5''	8,1''	48,6''
2019				40,5''	8,1''	48,6''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	18,36 miljoner

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2020	-1 350 * 408 400 = -551,34''	49 000 * 5 800 = 284,2''	5 000 * 5 800 = 29,0''	7 500 * 5 800 = 43,5''	1 500 * 5 800 = 8,7''	-185,94''
2021				43,5''	8,7''	52,2''
2022				43,5''	8,7''	52,2''
2023				43,5''	8,7''	52,2''
2024				43,5''	8,7''	52,2''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	22,86 miljoner

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2030	-1 350 * 455 800 = -615,33''	49 000 * 6 500 = 318,5''	5 000 * 6 500 = 32,5''	7 500 * 6 500 = 48,75''	1 500 * 6 500 = 9,75''	-205,83''
2031				48,75''	9,75''	58,5''
2032				48,75''	9,75''	58,5''
2033				48,75''	9,75''	58,5''
2034				48,75''	9,75''	58,5''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	28,17 miljoner

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2040	-1 350 * 486 200 = -656,37''	49 000 * 6 900 = 338,1''	5 000 * 6 900 = 34,5''	7 500 * 6 900 = 51,75''	1 500 * 6 900 = 10,35''	-221,67''
2041				51,75''	10,35''	62,1''
2042				51,75''	10,35''	62,1''
2043				51,75''	10,35''	62,1''
2044				51,75''	10,35''	62,1''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	26,73 miljoner

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2050	-1 350 * 489 600 = -660,96''	49 000 * 7 000 = 343,0''	5 000 * 7 000 = 35,0''	7 500 * 7 000 = 52,5''	1 500 * 7 000 = 10,5''	-219,96''
2051				52,5''	10,5''	63,0''
2052				52,5''	10,5''	63,0''
2053				52,5''	10,5''	63,0''
2054				52,5''	10,5''	63,0''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	32,04 miljoner

Olycksfallsreducering på 40 procent - höftskyddsbyxan

Nettoeffekt på samhällelig välfärd vid olycksfallsreducering på 40 procent när 20 procent av den äldre befolkningen använder höftskyddsbyxa som förebyggande hjälpmedel.

Resultat i tabellform för ifall investeringen görs år 2005; 2010; 2015; 2020; 2030; 2040 respektive 2050. Feta siffror anger miljoner kronor.

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transport	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2005	-1 350 * 312 000 = -421,2''	49 000 * 7 200 = 352,8''	5 000 * 7 200 = 36,0''	7 500 * 7 200 = 54,0''	1 500 * 7 200 = 10,8''	32,4''
2006				54,0''	10,8''	64,8''
2007				54,0''	10,8''	64,8''
2008				54,0''	10,8''	64,8''
2009				54,0''	10,8''	64,8''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	291,6 miljoner

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2010	-1 350 * 343 800 = -464,13''	49 000 * 7 800 = 382,2''	5 000 * 7 800 = 39,0''	7 500 * 7 800 = 58,5''	1 500 * 7 800 = 11,7''	27,27''
2011				58,5''	11,7''	70,2''
2012				58,5''	11,7''	70,2''
2013				58,5''	11,7''	70,2''
2014				58,5''	11,7''	70,2''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	308,07 miljoner

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2015	-1 350 * 382 400 = -516,24''	49 000 * 8 700 = 426,3''	5 000 * 8 700 = 43,5''	7 500 * 8 700 = 65,25''	1 500 * 8 700 = 13,05''	31,86''
2016				65,25''	13,05''	78,3''
2017				65,25''	13,05''	78,3''
2018				65,25''	13,05''	78,3''
2019				65,25''	13,05''	78,3''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	345,06 miljoner

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2020	-1 350 * 408 400 = -551,34''	49 000 * 9 300 = 455,7''	5 000 * 9 300 = 46,5''	7 500 * 9 300 = 69,75''	1 500 * 9 300 = 13,95''	34,56''
2021				69,75''	13,95''	83,7''
2022				69,75''	13,95''	83,7''
2023				69,75''	13,95''	83,7''
2024				69,75''	13,95''	83,7''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	369,36 miljoner

