Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

Hälsoekonomiskt underlag
Bilaga

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats.

Inledning

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) har på uppdrag av Socialstyrelsen tagit fram det hälsoekonomiska underlaget tillsammans med Socialstyrelsens experter. I bilagan finns ytterligare information om hur det hälsoekonomiska underlaget tagits fram.

Rad: 10, 14, 16, 21–22
Tillstånd: Misstänkt demenssjukdom

Åtgärd:

- Rad 10: Strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmåga som en del i den basala utredningen
- Rad 14: Datortomografi som en del i den basala demensutredningen
- Rad 16: Strukturell magnetresonanstomografi, som en del i den utvidgade demensutredningen
- Rad 21: Funktionell FDG-PET, som en del i den utvidgade demensutredningen
- Rad 22: Amyloid-PET, som en del i den utvidgade demensutredningen.

Jämförelsealternativ: Ingen åtgärd i enlighet med åtgärdsbeskrivningen

Sammanfattande bedömning

Kostnadseffektiviteten av diagnostiska insatser har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Socialstyrelsen har inte sökt efter studier av kostnadseffektivitet för strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmåga, datortomografi och strukturell magnetresonanstomografi eftersom effekten av dessa har bedömts utifrån ett konsensusförfarande. Effektutvärderingen har bedömt att det vetenskapliga underlagets tillförlitlighet är acceptabel för att ta ställning till diagnostisk träffsäkerhet av funktionell avbildning med FDG-PET för diagnostik av Alzheimers sjukdom hos personer med misstänkt demenssjukdom. Vidare har det vetenskapliga underlagets tillförlitlighet bedömts som acceptabel för att ta ställning till diagnostisk träffsäkerhet avseende specificitet för diagnostik av frontotemporal demenssjukdom hos personer med misstänkt demenssjukdom. Mot bakgrund av detta har en litteratursökning gjorts med avseende på kostnadseffektiviteten av funktionell FDG-PET, som en del i den utvidgade demensutredningen vid misstänkt demenssjukdom. Slutsatsen är att det saknas publicerade vetenskapliga studier med tillräcklig kvalitet och relevans för svenska förhållanden för att kunna dra slutsatser om kostnadseffektiviteten av funktionell FDG-PET. Det pågår forskning om den diagnostiska tekniken amyloid-PET och ett konsensusförförande var inte relevant eftersom metoden är ny. Socialstyrelsen har därför inte sökt efter studier om kostnadseffektivitet för amyloid-PET.

Underlaget redovisar en enkel kostnadsberäkning för diagnostiska metoder som kan användas inom ramen för basal och utvidgad utredning vid misstänkt demenssjukdom. Kostnadsberäkningarna redovisar svenska förhållanden och bygger på Socialstyrelsens antaganden och på prisuppgifter från sjukvårdsregionernas prislistor för år 2016. De diagnostiska åtgärderna inom basal och utvidgad utredning kostar mellan 1 224 kronor och 15 000 kronor.

Litteratursökning och kompletterande underlag

Socialstyrelsen har inte sökt efter studier av kostnadseffektivitet för strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmåga, datortomografi och strukturell magnetresonanstomografi eftersom effekten av dessa har bedömts utifrån ett konsensusförfarande. En hälsoekonomisk litteratursökning har gjorts i PubMed för funktionell FDG-PET. Sökstrategin bygger på att tillstånd och åtgärd definieras på samma sätt som vid litteratursökningen i effektutvärderingen och på att kostnads- och kostnadseffektstudier identifieras med vida sökord. Totalt 28 artiklar identifierades i sökningen och samtliga exkluderades för vidare granskning eftersom de inte avsåg en hälsoekonomisk utvärdering med relevans för svenska förhållanden och funktionell FDG-PET vid misstänkt demenssjukdom. Det pågår forskning om den diagnostiska tekniken amyloid-PET och ett konsensusförförande var inte relevant eftersom metoden är ny. Därför har Socialstyrelsen inte sökt efter studier om kostnadseffektivitet för amyloid-PET.

Metod

Detta underlag sammanställer en kostnadsbeskrivning för de diagnostiska åtgärderna utifrån en genomgång av sjukvårdsregionernas prislistor för år 2016 samt kompletterande information från publicerade vetenskapliga artiklar och antaganden som är gjorda av Socialstyrelsen.

I en svensk studie av Wimo och medarbetare [1] uppskattades det genomsnittliga antalet diagnostiska tester i basal demensutredning i primärvården till 2,8 och det genomsnittliga antalet tester i utvidgad demensutredning i specialistvården till 4,6. Kostnadsbeskrivningen presenterar prisuppgifter för var och en av de diagnostiska metoderna separat. Den sammanlagda kostnaden för diagnostik i samband med demensutredning beror på vilka kombinationer av diagnostiska metoder som väljs.

Åtgärden strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmåga kan använda ett fastställt protokoll, exempelvis:

- AMPS (The Assessment of Motor and Process Skills)
- PRPP (The Perceive, Recall, Plan, Perform System)
- ETUQ (Everyday Technology Use Questionnaire).

Under antagande att en sådan bedömning sker vid två primärvårdsbesök hos annan personal än läkare skulle vårdkostnaden uppgå till totalt 1 224 kronor (pris hämtat från *Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen* och det angivna priset för ett besök för sjukvårdande behandling, inklusive all medicinsk service, hos primärvården).

Kostnadsbeskrivningen av åtgärderna datortomografi, strukturell magnetresonanstomografi och funktionell FDG-PET baseras primärt på de priser som finns publicerade i sjukvårdsregionernas prislistor för år 2016, men också på uppgifter från publicerade vetenskapliga studier och antaganden som är gjorda av Socialstyrelsen.

Resultat och diskussion

Priserna för datortomografi, strukturell magnetresonanstomografi, funktionell FDG-PET, amyloid-PET och strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmåga varierar mellan 1 224 kronor och 15 000 kronor per

undersökning. De diagnostiska metoderna beställs och utförs i olika delar av sjukvården och används av både primärvård och specialistvård.

Prisintervall för datortomografi, strukturell magnetresonanstomografi, funktionell FDG-PET och amyloid-PET redovisas i Tabell 1. I samma tabell presenteras även en skattad kostnad för strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmåga, som en del i den basala utredningen, baserat på Socialstyrelsens antaganden.

Prisintervallen för de olika åtgärderna är i flera fall breda. Det beror delvis på att priser kan skilja sig åt mellan sjukvårdsregioner för en och samma åtgärd, men också på att den diagnostiska metoden kan ha delvis olika omfattning. Slutligen är inte de priser som hämtats från publicerade vetenskapliga artiklar helt jämförbara med dem i prislistorna som publiceras från sjukvårdsregionerna eftersom priserna inte nödvändigtvis har tagits fram med samma metoder. Variationer i priser för diagnostik av demenssjukdom rapporterades även från den svenska studien [1]. Skattningen av kostnaden av strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmåga baseras på förenklade antaganden.

Den svenska studien beräknade att den genomsnittliga totalkostnaden för tester inom en basal utredning var 6 777 kronor med 2010 års priser och utredningen omfattade i genomsnitt 2,8 tester [1]. Omräknat till 2015 års prisnivå skulle det motsvara cirka 7 000 kronor. Samma studie beräknade att en utvidgad demensutredning inom specialistvården omfattar 4,6 tester i genomsnitt till en kostnad av 11 682 kronor år 2010 (12 100 kronor uttryckt i 2015 års priser). Studien konstaterade också att det var stor geografisk variation i kostnader för diagnostik av demenssjukdom i exempelvis specialistvården där priserna kunde variera från 8 231 kronor till 14 734 kronor år 2010.

Denna kostnadsbeskrivning av olika diagnostiska åtgärder bör inte tolkas som en kostnadsjämförelse. I arbetet med att diagnostisera misstänkt demenssjukdom är det ofta nödvändigt att använda flera metoder för att diagnostisera demenssjukdom eller för att utesluta annan sjukdom.

Slutsatser

Kostnadseffektiviteten av diagnostiska insatser har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Socialstyrelsen har inte sökt efter studier av kostnadseffektivitet för strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmåga, datortomografi och strukturell magnetresonanstomografi eftersom effekten av dessa har bedömts utifrån ett konsensusförfarande. Vidare saknas publicerade vetenskapliga studier med tillräcklig kvalitet och relevans om kostnadseffektiviteten av funktionell FDG-PET. Det pågår forskning om den diagnostiska tekniken amyloid-PET och ett konsensusförförande var inte relevant eftersom metoden är ny. Därför har Socialstyrelsen inte sökt efter studier om kostnadseffektivitet för amyloid-PET.

Referenser

1. Wimo, A, Religa, D, Spangberg, K, Edlund, AK, Winblad, B, Eriksdotter, M. Costs of diagnosing dementia: results from

SveDem, the Swedish Dementia Registry. International journal of geriatric psychiatry. 2013; 28(10):1039-44.
2. Södra Regionvårdsnämnden. Bild- och funktionsmedicin prislista 2016 Region Skåne. 2016.
3. Norra Regionförbundet. Avtal om regionvård 2016. Med regional prislista för hälso- och sjukvård i norra sjukvårdsregionen. 2015.

Tabell 1. Kostnadsbeskrivning av olika diagnostiska undersökningar, vid misstänkt demenssjukdom

Åtgärd	Cirkapris, kronor	Källa
Strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmåga som en del i den basala utredningen	1 224	Prislista för Södra sjukvårdsregionen 2016. Socialstyrelsens bedömning.
Datortomografi (CT) som en del i den basala demensutredningen	1 800	Wimo et al. 2013 [1]
Strukturell magnetresonanstomografi (MR), som en del i den utvidgade demensutredningen	1 000–5 000	Prislista för Södra sjukvårdsregionen 2016, Bild- och funktionsmedicin 2016 [2]
Funktionell FDG-PET, som en del i den utvidgade demensutredningen	10 000–12 000	Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Socialstyrelsens bedömning, Södra sjukvårdsregionen, Bild- och funktionsmedicin 2016 [2], Norra sjukvårdsregionen, DRG prissättning öppenvård 2016 [3],
Amyloid-PET, som en del i den utvidgade demensutredningen	15 000	Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Socialstyrelsens bedömning.

