Tidig specialiserad palliativ vård – vilka är de samhällsekonomiska effekterna? Tre räkneexempel

Andrea Karadak, Katarina Steen Carlsson, Sofia Löfvendahl



IHE
INSTITUTET FÖR HÄLSO- & SJUKVÅRDSEKONOMI
ENABLING INFORMED DECISION MAKING

Författare:
Karadak Andrea, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund
Steen Carlsson Katarina, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund
Löfvendahl Sofia, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund

Citera rapporten som:
Karadak A, Steen Carlsson K, Löfvendahl S. Tidig specialiserad palliativ vård – vilka är de samhällsekonomiska effekterna? Tre räkneexempel. IHE RAPPORT 2026:9, IHE: Lund.

Studien har finansierats av Cancerfonden. Författarna själva ansvarar för studiens upplägg, genomförande och slutsatser.

IHE RAPPORT 2026:9
e-ISSN:1651-8179
ISSN:1651-7598

© IHE- Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi

Rapporten kan laddas ner från IHE:s hemsida (www.ihe.se)

Förord

Palliativ vård berör många människor, antingen genom egen sjukdom eller genom att en närstående drabbas. I takt med medicinska framsteg lever allt fler längre med allvarliga och obotliga sjukdomar, vilket innebär att behovet av palliativa insatser ökar. Samtidigt har synen på palliativ vård utvecklats, där fokus i allt större utsträckning riktas mot att insatser bör ges tidigt i sjukdomsförloppet, inte enbart i livets slutskede.

Trots denna utveckling visar nationella rapporter och forskning att tillgången till palliativ vård fortfarande är begränsad och ojämlik, och att insatser ofta introduceras sent. Detta aktualiserar frågor om hur palliativ vård kan utvecklas och integreras tidigare, samt vilka effekter detta kan få för såväl individens livskvalitet som ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Mot denna bakgrund och på uppdrag av Cancerfonden har Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) tagit fram denna rapport, som belyser möjliga samhällsekonomiska effekter av tidig och behovsanpassad specialiserad palliativ vård. Genom en litteraturgenomgång och tre räkneexempel analyseras hur en tidigare integrering av palliativa insatser kan påverka kostnader, resursanvändning och hälsorelaterad livskvalitet. Rapporten bidrar därmed med ett underlag för fortsatt diskussion om hur palliativ vård kan utvecklas för att bättre möta behov hos personer med allvarlig sjukdom och deras närstående.

IHE vill rikta ett stort tack till alla som bidragit med värdefulla synpunkter och expertkunskap under arbetets gång. Det är dock författarna själva som ansvarar för rapportens innehåll och slutsatser.

Lund, november 2026

Peter Lindgren
Verkställande direktör, IHE

Innehållsförteckning

Förord ... 3
Innehållsförteckning ... 4
Sammanfattning ... 5
Summary ... 7
1. Bakgrund ... 9
1.1 Allmän och specialiserad palliativ vård ... 9
1.2 Palliativ vård i tidig och sen fas ... 9
1.3 Tillgång till palliativ vård i Sverige varierar ... 9
1.4 Syfte ... 9
2. Metod ... 11
2.1 Litteraturgenomgång ... 11
2.2 Räkneexempel ... 11
3. Resultat ... 13
3.1 Litteraturgenomgång ... 13
3.2 Räkneexempel ... 13
3.2.1 Exempel 1 – Mag- och tarmcancer ... 13
3.2.2 Exempel 2 – Avancerad cancer ... 15
3.2.3 Exempel 3 - Kronisk och allvarlig hjärtsvikt ... 17
3.3 Andra värdeskapande effekter av tidig specialiserad palliativ vård ... 20
3.3.1 Behandling med begränsad nytta ... 20
3.3.2 Plats för död ... 21
3.3.3 Närstående ... 22
4. Avslutande kommentarer ... 24
Referenser ... 27
Appendix ... 29

Sammanfattning

Palliativ vård syftar till att förebygga och lindra symtom samt förbättra livskvaliteten för personer med obotlig sjukdom och deras närstående. En central utgångspunkt i modern palliativ vård är att insatser inte enbart ska ges i livets slutskede, utan integreras tidigare i sjukdomsförloppet. Samtidigt visar både nationella rapporter och forskning att palliativ vård i praktiken ofta introduceras relativt sent, och att tillgången till specialiserad palliativ vård i Sverige är både begränsad och ojämlik. Mot denna bakgrund är det relevant att analysera vilka effekter en tidigare integrering kan få, inte minst ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Syfte

Syftet med denna rapport är att belysa möjliga samhällsekonomiska effekter av behovsanpassad, tidig specialiserad palliativ vård. Analysen fokuserar på hur en tidig integrering av palliativa insatser kan påverka resursanvändning, kostnader och livskvalitet. Underlaget består av en litteraturgenomgång samt tre räkneexempel baserade på randomiserade studier inom avancerad cancer och kronisk hjärtsvikt. Två av räkneexemplen avser cancer och ett avser kronisk hjärtsvikt. Det senare omfattar två alternativa kostnadsscenarier.

Effekter av tidig palliativ vård

Resultaten från räkneexemplen visar att tidig palliativ vård är förknippad med en förändrad användning av hälso- och sjukvårdens resurser. I samtliga räkneexempel ses en tydlig förskjutning från akut och sjukhusbaserad vård till mer planerade, samordnade och ofta hembaserade insatser. Personer som får tidig palliativ vård har i flera fall färre akutbesök och färre vårddagar i slutenvård, samtidigt som kontakterna med specialiserade palliativa team ökar. De studier som ligger till grund för rapportens räkneexempel pekar på en omfördelning av resurser och tolkar detta som att vården i högre grad kan anpassas till individens behov och ges i rätt tid och på rätt nivå. I flera fall rapporteras också att personer med tidiga palliativa insatser har färre akutbesök och inläggningar i slutenvård.

Kostnader utifrån räkneexempel

När det gäller kostnader ger räkneexemplen en mer nyanserad bild. I tre fall var de totala kostnaderna högre vid tidig palliativ vård jämfört med sen eller ingen palliativ vård utifrån studiernas beskrivning av interventionerna. Detta förklaras i huvudsak av en ökad omfattning av planerade och specialiserade insatser, såsom hembesök och teamkontakter. Samtidigt minskade kostnaderna för sjukhusvård, men inte i tillräcklig utsträckning för att fullt ut kompensera för de ökade kostnaderna för de palliativa insatserna. I det alternativa räkneexemplet för hjärtsvikt, där andra antaganden gjordes om insatsernas innehåll och kostnader, var tidig palliativ vård i stället förknippad med lägre totala kostnader. Detta illustrerar att kostnadsutfallet i hög grad är beroende av hur interventionen utformas och vilka palliativa insatser som faktiskt ingår.

Hälsorelaterad livskvalitet och andra värdeskapande effekter

Utöver kostnader och resursanvändning visar rapporten att tidig palliativ vård har betydelse för hälsorelaterad livskvalitet. Resultaten från de inkluderade studierna tyder på att insatserna i första hand bidrar till att bevara livskvaliteten över tid, snarare än att förbättra den i absolut mening. Effekterna förefaller uppträda gradvis och blir i flera fall tydliga först efter en tids uppföljning, vilket understryker vikten av ett längre perspektiv vid utvärdering.

Rapporten lyfter även andra värdeskapande effekter som inte fullt ut fångas i de kvantitativa räkneexemplen. Det handlar bland annat om minskad användning av behandling med begränsad nytta i livets slutskede, ökade möjligheter att vårdas och avlida på den plats som individen föredrar samt förbättrat stöd till närstående. Närstående spelar ofta en central roll i vården, och deras insatser utgör ett betydande samhällsekonomiskt värde, samtidigt som deras egen hälsa och arbetsförmåga kan påverkas.

Styrkor och svagheter i underlagen

Studierna som ligger till grund för räkneexemplen är i hög utsträckning välgjorda, men det finns metodologiska utmaningar som bör beaktas vid tolkning av resultaten. Antalet studier som ligger till grund för analyserna är få och interventionernas innehåll varierar i hög grad. Det är oftast inte heller tydligt vilka insatser som faktiskt genomförs, vilket försvårar jämförelser och kostnadsberäkningar. Räkneexemplet för hjärtsvikt illustrerar särskilt hur känsligt kostnadsutfallet är för antaganden om innehåll och enhetskostnader. Detta understryker behovet av tydligare beskrivningar av palliativa insatser och mer systematisk uppföljning, både i forskning och i klinisk praxis.

Avslutande kommentarer

Sammanfattningsvis visar rapporten att tidig palliativ vård kan bidra till en mer planerad och behovsanpassad vård, med potential att bevara livskvaliteten hos den som är sjuk och förändra användningen av vårdens resurser. För att denna potential ska kunna realiseras krävs en fortsatt utveckling av strukturer för tidig identifiering av palliativa behov, stärkt palliativ kompetens i hela vårdkedjan samt en mer jämlik tillgång till palliativ vård. Samtidigt visar räkneexemplen att kostnaderna för de utvärderade interventionerna i flera fall är högre än för de jämförelsealternativ som studierna utgått från. Detta understryker behovet av fortsatt forskning kring hur tidig palliativ vård kan utformas, samt vilken omfattning och sammansättning av insatser som krävs för att uppnå en ändamålsenlig och kostnadseffektiv vård.

Summary

Palliative care aims to prevent and relieve symptoms and to improve the quality of life for people with incurable illness and their families. A key principle of modern palliative care is that it should not be limited to end-of-life care but rather be integrated earlier in the disease trajectory. At the same time, both national reports and research show that palliative care is often introduced relatively late in practice, and that access to specialised palliative care in Sweden is both limited and uneven. Against this background, it is relevant to analyse the effects of earlier integration from a health economic perspective.

Aim

The aim of this report is to examine the potential societal consequences of needs-based, early specialised palliative care in a Nordic context. The analysis focuses on how earlier integration of palliative interventions may affect resource use, costs, and quality of life. The evidence base consists of a literature review and three cost calculations based on randomised studies in advanced cancer and chronic heart failure. Two of the cost calculations relate to cancer, while one relates to chronic heart failure, with the latter including two alternative cost scenarios.

Effects of early palliative care

The results from the cost calculations show that early palliative care is associated with a shift in healthcare resource use. Across all examples, there is a clear move away from acute and hospital-based care towards more planned, coordinated, and often home-based interventions. People receiving early palliative care often have fewer emergency visits and fewer inpatient days, while contacts with specialised palliative care teams increase. This reallocation of resources allows care to be better aligned with patients' needs and delivered at the right time and level. It may also help reduce the pressure on emergency services and hospital care.

Costs based on the cost calculation examples

In terms of costs, the findings present a more nuanced picture. In three cases, total costs were higher for early palliative care compared with late or no palliative care. This is primarily explained by an increased volume of planned and specialised interventions, such as home visits and team-based care. At the same time, hospital-related costs decreased, but not sufficiently to fully offset the increased costs of palliative services. In the alternative heart failure scenario, where different assumptions were made regarding the content and cost of interventions, early palliative care was instead associated with lower total costs. This illustrates that cost outcomes are highly dependent on how the intervention is designed and what components are included.

Health-related quality of life and other value-generating effects

Beyond costs and resource use, the report shows that early palliative care has implications for health-related quality of life. The findings suggest that such interventions primarily contribute to maintaining health-related quality of life over time, rather than improving it in absolute terms. The effects appear to emerge gradually and, in several cases, become evident only after a period of follow-up, highlighting the importance of a longer-term perspective in evaluations.