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2030	-1 350 * 455 800 = -615,33''	49 000 * 10 400 = 509,6''	5 000 * 10 400 = 52,0''	7 500 * 10 400 = 78,0''	1 500 * 10 400 = 15,6''	39,87''
2031				78,0''	15,6''	93,6''
2032				78,0''	15,6''	93,6''
2033				78,0''	15,6''	93,6''
2034				78,0''	15,6''	93,6''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	414,27 miljoner

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2040	-1 350 * 486 200 = -656,37''	49 000 * 11 100 = 543,9''	5 000 * 11 100 = 55,5''	7 500 * 11 100 = 83,25''	1 500 * 11 100 = 16,65''	42,93''
2041				83,25''	16,65''	99,9''
2042				83,25''	16,65''	99,9''
2043				83,25''	16,65''	99,9''
2044				83,25''	16,65''	99,9''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	442,53 miljoner

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2050	-1 350 * 489 600 = -660,96''	49 000 * 11 200 = 548,8''	5 000 * 11 200 = 56,0''	7 500 * 11 200 = 84,0''	1 500 * 11 200 = 16,8''	44,64''
2051				84,0''	16,8''	100,8''
2052				84,0''	16,8''	100,8''
2053				84,0''	16,8''	100,8''
2054				84,0''	16,8''	100,8''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	447,84 miljoner

Olycksfallsreducering på 80 procent - höftskyddsbyxan

Nedanstående tabeller visar på nettoeffekten på samhällelig välfärd som uppnås vid olycksfallsreducering på 80 procent när 20 procent av den äldre befolkningen använder höftskyddsbyxa som förebyggande hjälpmedel. Resultat i tabellform för ifall investeringen görs år 2005; 2010; 2015; 2020; 2030; 2040 respektive 2050. Feta siffror anger miljoner kronor.

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2005	-1 350 * 312 000 = -421,2''	49 000 * 14 400 = 705,6''	5 000 * 14 400 = 72,0''	7 500 * 14 400 = 108,0''	1 500 * 14 400 = 21,6''	486,0''
2006				108,0''	21,6''	129,6''
2007				108,0''	21,6''	129,6''
2008				108,0''	21,6''	129,6''
2009				108,0''	21,6''	129,6''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	1 004,4 miljoner

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2010	-1 350 * 343 800 = -464,13''	49 000 * 15 700 = 769,3''	5 000 * 15 700 = 78,5''	7 500 * 15 700 = 117,75''	1 500 * 15 700 = 23,55''	446,47''
2011				117,75''	23,55''	141,3''
2012				117,75''	23,55''	141,3''
2013				117,75''	23,55''	141,3''
2014				117,75''	23,55''	141,3''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	1 011,67 miljoner

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2015	-1 350 * 382 400 = -516,24''	49 000 * 17 400 = 852,6''	5 000 * 17 400 = 87,0''	7 500 * 17 400 = 130,5''	1 500 * 17 400 = 26,1''	579,96''
				130,5''	26,1''	156,6''
2017				130,5''	26,1''	156,6''
2018				130,5''	26,1''	156,6''
2019				130,5''	26,1''	156,6''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	1 206,36 miljoner

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2020	-1 350 * 408 400 = -551,34''	49 000 * 18 600 = 911,4''	5 000 * 18 600 = 93,0''	7 500 * 18 600 = 139,5''	1 500 * 18 600 = 27,9''	620,46''
2021				139,5''	27,9''	167,4''
2022				139,5''	27,9''	167,4''
2023				139,5''	27,9''	167,4''
2024				139,5''	27,9''	167,4''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	1 290,06 miljoner