Litteratursökning

Databas: PubMed **Databasleverantör: Datum:** 2016-04-14/**Hälsoekonomi** **Ämne:** Nationella riktlinjer Demens (rad 10, 14, 16, 21-22)		
Söknr	Söktermer	Antal ref.
1.	((("Mild Cognitive Impairment"[Mesh]) OR ((mild cognitive[tiab] OR mild cognitive[ot])) OR ("Dementia/diagnosis"[Mesh]) OR (dementia[tiab])	111939
2.	FDG-PET[tiab]	17267
3.	("Positron-Emission Tomography"[Mesh]) OR (Positron Emission Tomography[tiab] OR PET Scan[tiab])	64201
4.	("Fluorodeoxyglucose F18"[Mesh] OR "Fluorodeoxyglucose F18"[tiab])) OR ((FDG*[ti])	24039
5.	3 AND 4	19699
6.	2 OR 5	24987
7.	1 AND 5	1186
8.	"Economics"[Mesh] OR "economics"[Subheading] OR "Markov Chains"[Mesh] OR "Computer Simulation"[Mesh] OR "Quality-Adjusted Life Years"[Mesh] OR "Health Care Costs"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh]	933469
9.	cost*[tiab] OR cost-effectiv*[tiab] OR financ*[tiab] OR economic*[tiab] OR pharmacoeconom*[tiab] OR pric*[tiab] OR pricing[tiab] OR qol[tiab] OR quality of life[tiab] OR QALY[tiab] OR quality adjusted*[tiab] OR willingness to pay[tiab] OR resource utilisation[tiab] OR resource utilization[tiab]	825456
10.	8 OR 9	1450203
11.	7 AND 10	35
12.	11AND Filters activated: Publication date from 2005/01/01	29
13.	12 AND Filters activated: English, Swedish, Danish, Norwegian, Publication date from 2005/01/01	28

[MeSH] = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MeSH:NoExp] = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MAJR] = MeSH Major Topic

[TIAB] = Title or abstract

[TI] = Title

[AU] = Author

[TW] = Text Word

Systematic[SB] = Filter for retrieving systematic reviews

* = Truncation

Rad: 30B
Tillstånd: Demenssjukdom

Åtgärd: Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning samt vård- och omsorgsinsatser

Jämförelsealternativ: Sedvanlig vård och omsorg

Sammanfattande bedömning

Kostnadseffektiviteten av regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning samt vård- och omsorgsinsatser, har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Eftersom det vetenskapliga underlaget drar slutsatsen att underlaget är otillräckligt avseende effekten av regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning samt vård- och omsorgsinsatser, har den aktuella frågeställningen bedömts utifrån ett konsensusförfarande. En bedömning av kostnadseffektiviteten har därför inte varit möjlig.

Slutsatser

Kostnadseffektiviteten för regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning samt vård- och omsorgsinsatser har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Rad: 27
Tillstånd: Demenssjukdom

Åtgärd: Multiprofessionellt teambaserat arbete inom vård och omsorg

Jämförelsealternativ: Sedvanlig vård och omsorg

Sammanfattande bedömning

Kostnadseffektiviteten av multiprofessionellt teambaserat arbete inom vård och omsorg av personer med demenssjukdom har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Det saknas publicerade studier av kostnadseffektivitet för olika former av multiprofessionellt teambaserat arbete vid demenssjukdom som är relevanta för svenska förhållanden och av tillräcklig kvalitet.

Litteratursökning och kompletterande underlag

En hälsoekonomisk litteratursökning har gjorts i PubMed. Sökstrategin bygger på att tillstånd och åtgärd definieras på samma sätt som vid litteratursökningen i effektutvärderingen och att kostnads- och kostnadseffektstudier identifieras med vida sökord. Totalt 109 artiklar identifierades i sökningen.

Totalt två artiklar av dessa inkluderades för granskning i fulltext men visade sig då inte innehålla en hälsoekonomisk analys. Bland sökträffarna återfanns två studiebeskrivningar av potentiellt relevanta studier, och manuella sökningar efter eventuellt relevanta artiklar från dessa studier genomfördes i PubMed. Utifrån denna sökning granskades ytterligare två artiklar.

Resultat

Två studier identifierades vid kompletterande manuella sökningar som möjligt relevanta för att beskriva kostnader eller kostnadseffektivitet för multiprofessionellt teambaserat arbete vid demenssjukdom. Zwijsen och medarbetare [1] studerade kostnadseffektiviteten av att introducera en särskild arbetsmetod (Grip on Challenging Behaviour care programme (GRIP)) för vård och omsorg av personer med demenssjukdom och beteendeförändringar som bor på särskilda demensboenden i Nederländerna.

Arbetsmetoden fokuserar på att införa strukturer och dokumentmallar för att underlätta multiprofessionellt arbete och analys, men den innehåller även en utbildningskomponent. Studien beräknade kostnader för åtgärden och skattade även livskvalitet för boende på demensboende. Studien fann att arbetsmetoden inte var kostnadseffektiv. Artikeln rapporterar resultat från mätningar av patientnytta i studiegrupperna som skillnad mellan gruppernas totala nytta under studieperioden (så kallad area-under-the-curve) men det framgår inte om beräkningarna på något sätt tog hänsyn till möjliga skillnader i rapporterad livskvalitet vid studiestart.

Studieresultaten visade signifikant mindre livskvalitet med effektmåttet kvalitetsjusterade levnadsår (baserat på EuroQol-5D med livskvalitetsvikter från Nederländerna) i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Skillnaden var dock mycket liten (-0,02 (95-procentigt konfidensintervall

-0,06 till -0,003)). Eftersom arbetsmetoden innehöll flera olika komponenter och således inte direkt kan sägas överensstämma med den aktuella frågeställningen är det dock svårt att dra några slutsatser med relevans för svensk vård och omsorg utifrån denna studie. Därtill reflekterar kostnaderna endast direkta kostnader, och innehållet i jämförelsealternativet (kontrollgruppen) definierades inte, vilket också innebär större osäkerhet i bedömningen av studiens relevans. Den andra granskade studien studerade kostnadsskillnaden mellan demensvård på minneskliniker och demensvård av läkare i primärvård och bedömdes därför inte ha en relevant frågeställning.

För att säkerställa att potentiellt relevanta studier inte blivit felaktigt exkluderade genom den använda söksträngen, givet den begränsade litteraturen, gjordes en avslutande bred sökning i PubMed.[1] Av totalt 84 träffar var ingen relevant för vidare granskning.

Slutsatser

Det saknas publicerade studier av kostnadseffektivitet för olika former av multiprofessionellt teambaserat arbete vid demenssjukdom som är relevanta för svenska förhållanden och av tillräcklig kvalitet.

Referenser

1. Zwijsen, SA, Bosmans, JE, Gerritsen, DL, Pot, AM, Hertogh, CM, Smalbrugge, M. The cost-effectiveness of grip on challenging behaviour: an economic evaluation of a care programme for managing challenging behaviour. International journal of geriatric psychiatry. 2015.

Litteratursökning

Databas: PubMed **Databasleverantör:** NLM **Datum:** 2016-02-11/**Hälsoekonomi**

Ämne: Nationella riktlinjer Demens

(rad 27)

Söknr	Söktermer	Antal ref.
1.	Dementia[Mesh] OR dement*[tiab] OR dement*[ot]	157171
2.	"Patient Care Team"[Mesh] OR ("Interdisciplinary Communication"[MAJR] AND Dementia[Mesh]) OR ("Patient Care Planning"[Mesh] AND "Cooperative Behavior"[Mesh])	58369
3.	collaborative[ti] OR collaboration[ti] OR interdisciplinary[ti] OR interprofessional[ti] OR multidisciplinary[ti] OR multiprofessional[ti] OR transdiciplinary[ti] OR collaborative care[tiab] OR interdisciplinary collaboration[tiab] OR interdisciplinary intervention*[tiab] OR interdisciplinary team*[tiab] OR multiprofessional collaboration[tiab] OR multiprofessional intervention*[tiab] OR multiprofessional team*[tiab] OR geriatric team*[tiab] OR team intervention[tiab] OR transdisciplinary team*[tiab]	40681
4.	2 OR 3	90935
5.	1 AND 4	1266

[1]Följande sökträng användes: (((((((dement*[tiab] OR alzheimer*[tiab]))) AND ((cost*[tiab] OR cost-effectiv*[tiab]))) AND Sweden)) AND ("2005/01/01"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication])) AND ((English[lang] OR Swedish[lang] OR Danish[lang] OR Norwegian[lang])))

6.	"Economics"[Mesh] OR "economics"[Subheading] OR "Markov Chains"[Mesh] OR "Computer Simulation"[Mesh] OR "Quality-Adjusted Life Years"[Mesh] OR "Health Care Costs"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh]	924129
7.	cost*[tiab] OR cost-effectiv*[tiab] OR financ*[tiab] OR economic*[tiab] OR pharmacoeconom*[tiab] OR pric*[tiab] OR pricing[tiab] OR qol[tiab] OR quality of life[tiab] OR QALY[tiab] OR quality adjusted*[tiab] OR willingness to pay[tiab] OR resource utilisation[tiab] OR resource utilization[tiab]	812937
8.	6 OR 7	1432251
9.	5 AND 8	280
10.	5 AND 9 Filters activated: Publication date from 2005/01/01	150
11.	5 AND 9 Filters activated: English, Swedish, Norwegian and Danish, Publication date from 2005/01/01	109

[MeSH] = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MeSH:NoExp] = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MAJR] = MeSH Major Topic

[TIAB] = Title or abstract

[TI] = Title

[AU] = Author

[TW] = Text Word

Systematic[SB] = Filter for retrieving systematic reviews

* = Truncation

Rad: 28
Tillstånd: Demenssjukdom

Åtgärd: Demensprofilerade hemtjänstlag

Jämförelsealternativ: Sedvanlig vård och omsorg

Sammanfattande bedömning

Kostnadseffektiviteten för demensprofilerade hemtjänstlag har inte kunnat bedömas (ej bedömbar). Det saknas publicerade studier av kostnadseffektivitet av demensprofilerade hemtjänstlag som är relevanta för svenska förhållanden och av tillräcklig kvalitet.

