

TALOUDELLINEN ARVIOINTITIETO: KESKEISET TULOKSET JA MENETELMÄKUVAUKSET

Käsitteiden määritelmät

QALY (Quality adjusted life year) – laatupainotettu elinvuosi

Laatupainotettu elinvuosi (QALY) on laatupainotetun elinajan mittayksikkö, joka huomioi samanaikaisesti muutoksen sekä elinajan pituudessa että elämänlaadussa. Laatupainotetun elinvuoden skaala on 0–1, jossa 1 vastaa elämänlaadultaan täysin tervettä elinvuotta. QALY lasketaan kertomalla jokainen elinvuosi tietyn ajanjakson elämänlaadulla. QALYä käytetään mittarina interventioiden vaikutusten arvioinnissa. Kustannusvaikuttavuusanalyysijä toteutetaan usein tarkastelemalla kuinka paljon yksi hoidon avulla tuotettu laatupainotettu elinvuosi (QALY) maksaa.

ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio) –Inkrementaalinen kustannusvaikuttavuussuhde

ICER-suhde kuvaa kuinka paljon interventiolla aikaansaatu lisähyöty-yksikkö (kuten QALY) maksaa verrokkiin nähden. Se lasketaan jakamalla vertailtavien vaihtoehtojen kustannusten erotus (terveys)vaikutusten erotuksella. Mitä suurempi arvo on, sitä kalliimpi intervention tuottama lisähyöty-yksikkö on suhteessa verrokkiin.

WTP- (Willingness to Pay) – Maksuhalukkuus

Maksuhalukkuus on suurin rahamäärä, joka ollaan valmis maksamaan terveyshyödyn saamisesta tai terveyshaitan välttämiseksi. Maksuhalukkuuden kynnyksarvolla tarkoitetaan puolestaan ennalta määriteltä rahamäärää, jonka perusteella johtopäätös kustannusvaikuttavuudesta tehdään. Kustannusvaikuttavuuden arviointi päätöksenteossa edellyttää, että päätöksentekijöillä on tietoa siitä, paljonko yhdestä laatupainotetusta lisäelinvuodesta ollaan valmiita maksamaan. Suomeen ei ole asetettu maksuhalukkuuden kynnyksarvoa. Tunnetuin maksuhalukkuuden eurooppalainen kynnyksarvo on Englannin ja Walesin (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) 20 000–30 000 £ QALYä kohden tarkoittaen, että interventiota pidetään kustannusvaikuttavana, mikäli yksi interventiolla aikaan saatu laatupainotettu elinvuosi maksaa vähemmän tai yhtä paljon kuin 20 000–30 000 puntaa, eli noin 23 000–35 000 euroa.

Menetelmäkuvausten valuutat on ilmoitettu tutkimusten alkuperäisvaluutassa muuntamatta myöskään valuuttavuotta. Lukujen vertailtavuus tutkimusten välillä edellyttää valuuttakurssin ja valuuttavuoden huomioimista. Linkki laskuriin: [CCEMG - EPPI-Centre Cost Converter v.1.4](#)

Kolmea tutkittua interventiota (NHV, NCM, DMC) voidaan pitää kustannusvaikuttavina tavanomaisilla maksuhalukkuuden kynnyksarvoilla. Kaikki kolme tutkittua interventiota olivat keskimäärin vaikuttavampia (QALY 2,49; 2,40; 2,42 vs. 2,25) ja keskimäärin kalliimpia (81 327 \$, 81 972 \$ ja 83 334 \$ vs. 76 705 \$) kuin tavanomainen hoito. Tutkituista kolmesta interventiosta sairaanhoitajan kotikäynnit (NHV) oli kustannusvaikuttavin. Sairaanhoitajan kotikäyntien ICER oli 19 570 \$/QALY. Erot interventioiden välillä olivat pieniä.