The report also highlights additional value-generating effects that are not fully captured in the quantitative calculations. These include reduced use of treatments with limited benefit at the end of life, increased opportunities to receive care and die in the preferred place, and improved support for family members. Family caregivers often play a central role in care provision, and

their contributions represent a substantial societal value, while also affecting their own health and ability to work.

Strengths and limitations

The studies underlying the cost calculations are generally of high quality, but there are methodological challenges that should be considered when interpreting the results. The number of studies available is limited, and the content of interventions varies considerably. It is often unclear which specific components are delivered, making comparisons and cost estimations more difficult. The heart failure example demonstrates how sensitive cost outcomes are to assumptions about intervention content and unit costs. This underlines the need for clearer descriptions of palliative interventions and more systematic follow-up, both in research and in clinical practice.

Concluding remarks

In conclusion, the report indicates that early palliative care can contribute to more planned and needs-based care, with the potential to preserve the quality of life of people with advanced diseases and to change the use of healthcare resources. To realise this potential, further development of structures for early identification of palliative needs is required, along with strengthened palliative care competence across the entire care continuum and more equitable access to palliative services. At the same time, the cost calculations indicate that the costs of the evaluated interventions are, in several examples, higher than those of the comparator alternatives used in the studies. This underscores the need for continued research on how early palliative care should be designed, as well as the scope and composition of interventions required to achieve appropriate and cost-effective care.

1. Bakgrund

Cancerfonden citerar ofta Per Olov Enquists sommarprat 2009 där han säger *”En dag ska vi dö, alla andra ska vi leva”* (1). Detta fångar på ett träffande sätt förhållandet mellan liv och död och har kommit att illustrera innebörden av palliativ vård. Palliativ vård handlar om att förebygga och lindra symtom och förbättra livskvaliteten för personer med obotlig sjukdom och deras närstående. Vården syftar till att stödja personen i att leva väl under den tid som återstår, och har inte som mål att vare sig påskynda eller fördröja döendet, även om den i vissa fall kan bidra till förlängd överlevnad. En central utgångspunkt är att palliativ vård inte enbart ska ges i livets slutskede utan integreras tidigt i vårdförloppet.

1.1 Allmän och specialiserad palliativ vård

Palliativ vård delas upp i allmän och specialiserad palliativ vård. Den allmänna vården innebär palliativa inslag som en del av den ordinarie vården och baseras på grundläggande kompetens inom palliativ vård hos vårdpersonal. Vården kan ges inom primärvården och slutenvården, i samverkan med hemsjukvård, samt i såväl ordinärt som särskilt boende. För personer med mer komplexa behov ges specialiserad palliativ vård av multiprofessionella team med särskild kompetens inom palliativ medicin. Denna vård kan bedrivas i hemmet, på palliativa vårdavdelningar eller som konsultverksamhet på sjukhus. Den specialiserade palliativa vården kan även stödja den allmänna palliativa vården genom rådgivning och utbildningsinsatser, exempelvis via palliativa konsultteam (2).

1.2 Palliativ vård i tidig och sen fas

Inom palliativ vård görs ofta en uppdelning mellan en tidig och en sen fas. I tidig fas kan man fortsätta med behandlingar som har syfte att bromsa sjukdomsutvecklingen och ge bra livskvalitet samt behandling för att förebygga komplikationer. I den sena palliativa fasen ligger fokus främst på symtomlindring och livskvalitet. Övergången mellan faserna sker vanligtvis gradvis och saknar en tydlig gräns, vilket kan göra det svårt att avgöra när övergången i praktiken sker (3). I praktiken introduceras palliativ vård därför ofta relativt sent i sjukdomsförloppet (1).

1.3 Tillgång till palliativ vård i Sverige varierar

Svenska rapporter om palliativ vård (1-8) visar att det finns stora skillnader i tillgång till olika former av specialiserad palliativ vård, både mellan och inom olika regioner samt beroende på vilken sjukdom personen har. Rapporterna pekar också på en bred samsyn om att tillgången till palliativ vård för personer med cancer och andra sjukdomar är otillräcklig och att fler personer har palliativa vårdbehov än som i dag får palliativa insatser. Detta gäller palliativ vård både i tidig och sen fas. En återkommande slutsats är att personer med palliativa vårdbehov bör skrivas in tidigare i den palliativa vården för att möjliggöra en bättre anpassning av vården efter individens behov (1-8).

1.4 Syfte

Mot denna bakgrund aktualiseras frågan om när i sjukdomsförloppet palliativ vård integreras med annan sjukvård. Tidpunkten för när palliativ vård introduceras i sjukdomsförloppet kan ha betydelse för livskvaliteten hos den som är sjuk och hur hälso-och sjukvårdens resurser används. En tidigare integrering av palliativa insatser kan exempelvis bidra till bättre symtomlindring

och ökat stöd till den som är sjuk och den som är närstående. Samtidigt kan tidigare planering och uppföljning skapa bättre förutsättningar att identifiera och hantera situationer som annars riskerar att leda till akuta vårdinsatser. Denna typ av effekter är också relevanta ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, där analyser ofta fokuserar på kostnader och livskvalitet. Samtidigt kan palliativ vård ge upphov till andra värdeskapande effekter som inte alltid fångas i sådana analyser. I fallet med palliativ vård kan det exempelvis handla om att minska risken för överbehandling i livets slutskede, möjligheten att vårdas och avlida på den plats som den som är sjuk föredrar eller om stöd till närstående.

Syftet med aktuell rapport är att belysa möjliga samhällsekonomiska effekter av behovsanpassad, tidig och välkoordinerad specialiserad palliativ vård, för personer med cancer eller andra sjukdomar. Analysen fokuserar på hur en tidigare integrering av palliativa insatser kan påverka användningen av hälso- och sjukvårdsresurser, exempelvis genom förändringar i akutinläggningar, intensivvård eller andra vårdinsatser. Rapporten belyser även möjliga konsekvenser för närstående i ett bredare perspektiv, såsom påverkan på hälsa, livskvalitet och arbetsfrånvaro.

2. Metod

Arbetet med rapporten genomfördes i två steg.

Första steget bestod av en litteratursökning med målet att i första hand identifiera randomiserade kontrollerade studier som analyserade och jämförde behovsanpassad, tidig palliativ vård med inga eller sent insatta palliativa insatser för personer med palliativa vårdbehov. I steg två togs räkneexempel fram med utgångspunkt i resultaten från litteratursammanställningen. Detta gjordes under förutsättning att underlaget kunde användas som källdata, och för att illustrera möjliga samhällsekonomiska effekter av behovsanpassad, tidig palliativ vård.

Litteraturgenomgången visade dock att relativt få studier innehöll data som bedömdes kunna användas som underlag i räkneexemplen. Däremot identifierades flera studier som belyser andra värdeskapande effekter av palliativ vård för personer som är sjuka och deras närstående. Vissa av dessa studier användes därför som underlag för ett separat avsnitt där dessa ytterligare värdeskapande effekter beskrivs.

2.1 Litteraturgenomgång

Litteraturgenomgången avsåg att sammanställa bästa tillgängliga underlag om effekter av behovsanpassad, tidig palliativ vård jämfört med inga eller sena insatser i svensk eller liknande vårdkontext. Fokus låg på randomiserade kontrollerade studier som analyserade exempelvis påverkan på akutinläggningar, intensivvård, arbetsfrånvaro, kostnader, livskvalitet eller överbehandling, såsom avancerade medicinska interventioner, vid obotlig sjukdom. Litteraturen begränsades inte till cancer.

IHE genomförde en pragmatisk litteratursökning med fokus på relevans för svensk hälso-och sjukvård. Sökningen utgick från etablerade databaser såsom PubMed och kompletterades med handsökning av publikationer kopplade till Svenska Palliativregistret och referenslistor i publicerade rapporter samt kunskapsstöd från svenska myndigheter. Artiklar granskades först på titel och sammanfattning, och relevanta studier analyserades sedan i fulltext. Den fördjupade granskningen fokuserade på studiens kvalitet, design och om utfallsmåtten kunde ligga till grund för analys av samhällsekonomiska effekter som ingick i projektets syfte.

Resultaten från litteraturgenomgången sammanställdes för varje granskad studie utifrån frågeställning, studiedesign och resultat med relevans för projektet. Tabell A 1 i Appendix listar identifierade studier och nyckeluppgifter.

2.2 Räkneexempel

Steg 2 i projektet utgick från de studier som Cancerfonden och IHE tillsammans identifierade som tillräckligt välgjorda och som visat hur tidigt insatta palliativa insatser kan påverka resursanvändning, kostnader, arbetsfrånvaro och livskvalitet för personer med cancer eller annan obotlig sjukdom. Räkneexemplen som presenteras baserades på rapportförfattarnas tolkningar av de data som redovisas i de inkluderade vetenskapliga artiklarna kopplade till respektive klinisk studie.

Uppgifter om resursutnyttjande hämtades i första hand från de inkluderade studierna, medan enhetskostnader hämtades från svenska datakällor (se Tabell A 2 i Appendix). Enhetskostnader för öppenvård baserades främst på Södra sjukvårdsregionens prislista år 2025 (9), medan

kostnader för slutenvård i huvudsak hämtades från KPP-databasen (Kostnad per Patient) från 2024 (10). Det bör noteras att tillgången till enhetskostnader för palliativa insatser i offentliga prislistor varierar mellan regioner, och att sådan information i vissa fall saknas eller är begränsad.

En utmaning vid framtagandet av räkneexemplen var valet av enhetskostnader för olika typer av resursförbrukning. För många av de palliativa insatser som beskrivs i de inkluderade studierna var det svårt att få en tydlig bild av det faktiska innehållet i insatserna, vilket i sin tur försvårade en korrekt prissättning.

Dessa utmaningar aktualiserades särskilt i räkneexemplet avseende hjärtsvikt (räkneexempel 3, avsnitt 3.2.3). Inom interventionen ingick ett stort antal sjuksköterskebesök i hemmet, men utifrån studiebeskrivningen var det svårt att avgöra i vilken utsträckning dessa besök verkligen innehöll palliativa insatser. Eftersom det är stor skillnad i enhetspris mellan ett sjuksköterskebesök med palliativa insatser och ett sedvanligt sjuksköterskebesök enligt prislistan vi använde (Tabell A 2) gjordes två alternativa kostnadsscenarier. I ett första scenario (scenario 3a) antogs samtliga sjuksköterskebesök vara relaterade till palliativ vård, med en enhetskostnad om 5 550 kronor per besök (Tabell A 2). I ett andra scenario (scenario 3b) antogs i stället att 20 procent av besöken avsåg palliativa insatser, medan resterande 80 procent klassificerades som ordinarie sjuksköterskebesök. För dessa tillämpades en enhetskostnad om 798 kronor, motsvarande kostnaden för en sjukvårdande behandling hos annan vårdgivarkategori än läkare i primärvården (Tabell A 2). Bakgrunden till de olika antagandena i respektive scenario är att den rapporterade tidsåtgången om 20 minuter per sjuksköterskebesök som redovisades i PREFER-studien (11) inte bedömdes motsvara en rimlig kostnadsnivå på 5 550 kronor för samtliga besök. Scenario 3b utformades därför som ett kompletterande kostnadsscenario.

3. Resultat

3.1 Litteraturgenomgång

Litteratursökningen identifierade 32 publikationer med relevans för palliativ vård. Efter att 12 publikationer exkluderats på grund av bristande relevans för det svenska sjukvårds-sammanhanget, otillräcklig metodologisk kvalitet (till exempel icke jämförbara grupper) eller eftersom de utgjorde litteraturöversikter eller riktlinjer återstod 20 publikationer (för fullständig lista, se Tabell A 1, Appendix).