Litteratursökning och kompletterande underlag

En hälsoekonomisk litteratursökning har gjorts i PubMed. Sökstrategin bygger på att tillstånd och åtgärd definieras på samma sätt som vid litteratursökningen i effektutvärderingen och på att kostnads- och kostnadseffektstudier identifieras med vida sökord. Totalt 5 artiklar identifierades i sökningen och samtliga exkluderades för vidare granskning.

Slutsatser

Kostnadseffektiviteten för demensprofilerade hemtjänstlag har inte kunnat bedömas.

Litteratursökning

Databas: PubMed **Databasleverantör:** NLM **Datum:** 2016-02-11/**Hälsoekonomi**

Ämne: Nationella riktlinjer Demens

(rad 28)

Söknr	Söktermer	Antal ref.
1.	Dementia[Mesh] OR dement*[tiab] OR dement*[ot]	157426
2.	"Homemaker Services"[Mesh] OR homemaker service*[tiab] OR home care service[tiab] OR home care[tiab] OR home support service[tiab] OR home help service*[tiab] OR home help service*[ot]	15789
3.	(special*[ti] OR team*[ti] OR advanced[ti]) AND (home*[ti] OR dement*[ti])	1976
4.	specialist care services[tiab] OR specialist multiagency[tiab] OR specialist services[tiab] OR specialist and generic[tiab] OR professional community team*[tiab] OR specialist mental health nursing service[tiab] OR continuing involvement[tiab] OR dementia-specialist*[tiab] OR dementia team*[tiab] OR dementia specialist*[tiab] OR specialist team*[tiab] OR service model*[tiab] OR models of social care[tiab] OR good practice*[tiab] OR advanced dementia[tiab] OR special care[tiab] OR special team*[tiab]	10875
5.	3 OR 4	12398
6.	2 AND 5	428
7.	1 AND 6	29
8.	"Economics"[Mesh] OR "economics"[Subheading] OR "Markov Chains"[Mesh] OR "Computer Simulation"[Mesh] OR "Quality-	925439

	Adjusted Life Years"[Mesh] OR "Health Care Costs"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh]	
9.	cost*[tiab] OR cost-effectiv*[tiab] OR financ*[tiab] OR economic*[tiab] OR pharmacoeconom*[tiab] OR pric*[tiab] OR pricing[tiab] OR qol[tiab] OR quality of life[tiab] OR QALY[tiab] OR quality adjusted*[tiab] OR willingness to pay[tiab] OR resource utilisation[tiab] OR resource utilization[tiab]	814774
10.	7 OR 8	1434808
11.	1 AND 6 AND 9	14
12.	10 AND Filters activated: Publication date from 2005/01/01	8
13.	10 AND Filters activated: English, Swedish, Norwegian and Danish, Publication date from 2005/01/01	5

[MeSH] = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MeSH:NoExp] = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MAJR] = MeSH Major Topic

[TIAB] = Title or abstract

[TI] = Title

[AU] = Author

[TW] = Text Word

Systematic[SB] = Filter for retrieving systematic reviews

* = Truncation

Rad: 32
Tillstånd: Demenssjukdom, mild till måttlig

Åtgärd: Psykosociala stödprogram i grupp

Jämförelsealternativ: Ej erbjuda stöd enligt åtgärdsbeskrivningen

Sammanfattande bedömning

Kostnadseffektiviteten av psykosociala stödprogram i grupp för personer med mild till måttlig demenssjukdom har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Socialstyrelsen har inte sökt efter studier av kostnadseffektivitet eftersom åtgärdens effekt har bedömts utifrån ett konsensusförfarande. Underlaget redovisar en enkel kostnadsberäkning för svenska förhållanden med utgångspunkt från uppgifter i en systematisk översikt som i effektutvärderingen bedöms som relevant men som hade otillräcklig kvalitet för att ligga till grund för en skattning av effekten.

Metod

I litteraturgenomgången vid effektutvärderingen identifierades en systematisk översikt [1] av studier om sociala stödgrupper för personer med demenssjukdom eller kognitiv nedsättning. Socialstyrelsen bedömde att översikten omfattade relevanta frågeställningar men att sammanställningen av artiklar inte höll tillräcklig kvalitet. Två av studierna som ingår i den systematiska översikten avser psykosociala stödprogram för personer med demenssjukdom. Socialstyrelsen använde beskrivningarna av de två psykosociala stödprogrammen med olika omfattning på insatser som illustrativa exempel för resursåtgång och kostnadsbeskrivning. Kostnaden för stödprogrammen beräknades utifrån svenska arbetstidskostnader.

Det ena stödprogrammet var mer omfattande och innehöll flera komponenter: en timme tai-chi-övningar tre gånger per vecka, 90 minuter kognitiv beteendeterapi (KBT) i små grupper med möjlighet till individuell terapi varannan vecka och 90 minuters möte i form av en stödgrupp med fokus på social gemenskap och strategier för att hantera demenssjukdom varannan vecka. Programmet pågick i 20 veckor.

Den andra studien undersökte effekterna av en stödgrupp som syftade till att erbjuda stödjande diskussioner om medicinska orsaker till och behandlingar av demenssjukdom, framtida planering och strategier för förbättrad kommunikation och förbättrad daglig tillvaro. Gruppen träffades 90 minuter varje vecka under 9 veckors tid.

En kostnadsberäkning för psykosociala stödprogram motsvarande dessa två exempel på program redovisas i tabell 1. Exemplen i kostnadsberäkningen anges som *Stödprogram 1* (det mer omfattande programmet) och *Stödprogram 2*.

Stödprogram 1 och stödprogram 2 beskrivs utifrån de komponenter som ingår i beskrivningarna av interventionerna i översikten av Leung och med-

arbetare [1]. I beräkningen används genomsnittliga grundlöner, inklusive sociala avgifter, och ett kostnadspålägg för lokalkostnader och administration om 25 procent av totalkostnaden (personalkostnader och övriga kostnader). Storleken på kostnadspåslaget är baserat på kostnadsfördelningen i kommunernas räkenskapssammandrag och är tidigare använt i liknande beräkningar i Nationella riktlinjer från Socialstyrelsen. Enligt beskrivningen kan flera yrkesgrupper såsom sjukgymnast, psykoterapeut och arbetsterapeut medverka i de psykosociala stödprogrammen.

Resultat

Socialstyrelsen skattade den totala kostnaden till omkring 24 000 kronor för stödprogram 1 och till 3 500 kronor för stödprogram 2. Beräknade kostnader för stödprogram 1 och stödprogram 2 redovisas i tabell 1.

Diskussion

Omfattningen av och innehåll i ett psykosocialt stödprogram vid demenssjukdom påverkar storleken på programmets kostnader. Som framgår av tabell 1 skiljde sig stödprogram 1 och stödprogram 2 åt både avseende interventionernas längd och de moment som ingick. Kostnaderna påverkas också av vilka personalgrupper som medverkar. En annan yrkesgrupp som skulle kunna medverka är demenssjuksköterskor.

Kostnadsuppställningen är baserad på förenklade antaganden och tar exempelvis inte hänsyn till var och på vilket sätt ett psykosocialt stödprogram kan inkluderas i vård och omsorg av personer med demenssjukdom. Vidare påverkas kostnaden per person med demenssjukdom av antalet deltagare. Psykosociala stödprogram har komponenter som också återfinns i andra åtgärder i riktlinjerna, såsom psykosociala stödprogram för anhöriga och regelbunden och sammanhållen uppföljning och utredning. Det betyder att kostnaden för psykosociala stödprogram också påverkas av i vilken kontext de genomförs och vilka andra insatser som erbjuds och implementeras samtidigt.

Slutsatser

Kostnadseffektiviteten av psykosociala stödprogram i grupp för personer med mild till måttlig demenssjukdom har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Tabell 1. Kostnadsberäkning för två exempel på psykosocialt stödprogram

Insatskomponent	Antaganden	Enhetskostnad kronor	Enhetsmått	Total kostnad per komponent, kronor
Stödprogram 1.	Totalt 20 veckor.			
Friskvårdsledare (sjukgymnast)	60 minuter tre ggr/vecka	341	Per arbetad timme	20 480
Kognitiv beteendeterapeut (psykoterapeut)	90 minuter varannan vecka	430	Per arbetad timme	6 443
Samtalsledare för gruppsamtal (arbetsterapeut)	90 minuter varannan vecka	343	Per arbetad timme	5 148
			Total kostnad:	**32 071**
Stödprogram 2.	Totalt 9 veckor.			
Samtalsledare för gruppsamtal (arbetsterapeut)	90 minuter varje vecka	343	Per arbetad timme	4 633
			Total kostnad:	**4 633**

Källa: Leung et al. 2015, SCB Lönestatistik

Referenser

1. Leung, P, Orrell, M, Orgeta, V. Social support group interventions in people with dementia and mild cognitive impairment: a systematic review of the literature. International journal of geriatric psychiatry. 2015; 30(1):1-9.