Yhdysvaltalaisessa päätösanalyysisessä mallinnustutkimuksessa¹ tutkittiin kolmen eri intervention kustannusvaikuttavuutta sairaalahoidosta

kotiutetuilla yli 75-vuotiailla sydämen vajaatoimintapotilailla terveydenhuollon maksajan näkökulmasta potilaan eliniän aikana. Interventiot olivat sairaanhoitajat kotikäynnit (NHV), sairaanhoitajavetoinen hoidon koordinointi (NCM) ja kotiutumisen jälkeinen seuranta sydämenvajaa-toimintaan erikoistuneessa yksikössä (DCM). Verrokkiryhmä sai tavanomaista hoitoa, joka sisälsi lääkärin tavanomaisen seurantakäynnin. Kustannusvaikuttavuutta arvioitiin vertaamalla interventioilla sekä tavanomaisella hoidolla saavutettuja laatuainotettuja elinvuosia (QALY) sekä terveydenhuollon kustannuksia eliniän aikana. Päätösanalyttisen mallintamisen aineistoina toimivat verkostometa-analyysi interventioiden vaikuttavuudesta, kohorttitutkimus uusintakäyntien riskistä sekä Centers for Disease Control and Prevention -taulukot, Centers for Medicare & Medicaid Services -tiedot ja National Inpatient Sample (Healthcare Cost and Utilization Project) -tiedot. Kustannustiedot poimittu vuodelta 2018. Diskonttokorko 3 %.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: Laajennettu CHEC 16/20, puutteet kriteereissä 3, 17, 14 ja 19

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Kustannusutiliteettianalyysi, joka mallinnettu päätöspuun ja potilastason simulaation yhdistelmänä.

Sydämen vajaatoimintapotilaille toteutettu kotiutumisen jälkeinen kolmen kuukauden kestoisen seuranta lääkärin ja sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitoon erikoistuneiden hoitajien toimesta voidaan pitää kustannusvaikuttavana (ICER 4 773 € / sairaalahoidosta vapaa elinvuosi) vaihtoehtona tavanomaiseen hoitoon nähden tavanomaisilla maksuhalukkuuden kynnyksarvoilla. Interventio lisäsi keskimäärin 41,88 sairaalahoidosta vapaata päivää, 40,19 elinpäivää ja vähensi sydämen vajaatoiminnan vuoksi tapahtuneita uusintajaksoja -0,12. Intervention keskimääräiset kustannukset potilasta kohden 1916 €, uusintakäyntien keskimääräiset kustannukset 5551 € potilasta kohden interventioiryhmässä sekä 6943 € kontrolliryhmässä.

Itävaltalaisen retrospektiivisen kohorttitutkimuksen yhteydessä toteutetussa kustannusvaikuttavuusanalyysissä² arvioitiin sairaalahoidon jälkeisen etäseurannan (HerzMobil Tirol, HMT) kustannusvaikuttavuutta terveydenhuollon maksajan näkökulmasta sydämen vajaatoimintapotilailla verrattuna tavanomaiseen hoitoon. Interventioiryhmän (n = 251) potilaita seurattiin nimetyn lääkärin ja sydämenvajatoimintapotilaiden hoitoon erikoistuneiden hoitajien toimesta etämenetelmiä hyödyntäen. Interventio sisälsi lisäksi hoitajan kotikäynnin kotiutumisen jälkeen. Kontrolliryhmä (n = 257) sai tavanomaista hoitoa ilman strukturoidua seurantaa. Interventio kesti kolme kuukautta, mutta kustannusvaikuttavuutta arvioitiin vuoden aikajänteellä. Kustannusvaikuttavuutta arvioitiin vertaamalla ryhmien eroja elinpäivissä, elinpäivissä, joihin tutkittavat eivät joutuneet sairaalaan, sekä vältettyjä uusintakäyntejä ja niiden kustannuksia. HMT-ohjelma lisäsi keskimäärin 42 sairaalahoidosta vapaata päivää ja vähensi sydämen vajaatoiminnan vuoksi tapahtuneita sairaalahoitajaksoja (0,47 vs. 0,59). Kustannustiedot on poimittu vuodelta 2022. Ei diskonttausta seurantajakson ollessa alle vuoden.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: Laajennettu CHEC 10/18. Puutteet kriteereissä: 2, 7, 8, 10, 12, 16, 18 ja 20

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Luottamusvälien raportointi puutteellista.