Av dessa bedömdes åtta publikationer, baserade på tre randomiserade kliniska studier, vara relevanta för svensk hälso- och sjukvård och innehålla tillräcklig information om vårdinsatser och resursanvändning för att ligga till grund för rapportens räkneexempel (Tabell 1). Två publikationer baserades på den svenska ALLAN-studien om tidig palliativ vård vid mag- och tarmcancer, fyra på den danska DOMUS-studien om tidig palliativ vård vid avancerad cancer och två på den svenska PREFER-studien om personcentrerad, integrerad hjärtsviktsvård och palliativ vård i hemmet. I räkneexemplen användes information från flera publikationer inom respektive studie för att ge en så heltäckande bild som möjligt av resursanvändning och livskvalitet.

De återstående 12 publikationerna användes i varierande utsträckning i avsnittet om andra värdeskapande effekter med möjlig samhällsekonomisk betydelse.

Tabell 1. Studier som användes i räkneexemplen.

Studie, sjukdom, land	Utfall	Referens
ALLAN-studien, Mag-och tarmcancer, Sverige	Livskvalitet	(12)
	Resursförbrukning	(13)
DOMUS-studien, Avancerad cancer, Danmark	Kostnadseffektivitet	(14)
	Livskvalitet, tid hemma	(15)
	Anledning till inläggningar på sjukhus	(16)
	Livskvalitet hos anhöriga	(17)
PREFER-studien, Kronisk- och allvarlig hjärtsvikt Sverige	Resursförbrukning och Livskvalitet	(18)
	Kostnadseffektivitet	(11)

3.2 Räkneexempel

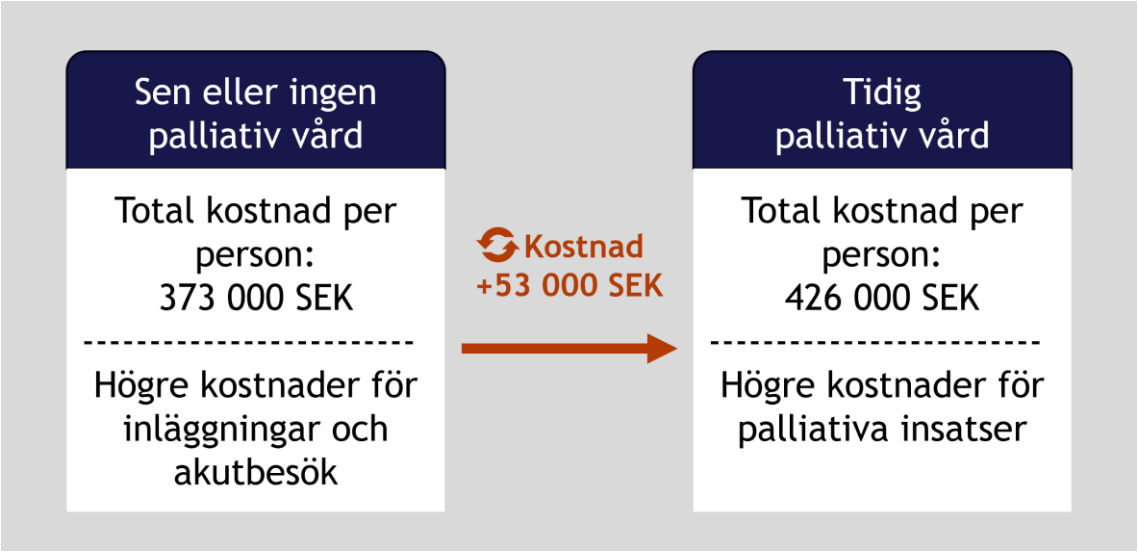
3.2.1 Exempel 1 – Mag- och tarmcancer

Räkneexempel 1 baseras på data från en svensk randomiserad kontrollerad studie av tidig specialiserad palliativ vård vid avancerad mag- och tarmcancer (ALLAN-studien) (12, 13). Studien utvärderade effekter på hälsorelaterad livskvalitet samt behov av akut- och inneliggande vård. Totalt inkluderades 118 personer, varav 60 randomiserades till tidig integrering av specialiserad palliativ vård i hemmet i kombination med tumörspecifik behandling och 58 till sedvanlig onkologisk behandling med palliativ vård vid behov.

Personerna följdes prospektivt med upprepade mätningar av hälsorelaterad livskvalitet var sjätte vecka under upp till 24 veckor samt vid en sista mätning före dödsfall. Under denna period registrerades även användning av akut- och inneliggande vård. Studiens primära utfallsmått var patientrapporterad livskvalitet, mätt med instrumentet Functional Assessment of Cancer Therapy – General (FACT-G). Därutöver samlades uppgifter in om vårdkontakter och tid i specialiserad palliativ vård.

Räkneexemplet visar att den totala kostnaden per person under en sexmånadersperiod var högre i gruppen som fick tidig specialiserad palliativ vård jämfört med gruppen som fick sen eller ingen palliativ vård (Figur 1). Den genomsnittliga kostnaden uppgick till cirka 426 000 kronor per person vid tidig palliativ vård, jämfört med 373 000 kronor per person vid sen eller ingen palliativ vård, vilket motsvarar en kostnadsskillnad på cirka 53 000 kronor per person.

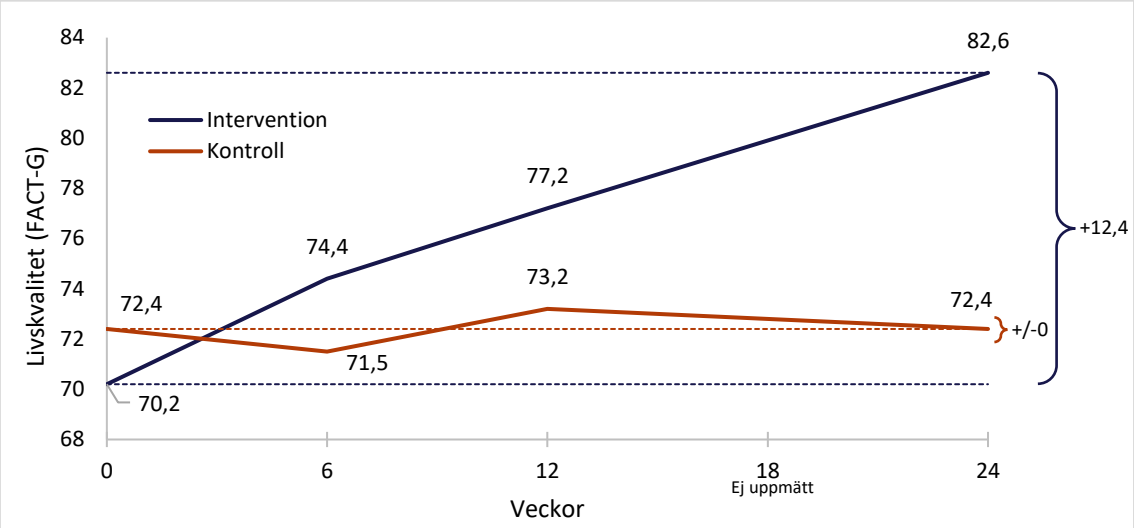
Den högre totala kostnaden kan i huvudsak förklaras av en större omfattning av specialiserade palliativa insatser och planerad uppföljning. Personer som fick tidig palliativ vård hade generellt fler kontakter med specialiserade palliativa team. Exempelvis hade interventionsgruppen i genomsnitt 36 kontakter med team utan läkare jämfört med 13 sådana kontakter i kontrollgruppen. Samtidigt observerades ett lägre nyttjande av sjukhusbaserad vård, med färre akutbesök (1 jämfört med 3) och färre vårddagar inom onkologisk slutenvård (1,5 jämfört med 11,5 dagar) för interventionsgruppen. Den minskade användningen av slutenvård innebar lägre sjukhuskostnader för interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen, men denna kostnadsreduktion var inte tillräcklig för att fullt ut kompensera för de ökade kostnaderna för de palliativa insatserna inklusive inneliggande vård på palliativ enhet. En redovisning av resursutnyttjandet och kostnader i de två grupperna presenteras i Appendix.



Figur 1. Kostnad per person under sex månader för personer med sen eller ingen palliativ vård respektive tidig palliativ vård. Kostnadsberäkningen bygger på information om resursutnyttjande i ALLAN-studien (13).

Utöver skillnader i kostnader och resursanvändning visar resultaten även tydliga skillnader i hälsorelaterad livskvalitet. Personer som fick tidig palliativ vård rapporterade en successiv förbättring av livskvaliteten under uppföljningstiden (Figur 2). Den självskattade livskvaliteten, mätt med instrumentet FACT-G (skala 0–108, där högre värden indikerar bättre livskvalitet), ökade från cirka 70 vid studiestart till cirka 83 efter 6 månader. I gruppen som fick sen eller ingen palliativ vård sågs däremot ingen motsvarande förbättring över tid. Livskvaliteten låg i

denna grupp relativt stabilt runt 72 poäng under uppföljningsperioden, med endast mindre variationer.



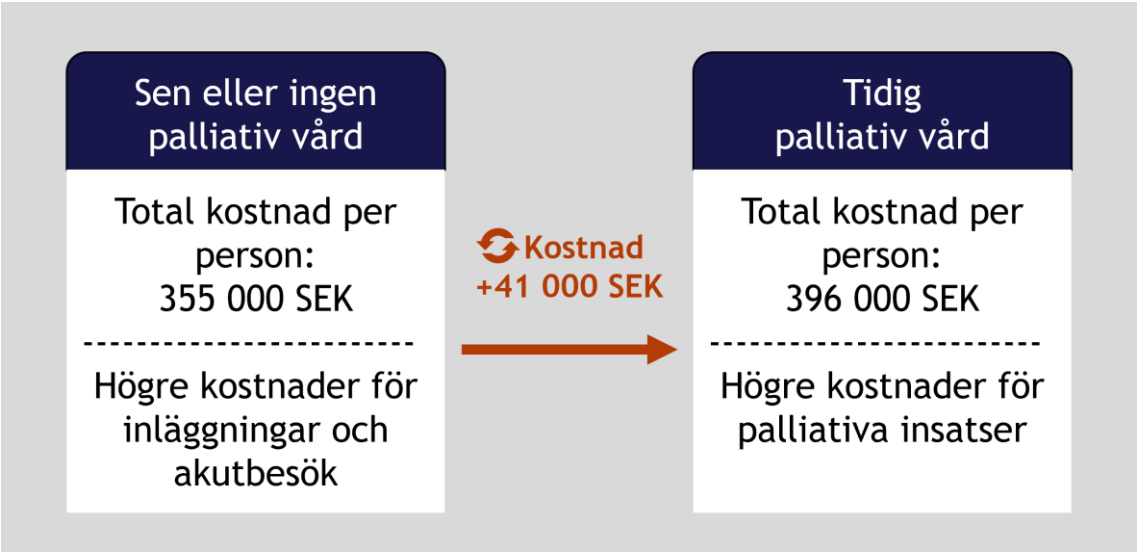
Figur 2. Förändring i livskvalitet under sex månader för personer med sen eller ingen palliativ vård (kontroll) respektive tidig palliativ vård (intervention). FACT-G-skalan går från 0-108. Figuren bygger på information i löpande text från ALLAN-studien (12).