Rad: 51, 95
Tillstånd:

- Rad 51: Demenssjukdom, mild till måttlig
- Rad 95: Demenssjukdom, måttlig till svår

Åtgärd:

- Rad 51: Dagverksamhet anpassad för personer med demenssjukdom
- Rad 95: Särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom

Jämförelsealternativ:

Ej erbjuda stöd i enlighet med åtgärdsbeskrivningen

Sammanfattande bedömning

Kostnadseffektiviteten av dagverksamhet eller särskilt boende, som är anpassat för personer med demenssjukdom, har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Socialstyrelsen har inte sökt efter studier av kostnadseffektivitet eftersom åtgärdernas effekt har bedömts utifrån ett konsensusförfarande. Underlaget redovisar en enkel kostnadsberäkning för svenska förhållanden för dagverksamhet med olika omfattning och för särskilt boende.

Kompletterande underlag

Socialstyrelsen har inte genomfört en hälsoekonomisk litteratursökning avseende kostnadseffektivitet eftersom effekten av de aktuella åtgärderna bedömts genom konsensusförfarande. Som kompletterande underlag har Socialstyrelsen tagit fram en kostnadsbeskrivning för dagverksamhet med olika omfattning och för särskilt boende.

Metod

I kommun- och landstingsdatabasen Kolada [1] och i rapporten Öppna jämförelser av Socialstyrelsen [2, 3] finns uppgifter publicerade om resursutnyttjande och kostnader i kommuners och landstings verksamheter, samlat från olika källor.

Kostnadsberäkningen för dagverksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdom baseras på antaganden om resursutnyttjandet av dagverksamhet. Kolada redovisar kostnader för dagverksamhet per kommuninvånare över 65 respektive över 85 år och inte per faktisk brukare eller per användningstillfälle. Det försvårar en jämförelse av kostnaderna med andra åtgärder. Därför redovisar kostnadsbeskrivningen för dagverksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdom olika scenarier för omfattningen av utnyttjande av insatsen. Beräkningen har ändrat några av de antaganden om dagverksamhet och personalbehov som användes i de föregående nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom från 2010 [4]. De antaganden och enhetspriser som ligger till grund för kostnadsberäkningen redovisas i tabell 1.

Antaganden avseende resursutnyttjandet av respektive yrkesgrupp baseras på antaganden som är gjorda i föregående riktlinjer och nya antagande som

är gjorda av Socialstyrelsen. Enhetspriserna är baserade på genomsnittliga grundlöner inklusive sociala avgifter för olika yrkesgrupper (undersköterska och vårdbiträde) som antas arbeta på en dagverksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdom. I huvudanalysen görs antagandet att endast undersköterskor utgör anställd personal medan i känslighetsanalysen görs samma antaganden som i föregående riktlinjer, det vill säga att personalen utgörs av både undersköterskor och vårdbiträden. I båda fallen tillkommer ett kostnadspålägg för lokalkostnader och administration om 25 procent av totalkostnaden (personalkostnader och övriga kostnader). Storleken på kostnadspåslaget är baserat på kostnadsfördelningen i kommunernas räkenskapssammandrag och är tidigare använt i liknande beräkningar i föregående riktlinjer. En kostnad för transport till och från dagverksamheten inkluderas. Kostnaden baseras på antagandet i föregående riktlinjer om att 10 km transportsträcka motsvarar 0,5 till 1 timmes hemtjänst. Enhetspriset för hemtjänst baseras på mediankostnad per beviljad timme hemtjänst i Kolada.

Kostnader för särskilt boende hämtas från Kolada. Statistiken i Kolada särredovisar inte kostnader för särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom utan innehåller kostnader för särskilt boende generellt. Personer med demenssjukdom utgör en stor andel av brukarna men exakt hur många de uppgår till kan vara svårt att uppskatta [5, 6]. Socialstyrelsen [7] uppskattade för 2012 till 2013 att ungefär 70 procent av de som bor i särskilt boende har en kognitiv nedsättning. Baserat på uppgiften om att det år 2012 fanns 90 500 platser på särskilt boende motsvarar det omkring 63 350 personer. Samtidigt uppskattades antalet personer med endast demenssjukdom som bor på särskilt boende uppgå till omkring 66 000 år 2012, vilket visar på viss osäkerhet i dessa skattningar [6]. Andelen personer med demenssjukdom på särskilda boenden kan dock bedömas som hög. Vidare har nästan alla kommuner i landet särskilda boenden som riktar sig till personer med demenssjukdom och av dessa är de flesta småskaliga [7]. Socialstyrelsen [3] uppskattade att över 30 000 personer bodde på särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom år 2012. Socialstyrelsen bedömer därför att Koladas redovisade kostnader för särskilt boende reflekterar kostnaden för särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom på ett rimligt sätt, men dessa kostnader bör betraktas som en konservativ skattning om högre personaltäthet eftersträvas.

Tabell 1. Antagande om resursutnyttjande i dagverksamhet

	Huvudanalys				Känslighetsanalys	
Insatskomponent	**Antaganden (resursutnyttjande per patient)[a]**	**Enhetskostnad kronor**	**Enhetsmått**	**Total kostnad per patient, kronor**	**Antaganden (resursutnyttjande per patient)**	**Total kostnad per patient, kronor**
Undersköterska	0,375 undersköterskor per patient per dag (5 timmar)	226	Per arbetad timme	424	0,125 undersköterskor per patient per dag (5 timmar)	141
Övriga kostnader (lokal och administration), undersköterska	25 procent av totalkostnad (personalkostnad och övriga kostnader)	75	Per arbetad timme	141	25 procent av totalkostnad (personalkostnad och övriga kostnader)	47
Vårdbiträde	Inget vårdbiträde	205	Per arbetad timme		0,25 vårdbiträden per patient per dag (5 timmar)	256
Övriga kostnader (lokal och administration), vårdbiträde	N/A	68	Per arbetad timme		25 procent av totalkostnad (personalkostnad och övriga kostnader)	85
Transportkostnad	10 km tur och retur, motsvarande 1 timmes hemtjänst	680	Per timme hemtjänst	680	10 km tur och retur, motsvarande 1 timmes hemtjänst	680
			Total kostnad per dag:	**1 245**	**Känslighetsanalys, total kostnad per dag:**	**1 210**

Noter: a) Socialstyrelsens bedömning. Källa: SCB Lönestatistik samt Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) 2016.

Resultat

Kostnaden per brukare för särskilt boende varierar mellan kommuner. Beroende på grad av deltagande i dagverksamhet för en person med demenssjukdom varierar också den kostnaden: Exempelvis beräknas kostnaden för dagverksamhet en gång i veckan i 20 veckor till 24 900 kronor per år medan dagverksamhet fem dagar i veckan i 40 veckor motsvarar 248 995 kronor per år i huvudanalysen. I en rapport från Socialstyrelsen [3] framgick att den genomsnittliga kostnaden för dagverksamhet (med beslut om insatsen år 2012) uppgick till 98 900 kronor per person.

Snittkostnader på kommunnivå för särskilt boende och dagverksamhet för personer 65 år och äldre år 2014 redovisas i tabell 2. Resultatet för skattningen av kostnaden av dagverksamhet respektive resultatet av känslighetsanalysen redovisas i tabell 3 och tabell 4.

Diskussion

I kostnaderna för särskilt boende ingår kommunernas kostnader för särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom, men det är möjligt att kostnaderna som eventuellt tillkommer, till följd av anpassningen av ett särskilt boende för personer med demenssjukdom och till följd av att boendet avgränsas till att vara småskaligt, underskattas i Socialstyrelsens beräkningar. Huruvida personer med demenssjukdom i särskilt boende förbrukar mer resurser än icke demenssjuka är svårbedömt [6]. Socialstyrelsens beräkningar redovisas i tabell 2.

Kostnadsscenarierna för dagverksamhet är illustrativa och behöver kompletteras med bedömningar av i vilken omfattning dagverksamhet vanligen beviljas för och utnyttjas av personer med demenssjukdom. Det finns flera orsaker till spridning i kostnaderna för dagverksamhet och särskilt boende så som de rapporteras i Kolada. Förutom att kostnadsläget kan variera mellan kommuner för personal och fastigheter, kan demografisk sammansättning, geografiska förutsättningar och vårdorganisation samt skillnader i beräkningsgrunder bidra till variation.

Slutsatser

Kostnadseffektiviteten av dagverksamhet eller särskilt boende som är anpasssat för personer med demenssjukdom har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Underlaget redovisar en enkel kostnadsberäkning för svenska förhållanden för dagverksamhet med olika omfattning och för särskilt boende. Beroende på grad av deltagande i dagverksamhet för en person med demenssjukdom varierar den kostnaden: Exempelvis beräknas kostnaden för dagverksamhet en gång i veckan i 20 veckor till 24 900 kronor per år medan dagverksamhet fem dagar i veckan i 40 veckor motsvarar 248 995 kronor per år i huvudanalysen.

Tabell 2. Kostnader för särskilt boende samt dagverksamhet för personer 65 år och äldre, år 2014, snittkostnad på kommunnivå

Insatskomponent	Enhetskostnad kronor, median	Enhetskostnad kronor, min–max (variation mellan kommuner)	Enhetsmått
Särskilt boende äldreomsorg	778 913	483 681–1 640 790	Per brukare
Dagverksamhet ordinärt boende äldreomsorg	512	0–4 116	Per invånare > 65 år

Källa: Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) 2016, Socialstyrelsen, SKoLSo: Öppna jämförelser 2015. Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län.