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2030	-1 350 * 455 800 = -615,33''	49 000 * 20 800 = 1 019,2''	5 000 * 20 800 = 104,0''	7 500 * 20 800 = 156,0''	1 500 * 20 800 = 31,2''	695,07''
2031				156,0''	31,2''	187,2''
2032				156,0''	31,2''	187,2''
2033				156,0''	31,2''	187,2''
2034				156,0''	31,2''	187,2''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	1 443,87 miljoner

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2040	-1 350 * 486 200 = -656,37''	49 000 * 22 200 = 1 087,8''	5 000 * 22 200 = 111,0''	7 500 * 22 200 = 166,5''	1 500 * 22 200 = 33,3''	742,23''
2041				166,5''	33,3''	199,8''
2042				166,5''	33,3''	199,8''
2043				166,5''	33,3''	199,8''
2044				166,5''	33,3''	199,8''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	1 541,43 miljoner

År	Kostnad för höftskydd	Intäkt för utebliven vård	Intäkt för utebliven transportkostnad	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2050	-1 350 * 489 600 = -660,96''	49 000 * 22 300 = 1 092,7''	5 000 * 22 300 = 111,5''	7 500 * 22 300 = 167,25''	1 500 * 22 300 = 33,45''	743,94''
2051				167,25''	33,45''	200,7''
2052				167,25''	33,45''	200,7''
2053				167,25''	33,45''	200,7''
2054				167,25''	33,45''	200,7''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	1 546,74 miljoner

Olycksfallsreducering på 15 procent - rollatorn

Nedanstående tabeller visar på nettoeffekten på samhällelig välfärd som uppnås vid olycksfallsreducering på 15 procent när 20 procent av den äldre befolkningen använder rollator som förebyggande hjälpmedel. Resultat i tabellform för ifall investeringen görs år 2005; 2010; 2015; 2020; 2030; 2040 respektive 2050. Feta siffror anger miljoner kronor.

År	Kostnad för rollator	Intäkt för utebliven vårdkostnad	Intäkt för utebliven transport	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2005	-600 * 312 000 = -187,2''	49 000 * 2 700 = 132,3''	5000 * 2 700 = 13,5''	7 500 * 2 700 = 20,25''	1 500 * 2 700 = 4,05''	-17,1''
2006				20,25''	4,05''	24,3''
2007				20,25''	4,05''	24,3''
2008				20,25''	4,05''	24,3''
2009				20,25''	4,05''	24,3''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	80,1 miljoner

År	Kostnad för rollator	Intäkt för utebliven vårdkostnad	Intäkt för utebliven transport	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2010	600 * 343 800 = -206,28''	49 000 * 2 940 = 144,06''	5000 * 2 940 = 14,7''	7 500 * 2 940 = 22,05''	1 500 * 2 940 = 4,41''	-21,06''
2011				22,05''	4,41''	26,46''
2012				22,05''	4,41''	26,46''
2013				22,05''	4,41''	26,46''
2014				22,05''	4,41''	26,46''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	84,78 miljoner

År	Kostnad för rollator	Intäkt för utebliven vårdkostnad	Intäkt för utebliven transport	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2015	600 * 382 400 = -229,44''	49 000 * 3 270 = 160,23''	5000 * 3 270 = 16,35''	7 500 * 3 270 = 24,525''	1 500 * 3 270 = 4,905''	-23,43''
2016				24,525''	4,905''	29,43''
2017				24,525''	4,905''	29,43''
2018				24,525''	4,905''	29,43''
2019				24,525''	4,905''	29,43''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	94,29 miljoner

År	Kostnad för rollator	Intäkt för utebliven vårdkostnad	Intäkt för utebliven transport	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2020	600 * 408 400 = -245,04''	49 000 * 3 492 = 171,108''	5 000 * 3 492 = 17,46''	7 500 * 3 492 = 26,19''	1 500 * 3 492 = 5,238''	-25,044''
2021				26,19''	5,238''	31,428''
2022				26,19''	5,238''	31,428''
2023				26,19''	5,238''	31,428''
2024				26,19''	5,238''	31,428''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	100,668 miljoner