3.2.2 Exempel 2 – Avancerad cancer

Räkneexempel 2 baseras på data från en dansk randomiserad kontrollerad studie av en systematisk och tidig övergång från onkologisk sjukhusbehandling till specialiserad palliativ vård i hemmet (DOMUS-studien) (14-17). Studien utvärderade effekter på hälsorelaterad livskvalitet samt resursanvändning inom sjukhusvård och specialiserad palliativ vård. Interventionen bestod av en så kallad fast-track-modell där ett specialiserat palliativt team kopplades in tidigt och arbetade strukturerat tillsammans med primärvård och närstående. Interventionen inkluderade även ett strukturerat psykologiskt stöd riktat till både den som är sjuk och närstående.

Totalt inkluderades 322 personer, varav 162 randomiserades till interventionen med tidig palliativ vård och 160 till kontrollgruppen som fick sedvanlig vård, där palliativ vård introducerades senare eller vid behov. Personerna följdes prospektivt under sex månader med upprepade mätningar av hälsorelaterad livskvalitet vid studiestart samt efter 2, 4 och 8 veckor och efter 6 månader. Under uppföljningsperioden registrerades även användning av akutvård, inneliggande onkologisk vård samt kontakter med specialiserad palliativ vård.

Räkneexemplet visar att den totala kostnaden per person under sex månader var något högre i gruppen som fick tidig palliativ vård jämfört med gruppen som fick sen eller ingen palliativ vård. Den genomsnittliga kostnaden uppgick till cirka 396 000 kronor per person vid tidig palliativ vård, jämfört med cirka 355 000 kronor per person vid sen eller ingen palliativ vård, vilket motsvarar en kostnadsökning på omkring 41 000 kronor per person.



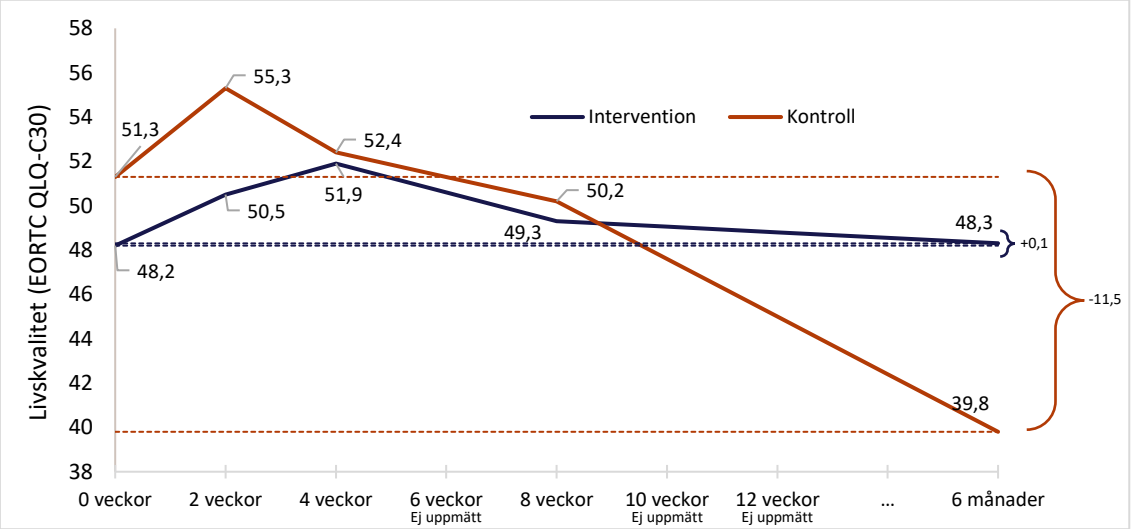
Figur 3. Kostnad per person under sex månader för personer med sen eller ingen palliativ vård respektive tidig palliativ vård. Kostnadsberäkningen bygger på information om resursutnyttjande i DOMUS-studien (15, 16)

Den högre totala kostnaden kan främst förklaras av en större omfattning av specialiserade palliativa insatser och ett mer strukturerat stöd i hemmet. Personer som fick tidig palliativ vård hade i genomsnitt fler insatser från specialiserade palliativa team, exempelvis cirka 9,5 teamkontakter med läkare jämfört med 3,5 i kontrollgruppen (15). I interventionsgruppen förekom även psykologbesök (i genomsnitt 4 besök) (17), medan sådana insatser saknades i kontrollgruppen. En mindre skillnad i inneliggande vård observerades, men den var inte statistiskt signifikant. Antalet vårddagar inom onkologisk slutenvård var i genomsnitt 8 i kontrollgruppen och 7 i interventionsgruppen. Motsvarande minskning sågs även för vårddagar inom akutsjukvård. En möjlig förklaring till den uteblivna skillnaden, som författarna lyfter, är att ökad uppföljning i interventionsgruppen ledde till att problem identifierades tidigare, vilket i sin tur kan ha resulterat i fler inläggningar. Den marginellt lägre användningen av sjukhusvård bidrog till lägre sjukhuskostnader, men denna kostnadsreduktion var inte tillräcklig för att fullt ut kompensera för de ökade kostnaderna för de palliativa insatserna. Sammantaget innebär resultaten en omfördelning av resurser från sjukhusbaserad vård till mer omfattande och planerade palliativa insatser i hemmet. En detaljerad redovisning av resursutnyttjandet och kostnader i de två grupperna presenteras i Tabell A 4 i Appendix.

Utöver skillnader i kostnader och resursanvändning visar resultaten även effekter på hälsorelaterad livskvalitet (15). Livskvalitet mättes med delskalan Global Health Status i instrumentet EORTC QLQ-C30 (skala 0–100 där högre värden indikerar bättre livskvalitet). Vid studiestart var grupperna jämförbara (51,3 i kontrollgruppen och 48,2 i interventionsgruppen) (Figur 4). Under de första veckorna av uppföljningen identifierades inga tydliga skillnader mellan grupperna. Den mest framträdande effekten observerades först efter sex månader. Vid denna tidpunkt hade livskvaliteten i kontrollgruppen försämrats med i genomsnitt cirka 11,5 poäng jämfört med vid baslinjemätningen, medan livskvaliteten i interventionsgruppen i stort sett hade bibehållits. Skillnaden mellan grupperna uppgick till omkring 11,6 poäng, vilket både var statistiskt signifikant och över gränsen för klinisk relevans.

Resultaten tyder därmed inte på att tidig palliativ vård dramatiskt förbättrar livskvaliteten, utan snarare att den kan bromsa den försämring som annars ofta sker vid avancerad cancersjukdom. Effekten var liten till måttlig men robust i analyserna, och var särskilt tydlig inom

psykosociala dimensioner såsom social och emotionell funktion, vilket är förenligt med att interventionen inkluderade strukturerat psykologiskt stöd. Däremot sågs ingen effekt på fysisk funktion, överlevnad eller tid i hemmet.



Figur 4. Förändring i livskvalitet under sex månader för personer med sen eller ingen palliativ vård (kontroll) respektive tidig palliativ vård (intervention). Delskalan Global Health Status i EORTC-QLQ-C30 går från 0-100. Figuren bygger på information i Tabell 1 och 2 från DOMUS-studien (15).

3.2.3 Exempel 3 - Kronisk och allvarlig hjärtsvikt

Räkneexempel 3 baseras på data från en svensk randomiserad kontrollerad studie av vård av personcentrerad integrerad hjärtsvikt och palliativ vård i hemmet (11, 18). Studien rapporterar både resursanvändning (18) och livskvalitet (11). Studien inkluderade totalt 72 personer med kronisk och allvarlig hjärtsvikt, varav 36 randomiserades till palliativ avancerad hemvård och hjärtsviktsvård under 6 månader och 36 personer till sedvanlig primärvård eller hjärtsviktsvård på sjukhus.

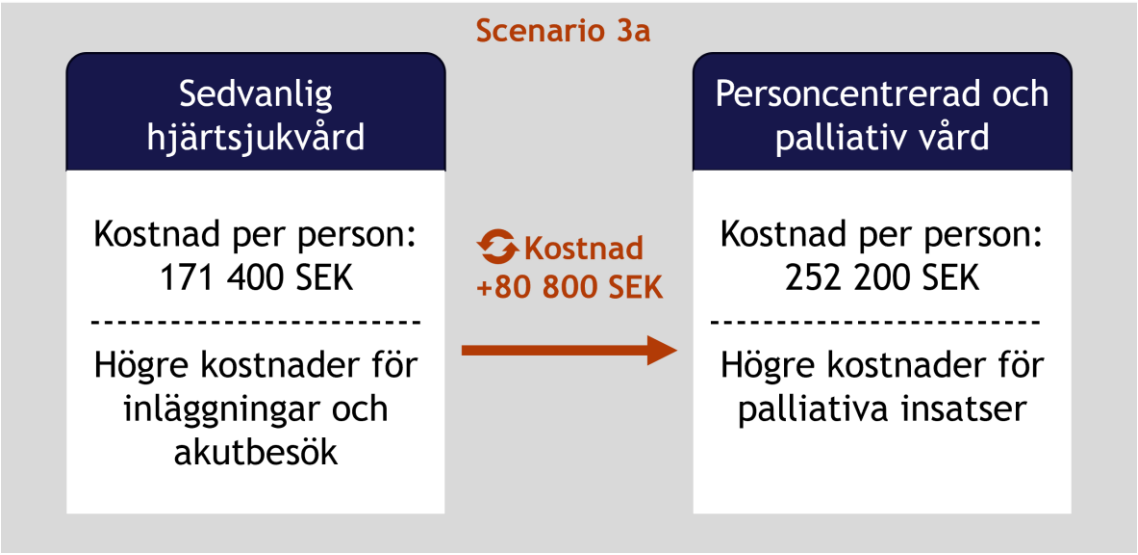
Personernas resursförbrukning uppmättes vid start och slut av interventionen och inkluderade primärvårdsbesök och sjukhusbesök av läkare och sjuksköterskor, telefonkontakter, akut-transporter och interventionens resursförbrukning. Under perioden mättes livskvaliteten med instrumentet EQ-5D (3 nivåer/5 nivåer för EQ-5D ej specificerat av artikelförfattarna) med en skala 0–1 (från död till bästa möjliga självskattade hälsa).

Kostnadsfördelningen i räkneexemplet visade sig i hög grad bero på vilken enhetskostnad som användes vid beräkning av sjuksköterskebesök inom interventionen, eftersom denna vårdgivar-kategori stod för en stor andel av besöken. Mot denna bakgrund utformades två alternativa scenarier: scenario 3a och scenario 3b (se avsnitt 2.2 Räkneexempel i Metod).