Tabell 3. Kostnadsbeskrivning av dagverksamhet, kostnad per person med demenssjukdom

Närvaro i dagsverksamhet	1 gång per vecka	2 gånger per vecka	3 gånger per vecka	4 gånger per vecka	5 gånger per vecka
20 veckor per år	24 900	49 799	74 699	99 598	124 498
30 veckor per år	37 349	74 699	112 048	149 397	186 746
40 veckor per år	49 799	99 598	149 397	199 196	248 995

Tabell 4. Kostnadsbeskrivning av dagverksamhet, kostnad per person med demenssjukdom, känslighetsanalys

Närvaro i dagsverksamhet	1 gång per vecka	2 gånger per vecka	3 gånger per vecka	4 gånger per vecka	5 gånger per vecka
20 veckor per år	24 201	48 401	72 602	96 802	121 003
30 veckor per år	36 301	72 602	108 902	145 203	181 504
40 veckor per år	48 401	96 802	145 203	193 604	242 005

Referenser

1. Rådet för främjandet av kommunala analyser (RKA). Kommun och landstingsdatabasen (Kolada). 2016.
2. Öppna jämförelser 2015 - Vård och omsorg om äldre.: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen; 2016.
3. Socialstyrelsen. Kostnadsmått. Öppna jämförelser. 2013.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010. Hälsoekonomiskt vetenskapligt underlag. 2010.
5. Socialstyrelsen, SKoLSo. Öppna jämförelser 2015. Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län. Hämtad 2016-04-05 från: http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/oppna-jamforelser-2015-vard-och-omsorg-om-aldre.html
6. Wimo, AJ, L; Fratiglioni, L; Sandman, PO; Gustavsson, A; Sköldunger, A. Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.
7. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014. Indikatorer och underlag för bedömningar. 2013.

Rad: 85, 86 och 88
Tillstånd: Anhörig till person med demenssjukdom

Åtgärd:

- Rad 85: Utbildningsprogram
- Rad 86: Psykosociala stödprogram
- Rad 88: Avlösning exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet

Jämförelsealternativ: Ej erbjuda stöd enligt åtgärdsbeskrivningen

Sammanfattande bedömning

Underlaget för att bedöma kostnadseffektiviteten av utbildningsprogram för anhörig till person med demenssjukdom är otillräckligt. Ingen studie har utvärderat kostnadseffektiviteten av ett stödprogram som enbart är baserat på en utbildningskomponent. Tre nyligen genomförda studier i Sverige, Danmark och Storbritannien visar olika resultat av en kombination av olika stödprogram. Kostnadseffektiviteten av psykosociala stödprogram och avlösning, exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet för anhörig till person med demenssjukdom, har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Socialstyrelsen har inte sökt efter studier av kostnadseffektivitet för psykosocialt stödprogram eftersom åtgärden inte bedöms ha någon effekt alternativt ha otillräckligt vetenskapligt stöd för att det skulle vara möjligt att göra en bedömning av effekten.

Socialstyrelsen har inte sökt efter studier av kostnadseffektivitet för avlösning, exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet, eftersom åtgärdens effekt har bedömts utifrån ett konsensusförfarande. Det hälsoekonomiska underlaget redovisar i stället en enkel kostnadsberäkning för svenska förhållanden avseende avlösning exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet.

Litteratursökning och kompletterande underlag

Effektutvärderingen av utbildningsprogram för anhöriga till personer med demenssjukdom baserades på en systematisk översikt av Jensen et al. [1]. Denna översikt behandlade inte kostnadseffektivitet av utbildningsprogram varför en separat hälsoekonomisk litteratursökning har gjorts i PubMed för denna åtgärd. Sökstrategin bygger på att tillstånd och åtgärd definieras på samma sätt som vid litteratursökningen i effektutvärderingen och att kostnads- och kostnadseffektstudier identifieras med vida sökord. Totalt 840 artiklar identifierades i sökningen. Till följd av omfattningen av träffarna inkluderades ytterligare sökord (Sverige, Danmark, Norge, Finland, Storbritannien eller Nederländerna) för att reducera sökningen till studiekontext med högst relevans för svenska förhållanden. Efter granskning av titel och abstract valdes 6 artiklar ut för fulltextgranskning och 3 studier inkluderas i denna litteraturöversikt. Studierna sammanfattas i tabell 5.

Som kompletterande underlag för åtgärderna psykosociala stödprogram och avlösning exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet, för vilka en litteratursökning inte har genomförts, har Socialstyrelsen tagit fram en kostnadsbeskrivning.

Metod

Underlaget som har tagits fram till kostnadsbeskrivningen av psykosocialt stödprogram för anhörig till person med demenssjukdom utgår från den beskrivning av psykosocialt stödprogram som finns i den HTA-rapport (Health Technology Assessment) [2] som använts som underlag för psykosociala stödprogram i grupp för personer med mild till måttlig demenssjukdom. Underlaget för kostnadsbeskrivningen av avlösning för anhörig till person med demenssjukdom baseras på de underlag som har tagits fram för den av riktlinjens rekommendationer som gäller dagverksamhet som är anpassad för person med demenssjukdom.

I linje med beskrivningen av det psykosociala stödprogrammet i HTA-rapporten [2] skattas kostnaderna baserat på ett program med 8 individuella möten mellan anhörig och terapeut. Ingen angivelse om längden på dessa sessioner finns i HTA-rapporten, men samma antagande som låg till grund för kostnadsberäkningen av psykosociala stödprogram för personer med demenssjukdom används, det vill säga 90 minuter. Kostnaden för stödprogrammen beräknades utifrån svenska arbetstidskostnader. Enhetspriserna är baserade på genomsnittliga grundlöner inklusive sociala avgifter samt ett kostnadspåslag för lokalkostnader och administration om 25 procent av totalkostnaden (personalkostnader och övriga kostnader). Storleken på kostnadspåslaget är baserat på kostnadsfördelningen i kommunernas räkenskapssammandrag och är tidigare använt i liknande beräkningar i nationella riktlinjer från Socialstyrelsen. Kostnaden för hemtjänst under tiden som den anhöriga deltar i stödprogrammet har också inkluderats.

I kommun- och landstingsdatabasen Kolada [3] och i Socialstyrelsens rapporter Öppna jämförelser av socialtjänst [4] och Öppna jämförelser av vård av äldre [5] finns uppgifter publicerade om resursutnyttjande och kostnader i kommuners och landstings verksamheter, samlat från olika källor. Kostnadsberäkningen av avlösning för anhörig till person med demenssjukdom sammanställer genomsnittlig kostnad för boende i särskilt boende och kostnad per timme hemtjänst (beräkningen redovisas i tabell 2). Kolada redovisar kostnader för dagverksamhet per kommuninvånare över 65 respektive över 85 år och inte per faktisk brukare eller per användningstillfälle. Det försvårar en jämförelse av kostnaderna med andra åtgärder. Därför redovisar kostnadsbeskrivningen för avlösning för anhörig i form av dagverksamhet för personer med demenssjukdom samma kostnad som uppskattades för den av riktlinjens rekommendationer som gäller dagverksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdom.

Resultat

Utbildningsprogram

Slutsatsen från litteratursökningen är att inga studier undersökte kostnadseffektiviteten av en isolerad utbildningskomponent. Det är inte alltid

tydligt hur olika stödkomponenter bör klassificeras. Ett exempel är om utbildning i stöd för tillämpning av copingstrategier är att anse som en utbildningsåtgärd eller en psykosocial insats. Utbildningsinterventionerna kan därför inkludera inslag av psykosociala program i begränsad omfattning.

Ett exempel på denna typ av studie är studien av Dahlrup och medarbetare, genomförd i Malmö, som inkluderar en utbildningskomponent och en social stödkomponent som riktades till anhöriga [6]. Huvudkomponenten består dock av utbildningskomponenten som samtliga deltagare i programmet (n = 153) deltog i (majoriteten deltog i gruppsamtal), i jämförelse med det efterföljande sociala stödprogrammet som 46 procent av samtliga personer deltog i. De fem obligatoriska sessionerna innehöll information och utbildning i demenssjukdom, depression, hantering av beteendemässiga problem, medicinering, relevant lagstiftning och tillgänglig kommunal service. De efterföljande valfria stödgrupperna möttes 6 gånger på 3 månader för att diskutera känslor och tankar kring att vara anhörig och för att få rådgivning kring bland annat copingstrategier.

Resultatet från studien var att tiden (antal dagar) till att personen med demenssjukdom flyttade till särskilt boende var något längre i interventionsgruppen, men skillnaden var inte statistisk signifikant. Studien fann också lägre livskvalitet för anhöriga i kontrollgruppen. Regressionsanalyser indikerade att effekten på livskvalitet skiljde sig åt mellan olika grupper av anhöriga. Anhöriga i interventionsgruppen som var barn eller barnbarn hade högre livskvalitet jämfört med kontrollgruppen under tiden personen med demenssjukdom bodde hemma. När personen med demenssjukdom hade flyttat till särskilt boende eller avlidit hade make/maka/sambo i kontrollgruppen signifikant lägre livskvalitet än motsvarande anhöriga i interventionsgruppen. Studien fann inga statistiskt signifikanta skillnader i totalkostnad per månad mellan interventions- och kontrollgruppen men i subgruppsanalysen hade interventionsgruppen signifikant lägre kostnader för särskilt boende. Studiens slutsats var att det finns stöd för att utbildnings- och psykosociala stödprogram kan generera positiva effekter i form av livskvalitet utan att generera högre kostnader.

En annan studie utgörs av en omfattande HTA-rapport av Livingstone och medarbetare [2]. Mot bakgrund av att NICE har påpekat bristen på evidens för effekt och kostnadseffektivitet av psykosociala stödprogram för anhöriga till personer med demenssjukdom genomfördes en randomiserad kontrollerad studie med syfte att utvärdera ett individuellt terapiprogram. Programmet bestod av flera komponenter som behandlades vid 8 terapisessioner och vars innehåll återigen kan sägas överlappa mellan åtgärderna utbildningsprogram och psykosociala stödprogram.

Första sessionen bestod av ”psychoeducation” om demenssjukdom, den demenssjukes beteenden och anhörigstress. Session 2–5 bestod av diskussion av svårhanterliga situationer eller beteenden och introduktion av ”behavioural management techniques” och copingstrategier. Session 6–8 innebar planering för framtiden, genomgång av aktiviteter som är lämpliga att genomföra i vardagen för sig själv eller med personen med demenssjukdom, och reflektion kring vilka nya lärdomar som den anhöriga planerade att implementera.