År	Kostnad för rollator	Intäkt för utebliven vårdkostnad	Intäkt för utebliven transport	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2030	600 * 455 800 = -273,48''	49 000 * 3 900 = 191,1''	5 000 * 3 900 = 19,5''	7 500 * 3 900 = 29,25''	1 500 * 3 900 = 5,85''	-27,78''
2031				29,25''	5,85''	35,1''
2032				29,25''	5,85''	35,1''
2033				29,25''	5,85''	35,1''
2034				29,25''	5,85''	35,1''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	112,62 miljoner

År	Kostnad för rollator	Intäkt för utebliven vårdkostnad	Intäkt för utebliven transport	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2040	600 * 486 200 = -291,72''	49 000 * 4 150 = 203,35''	5 000 * 4 150 = 20,75''	7 500 * 4 150 = 31,125''	1 500 * 4 150 = 6,225''	-30,27''
2041				31,125''	6,225''	37,35''
2042				31,125''	6,225''	37,35''
2043				31,125''	6,225''	37,35''
2044				31,125''	6,225''	37,35''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	119,13 miljoner

År	Kostnad för rollator	Intäkt för utebliven vårdkostnad	Intäkt för utebliven transport	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2050	600 * 489 600 = -293,76''	49 000 * 4 200 = 205,8''	5 000 * 4 200 = 21,0''	7 500 * 4 200 = 31,5''	1 500 * 4 200 = 6,3''	-29,16''
2051				31,5''	6,3''	37,8''
2052				31,5''	6,3''	37,8''
2053				31,5''	6,3''	37,8''
2054				31,5''	6,3''	37,8''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	122,04 miljoner

Olycksfallsreducering på 20 procent – rollatorn

Nedanstående tabeller visar på nettoeffekten på samhällelig välfärd som uppnås vid olycksfallsreducering på 80 procent när 20 procent av den äldre befolkningen använder höftskyddsbyxa som förebyggande hjälpmedel. Resultat i tabellform för ifall investeringen görs år 2005; 2010; 2015; 2020; 2030; 2040 respektive 2050. Feta siffror anger miljoner kronor.

År	Kostnad för rollator	Intäkt för utebliven vårdkostnad	Intäkt för utebliven transport	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2005	600 * 312 000 = -187,2''	49 000 * 3 600 = 176,4''	5 000 * 3 600 = 18,0''	7 500 * 3 600 = 27,0''	1 500 * 3 600 = 5,4''	39,6 ''
2006				27,0''	5,4''	32,4''
2007				27,0''	5,4''	32,4''
2008				27,0''	5,4''	32,4''
2009				27,0''	5,4''	32,4''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	169,2 miljoner

År	Kostnad för rollator	Intäkt för utebliven vårdkostnad	Intäkt för utebliven transport	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2010	600 * 343 800 = -206,28''	49 000 * 3 900 = 191,1''	5 000 * 3 900 = 19,5''	7 500 * 3 900 = 29,25''	1 500 * 3 900 = 5,85''	39,42''
2011				29,25''	5,85''	35,1''
2012				29,25''	5,85''	35,1''
2013				29,25''	5,85''	35,1''
2014				29,25''	5,85''	35,1''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	214,92 miljoner

År	Kostnad för rollator	Intäkt för utebliven vårdkostnad	Intäkt för utebliven transport	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2015	600 * 382 400 = -229,44''	49 000 * 4 400 = 215,6''	5 000 * 4 400 = 22,0''	7 500 * 4 400 = 33,0''	1 500 * 4 400 = 6,6''	47,76''
2016				33,0''	6,6''	39,6''
2017				33,0''	6,6''	39,6''
2018				33,0''	6,6''	39,6''
2019				33,0''	6,6''	39,6''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	206,16 miljoner