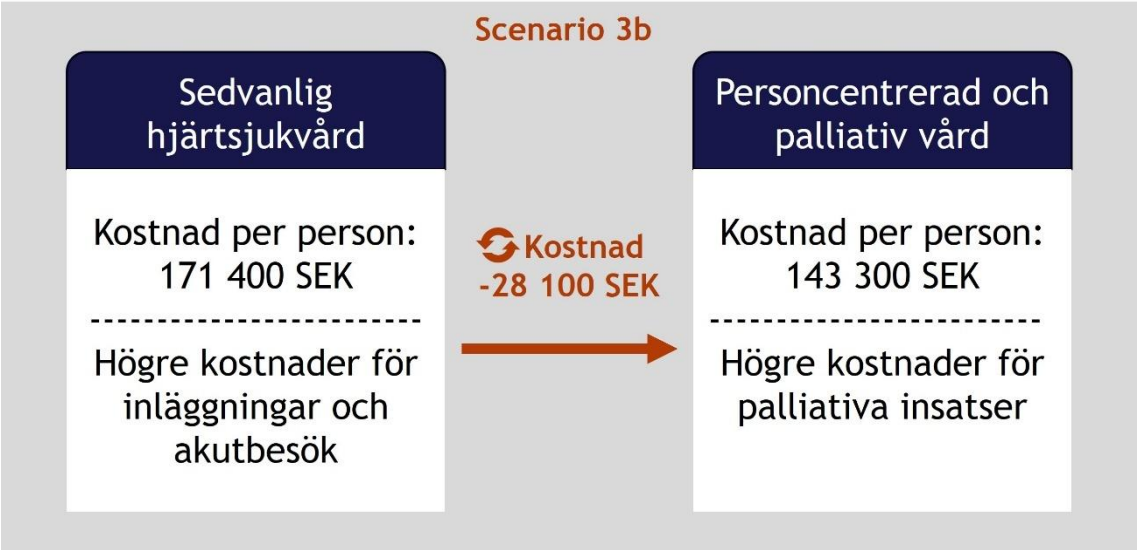
Scenario 3a visar att integrerad hjärtsviktsvård och palliativ vård i hemmet jämfört med sedvanlig hjärtsjukvård är förknippad med en högre total kostnad per person (252 200 SEK jämfört med 171 400 SEK), motsvarande en ökning på cirka 81 000 SEK per person (Figur 5). I scenario 3b är interventionen förknippad med en lägre total kostnad per person (143 300 SEK jämfört med 171 400 SEK), motsvarande en minskning på cirka 28 000 SEK per person (Figur 6).

I scenario 3a drivs den högre totala kostnaden till stor del av sjuksköterskebesök i den integrerade hjärtsviktsvården och palliativa vården i hemmet. Personer i interventionsgruppen hade fler kontakter med det specialiserade teamet, medan de i högre grad minskade sina kontakter inom den sedvanliga vården. Exempelvis hade interventionsgruppen i genomsnitt 28,6 besök per person hos sjuksköterska inom det specialiserade palliativa teamet under uppföljningen på sex månader. Kontrollgruppen som inte hade tillgång till denna insats nyttjade under samma period primärvården eller sjukhusvården i större utsträckning. Kontrollgruppen hade i genomsnitt 8,5 vårddagar inom internmedicin eller kardiologi, jämfört med 2,9 dagar för interventionsgruppen. Ett liknande mönster ses i primärvården, där läkarbesöken i genomsnitt uppgick till 1,5 per person i kontrollgruppen jämfört med 0,3 i interventionsgruppen. Tillsammans innebär resultaten en omfördelning av resurser från akut och inneliggande sjukhusvård till mer strukturerade och behovsanpassade palliativa insatser för interventionsgruppen. En redovisning av resursutnyttjandet och kostnader i de två grupperna för scenario 3a presenteras i Tabell A 5, Appendix.

En jämförelse mellan scenario 3a och 3b illustrerar tydligt betydelsen av omfattningen och kostnadsnivån för palliativa insatser. I scenario 3a var minskningen av sjukhuskontakter och tillhörande kostnader inte tillräcklig för att kompensera för de ökade kostnaderna för palliativa insatser. I det alternativa scenario 3b, där en andel (80 procent) av sjuksköterskebesöken inom interventionen värderades som ett sedvanligt sjuksköterskebesök och därmed till en lägre kostnad än i scenario 3a (798 kronor jämfört med 5 550 kronor), balanserades dessa kostnader av att de totala kostnaderna för de palliativa insatserna minskade. En redovisning av resursutnyttjandet och kostnader i de två grupperna för scenario 3b presenteras i Tabell A 6, Appendix.

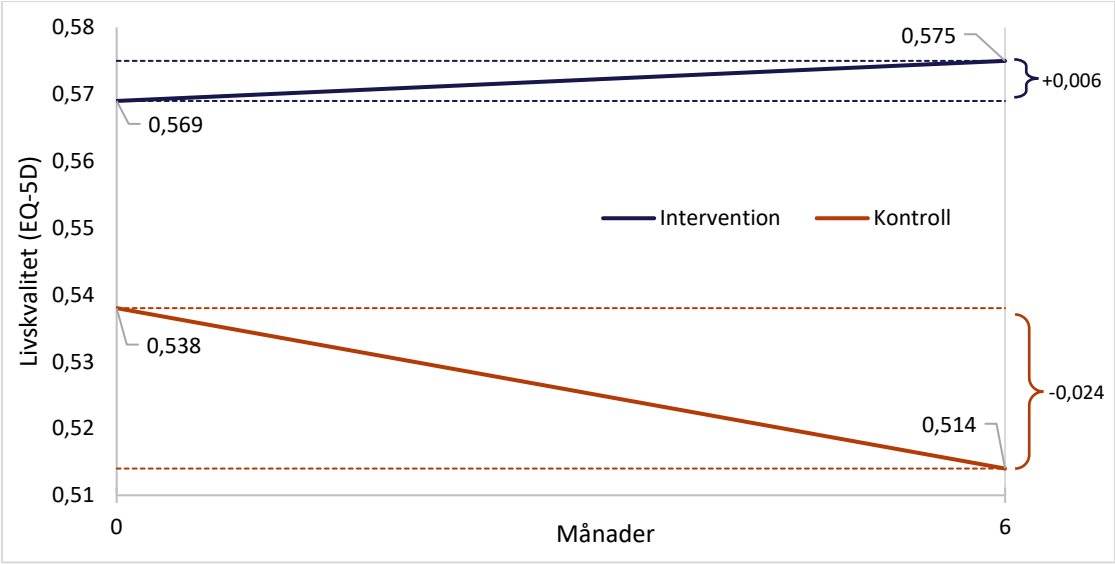


Figur 5. Kostnad per person under sex månader i interventions- respektive kontrollgruppen i PREFER-studien (18). Scenario 3a, där alla besök hos sjuksköterska inom interventionen prissatts till 5550 kr per besök.



Figur 6. Kostnad per person under sex månader i interventions- respektive kontrollgruppen i PREFER-studien (18). Scenario 3b, där 20 procent av sjuksköterskebesöken inom interventionen prissatts till 5 550 kronor per besök och 80 procent till 798 kronor per besök.

Förutom skillnader i kostnader och resursfördelning visar resultaten även effekter på hälsorelaterad livskvalitet. Livskvaliteten mättes med instrumentet EQ-5D (skala 0–1, där högre värden indikerar bättre livskvalitet). Vid studiestart hade interventionsgruppen en relativt högre uppmätt livskvalitet jämfört med kontrollgruppen (0,569 jämfört med 0,538) (Figur 7). Efter 6 månader uppmättes den hälsorelaterade livskvaliteten återigen för samtliga personer i studien. Resultaten visar olika utveckling mellan grupperna: interventionsgruppens hälsorelaterade livskvalitet förblev relativt stabil, medan kontrollgruppen uppvisade en försämring med 0,024 enheter på skalan, vilket enligt studien var små men statistisk signifikanta skillnader. Resultaten tyder därmed att personcentrerad och palliativ vård förhindrar en betydelsefull försämring av hälsorelaterad livskvalitet.



Figur 7. Förändring i livskvalitet under sex månader i interventionsgruppen respektive kontrollgruppen. Figuren bygger på information om livskvalitet som beskrivs i löptext i PREFER-studien (11).

3.3 Andra värdeskapande effekter av tidig specialiserad palliativ vård

Det finns ytterligare värden relaterade till palliativ vård som är viktiga att belysa eftersom de kan medföra konsekvenser både för individen och för samhället i stort. Inom ramen för rapportens litteraturgenomgång identifierades tre centrala värdeområden: behandling med begränsad nytta, plats för död samt effekter för närstående. Den information som framkom i de inkluderade studierna var dock inte av sådan karaktär att dessa aspekter kunde kvantifieras eller inkluderas i räkneexemplen om kostnader. I följande avsnitt förs därför ett mer övergripande resonemang om dessa värdeområdens samhällsekonomiska effekter, med utgångspunkt i en jämförelse mellan tidigt respektive sent insatt specialiserad palliativ vård.

3.3.1 Behandling med begränsad nytta

I diskussionerna om palliativ vård lyfts att sen tillgång till specialiserad palliativ vård kan leda till att sjukdomsinriktad och intensiv behandling fortgår längre än vad som är medicinskt motiverat (1, 19-21). För individen blir konsekvensen att övergången till mer ändamålsenlig vård med fokus på symtomlindring och livskvalitet fördröjs. Det kan handla om att botande behandling fortsätter trots avsaknad av behandlingsnytta, samtidigt som den kan medföra svåra biverkningar. Även palliativa insatser kan kvarstå på en nivå eller med en inriktning som inte är optimalt anpassad till behovet i livets slutskede. Vid tidigare integrering av specialiserad palliativ vård hade fokus i större utsträckning kunnat skifta till insatser som bättre symtomlindring, inklusive smärtbehandling, nutrition, psykosocialt stöd, andningslindring och illamåendekontroll, i samverkan med specialiserade palliativa team. Litteraturgenomgången visade visst stöd för att tidigt insatt specialiserad vård kan bidra till att minska överbehandling.

En svensk retrospektiv observationsstudie av 170 personer med avancerad bukspottkörtelcancer som fick palliativ kemoterapi[1] visade att tidigare tillgång till specialiserad palliativ vård var associerad med lägre användning av palliativ kemoterapi i livets slutskede (21). Bland personer som var inskrivna i specialiserad palliativ vård mer än 30 dagar före död erhöll 12 procent kemoterapi under den sista levnadsmånaden, jämfört med 30 procent bland dem med senare eller ingen sådan vård. Studien fann inga skillnader i total överlevnad mellan grupperna.

Författarna tolkar resultaten som att tidigare integrering av palliativ vård kan minska risken för onödig palliativ kemoterapi nära döden, det vill säga behandling med begränsad eller utebliven nytta för personen. Detta kan förstås i ljuset av att palliativa insatser kontinuerligt behöver vägas mot varandra utifrån den förväntade nyttan i relation till risken för biverkningar och komplikationer. I detta fall kan palliativ kemoterapi medföra biverkningar och kräva täta sjukhusbesök vilket innebär en ökad belastning för den som är sjuk utan motsvarande nytta. Mot denna bakgrund menar författarna att symtom i livets slutskede i stället bäst omhändertas av multidisciplinära palliativa team som ansvarar för vården av den sjuke i hemmet, där fokus i högre grad kan riktas mot symtomlindring och livskvalitet. Liknande resultat har rapporterats i en studie från USA som jämförde tidig och sen palliativ vård, där det framkom att personerna som fick tidig palliativ vård erhöll mindre aggressiv behandling men samtidigt hade en längre medianöverlevnad (20).

Inom ett annat sjukdomsområde än cancer visade en belgisk populationsbaserad matchad kohortstudie av nära 6 000 personer med demens att palliativ hemsjukvård initierad mellan 360

[1] Palliativ kemoterapi syftar primärt till att lindra symtom såsom smärta, tumörtryck och andning.

och 15 dagar före död var associerad med förbättrad vårdkvalitet i livets slutskede (de sista 14 dagarna i livet) (19). Individer som erhöll sådana palliativa insatser hade lägre förekomst av potentiellt olämpliga vårdinsatser, såsom sjukhusinläggningar, vissa läkemedel och invasiva åtgärder, jämfört med dem som inte fick palliativ hemsjukvård. De hade också en högre sannolikhet att avlida i hemmet samt fler vårdkontakter i primärvården. Resultaten visade dessutom på lägre totala vårdkostnader i livets slutskede.