Studien pekade bland annat på en liten och inte signifikant kostnadsökning för interventionsgruppen efter 8 månader. Känslighetsanalyser visade att det var sannolikt (99 procent) att kostnaden per vunnen QALY låg under 30 000 GBP och basmodellresultatet var 6000 GBP per vunnen QALY. Analyserna som utgick från tvåårsdata var likartade men känslighetsanalyserna pekade på en större osäkerhet i slutsatserna utifrån dessa data.

En tredje studie som också omfattade ett kombinationsprogram av utbildning och psykosocialt stöd är studien av Søgaard och medarbetare, som genomfördes i Danmark [7]. Den studerade åtgärden riktar sig till anhöriga till personer med demenssjukdom som diagnostiserats under de senaste 12 månaderna. Stödprogrammet bestod av både grupp- och individspecifika sessioner med rådgivning över telefon, 5 utbildningsmöten för både den anhörige och personen med demenssjukdom, och informationsmaterial. Resultat från studien var att inga signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgrupp med avseende på kostnader och QALY kunde uppmätas efter 3 år.

Psykosociala stödprogram

Socialstyrelsen har inte sökt efter studier av kostnadseffektivitet för psykosocialt stödprogram eftersom effektutvärderingen ledde till bedömningen att åtgärden inte har någon effekt alternativt har otillräckligt vetenskapligt stöd för att det ska vara möjligt att bedöma effekten. I stället presenteras en kostnadsbeskrivning av ett exempel på psykosocialt stödprogram för anhörig till person med demenssjukdom som är baserat på beskrivningarna av ett psykosocialt stödprogram i HTA-rapporten av Livingston och medarbetare [2]. Kostnadsberäkningen för exempel på psykosocialt stödprogram för anhörig till person med demenssjukdom visar att den skattade totalkostnaden för ett psykosocialt stödprogram uppgår till 21 480 kronor. Resultatet för skattningen av kostnaden för psykosocialt stödprogram redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Kostnadsberäkning för exempel på psykosocialt stödprogram för anhörig till person med demenssjukdom

Insatskomponent	Antaganden	Enhetskostnad kronor	Enhetsmått	Total kostnad per komponent, kronor
Samtalsterapeut (psykoterapeut)	90 minuter varje vecka (8 veckor)	430	Per arbetad timme	5 160
Hemtjänst	3 timmar varje vecka (8 veckor)	680	Per timme	16 320
			Total kostnad per anhörig:	**21 480**

Källa: Livingston et al 2014 [2], SCB Lönestatistik [8], Kolada [3], Socialstyrelsens bedömning

Avlösning exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet

Socialstyrelsen har inte sökt efter studier av kostnadseffektivitet för avlösning exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet eftersom åtgärdernas effekt har bedömts utifrån ett konsensusförfarande. I stället presenteras en kostnadsbeskrivning av

avlösning för anhörig till person med demenssjukdom som är baserad på de underlag som har tagits fram för de av riktlinjens rekommendationer som gäller dagverksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdom och särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom. Resultatet för sammanställningen av kostnaderna för särskilt boende och hemtjänst redovisas i tabell 2 och den skattade kostnaden för dagverksamhet (för olika scenarier när det gäller nyttjandegrad av verksamheten) inklusive känslighetsanalys redovisas i tabell 3 och tabell 4.

Tabell 2. Kostnader för särskilt boende samt dagverksamhet för personer 65 år och äldre, år 2014, snittkostnad på kommunnivå

Insatskomponent	Enhetskostnad kronor, median	Enhetskostnad kronor, min–max	Enhetsmått
Särskilt boende äldreomsorg	778 913	483 681–1 640 790	Per brukare
Hemtjänst äldreomsorg	260 530	119 573–513 053	Per brukare
Hemtjänst äldreomsorg	680	292–5 549	Per beviljad timme

Källa: Kolada 2016 [3], Socialstyrelsen 2015 [9]

Tabell 3. Kostnadsbeskrivning av dagverksamhet, kostnad per person med demenssjukdom

Närvaro i dagsverksamhet	1 gång per vecka	2 gånger per vecka	3 gånger per vecka	4 gånger per vecka	5 gånger per vecka
20 veckor per år	24 900	49 799	74 699	99 598	124 498
30 veckor per år	37 349	74 699	112 048	149 397	186 746
40 veckor per år	49 799	99 598	149 397	199 196	248 995

Tabell 4. Kostnadsbeskrivning av dagverksamhet, kostnad per person med demenssjukdom, känslighetsanalys

Närvaro i dagsverksamhet	1 gång per vecka	2 gånger per vecka	3 gånger per vecka	4 gånger per vecka	5 gånger per vecka
20 veckor per år	24 201	48 401	72 602	96 802	121 003
30 veckor per år	36 301	72 602	108 902	145 203	181 504
40 veckor per år	48 401	96 802	145 203	193 604	242 005

Diskussion

Litteratursökningen för hälsoekonomiska studier av utbildningsprogram för anhöriga till personer med demenssjukdom indikerade att inga studier har utvärderat kostnadseffektiviteten av denna utbildning utan att kombinera den med psykosociala stödprogram. Litteraturgenomgången visar stor spridning i resultat om kostnadseffektiviteten för olika kombinationsprogram av utbildning och psykosocialt stöd jämfört med inget stödprogram. En studie från Sverige visar att för några subgrupper av anhöriga kan ett stödprogram med utbildning innebära positiva effekter utan att generera högre kostnader. Vidare finner en HTA-rapport som genomförts på uppdrag av brittiska NICE att ett stödprogram är kostnadseffektivt, vilket står i kontrast till en dansk studie som inte finner några skillnader i kostnader och effekter mellan interventionsgruppen, som har tagit del av ett stödprogram, och kontrollgruppen.

I kunskapsunderlaget har man gjort bedömningen att det finns visst stöd för att ett utbildningsprogram för anhöriga har en positiv effekt på bland annat graden av depression, men också att psykosocialt stödprogram inte har någon effekt på anhörigas upplevda belastning och depression, och detta kan eventuellt förklara spridningen i de hälsoekonomiska studierna som studerar kombinationer av dessa åtgärder.

Slutsatser

Hälsoekonomiska studier drar olika slutsatser om kostnadseffektivitet för utbildningsprogram för anhöriga till personer med demenssjukdom. Underlaget för att bedöma kostnadseffektiviteten av utbildningsprogram är otillräckligt.

Socialstyrelsen har inte sökt efter studier av kostnadseffektivitet för psykosocialt stödprogram eftersom åtgärden inte bedöms ha någon effekt alternativt ha otillräckligt vetenskapligt stöd för att det skulle vara möjligt att göra en bedömning av effekten.

Socialstyrelsen har inte sökt efter studier av kostnadseffektivitet för avlösning exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet eftersom åtgärdens effekt har bedömts utifrån ett konsensusförfarande.

Tabell 5: Översikt av ingående studier för åtgärden utbildningsprogram

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effektmått	Resultat	Kommentarer
Dahlrup et al., 2014, Sverige	Utvärdering av kostnadseffektiviteten mellan a) psykosocialt stödprogram och b) vanlig behandling (inget stödprogram) Kvasiexperimentell studie. 5 år Hälso- och sjukvårdsperspektiv och omsorgskostnadsperspektiv	Direkta kostnader 2010 Kostnad (median), personen med demenssjukdom bor hemma: a) 951 EUR b) 880 EUR Ej signifikant skillnad. Kostnad (median), för personen med demenssjukdom bor i särskilt boende: a) 4125 EUR b) 4334 EUR Signifikant skillnad.	Närståendes hälsorelaterade kvalitetsjusterade levnadsår (HRQoL) baserat på EQ-5D. Personen med demenssjukdom bor hemma: a) kontra b) 0,052 Effektskillnad ej signifikant. Vid kontroll av confounders förblev skillnaden signifikant mellan kontroll- och interventionsgrupp i subgruppen barn och barnbarn som vårdade närstående (0,065) Personen med demenssjukdom bor i särskilt boende: a) kontra b) 0,07 Effektskillnad ej signifikant. Vid kontroll av confounders förblev skillnaden signifikant i subgruppen make/maka	Beräknad inkrementell kostnadseffektkvot (ICER): Kostnad per vunnen QALY för närstående till personer med demenssjukdom som bor hemma: a) kontra b) 1 365 EUR I subgruppen för närstående barn och barnbarn: a) kontra b) 2 231 EUR Kostnad per vunnen QALY för närstående till personer med demenssjukdom på särskilt boende: a) kontra b) är dominant I subgruppen för närstående barn och barnbarn: a) kontra b) är dominant	

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effektmått	Resultat	Kommentarer
			och sambo (0,342).		
Livingstone et al., 2014, Storbritannien	Utvärdering av kostnadseffektiviteten mellan a) psykosocialt stödprogram (manualbaserat individterapi) och b) vanlig behandling (inget stödprogram) Randomiserad kontrollerad studie 8 månader (kort sikt) respektive 2 år (lång sikt) Hälso- och sjukvårdsperspektiv och omsorgskostnadsperspektiv	Direkta kostnader 2009–2010 Diskonteringsränta 3,5 % Kostnadsskillnad 8 månader: a) kontra b) 252 GBP Ej signifikant skillnad. Kostnadsskillnad 24 månader: a) kontra b) 336 GBP Ej signifikant skillnad.	Kvalitetsjusterade levnadsår baserat på EQ-5D. Effektskillnad 8 månader a) kontra b) 0,042 Signifikant skillnad Effektskillnad 24 månader a) kontra b) 0,03 Ej signifikant skillnad	Beräknad inkrementell kostnadseffektkvot (ICER): Kostnad per vunnen QALY, 8 månader: a) kontra b) 6 000 GBP Med en betalningsvilja per vunnen QALY på 30 000 GBP är sannolikheten att a) jämfört med b) är kostnadseffektiv över 99 %. Kostnad per vunnen QALY, 8 månader: a) kontra b) 11 200 GBP Med en betalningsvilja per vunnen QALY på 30 000 GBP är sannolikheten att a) jämfört med b) är kostnadseffektiv 75 %.	