Integroitua kotiuttamiskäytäntöä voidaan varauksin pitää kustannusvaikuttavana tavanomaiseen hoitoon verrattuna. Interventoryhmässä seurantajakson sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset olivat keskimäärin matalammat (Kokonaiskustannukset 6773,5 € vs. 8000,9 €, $p > 0,5$). Intervention vaikuttavuus oli parempi NHP-instrumentilla mitattuna (NHP 43,2 vs. 50,6, $p = 0,039$), mutta EQ-5D:llä mitattuna ryhmien välillä ei ollut eroa (EQ-5D 0,5 vs. 0,5).

Suomalaisen satunnaistetun klusteroidun tutkimuksen yhteydessä toteutetussa kustannusvaikuttavuusanalysissä³ tutkittiin integroidun kotiutuksen ja kotiuttamiskäytännön kustannusvaikuttavuutta sosiaali- ja terveyspalvelujen maksajan näkökulmasta sairaalahoidosta kotiutetuilla yli 65-vuotiailla iäkkäillä potilailla (N = 668) kuuden kuukauden aikahorisontilla. Interventoryhmän (n = 354) hoito sisälsi palveluohjausta ja hoitosuunnitelman laatimisen. Kontrolliryhmä (n = 314) sai tavanomaista hoitoa. Kustannusvaikuttavuutta arvioitiin vertailemalla interventio- ja kontrolliryhmän eroja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käytössä, terveyteen liittyvässä elämänlaadussa ja sosiaali-terveydenhuollon kustannuksissa kuuden kuukauden seuranta-aikana. Osallistujien terveyteen liittyvää elämänlaatua kartoitettiin EQ-5D-mittarilla ja Nottingham Health Profile (NHP) -instrumentilla, joista molemmat on validoitu suomalaisella väestöllä. Kustannustiedot poimittu vuodelta 2001. Ei diskonttausta seurantajakson ollessa alle vuoden.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: Laajennettu CHEC 10/18, puutteet kriteereissä 1, 2, 3, 7, 14, 16, 17 ja 19.

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Herkkyysanalyysien raportoinnissa epätarkkuutta. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidetty $p \leq 0,5$.

Farmaseutin toteuttamaa lääkehoidon jatkuvuutta turvaavaa interventiota (COACH) ei voida pitää kustannusvaikuttavana tavanomaiseen hoitoon verrattuna. Interventio- ja verrokkiryhmän välillä ei ollut eroa kustannusten (-1160 €, CI 95 %: -3168;847) tai uusintakäyntien osalta (suunnittelelmattomat uusintakäynnit sairaalaan MD 0,17 %, CI 95 %: -8,85;8,51, lääkityksestä johtuvat suunnitellut ja suunnittelelmattomat uusintakäynnit sairaalaan MD -0,0085, CI 95 %: -0,0170;0,0001).

Alankomaalaisessa kliinisessä tutkimuksessa⁴ tutkittiin COACH (Continuity Of Appropriate pharmacotherapy, patient Counselling and information transfer in Healthcare) -ohjelman yhteiskunnallista kustannusvaikuttavuutta verrattuna tavanomaiseen hoitoon kolmen kuukauden seurantajaksoilla sisätautiosastolta kotiutetuilla potilailla (N=319, keski-ikä 64,5 vuotta). Interventoryhmän (n = 168) hoito sisälsi lääkehoidon tarkistuksen, mahdollisten huomioiden välittämisen hoitavalle lääkärille sekä lääkehoidon ohjausta potilaalle tai potilaan omaisille. Kontrolliryhmä (n = 151) sai tavanomaista hoitoa, joka sisälsi lääkityksen tarkastuksen potilastietojen pohjalta. Kustannusvaikuttavuutta arvioitiin vertailemalla interventio- ja kontrolliryhmien suunnittelelmattomien uusintakäyntien määrää, lääkkeitä johtuvien suunnittelelmattomien uusintakäyntien määrää, laatupainotettuja elinvuosia sekä yhteiskunnallisten kustannusten määrää. Osallistujien terveyteen liittyvää elämänlaatua kartoitettiin EQ-5D-mittarilla, jonka arvot muutettiin laatupainotetuiksi elinvuosiksi (QALY) Alankomaiden yleisen yhteiskunnallisen EQ-5D-tariffin avulla. Kustannustiedot poimittu vuodelta 2011. Ei diskonttausta seurantajakson ollessa alle vuoden.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: Laajennettu CHEC 14/18, puutteet kriteereissä 3, 12, 14 ja 16