År	Kostnad för rollator	Intäkt för utebliven vårdkostnad	Intäkt för utebliven transport	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2020	600 * 408 400 = -245,04''	49 000 * 4 700 = 230,3''	5 000 * 4 700 = 23,5''	7 500 * 4 700 = 35,25''	1 500 * 4 700 = 7,05''	51,06''
2021				35,25''	7,05''	42,3''
2022				35,25''	7,05''	42,3''
2023				35,25''	7,05''	42,3''
2024				35,25''	7,05''	42,3''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	220,26 miljoner

År	Kostnad för rollator (kr)	Intäkt för utebliven vårdkostnad (kr)	Intäkt för utebliven transport (kr)	Intäkt för utebliven hemtjänst (kr)	Intäkt för utebliven färdtjänst (kr)	Summa (miljoner kr)
2030	600 * 455 800 = -273,48''	49 000 * 5 200 = 254,48''	5 000 * 5 200 = 26,0''	7 500 * 5 200 = 39,0''	1 500 * 5 200 = 7,8''	53,8''
2031				39,0''	7,8''	46,8''
2032				39,0''	7,8''	46,8''
2033				39,0''	7,8''	46,8''
2034				39,0''	7,8''	46,8''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	241,0 miljoner

År	Kostnad för rollator	Intäkt för utebliven vårdkostnad	Intäkt för utebliven transport	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2040	600 * 486 200 = -291,72''	49 000 * 5 500 = 269,5''	5 000 * 5 500 = 27,5''	7 500 * 5 500 = 41,25''	1 500 * 5 500 = 8,25''	129,03''
2041				41,25''	8,25''	49,5''
2042				41,25''	8,25''	49,5''
2043				41,25''	8,25''	49,5''
2044				41,25''	8,25''	49,5''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	327,03 miljoner

År	Kostnad för rollator	Intäkt för utebliven vårdkostnad	Intäkt för utebliven transport	Intäkt för utebliven hemtjänst	Intäkt för utebliven färdtjänst	Summa (miljoner kr)
2050	-600 * 489 600 = -293,76''	49 000 * 5 600 = 274,4''	5 000 * 5 600 = 28,0''	7 500 * 5 600 = 42,0''	1 500 * 5 600 = 8,4''	59,4''
2051				42,0''	8,4''	50,4''
2052				42,0''	8,4''	50,4''
2053				42,0''	8,4''	50,4''
2054				42,0''	8,4''	50,4''
					Nettoeffekt på samhällelig välfärd	165,24 miljoner

Bilaga 3

Intervju med Peter Lorentzon, Hjälpmedelsinstitutet. 5 april 2005.

1. Vad finns det för hjälpmedel för att förebygga höftledsfrakturer?

- Käppar, isdubbar m.m.
- Rollator
- Duschpall, badbräda
- Toaförhöjare, armstöd vid toaletten
- Handtag i dusch och vid badkar
- God Natt-knapp vid sängen
- Toa vid sängen
- ”Belysningsgång”, säng till toa
- Bra belysning, automatisk tändning
- Griptång
- Höftskyddsbyxa
- Bärbar telefon

Riskgrupper som kan drabbas av fallolyckor:

- Allmänt svaga eller sjuka
- Rörelsehindrade
- Personer med stela leder (t.ex. Parkinsons)
- Personer med högt blodtryck
- Personer med vissa mediciner
- Personer med demens
- Personer med osteoporos

Risksituationer:

- De flesta fallen sker i hemmet och där oftast i badrummet. Många sker också på plana golv inomhus/ur säng/rullstol
- Lösa mattor/trösklar
- Dålig belysning/dåliga kontraster
- Lösa sladdar
- Årstidskopplat – vårstädning/byta gardiner/glödlampa/julgransbelysning

2. Vilka får tillgång till dessa och hur får man tillgång till dem? Är det kommunerna som beställer hjälpmedel till serviceboende? Kan man som privatperson beställa hjälpmedel?