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effektmått	Resultat	Kommentarer
Søgaard et al., 2014, Danmark	Utvärdering av kostnadseffektiviteten mellan a) psykosocialt stödprogram och b) vanlig behandling (inget stödprogram) Randomiserad kontrollerad studie 3 år Samhällskostnadsperspektiv	Direkta och indirekta kostnader 2008 Diskonteringsränta 3 % Kostnadsskillnad: a) kontra b) 3 401 EUR Ej signifikant skillnad.	Effektskillnad a) kontra b) -0,09 Ej signifikant skillnad	Inga signifikanta skillnader i effekter eller kostnader och sannolikheten för att a) jämfört med b) är kostnadseffektivt översteg inte 36 % för någon undersökt nivå av betalningsvilja.	

Referenser

1. Jensen, M, Agbata, IN, Canavan, M, McCarthy, G. Effectiveness of educational interventions for informal caregivers of individuals with dementia residing in the community: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Int J Geriatr Psychiatry. 2015; 30(2):130-43.
2. Livingston, G, Barber, J, Rapaport, P, Knapp, M, Griffin, M, Romeo, R, et al. START (STrAtegies for RelaTives) study: a pragmatic randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost-effectiveness of a manual-based coping strategy programme in promoting the mental health of carers of people with dementia. Health technology assessment (Winchester, England). 2014; 18(61):1-242.
3. Rådet för främjandet av kommunala analyser (RKA). Kommun och landstingsdatabasen (Kolada). 2016.
4. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av socialtjänsten. 2013.
5. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2015 - Vård och omsorg om äldre. 2016.
6. Dahlrup, B, Nordell, E, Steen Carlsson, K, Elmstahl, S. Health economic analysis on a psychosocial intervention for family caregivers of persons with dementia. Dementia and geriatric cognitive disorders. 2014; 37(3-4):181-95.
7. Sogaard, R, Sorensen, J, Waldorff, FB, Eckermann, A, Buss, DV, Waldemar, G. Cost analysis of early psychosocial intervention in Alzheimer's disease. Dementia and geriatric cognitive disorders. 2014; 37(3-4):141-53.
8. Statistiska centralbyrån (SCB). Genomsnittlig månadslön efter sektor 1992–2014. 2014.
9. Socialstyrelsen, SKoLSo. Öppna jämförelser 2015. Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län. 2016. Hämtad 2016-04-05 från: http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/oppna-jamforelser-2015-vard-och-omsorg-om-aldre.html

Litteratursökning

Databas: PubMed **Databasleverantör:** NLM **Datum: 16 februari/Hälsoekonomi** **Ämne:** Nationella riktlinjer Demens (Rad 85)		
Söknr	Söktermer	Antal ref. **)
1.	"Caregivers"[Mesh]	24563
2.	(caregiver burden[tiab] OR caregiver stress[tiab] OR caregiver strain[tiab] OR caregiver distress[tiab] OR caregiver coping[tiab] OR caregiver intervention*[tiab] OR caregiver program*[tiab] OR caregiver support*[tiab] OR caregiving relationship*[tiab] OR caregiving burden*[tiab] OR caregiving stress*[tiab] OR home caregiver*[tiab] OR family caregiv*[tiab] OR family carer*[tiab] OR informal caregiv*[tiab] OR non-paid caregiver*[tiab] OR nonprofessional caregiver*[tiab] OR spousal caregiv*[tiab] OR spouse caregiv*[tiab] OR caregiver*[ti] OR caregiver*[ot])	17002
3.	1 OR 2	30755
4.	Dementia[Mesh] OR dementia[tiab] OR dementia[ot] OR Alzheimer*[tiab] OR Alzheimer*[ot]	189821
5.	3 AND 4	6485
6.	"Education"[Mesh] OR "education" [Subheading] OR (educate[tiab] OR qualification*[tiab] OR skills*[tiab] OR training*[tiab] OR training[ot] OR knowledge[tiab] OR competenc*[tiab] OR course*[tiab] OR empower*[tiab] OR intervention*[tiab] OR supervision[tiab] OR program*[tiab] OR education*[tiab] OR education[ot])	2911608
7.	5 AND 6	3151
8.	"Economics"[Mesh] OR "economics"[Subheading] OR "Markov Chains"[Mesh] OR "Computer Simulation"[Mesh] OR "Quality-Adjusted Life Years"[Mesh] OR "Health Care Costs"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh]	933576
9.	cost*[tiab] OR cost-effectiv*[tiab] OR financ*[tiab] OR economic*[tiab] OR pharmacoeconom*[tiab] OR pric*[tiab] OR pricing[tiab] OR qol[tiab] OR quality of life[tiab] OR QALY[tiab] OR quality adjusted*[tiab] OR willingness to pay[tiab] OR resource utilisation[tiab] OR resource utilization[tiab]	825908
10.	8 OR 9	1450712
11.	7 AND 10	1234
12.	11 AND Filters activated: Publication date from 2005/01/01	926
13.	11 AND Filters activated: English, Swedish, Danish, Norwegian, Publication date from 2005/01/01	840
14.	11 AND (Sweden OR Norway OR Denmark OR Finland OR UK OR Netherlands) AND Filters activated: English, Swedish, Danish, Norwegian, Publication date from 2005/01/01	**228**

**)De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

[MeSH] = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MeSH:NoExp] = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MAJR] = MeSH Major Topic

[TIAB] = Title or abstract

[TI] = Title

[AU] = Author

[TW] = Text Word

Systematic[SB] = Filter for retrieving systematic reviews

* = Truncation

Rad: 56A, 56B, 59-60
Tillstånd:

- Rad 56A: Alzheimers sjukdom, mild till måttlig
- Rad 56B: Alzheimers sjukdom, mild till måttlig, med cerebrovaskulära inslag
- Rad 59: Alzheimers sjukdom, måttlig till svår
- Rad 60: Alzheimers sjukdom, måttlig till svår

Åtgärd:

- Rad 56A: Kolinesterashämmare
- Rad 56B: Kolinesterashämmare
- Rad 59: Memantin
- Rad 60: Memantin som tillägg till kolinesterashämmare

Jämförelsealternativ:

Kolinesterashämmare: Placebo
Memantin eller memantin som tillägg till kolinesterashämmare: Behandling med enbart kolinesterashämmare

Sammanfattande bedömning

Slutsatsen från den hälsoekonomiska utvärderingen av kostnadseffektiviteten för behandling med kolinesterashämmare är att det finns viss evidens för att åtgärden är kostnadseffektiv jämfört med placebo vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom. Hälsoekonomiska modellanalyser drar olika slutsatser om kostnadseffektivitet för behandling med memantin vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom jämfört med ingen aktiv behandling (placebo eller kolinesterashämmare). Medan flera studier pekar på att memantin kan vara kostnadsbesparande och samtidigt ge hälsovinster fann en Health Technology Assessment -rapport (HTA-rapport) från Storbritannien från år 2012 [1] att memantin inte är kostnadseffektivt och att tillgängliga data fortfarande är osäkra. Författarna till HTA-rapporten anser att modellresultaten ska tolkas med försiktighet eftersom de bygger på ett flertal antaganden om hur behandlingen påverkar patientnytta och resursbehov. Osäkerheten i data, och därmed modellanalyser av kostnadseffektivitet, gäller också för läkemedelsbehandling med kolinesterashämmare, men osäkerheten bedöms som mindre jämfört med memantin.

Litteraturgenomgången identifierade endast en studie av kostnadseffektivitet för memantin som tillägg till kolinesterashämmare vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom i jämförelse med fortsatt användning av endast kolinesterashämmare. En studie indikerar att behandlingen kan vara kostnadseffektiv.

Det saknas studier som har belyst kostnadseffektivitet för behandling med kolinesterashämmare vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulära inslag.

För behandling med kolinesterashämmare och memantin har effektutvärderingen i kunskapsunderlaget funnit små till måttliga effekter på bland annat global funktion och kognition, och för behandling med memantin som tillägg

till kolinesterashämmare är slutsatsen att åtgärden ger en liten effekt på bland annat kognition.

Litteratursökning och kompletterande underlag

En hälsoekonomisk litteratursökning har gjorts i PubMed. Sökstrategin bygger på att tillstånd och åtgärder definieras på samma sätt som vid litteratursökningen i effektutvärderingen och att kostnads- och kostnadseffektstudier identifieras med vida sökord. Totalt 489 artiklar identifierades i sökningen. Efter granskning av titel och abstract valdes 29 artiklar ut för fulltextgranskning. Av dessa bedömdes 8 studier uppfylla urvalskriterierna för denna sammanställning. Urvalskriterierna var publiceringsår efter 2005 och artikel tillgänglig i fulltext (konferensabstract inkluderades inte), samt att studien ska vara relevant för svenska förhållanden, vilket innebär att studier från skandinaviska länder, Storbritannien, Tyskland, Nederländerna och Frankrike inkluderades. De utvalda 8 studierna utgör samtliga modellstudier.

Studierna finns återgivna i tabell 2, 3 och 4, sorterade per frågeställning som studien omfattar. Eftersom tillstånd och åtgärder delvis överlappar mellan frågeställningarna kan en studie inkluderas under flera frågeställningar.

Socialstyrelsen har samrått med Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket om underlag avseende kolinesterashämmare och memantin. Ursprungliga underlag från initial subventionsansökan är inaktuella eftersom både kolinesterashämmare och memantin i dag finns som generikapreparat och prisbilden har förändrats. Socialstyrelsen redovisar därför som referens en kostnadsbeskrivning av genomsnittlig behandlingskostnad per dygn och per årsbehandling för den dos som används i en brittisk HTA-rapport för tre kolinesterashämmare samt memantin, se tabell 1.