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Farmaseutin toteuttama kotiutumisen jälkeen puhelimitse toteutettu lääkityksen tarkistus ja hoidon seuranta tuotti kustannussäästöjä tavanomaiseen hoitoon nähden. Suunnittelemattomien uusintakäyntien todennäköisyys väheni interventoryhmässä sekä 30 päivän (OR=0,57; CI 95 %: 0,36;0,90) ja 90 päivän kohdalla (OR = 0,53; CI 95 %: 0,36;0,79) tavanomaiseen hoitoon verrattuna. Keskimääräinen ero kustannuksissa 30 päivän ja 90 päivän kuluessa interventoryhmän (652,45 £ ja 1 217,90 £) ja tavanomaisen hoitoryhmän välillä (1 257,28 £ ja 2 191,27 £) välillä oli 604,83 £ ja 973,37 £.

Irlantilaisessa prospektiivisessä kvasikokeellisessa kustannus-hyöty-analyysissä⁵ tutkittiin lääkityksen tarkistuksen ja farmaseutin yhteydenoton kustannushyötyjä sairaalahoidosta kotiutetuilla yli 18-vuotiailla potilailla (N = 422, keski-ikä 68,8 vuotta), joilla on käytössä vähintään 10 eri lääkettä kroonisten sairauksien hoitoon. Kustannushyötyjä arvioitiin 30 ja 90 päivän kohdalla. Interventoryhmän (n = 211) hoito sisälsi farmaseutin puhelimitse toteuttaman lääkityksen ja hoidon seurannan kymmenen päivän sisällä, kuukauden ja kolmen kuukauden kuluttua kotiutumisesta. Kontrolliryhmä (n = 211) sai tavanomaista hoitoa (ei määritetty). Kustannushyötyjä arvioitiin vertailemalla interventio- ja kontrolliryhmien eroja suunnittelemattomissa uusintakäynneissä ja terveydenhuollon kustannuksissa. Ei diskonttausta aikahorisontin ollessa alle vuoden.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: Laajennettu CHEC 10/18, puutteet kriteereissä 3, 7, 8, 9, 12, 14, 16 ja 19.

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Tutkimuksessa ei tuoda esille mitä tavanomainen hoito on ja mitä se kustantaa, kustannuksien näkökulmaa tai kustannuslaskennan vuotta ei määritellä. Taloudellisen arvioinnin näkökulmaa ei tuoda esille.

Kotiutumista tukevaa CIRACT-interventiota ei voida pitää kustannusvaikuttavana tavanomaiseen hoitoon nähden. Intervention vaikuttavuutta mittaavissa lopputulosmuuttujissa tai kustannuksissa ei ollut eroja tavanomaiseen hoitoon verrattuna.

Isobritannialaisen satunnaistetun kontrolloidun (RCT) tutkimuksen yhteydessä toteutetussa kustannusutiliteetianalyysissä⁶ tutkittiin CIRACT-intervention (Community In-reach Rehabilitation And Care Transition) kustannusvaikuttavuutta verrattuna tavanomaiseen hoitoon sairaalahoidosta kotiutuneilla yli 70-vuotiailla potilailla (N = 212) kolmen kuukauden seurantajaksolla terveydenhuollon maksajan näkökulmasta. Interventoryhmän (n = 106) hoito sisälsi toimintakyvyn arvioinnin, kotikäynnin, mahdollisten omaisten kontaktoinnin, hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimisen sekä seurannan kotiutumisen jälkeen. Kotikäynti toteutettiin tarvittaessa jo sairaalassaoloaikana apuvälinetarvearvion toteuttamiseksi. Kontrolliryhmä (n = 106) sai tavanomaista hoitoa, joka sisälsi palvelutarpeen arvioinnin ja hoitosuunnitelman laatimisen, mutta ei seuranta- tai kontaktia kotiutumisen jälkeen. Kustannusvaikuttavuutta arvioitiin sairaalassaoloajan, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin käytetyn kokonaisajan, suunnittelemattomien

uusintakäyntien, toimintakyvyn, liitännäissairauksien, laatupainotettujen elinvuosien sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten osalta. Osallistujien terveyteen liittyvää elämänlaatua kartoitettiin EQ-5D-3L-mittarilla, jonka arvot muutettiin laatupainotetuiksi elinvuosiksi (QALY). Kustannustiedot poimittu vuodelta 2014. Ei diskonttausta seurantajakson ollessa alle vuoden.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: Laajennettu CHEC 13/18, puutteet kriteereissä 1, 3, 7, 13 ja 16