3.3.2 Plats för död

Att själv ha möjlighet att påverka var man vill få vård är en grundläggande del av den palliativa vården (1, 22). Plats för död är en viktig indikator i studier av vård i livets slutskede och används ofta som ett mått på både vårdens organisering och i vilken utsträckning den är anpassad till individens behov och preferenser. Internationell och svensk forskning visar att majoriteten av befolkningen föredrar att vårdas och dö i hemmet, men att en betydande andel i praktiken avlider på sjukhus (16, 22).

I Sverige är det uttalat att delaktighet i valet av vårdplats är en viktig aspekt för personer i livets slutskede (2). För att möjliggöra delaktighet samlas information in från personer som vårdas inom den palliativa vården. År 2024 gjordes detta för cirka 80 procent av de förväntade dödsfallen, medan resterande 20 procent inte fick frågan om var personer önskade vårdas i livets slutskede (2). Inom detta område finns skillnader beroende på var personen vårdas. Bland förväntade dödsfall på sjukhus (ej palliativ vård) var det 50 procent som tillfrågades om önskemål om plats vid livets slutskede. En högre andel tillfrågades bland förväntade dödsfall i kommunal vård och inom specialiserad palliativ vård.

Bland de studier som ingick i underlaget för våra räkneexempel analyserades i vissa fall även sambandet mellan tillgång till tidig respektive sen eller ingen specialiserad palliativ vård och plats för död. I de övriga studier som identifierades i litteratursammanställningen och som studerade plats för död låg fokus främst på sambandet mellan förekomst av palliativ vård i sig och plats för död, medan endast enstaka studier även beaktade tidpunkten för insatserna i analysen.

I den svenska ALLAN-studien (13) av personer med avancerad mag- och tarmcancer sågs ingen skillnad mellan interventions- och kontrollgruppen i andelen som avled i hemmet, vilken uppgick till cirka 40 procent. Detta gällde oavsett om palliativ vård initierades tidigt, sent eller inte alls. Författarna framhåller dock att nästan samtliga deltagare någon gång under sjukdomsförloppet inkluderades i specialiserad palliativ vård. Av de åtta individer som aldrig inkluderades i sådan vård avled sex på sjukhus, medan två avled i hemmet eller i särskilt boende.

I den danska DOMUS-studien (15) av personer med avancerad cancer avled knappt 23 procent i hemmet i interventionsgruppen jämfört med drygt 18 procent i kontrollgruppen, en skillnad som inte var statistiskt säkerställd. En möjlig förklaring är att studien inte hade tillräcklig omfattning för att kunna påvisa mindre skillnader mellan grupperna. Dessutom levde många deltagare fortfarande vid uppföljningen, vilket ytterligare kan ha minskat möjligheten att påvisa en statistiskt säkerställd effekt. Författarna noterar samtidigt att ungefär hälften av deltagarna i båda grupperna avled vid en specialiserad palliativ vårdenhet (hospice eller sjukhus), vilket kan tyda på att involvering av specialiserade palliativa team ökar andelen dödsfall vid sådana enheter.

Flera studier indikerar att tillgång till palliativ vård, oberoende av när i sjukdomsförloppet den initieras, är associerad med en ökad sannolikhet att avlida i hemmet. I en svensk studie av personer med avancerad bukspottkörtelcancer var andelen som avled på sjukhus endast två

procent bland dem som var inskrivna i specialiserad palliativ vård, jämfört med 84 procent bland dem utan sådan vård (21). Liknande mönster framkommer i en populationsbaserad svensk registerstudie av personer som avled i maligna hjärntumörer 2013–2019 (23). Tillgång till specialiserad palliativ vård var associerad med en lägre sannolikhet att avlida på sjukhus, medan sjukhusöverflyttningar i livets slutskede var starkt kopplade till motsatt utfall.

En annan patientsäkerhetsaspekt kopplad till plats för död är att vård på sjukhus innebär en ökad risk för vårdrelaterade infektioner, eftersom smittrisken generellt är högre i denna miljö (24). En vårdrelaterad infektion definieras som en infektion som uppkommer under slutenvård eller till följd av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom hälso- och sjukvård och omsorg. Vårdrelaterade infektioner, cirka 50 000 per år i Sverige, utgör drygt en tredjedel av alla vårdskador, varav cirka hälften bedöms vara möjliga att förebygga. De medför såväl ökat lidande för den drabbade personen som betydande kostnader för hälso- och sjukvården. Risken att drabbas av vårdrelaterade infektioner är högre hos sköra personer, såsom äldre, personer med cancer eller undernäring. I jämförelse med vård på sjukhus talar detta för att vård i hemmet är att föredra ur patientsäkerhetsperspektiv.

3.3.3 Närstående

Den palliativa vårdens syfte är att främja livskvalitet, lindra lidande och ge stöd, och omfattar inte enbart den som är sjuk utan även närstående. Med närstående avses personer som står den som är sjuk nära, såsom partner, barn, föräldrar eller vänner, där det är personen med sjukdom som avgör vem som ingår i denna krets.

Närstående har ofta en central roll i vård och omsorg men kan samtidigt själva påverkas. Den förändrade livssituationen kan få konsekvenser för den närståendes livskvalitet och hälsa men det finns även kopplingar till hushållets ekonomiska situation. Effekterna kan alltså uppstå både på individnivå och på samhällsnivå, genom olika typer av samhällsekonomiska konsekvenser.

Forskning visar att närståendes belastning varierar över sjukdomsförloppet med särskilt kritiska perioder i samband med cancerdiagnos, vid hemkomst efter den initiala behandlingen, vid återfall och vid vård i livets slutskede (25). Dessa perioder kännetecknas av ökad osäkerhet, emotionell belastning och praktiska krav. Flera studier har undersökt och belyst konsekvenser av denna typ av belastning.

En populationsbaserad kohortstudie med deltagare från Sverige och Danmark visar att makar till personer med cancer har en förhöjd risk för psykiatrisk sjuklighet som kräver specialiserad vård, både i direkt anslutning till diagnos och under flera år därefter, med särskilt uttalade riskökningar under det första året (26). En annan svensk registerstudie visar vidare att makar till personer med cancer har ett ökat antal sjukskrivningsperioder både före och efter diagnos, vilket tyder på en påverkan på arbetsförmågan (27).

Ekonomiska konsekvenser framkommer även i studier av föräldrar till barn med cancer. Arbetsinkomsten minskar i samband med diagnos, med en snabbare återhämtning för fäder än för mödrar. Samtidigt kompenseras inkomstbortfallet initialt av ökade sociala förmåner, men när dessa minskar över tid uppstår en växande inkomstskillnad, särskilt för mödrar (28).

Förutom att närståendes hälsa och arbetsförmåga kan påverkas utför närstående ofta omfattande obetalda insatser för att bistå den som är sjuk, så kallad informell vård (29). Denna typ av vård har ett samhällsekonomiskt värde om den ersätter eller kompletterar formell vård som annars skulle behöva finansieras av hälso- och sjukvård eller socialtjänst. IHE har tidigare på uppdrag av Cancerfonden beräknat kostnader för cancer. I dessa beräkningar uppgick

kostnaderna för informell vård till drygt 5 miljarder år 2022, vilket utgjorde 9 procent av de 57 miljarder som var de totala kostnaderna för cancer det året (30). För den närstående och dennes privatekonomiska situation finns det dock vissa stödinsatser, såsom närståendepenning inom socialförsäkringssystemet, som syftar till att underlätta för personer som tillfälligt avstår från arbete för att vårda en svårt sjuk närstående. Trots att användningen av närståendepenning har ökat över tid finns indikationer på att den kan vara underutnyttjad (31).

Sammantaget visar beskrivningarna ovan att närståendes situation påverkas både på kort och lång sikt och på flera olika sätt. Det är dock oklart om, och i vilken utsträckning, deltagarna i studierna har haft tillgång till palliativa insatser samt i vilket skede sådana i så fall har satts in. Det är inte heller givet att specialiserad palliativ vård behövs i alla skeden, utan behovet kan variera och i vissa fall tillgodoses inom allmän palliativ vård.

Man kan tänka att tidiga insatser av specialiserad palliativ vård, i jämförelse med sena eller inga insatser också kan ha ett värde för närstående. Genom tydligare vårdplanering, ökat stöd och delaktighet skulle sådana insatser kunna bidra till ökad trygghet och förutsägbarhet, vilket i sin tur kan minska den psykiska och praktiska belastningen. Detta kan potentiellt ha positiva effekter både för individen och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. I litteraturgenomgången identifierades endast en studie som specifikt undersöker effekter av tidig specialiserad palliativ vård ur ett närståendeperspektiv. I DOMUS-studien inkluderades 258 närstående som följdes under sjukdomsförloppet och efter dödsfallet. Resultaten visar minskade nivåer av ångest och, vid vissa tidpunkter, även depression hos närstående i interventionsgruppen. Författarna framhåller dock att interventionens komplexitet gör det svårt att avgöra vilka komponenter som ligger bakom effekterna (17).

4. Avslutande kommentarer

Utifrån tre räkneexempel belyser rapporten effekterna av tidig palliativ vård, med särskilt fokus på livskvalitet och resursanvändning. Sammantaget visar resultaten att en tidig integrering inte nödvändigtvis medför lägre totala hälso- och sjukvårdskostnader, men däremot en förändrad resursanvändning, där planerade och palliativa insatser i större utsträckning ersätter akut och sjukhusbaserad vård.

Denna förändrade resursanvändning kan minska belastningen på akut- och slutenvård, vilket i sin tur kan frigöra resurser inom vårdorganisationen och därmed minska risken för undanträngningseffekter. Detta mönster återfinns i räkneexemplen. I ALLAN-studien (13) hade personer som fick tidig palliativ vård färre akutbesök och betydligt färre vårddagar inom onkologisk slutenvård jämfört med kontrollgruppen. Även i PREFER-studien (11) minskade behovet av sjukhusvård, där interventionsgruppen hade färre vårddagar inom internmedicin och kardiologi samt färre läkarbesök i primärvården. Samtidigt innebär en mer planerad vård att insatser kan sättas in tidigare och mer träffsäkert, vilket potentiellt kan förebygga akuta försämringar.

Utöver dessa kostnadsrelaterade resultat framträder ett tydligt mönster avseende hälsorelaterad livskvalitet. Tidiga palliativa insatser förefaller bidra till att bevara personernas hälsorelaterade livskvalitet över tid, snarare än att förbättra den i absolut mening, vilket sågs i både DOMUS-studien (15) och PREFER-studien (11). Enligt de studier som ingår i rapporten tyder resultaten således på att nyttan av tidig palliativ vård främst ligger i att motverka den försämring som ofta ses vid avancerad sjukdom. Effekterna förefaller uppträda gradvis och blir i flera fall tydliga först efter en tids uppföljning, vilket understryker vikten av ett längre perspektiv vid utvärdering (i räkneexemplen var uppföljningstiden i genomsnitt sex månader).

Vid sidan av de effekter som fångas i räkneexemplen pekar resultaten även på andra potentiellt värdeskapande effekter. Flera studier indikerar att tidig palliativ vård kan bidra till att minska behandling med begränsad eller utebliven nytta i livets slutskede, exempelvis genom en lägre användning av palliativ kemoterapi under den sista levnadsmånaden utan att påverka överlevnaden. Effekter kan även ses ur ett närståendeperspektiv. Tidig palliativ vård kan bidra till ökad trygghet, bättre stöd och minskad psykisk belastning hos närstående, och i vissa studier har lägre nivåer av ångest och depression observerats. Samtidigt har närstående ofta en central roll i vården, och deras insatser utgör ett betydande samhällsekonomiskt värde.