Det görs en individuell bedömning av en förskrivare anställd av kommun eller landsting av vilka hjälpmedel som ska förskrivas. Kommunerna och landstingen har med andra ord egna förteckningar över hjälpmedel som kan förskrivas. Det är kommunen som ansvarar för hjälpmedel till rörelsehindrade. Som privatperson kan man köpa vissa hjälpmedel på den öppna marknaden.

3. Hur många hjälpmedelstillverkare finns på den svenska marknaden?

Kolla i ”Förteckning över Bra hjälpmedel” från HI. Det finns även information på HI:s hemsida, www.hi.se/hida.

4. Varför används inte hjälpmedel i större utsträckning? Blir det en kostnadsbesparing för kommunerna att inte köpa in hjälpmedel? Ser du några möjligheter till samhällsekonomiska kostnadsbesparingar med hjälpmedel till äldre?

Först ska sägas att vi i Sverige i en internationell jämförelse använder hjälpmedel i mycket stor omfattning. Systemet med att hjälpmedel förskrivas kostnadsfritt innebär att många brukare får tillgång till hjälpmedel. Det finns samtidigt behov av hjälpmedel som inte är tillgodosedda. Det gäller exempelvis inom äldregruppen och för nya behovsgrupper som personer med kognitiva funktionshinder. En viktig anledning till att hjälpmedel inte förskrivas i tillräcklig utsträckning är brist på kunskap hos politiker,

tjänstemän och förskrivare liksom hos brukare. Nyttan av hjälpmedel för personer med kognitiva funktionshinder har exempelvis inte fått tillräcklig spridning ännu. Det finns också inom vården tendenser till kortsiktiga besparingar som drabbar hjälpmedelsområdet. Man ser till den egna budgeten men inte till helheten. En besparing för den egna organisationen kan leda till ökade utgifter för någon annan. Det blir en suboptimering. Färre förskrivna rollatorer kan exempelvis leda till att flera personer faller och skadar sig. Kostnaderna för operation och rehabilitering blir mångfalt större än för de inbesparade rollatorerna. Förutom det mänskliga lidandet. – Rollatorn är ett bra exempel på hur hjälpmedel för äldre kan ge kostnadsbesparingar för samhället som helhet. Här kan också nämnas Räddningsverkets undersökning om medias rapportering och allmänhetens kunskap om olyckor ser man att vanliga människor inte vet riktigt vad de vanligaste dödsfallen till följd av olycka beror på. En klar majoritet tror att det beror på trafikolyckor, fast det egentligen är fall i hemmet som är den största olycksfallsgruppen.

5. *Hur mycket kostar de hjälpmedel som förebygger höftledsfrakturer som HI tillhandahåller?*

En rollator kostar mellan 700-1200 kronor + moms. Räkna på 1000-1200 kronor + moms.

6. *Har Hjälpmedelsinstitutet siffror på hur mycket man kan tjäna på att tillhandahålla hjälpmedel (just de hjälpmedel som HI har) för höftledsfrakturer?*

Nej, inte totalt. Hjälpmedelsinstitutet har gjort en undersökning om hur mycket man samhällsekonomiskt kan tjäna på att äldre använder rollator jämfört med de utgifter i form av hemtjänst och färdtjänst man inte behöver lägga ut. Vi har också gjort beräkningar där vi jämfört de totala kostnaderna i samhället för förskrivning av rollatorer med kostnaderna för behandling av höftfrakturer.

Intervju via e-mail med Jan Berglöf, Räddningsverket. 25 april 2005.

Vi kommer i uppsatsen att göra en investeringskalkyl där utgiften för hjälpmedel som förebygger höftledsfrakturer ställs mot ”intäkter” i form av besparingar man gör genom att undvika en fraktur. Intäkterna motsvarar med andra ord de kostnader som en höftledsfraktur medför. Vi kommer endast att räkna med de direkta kostnaderna. De kostnader vi har tänkt ta upp är kostnaden för operation, postoperativ omvårdnad inom slutenvården och transport till sjukhuset. Vi kommer även att räkna med de ökade kostnaderna i form av hemtjänst och färdtjänst som den drabbade behöver fem år efter frakturen.