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Pieni otoskoko, ei sokkoutusta

Cardiac Care Bridge (CCB) -kotiutusohjelmaa ei voida pitää kustannusvaikuttavana tavanomaiseen hoitoon verrattuna. CCB-kotiutusohjelma oli keskimäärin kalliimpi (1 294 €; CI 95 %: -343 €; 2 931 €) ja vähemmän vaikuttava (QALY -0,03; CI 95 %: -0,07; -0,02) tavanomaiseen hoitoon verrattuna.

Alankomaalaisen satunnaistetun kontrolloidun (RCT) tutkimuksen yhteydessä toteutetussa kustannusutiliteetti- ja kustannusvaikuttavuusanalyysissä⁷ tutkittiin Cardiac Care Bridge -siirtymähoito-ohjelman yhteiskunnallista kustannusvaikuttavuutta verrattuna tavanomaiseen hoitoon suunnittelelmattomien uusintakäynteihin tai kuolemaan, laatupainotettuihin elinvuosiin ja yhteiskunnallisiin kustannuksiin kuuden kuukauden seuranta-aikana sairaalahoidosta kotiutetuilla yli 70-vuotiailla iäkkäillä sydänpotilailla (N = 306), joilla on suuri uusintakäyntien riski ja kuolleisuus. Interventoryhmän (n = 153) hoito sisälsi arvioinnin, hoitosuunnitelman laatimisen, seurannan ja kotikuntoutuksen (4 käyntiä). Tarvittaessa hyödynnettiin farmaseuttia sekä fysioterapeuttia. Kontrolliryhmä (n = 153) sai tavanomaista hoitoa, joka sisälsi seurannan perusterveydenhuollossa ja geriatrisen arvioinnin. Osallistujien suunnittelelmattomat uusintakäynnit ja kuolemat arvioitiin osallistuvien sairaaloiden sairauskertomuksista, Alankomaiden kansallisesta henkilörekisteritietokannasta ja itseilmoitetusta tiedosta seurannan aikana. Osallistujien terveyteen liittyvää elämänlaatua kartoitettiin EQ-5D-5L-mittarilla, jonka arvot muutettiin laatupainotetuiksi elinvuosiksi (QALY) Alankomaiden yleisen yhteiskunnallisen EQ-5D-5L-tariffin avulla. Seurantaajan kustannukset kysyttiin osallistujilta käyttämällä laajennettua versiota The Older Persons and Informal Caregivers Survey-Minimum Data Set (TOPIC-MDS) -kyselyllä ja näitä tietoja täydennettiin sairaalan sairauskertomuksista saaduilla tiedoilla. Kustannustiedot poimittu vuodelta 2018. Ei diskonttausta seurantajakson ollessa alle vuoden.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: Laajennettu CHEC 15/18, puutteet kriteereissä 2, 14 ja 16.

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tehostettua ohjelmaa (HOME) ei voida pitää kustannusvaikuttavana tavanomaiseen hoitoon verrattuna. Tehostetun ohjelman keskimääräiset kustannukset 8532,33 \$ (CI 95 %: 6240,02 \$; 10824,63 \$) olivat 3552,10 \$ korkeammat kuin tavanomaisen hoidon keskimääräiset kustannukset 4980,23 \$ (CI 95 %: 3593,17 \$; 6367,29 \$), eikä toimintakyvyssä tai laatupainotetuissa elinvuosissa ollut eroa verrattuna tavanomaiseen hoitoon (NEADL-toimintakyky MD -0,02; CI 95 %: -0,87—0,83; QALY 0,002; CI 95 %: -0,01; 0,02).