Rapportens resultat ligger i linje med den nationella inriktningen i Sverige, där tillgång till tidig specialiserad palliativ vård är en uttalad ambition från både nationella myndigheter (4-7, 32), forskarsamhället (8) och intresseorganisationer (1). En nyligen genomförd kartläggning av tillgången till specialiserad palliativ vård visar dock att tillgången för närvarande är begränsad och att insatserna i många fall initieras för sent i sjukdomsförloppet för att skapa goda förutsättningar för den sjuke och närstående att leva väl under sjukdom och den efterföljande tiden (8). Enligt rapportens beräkningar saknade omkring 8 500 personer i Sverige år 2024 stöd från specialiserad palliativ kompetens, trots att de behövt det. Utöver en begränsad tillgång till palliativ vård föreligger även betydande ojämlikheter, kopplade till geografiska skillnader, diagnos samt variationer i hälso- och sjukvårdens organisation och kompetensförsörjning (1, 32). När det gäller exempelvis diagnos visar en svensk studie att personer som avled i cancer hade åtta gånger högre sannolikhet att erhålla insatser från specialiserad palliativ vård jämfört med personer som avled i hjärt- och kärlsjukdomar. Sannolikheten var ännu lägre för personer som avled i demenssjukdom (22). Detta mönster återspeglas även i vår litteraturgenomgång, där majoriteten av studierna fokuserar på cancer.

Rapportens litteraturgenomgång av både vetenskapliga publikationer, myndighetsrapporter och styrdokument indikerar att en central utmaning i hälso- och sjukvården förefaller vara svårigheter med att identifiera personer med palliativa vårdbehov i ett tidigt skede. I de studier som ligger till grund för denna rapport definieras tidig palliativ vård ofta som insatser som initieras sex till tolv månader före dödsfall. I klinisk praxis saknas dock tydliga brytpunkter, både mellan tidig och sen palliativ vård samt vid övergång till livets slutskede. Brytpunktssamtal vid övergång till livets slutskede är emellertid numera en etablerad insats och utvecklingen har varit positiv där målsättningen är att minst 98 procent ska erbjudas ett sådant samtal (32). Samtidigt kvarstår brister, bland annat avseende tydlighet kring när samtalen ska genomföras och hur de bör utformas (1). Eftersom denna brytpunkt inträffar sent i vårdförloppet innebär det att många palliativa behov riskerar att identifieras först mycket sent i livets slutskede och då har eventuella positiva effekter av tidig palliativ vård gått förlorade.

Två möjliga förklaringar till den sena identifieringen är dels ett historiskt fokus på vård i livets slutskede, dels att personer med palliativa behov tidigt i sjukdomsförloppet ofta vårdas inom verksamheter där den palliativa kompetensen är begränsad. Detta försvårar både identifiering av behov och initiering av relevanta insatser. Sammantaget pekar detta på behovet av stärkt palliativ kompetens i hela vårdkedjan, liksom mer utvecklade strukturer för samverkan mellan specialiserad palliativ vård och övrig hälso- och sjukvård.

Dessa utmaningar har uppmärksammats från flera håll på nationell nivå. Båda den nya nationella cancerstrategin (7) och Socialstyrelsens uppdaterade nationella riktlinjer för palliativ vård (32) betonar vikten av tidig identifiering, integrering av palliativ vård i övrig vård samt stärkt samordning mellan vårdnivåer.

Exempelvis använder Socialstyrelsen från och med år 2025 en ny definition av palliativ vård där det explicit framgår att palliativ vård kan vara relevant under hela vårdförloppet[2]:

> *”Palliativ vård är hälso- och sjukvård som syftar till att lindra lidande och främja livskvalitet för personer med tillstånd som kan leda till döden inom dagar, veckor eller år, med beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt stöd till närstående.”*

Ytterligare en del i den nationella ambitionen att stärka den palliativa vården och tidigare tillgång återspeglas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för palliativ vård. En av rekommendationerna med högst prioritet (prioritet 1 på en skala från 1 till 10, där 1 indikerar de mest angelägna insatserna), beskriver att hälso- och sjukvården ska erbjuda återkommande samtal vid allvarlig sjukdom, oberoende av diagnos och vårdform (32). Här är det underförstått att återkommande syftar på att samtalen kan initieras när det är relevant, vilket kan innebära upp till flera år innan död. Samtal vid allvarlig sjukdom rekommenderas när det finns skäl att anta att personen har palliativa vårdbehov. Samtalet genomförs tidigare i vårdförloppet än brytpunktssamtalet. Forskning om tidig palliativ vård är fortfarande begränsad, i synnerhet inom andra sjukdomsområden än cancer. De studier som ligger till grund för räkneexemplen är över lag välgjorda, men det finns metodologiska utmaningar som bör beaktas. Interventionernas innehåll varierar i hög grad, och det är inte alltid tydligt vilka insatser som faktiskt genomförs, vilket har försvårat prissättningen i räkneexemplen. Räkneexemplet för hjärtsvikt (PREFER-studien) illustrerar hur kostnadsutfallet är känsligt för antaganden om enhetskostnader där olika antaganden om innehållet i sjuksköterskebesöken och tillhörande enhetskostnader ledde till väsentligt olika resultat, från en kostnadsökning till en kostnadsminskning. Detta under-

[2] Detta betyder dock inte att den palliativa vården alltid behövs kontinuerligt utan den sjuke och närstående kan gå in och ur den palliativa vården efter behov.

stryker att även små förändringar i antaganden om en interventions omfattning kan få stor betydelse för den samlade kostnadsbilden. Samtidigt speglar detta en bredare utmaning vid analys av palliativa insatser utanför kontrollerade studier. I klinisk praxis blir det särskilt viktigt att tydligt definiera insatsernas innehåll och säkerställa att dessa kan följas upp systematiskt. En sådan tydlighet är central för att möjliggöra en tillförlitlig bedömning av effekter och en kostnadsbestämning som bättre speglar det faktiska resursutnyttjandet. Det finns därför behov av ytterligare studier där palliativa insatser, både generellt och i ett tidigt skede, beskrivs och följs upp mer systematiskt, såväl i randomiserade studier som i observationsstudier av klinisk praxis.

Referenser

1. Cancerfonden. Cancerfondsrapporten 2024. Palliativ vård – mer än vård i livets slutskede. 2024.
2. Svenska palliativregistret. Årsrapport för Svenska palliativregistret 2024. 2025.
3. Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede – Vägledning, rekommendationer och indikatorer – Stöd för styrning och ledning. 2013.
4. Regionala cancercentrum i samverkan. Nationellt vårdprogram palliativ vård. 2023.
5. Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Palliativ vård. 2022 [2025-10-03]. Available from: https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npoaldreshalsaochpalliativvard/palliativvard.92106.html.
6. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Lägesbild av den nationella cancerstrategin. – Kartläggning av styrkor och utvecklingsbehov. 2024.
7. Regeringskansliet. Ökad överlevnad och bättre livskvalitet – nationell cancerstrategi 2.0. 2026.
8. Svenska palliativregistret och Nationella rådet för palliativ vård. Ojämlik tillgång till specialiserad palliativ vård i Sverige. En rapport från Svenska palliativregistret i samarbete med Nationella rådet för palliativ vård. 2026.
9. Södra sjukvårdregionen. Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2025. 2025 [2025-12-10]. Available from: https://sodrasjukvardsregionen.se/prislista-foregaende-ar-2024/.
10. Sveriges Kommuner och Region. KPP-databasen. 2024 [2025-12-10]. Available from: https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/kostnadperpatientkpp/kppdatabas.46722.html.
11. Sahlen KG, Boman K, Brännström M. A cost-effectiveness study of person-centered integrated heart failure and palliative home care: Based on a randomized controlled trial. Palliat Med. 2016;30(3):296-302.
12. Bojesson A, Brun E, Eberhard J, Segerlantz M. Quality of life for patients with advanced gastrointestinal cancer randomised to early specialised home-based palliative care: the ALLAN trial. Br J Cancer. 2024;131(4):729-36.
13. Bojesson A, Brun E, Eberhard J, Segerlantz M. The ALLAN trial: impact of early home-based palliative care on emergency care and hospitalisation in advanced gastrointestinal cancer patients. Br J Cancer. 2026;135(2):248-54.
14. Halling CMB, Wolf RT, Sjøgren P, Von Der Maase H, Timm H, Johansen C, et al. Cost-effectiveness analysis of systematic fast-track transition from oncological treatment to specialised palliative care at home for patients and their caregivers: the DOMUS trial. BMC Palliat Care. 2020;19(1):142.
15. Nordly M, Skov Benthien K, Vadstrup ES, Kurita GP, von Heymann-Horan AB, von der Maase H, et al. Systematic fast-track transition from oncological treatment to dyadic specialized palliative home care: DOMUS - a randomized clinical trial. Palliat Med. 2019;33(2):135-49.
16. Skov Benthien K, Nordly M, von Heymann-Horan A, Rosengaard Holmenlund K, Timm H, Kurita GP, et al. Causes of Hospital Admissions in Domus: A Randomized Controlled Trial of Specialized Palliative Cancer Care at Home. J Pain Symptom Manage. 2018;55(3):728-36.

17. von Heymann-Horan AB, Puggaard LB, Nissen KG, Benthien KS, Bidstrup P, Coyne J, et al. Dyadic psychological intervention for patients with cancer and caregivers in home-based specialized palliative care: The Domus model. Palliat Support Care. 2018;16(2):189-97.

18. Brännström M, Boman K. Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. PREFER: a randomized controlled study. Eur J Heart Fail. 2014;16(10):1142-51.

19. Miranda R, Smets T, De Schreye R, Faes K, Van Den Noortgate N, Cohen J, et al. Improved quality of care and reduced healthcare costs at the end-of-life among older people with dementia who received palliative home care: A nationwide propensity score-matched decedent cohort study. Palliat Med. 2021;35(9):1701-12.

20. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010;363(8):733-42.

21. Ekström A, Brun E, Eberhard J, Segerlantz M. Integration of Specialized Palliative Care with Oncological Treatment in Patients with Advanced Pancreatic Cancer. J Pancreat Cancer. 2022;8(1):2-8.

22. Öhlén J. Förutsättningar för jämlik personcentrerad vård. [Göteborg]: Göteborgs universitet; 2025.

23. Ozanne A, Öhlén J, Nyblom S, Jakola AS, Smits A, Larsdotter C. Disparities in end-of-life care and place of death in people with malignant brain tumors-A Swedish registry study. Neurooncol Pract. 2025;12(3):511-9.

24. Socialstyrelsen. Vårdrelaterade infektioner, VRI. 2019 [2026-01-30]. Available from: https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-vardskador/vardskador/vri--vardrelaterade-infektioner/.

25. Stenberg U, Ekstedt M, Olsson M, Ruland CM. Living close to a person with cancer: a review of the international literature and implications for social work practice. J Gerontol Soc Work. 2014;57(6-7):531-55.

26. Hu K, Liu Q, László KD, Wei D, Yang F, Fall K, et al. Risk of Psychiatric Disorders Among Spouses of Patients With Cancer in Denmark and Sweden. JAMA Netw Open. 2023;6(1):e2249560.