Våra frågor till dig:

1. Är ovanstående kostnadsposter (intäkter) relevanta för sammanhanget?

Ja, de direkta kostnaderna är relevanta. De patienter som drabbas av höftledsfraktur är ofta över 65 år och ger inte upphov till något produktionsbortfall.

2. Finns det några andra kostnadsposter i samband med en höftledsfraktur som kan vara intressant att räkna med?

Ni har täckt in kostnadsposterna bra. Det jag funderar på är kostnader för rehabilitering (träning för att återfå full rörelseförmåga). Osäker om det är en stor kostnadspost.

3. Hur mycket kostar enbart höftledsoperationen samt hur lång tid tar den i genomsnitt?

Vad enbart en höftledsoperation kostar vet jag inte, men Zethraeus 2002 har specificerat kostnaderna. Däremot finns många studier som tittat på totalkostnaden, några exempel:

Borgquist L, Linelöw G, Thorngren K-G. (1991). *Costs of hip fracture - Rehabilitation of 180 patients in primary health care*. Acta Orthopedic Scandinavia 1991;62 (1):39-48

Zethraeus N, Strömberg L, Jönsson B, Svensson O, Öhlén G, (1997). *The cost of a hip fracture. Estimates for 1,709 patients in Sweden*. Acta Orthopedic Scandinavia 1997;68:13-17.

Zethraeus N, Borgström F, Johnell O, Kanis J, Önnby K och Jönsson B (2002) *Costs and quality of life associated with osteoporosis related fractures – results from a Swedish survey*, SSE/EFI Working paper Series in Economics and Finance, No 512,

Vår egen: http://www.srv.se/shopping/srv_ShowItem_6845.aspx

<http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=452&A=12841&FileID=59924&NAME=V%E5rdkonsumtion+v%E4ntetids%E5tg++2002.pdf>

Kostnaden varierar i de olika studierna beroende på vilka typer av kostnadsposter som studerats. Vissa har med produktionsbortfall vilket andra inte har etc. Zethraeus har studerat kostnaderna för höftfrakturer ett antal gånger. Studien från 1997 estimerades kostnaden till 150 000 (totalt och ej enbart operation). I sin senaste studie från 2002 var kostnaden 63 000 kronor. Orsaken var att det var en högre andel av äldre patienter i de första studierna samt att det var mer av kommunala kostnader för eftervård.

Enligt Socialstyrelsens databas Folkhälsan i siffror var medelvårdtiden 1998-2003 för fraktur på lårben (S72) i landet 11,7 dagar.

4. Vilka kostnader står kommunen för i samband med att en äldre drabbas av en höftledsfraktur?

Vi har antagit att när patienten skrivs ut från slutenvården (landstinget) övergår vårdansvaret till kommunen i form av hemtjänst, äldreboende etc.

5. Tror du att det finns en betalningsvilja hos äldre att använda hjälpmedel i större utsträckning?

Detta är en knivig fråga! Intervjuer med äldre personer som fått en rollator har sagt efteråt att det var ett mycket bra hjälpmedel som man borde ha skaffat tidigare. Som äldre vill man klara sig själv mer än vad man kanske klarar av vilket påverkar betalningsviljan negativt. Vetskapen om att hjälpmedlen kan höja livskvaliteten påverkar betalningsviljan positivt. Betalningsviljan är även en funktion av inkomsten och pensionärer är en utsatt grupp ekonomiskt. Sammanfattningsvis tror jag att det finns en viss betalningsvilja men den är förmodligen inte stor.

6. Varför används inte förebyggande hjälpmedel i större utsträckning?

Gissningsvis kan det vara så att äldre vill klara sig själva längre än vad de kan. Man märker inte att man åldras. Kommunen antar jag försöker vara aktiv att få de äldre att använda hjälpmedlen.