Australialaisen satunnaistetun kontrolloidun (RCT) tutkimuksen yhteydessä toteutetussa kustannusutiliteetti- ja kustannusvaikuttavuusanalyysissä⁸ tutkittiin tehostetun ohjelman (HOME) kustannusvaikuttavuutta verrattuna tavanomaisella hoidolla saavutettuun toimintakykyyn, laukupainotettuihin elinvuosiin ja terveydenhuollon kustannuksiin kolmen kuukauden seuranta-aikana sairaalahoidosta kotiutetuilla yli 70-vuotiailla iäkkäillä potilaille (N = 325). Interventoryhmän (n = 167) hoito sisälsi toimintakyvyn arviointia, sairaanhoitajan kotikäyntejä ennen ja jälkeen kotiutusta ja kotiutumista jälkeiset seurantapuhelut. Kontrolliryhmä (n = 158) sai tavanomaista hoitoa, joka sisälsi hoitosuunnitelman kotiutusta varten. Osallistujien toimintakyky arvioitiin Nottingham Extended Activities of Daily Living (NEADL) -asteikolla seurannan aikana. Osallistujien terveyteen liittyvää elämänlaatua kartoitettiin SF-12-mittarilla, jonka arvot muutettiin laukupainotetuiksi elinvuosiksi (QALY). Seuranta-ajan kustannukset saatiin ensisijaisesti sairaalan tietokannoista ja näitä tietoja täydennettiin osallistujien itsensä täyttämien terveystietokirjan ja kyselyillä saaduilla tiedoilla. Lisäksi mahdollisten laitteiden ja kodin muutostöiden kustannukset arvioitiin laitteiden käyttöä ajalta käyttäen pääomamenojen kustannuslaskennassa käytettäviä vakiomenetelmiä ja viiteaineistoa. Kustannustiedot poimittu vuodelta 2014. Ei diskonttausta seurantajakson ollessa alle vuoden.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: laajennettu CHEC 10/18, puutteet kriteereissä 1, 2, 3, 7, 8, 9, 14 ja 16

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: -

Sekä kotiseurantaa että puhelinseurantaa voidaan pitää kustannusvaikuttavana siirtymävaiheen hoidon tukemisessa tavanomaiseen hoitoon verrattuna. Kotiseuranta ja puhelinseuranta vähensivät terveydenhuollon kokonaiskustannuksia tavanomaiseen hoitoon verrattuna (Inkrementtaaliset kustannukset (28,84 päivää) -1 398 HK\$; -2 374 HK\$ ja -296 HK\$; 1966 HK\$). Näistä puhelinseuranta on todennäköisemmin kustannusvaikuttavampi kotiseurantaan verrattuna, sillä puhelinseurannalla saavutettiin enemmän laukupainotettuja elinvuosia kuin kotiseurannalla (QALY-erotus tavanomaiseen hoitoon nähden 84 päivän kohdalla 0,0001, $p < 0,792$ ja 0,0096, $p < 0,001$) verrattuna tavanomaiseen hoitoon.

Hongkongilaisen satunnaistetun kontrolloidun (RCT) tutkimuksen yhteydessä toteutetussa kustannusutiliteettianalyysissä⁹ tutkittiin koti- ja puhelinseurantainterventioiden yhteiskunnallista kustannusvaikuttavuutta tavanomaiseen hoitoon verrattuna 28 ja 84 päivän kohdalla akuutista sairaalahoidosta kotiutetuilla potilailla (N = 610, keski-ikä 76,5 vuotta), joilla on krooninen sairaus. Kotiseurantaryhmän (n = 196) hoito sisälsi sairaanhoitajan kotikäyntejä ja seurannan sekä hoitosuunnitelman laatimisen. Puhelinseurantaryhmän (n = 204) hoito sisälsi sairaanhoitajan puhelinseurannan sekä hoitosuunnitelman laatimisen. Kontrolliryhmä (n = 210) sai tavanomaista hoitoa, joka sisälsi perusterveydenhuollon ja terveysneuvontaa ja lääkitysohjeita. Kustannusvaikuttavuutta arvioitiin vertailemalla interventio- ja kontrolliryhmien eroja suunnittelemattomissa uusintakäynneissä, sairaalassaoloajassa, laukupainotetuissa elinvuosissa ja yhteiskunnallisissa kustannuksissa kolmen kuukauden seuranta-aikana. Osallistujien terveyteen liittyvää elämänlaatua kartoitettiin SF-36-mittarilla, jonka arvot muutettiin laukupainotetuiksi elinvuosiksi (QALY) Hongkongin yleisen yhteiskunnallisen