27. Sjövall K, Attner B, Lithman T, Noreen D, Gunnars B, Thomé B, et al. Sick leave of spouses to cancer patients before and after diagnosis. Acta Oncol. 2010;49(4):467-73.

28. Hiyoshi A, Montgomery S, Bottai M, Hovén EI. Trajectories of income and social benefits for mothers and fathers of children with cancer: A national cohort study in Sweden. Cancer. 2018;124(7):1492-500.

29. Gardiner C, Robinson J, Connolly M, Hulme C, Kang K, Rowland C, et al. Equity and the financial costs of informal caregiving in palliative care: a critical debate. BMC Palliat Care. 2020;19(1):71.

30. Carlsson H, Fridhammar A, Steen Carlsson K, Löfvendahl S. Kostnader för cancer - idag och i framtiden. 2024.

31. Försäkringskassan. Fler än någonsin får ersättning för att stötta svårt sjuk anhörig. 2025 [2026-01-30]. Available from: https://www.forsakringskassan.se/nyhetsarkiv/nyheter-press/2025-01-30-fler-an-nagonsin-far-ersattning-for-att-stotta-svart-sjuk-anhorig.

32. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2025 – Palliativ vård – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten – Version för synpunkter. 2026.

Appendix

Artiklar identifierade i litteratursökningen

Tabell A 1. Artiklar som identifierades i litteratursökningen som relevanta för palliativ vård.

	Författare, år	Land	Sjukdom (obotbar)	Design	Användning
1	Bækø Halling et al. (2020)	Danmark	Cancer	RCT (DOMUS-Kostnadseffektivitet)	Räkneexempel
2	Bojesson et al. (2024)	Sverige	Mag-tarmcancer	RCT (ALLAN-Livskvalitet)	Räkneexempel
3	Bojesson et al. (2026)	Sverige	Mag-tarmcancer	RCT (ALLAN-Resursförbrukning)	Räkneexempel
4	Brännström & Boman (2014)	Sverige	Hjärtsvikt	RCT (PREFER-Resursförbrukning och Livskvalitet)	Räkneexempel
5	Cassel et al. (2016)	USA	Cancer Lungsjukdom Neurologisk sjukdom	Retrospektiv observationsstudie med propensity-score	*
6	Ekström et al. (2022)	Sverige	Bukspottkörtelcancer	Retrospektiv observationsstudie	Övriga värden
7	Gardiner et al. (2020)	-	Alla i behov av palliativ vård	Kritisk översiktsstudie	Övriga värden
8	Larsdotter et al. (2024)	Sverige	Alla i behov av palliativ vård	Retrospektiv observationsstudie	*
9	Lindskog et al. (2024)	Sverige	Cancer	Retrospektiv observationsstudie	*
10	Midtbust et al. (2022)	Norge	Demens	Kvalitativ deskriptiv studie	*
11	Miranda et al. (2021)	Belgien	Demens-sjukdom	Retrospektiv observationsstudie med propensity-score	Övriga värden
12	Nordly et al. (2019)	Danmark	Cancer	RCT (DOMUS-Livskvalitet, tid hemma)	Räkneexempel
13	Ozanne et al. (2025)	Sverige	Maligna hjärntumörer	Retrospektiv observationsstudie	Övriga värden
14	Pihlaja et al. (2025)	Finland	KOL och interstitiell lungsjukdom	Retrospektiv observationsstudie	*
15	Sahlén et al. (2015)	Sverige	Hjärtsvikt	RCT (PREFER-Kostnadseffektivitet)	Räkneexempel
16	Seow et al. (2021)	Kanada	Cancer	Retrospektiv observationsstudie med propensity-score	*
17	Skov-Benthien et al. (2018)	Danmark	Cancer	RCT (DOMUS-Anledning till inläggningar)	Räkneexempel
18	Temel et al. (2010)	USA	Metastatisk icke-småcellig lungcancer	RCT	Övriga värden
19	Vanbutsele et al. (2020)	Belgien	Cancer	RCT	*
20	von Heyman-Horan et al. (2018)	Danmark	Cancer	RCT (DOMUS-Livskvalitet hos anhöriga)	Räkneexempel

*Publikationer utan angiven användning ingick i litteratururvalet men användes inte i rapportens analyser

*Underlag för beräkningar

De enhetskostnader som vi har använt som underlag i räkneexempel 1–3 redovisas i Tabell A 2.

Tabell A 2. Enhetskostnader som används i räkneexemplen.

Resursanvändning	Enhetspris, kronor	Källa/Ref	Ingår i räkneexempel
Vårdag - onkologi	18 138	KPP-databasen, 2024	1 och 2
Vårddag – akutverksamhet	22 389	KPP-databasen, 2024	2
Vårddag – internmedicin	13 743	KPP-databasen, 2024	3
Vårddag – kardiologi	20 202	KPP-databasen, 2024	3
Vårddag – palliativ vård	10 289	KPP-databasen, 2024	3
Palliativ verksamhet, teambesök läkare	9 542	Södra sjukvårdsregionens prislista 2025. Bilaga 8, kap 3.2.	1, 2 och 3
Palliativ verksamhet, teambesök annan vårdgivare/besök annan vårdgivare	5 550	Södra sjukvårdsregionens prislista 2025. Bilaga 8, kap 3.2. 2025	1 och 3a, 3b
Palliativ verksamhet, distanskontakt	1 827	Södra sjukvårdsregionens prislista 2025. Bilaga 8, kap 3.2.	1 och 3
Läkarbesök, akutmottagning	6 557	Södra sjukvårdsregionens prislista 2025(BLÄK10)	1
Läkarbesök (inkl. all medicinsk service)	1 957	Södra sjukvårdsregionens prislista 2025. Kap 4.2	3
Enskilt besök mottagning - kardiologi, läkare	5 292	KPP-databasen, 2024	3
Internmedicin – besök av annan vårdgivare	3 248	Södra sjukvårdsregionens prislista 2025. Bilaga 8, kap 3.2.	3
Sjukvårdande behandling	798	Södra sjukvårdsregionens prislista 2025. Kapitel 4 (s. 23)	3b
Psykologbesök	3 827	KPP-databasen, 2024	2
Digitalt besök Läkarbesök i primärvård	500	Södra sjukvårdsregionens prislista 2025. Kap 4.1.2	3
Distanskontakt - läkare	2 676	Södra sjukvårdsregionens prislista 2025, Bilaga 3, kap 2.1.1.3	3
Digitalt besök sjukvårdande behandling (ej läk)	275	Södra sjukvårdsregionens prislista, Kap 4.1.2	3
Distanskontakt - sjuksköterska	803	Södra sjukvårdsregionens prislista 2025, Bilaga 3, kap 2.1.1.3	3
Ambulanstransport	2 000	Antagande	3

Resursutnyttjande och kostnader i räkneexemplen

Tabell A 3. Resursutnyttjande och kostnader för räkneexempel 1 (mag-och tarmcancer, ALLAN-studien).

	Sen eller ingen palliativ vård, N=58		Tidig palliativ vård, N=60		
	Resursutnyttjande (per person)	Kostnad (per person)	Resursutnyttjande (per person)	Kostnad (per person)	
Sjukhusvård					
Akutbesök	3	20 000	1	7 000	-
Vårddagar – onkologi	11,5	209 000	1,5	27 000	-
Specialiserad palliativ vård					
Vårddagar-palliativ enhet	4,5	46 000	5,5	57 000	+
Team med läkare	2	19 000	10	95 000	+
Team utan läkare	13	72 000	36	200 000	+
Telefonkontakt	4	7 000	22	40 000	+
Summa		373 000		426 000	+

Tabell A 4. Resursutnyttjande och kostnader för räkneexempel 2 (avancerad cancer, DOMUS-studien).

	Sen eller ingen palliativ vård, N=160		Tidig palliativ vård, N=162		
	Resurs-utnyttjande (per person)	Kostnad (per person)	Resurs-utnyttjande (per person)	Kostnad (per person)	
Sjukhusvård					
Vårddagar - onkologi	8	144 000	7	130 000	-
Vårddagar – akut	8	177 000	7	160 000	-
Specialiserad palliativ vård					
Team med läkare	3,5	33 000	9,5	91 000	+
Intervention (psykologbesök)	0	0	4	15 000	+
Summa	0	355 000	4	396 000	+

Tabell A 5. Resursutnyttjande och kostnader för räkneexempel 3a (Kronisk och allvarlig hjärtsvikt, PREFER-studien).

	Sedvanlig hjärtsjukvård, N=36		Integrerad hjärt- och palliativ vård, N=36		
	Resursut-nyttjande (per person)	Kostnad (per person)	Resurs-utnyttjande (per person)	Kostnad (per person)	
Sjukhusvård					
Vårddagar – intern/kardiologi	8,5	124 000	2,9	39 000	-
Besök – läkare	3,7	20 000	0,8	4 000	-
Besök – sjuksköterska	1,7	5 400	0,1	400	-
Telefonkontakt (recept) läkare	2,4	6 400	1,2	3 100	-
Telefonkontakt sjuksköterska	1,2	1 000	0,2	200	-
Primärvård					
Besök – läkare	1,5	3 000	0,3	500	-
Besök – sjuksköterska	1,7	1 400	0,8	600	-
Telefonkontakt (recept) läkare	4,0	2 000	0,8	400	-
Telefonkontakt sjuksköterska	4,3	1 200	1,6	500	-
Sjukvård i hemmet					
Besök – läkare	0,4	800	0	0	-
Besök – sjuksköterska	3,0	2 400	0,3	200	-
Intervention (PREFER)					
Besök – läkare	0	0	4,4	42 000	+
Besök – sjuksköterska	0	0	28,6	159 000	+
Telefonsamtal – PREFER-team	0	0	1,0	1 800	+
Antal akuttransporter	1,3	2 600	0,3	600	-
Summa		171 000		252 000	-

*Skillnaderna jämfört med Figur 5 beror på avrundning.

Tabell A 6. Resursutnyttjande och kostnader för räkneexempel 3b (Kronisk och allvarlig hjärtsvikt, PREFER-studien).

	Sedvanlig hjärtsjukvård, N=36		Integrerad hjärt- och palliativ vård, N=36		
	Resurs-utnyttjande (per person)	Kostnad (per person)	Resurs-utnyttjande (per person)	Kostnad (per person)	
Sjukhusvård					
Vårddagar – intern/kardiologi	8,5	124 000	2,9	39 000	-
Besök – läkare	3,7	20 000	0,8	4 000	-
Besök – sjuksköterska	1,7	5 400	0,1	400	-
Telefonkontakt (recept) läkare	2,4	6 400	1,2	3 100	-
Telefonkontakt sjuksköterska	1,2	1 000	0,2	200	-
Primärvård					
Besök – läkare	1,5	3 000	0,3	500	-
Besök – sjuksköterska	1,7	1 400	0,8	600	-
Telefonkontakt (recept) läkare	4,0	2 000	0,8	400	-
Telefonkontakt sjuksköterska	4,3	1 200	1,6	500	-
Sjukvård i hemmet					
Besök – läkare	0,4	800	0	0	-
Besök – sjuksköterska	3,0	2 400	0,3	200	-
Intervention (PREFER)					
Besök – läkare	0	0	4,4	42 000	+
Besök – sjuksköterska	0	0	28,6	50 000	+
Telefonsamtal – PREFER-team	0	0	1,0	1 800	+
Antal akuttransporter	1,3	2 600	0,3	600	-
Summa		171 000		143 300	-

IHE.se

IHE RAPPORT 2026:9