SF-36-tariffin avulla. Kustannustietojen poimintavuotta ei raportoida. Ei diskonttausta seurantajakson ollessa alle vuoden.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: Laajennettu CHEC 9/18, puutteet kriteereissä 1, 3, 8, 9, 10, 14, 17, 19 ja 20

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Kustannustietojen raportoinnissa epätarkkuutta. Interventioita sekä tavanomaista hoitoa kuvattu vaivinaisesti.

Lähteet

1. Blum MR, Øien H, Carmichael HL, Heidenreich P, Owens DK, Goldhaber-Fiebert JD. Cost-effectiveness of transitional care services after hospitalization with heart failure. *Annals of Internal Medicine* 2020; 172: 248-257. DOI: 10.7326/M19-1980.
2. Egelseer-Bruendl T, Jahn B, Arvandi M, Puntsher S, Santamaria J, Brunelli L, Weissenegger K, Pfeifer B, Neururer S, Rissbacher C, Huber A, Fetz B, Kleinheinz C, Modre-Osprian R, Kreiner K, Siebert U, Poelzl G. Cost-effectiveness of a multidimensional post-discharge disease management program for heart failure patients—economic evaluation along a one-year observation period. *Clinical Research in Cardiology* 2024; 113: 1232-1241. DOI: 10.1007/s00392-024-02395-5.
3. Hammar T, Rissanen P, Perälä M-L. The cost-effectiveness of integrated home care and discharge practice for home care patients. *Health Policy* 2009; 92: 10-20. DOI: 10.1016/j.healthpol.2009.02.002.
4. Karapinar-Çarkıt F, van der Knaap R, Bouhannouch F, Borgsteede SD, Janssen MJA, Siegert CEH, Egberts TCG, van den Bemt PMLA, van Wier MF, Bosmans JE. Cost-effectiveness of a transitional pharmaceutical care program for patients discharged from the hospital. *PloS one* 2017; 12: e0174513. DOI: 10.1371/journal.pone.0174513.
5. Odeh M, Scullin C, Fleming G, Scott MG, Horne R, McElroy JC. Ensuring continuity of patient care across the healthcare interface: Telephone follow-up post-hospitalization. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2019; 85: 616-625. DOI: 10.1111/bcp.13839.
6. Sahota O, Pulikottil-Jacob R, Marshall F, Montgomery A, Tan W, Sach T, Logan P, Kendrick D, Watson A, Walker M, Waring J. Comparing the cost-effectiveness and clinical effectiveness of a new community in-reach rehabilitation service with the cost-effectiveness and clinical effectiveness of an established hospital-based rehabilitation service for older people: a pragmatic randomised controlled trial with microcost and qualitative analysis – the Community In-reach Rehabilitation And Care Transition (CIRACT) study. *Health services and delivery research* 2016; 4: 1-90. DOI: 10.3310/hsdr04070.
7. Verweij L, Petri ACM, MacNeil-Vroomen JL, Jepma P, Latour CHM, Peters RJG, Scholte op Reimer WJM, Buurman BM, Bosmans JE. The Cardiac Care Bridge transitional care program for the management of older high-risk cardiac patients: An economic evaluation alongside a randomized controlled trial. *PloS one* 2022; 17: e0263130. DOI: 10.1371/journal.pone.0263130.
8. Wales K, Salkeld G, Clemson L, Lannin NA, Gitlin L, Rubenstein L, Howard K, Howell M, Cameron ID. A trial based economic evaluation of occupational therapy discharge planning for

older adults: the HOME randomized trial. *Clinical Rehabilitation* 2018; 32: 919-929. DOI: 10.1177/0269215518764249.

9. Wong FKY, So C, Chau J, Law AKP, Tam SKF , McGhee S. Economic evaluation of the differential benefits of home visits with telephone calls and telephone calls only in transitional discharge support. *Age and Ageing* 2015; 44: 143-147. DOI: 10.1093/ageing/afu166.