Tabell 1. Kostnadsberäkning av demensläkemedel

Aktiv substans	Antagande om dygnsdos	Skattad dygns-kostnad, kronor	Skattad årskost-nad, kronor	Kommentar
Mematin	17,5 mg	4,5	1 644	Dosering baserad på ett genomsnitt av 15–20 mg/dag
Donepezil	10 mg	7	2 629	
Galantamin	20 mg	9	3 382	Dosering baserad på ett genomsnitt av 16–24 mg/dag
Rivastigmin plåster	9,5 mg	10	3 796	
Rivastigmin	10,5 mg	19	7 100	Dosering baserad på ett genomsnitt av 9–12 mg/dag

Källa: TLV 2016, dosantaganden i HTA-rapporten av Bond et al. 2012

Kolinesterashämmare

I en omfattande HTA-rapport av Bond och medarbetare från 2012 [1] undersöks kostnadseffektiviteten för behandling med kolinesterashämmare vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom. Slutsatsen är att behandling med kolinsterashämmare är dominant, det vill säga leder till större nytta för en lägre kostnad, jämfört med ingen behandling. Baserat på en probabilistisk känslighetsanalys bedöms osäkerheten som låg och behandlingen bedöms som dominant för de flesta nivåer av betalningsvilja. Slutsatsen att kolineste-

rashämmare dominerar behandlingsalternativet placebo indikeras även av två andra, nyligen publicerade modellstudier som är baserade på tysk respektive engelsk data [2, 3].

Det saknas vetenskapligt underlag för en hälsoekonomisk bedömning av behandling med kolinesterashämmare vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulära inslag.

Memantin

Fyra modellstudier kommer fram till olika slutsatser. Tre av studierna, publicerade 2005–2012, fann att memantin medförde lägre kostnader och större hälsovinster än ingen behandling. Den första var en svensk modellstudie med femårig tidshorisont från 2005 som kom fram till att behandling med memantin vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom är dominant, det vill säga leder till större hälsovinster för en lägre kostnad jämfört med ingen behandling [4]. En senare modellstudie från 2011 som är baserad på nederländska data och med en simuleringsperiod på 5 år drog samma slutsats [5]. Även en norsk modellstudie från 2012 genererade samma resultat vid en jämförelse av memantin med ingen behandling eller som tillägg till kolinesterashämmare under en period om 5 år [6]. Information om resursanvändning och livskvalitetsvikter i denna studie baserades på svensk data.

En HTA-rapport från år 2012 som beställts av brittiska NICE [1] analyserade kostnadseffektivitet utifrån brittiska data för memantin jämfört med placebo som behandling vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom. Rapporten bedömde att osäkerheten om kostnadseffektivitet var större för behandling med memantin jämfört med kolinesterashämmare. Osäkerheten innebar bland annat att vid en betalningsvilja på cirka 44 000 pund per vunnen QALY finns 50 procents sannolikhet att memantin är kostnadseffektiv jämfört med placebo, och vid lägre nivåer av betalningsvilja sjunker sannolikheten.

Memantin som tillägg till kolinesterashämmare

Det finns begränsat med vetenskapligt underlag för att bedöma kostnadseffektiviteten för behandling av måttlig till svår Alzheimers sjukdom med memantin som tillägg till kolinesterashämmare i jämförelse med fortsatt användning av endast kolinesterashämmare. En modellstudie som är baserad på franska data undersökte om memantin som tillägg till kolinesterashämmare kan senarelägga inskrivning på vårdhem [7]. Författarna gjorde antaganden om hur detta kunde förväntas påverka livskvaliteten och rapporterade resultaten uttryckt i kvalitetsjusterade år (QALY). Författarna bedömde att memantin som tillägg till kolinesterashämmare i de flesta känslighetsanalyser var en dominant åtgärd, det vill säga innebar högre nytta till en lägre kostnad.

Systematiska översikter

Ett flertal systematiska översikter över behandling med kolinesterashämmare eller memantin vid mild till måttlig eller måttlig till svår Alzheimers sjukdom har publicerats, men dessa har använt bredare urvalskriterier än vad som har använts för denna sammanställning. Till grund för modellanalysen i HTA-rapporten av Bond och medarbetare [1] låg en systematisk översikt över litteraturen som motsvarade bland annat frågeställningen om behandling med

kolinesterashämmare vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom och behandling med memantin vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom. Översikten omfattade perioden 2004–2010 och inkluderade 27 studier totalt. Studierna utgjordes bland annat av studier från USA och Korea samt abstracts. Slutsatserna från den systematiska översikten som är baserad på bredare urvalskriterier är jämförbara med slutsatserna i denna sammanställning. Jämfört med tidpunkten för den föregående HTA-rapporten från 2009 [13] drar Bond och medarbetare slutsatsen att fler studier har publicerats sedan dess [1]. Studierna indikerar i huvudsak att behandling med kolinesterashämmare vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom och memantin vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom är kostnadseffektiv. Samma slutsats drar författarna av tre något äldre systematiska översikter [8], [9], [10].

Diskussion

Resultatet från litteratursökningen indikerar att behandling med kolinesterashämmare vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom är kostnadseffektiv. Litteraturgenomgången visar större osäkerhet kring resultat om kostnadseffektiviteten för behandling med memantin jämfört med ingen aktiv behandling (placebo). Flera studier drar slutsatsen att läkemedlen både sänker kostnaderna och ger hälsovinster. En HTA-rapport som genomförts på uppdrag av brittiska NICE pekar på stor osäkerhet i kostnadseffektivitetsanalysen och kommer fram till att memantin har en måttlig till hög kostnad per vunnen QALY.

De inkluderade modellanalyserna hämtar alla effektdata från tillgängliga kliniska studier som alla har begränsad uppföljningstid (6 månader till 1 år). Modellanalyserna har sedan mot bakgrund av expertbedömningar och tillgängliga epidemiologiska data gjort antaganden om effekternas varaktighet och extrapolerat för längre tidshorisont. Det saknas regelmässigt långtidsdata för alla nyare läkemedel och behandlingar och studierna följer etablerade riktlinjer för design av hälsoekonomiska modellanalyser. Uppföljningsstudier i klinisk praxis där faktiska patienter följs under lång tid skulle kunna bidra med värdefull information för att minska osäkerheten i modellanalyserna.

Ett exempel på modellanalys som kombinerar effektdata, antaganden om resursutnyttjande och kostnader samt livskvalitet från flera källor är HTA-rapporten från Bond och medarbetare [1] vars kostnader baseras på en studie med data från 1998–1999. Jämförbarheten mellan studierna i tabellerna 2,3 och 4 är ibland också begränsad, eftersom olika antaganden om tidshorisont och kostnadsperspektiv samt vilka kostnadsposter som ska inkluderas används. Vidare utgör de flesta modellstudier så kallade kohortmodeller, vilket grundar sig på antaganden om genomsnittliga patientkaraktäristika och genomsnittliga behandlingseffekter. Studierna av Getsios och medarbetare [2] och Hartz och medarbetare [3] utgör undantag från detta då de använder sig av diskret händelsemodell (discrete event simulation) och en modellsimulering på individnivå, vilket tillåter större heterogenitet i populationen och sjukdomsutvecklingen. Merparten av de granskade studierna är finansierade av läkemedelsföretag eller utvecklade i samarbete med läkemedelsföretag.

Flera systematiska översikter diskuterar ovan refererade synpunkter på studierna och drar slutsatsen att det finns kvarstående osäkerhet (se till exempel [8], [10]). Metodologiska utvärderingar av enskilda eller flera modell-

analyser understryker också bristen på transparens i genomförda analyser (se till exempel [11], [12]). Två större HTA-rapporter som är utförda vid två tidpunkter är inkluderade i granskningen [1, 13]. I den senare HTA-rapporten drar Bond och medarbetare [1] slutsatsen att evidensen har ökat något för att behandling med kolinesterashämmare och memantin är kostnadseffektiv. De pekar också på att det finns behov av en fortsatt metodutveckling, längre uppföljningstider i randomiserade kliniska prövningar av hög kvalitet och mer analys av observationella data för personer med Alzheimers sjukdom avseende mortalitet, boendeförhållanden, funktion och livskvalitet med instrument som är validerade för demenssjukdom.

Slutsatser

Det finns viss evidens för att kolinesterashämmare vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom är kostnadseffektiva jämfört med placebo. Hälsoekonomiska modellanalyser drar olika slutsatser om kostnadseffektivitet för behandling med memantin vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom jämfört med ingen aktiv behandling (placebo). Medan flera studier pekar på att memantin kan vara kostnadsbesparande och samtidigt ge hälsovinster fann en HTA-rapport från Storbritannien från år 2012 att memantin inte är kostnadseffektivt, att tillgängliga data fortfarande är osäkra och att modellresultaten därför ska tolkas med försiktighet eftersom de bygger på ett flertal antaganden om hur behandlingen påverkar patientnytta och resursbehov.

Litteraturgenomgången identifierade endast en studie av kostnadseffektiviteten för memantin som tillägg till kolinesterashämmare vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom. En studie indikerar att behandlingen är kostnadseffektiv.

Det saknas studier som belyst kostnadseffektivitet för behandling med kolinesterashämmare vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulära inslag. Kostnadseffektiviteten har därför inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Tabell 2: Översikt av ingående studier för behandling med kolinesterashämmare vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effektmått	Resultat	Kommentarer
Bond et al., 2012, Storbritannien	Utvärdering av kostnadseffektiviteten mellan a) galantamin b) rivastigmin c) rivastigmin plåster d) donepezil e) placebo vid Alzheimers sjukdom. Modellstudie. 20 år Hälso- och sjukvårdsperspektiv och omsorgsperspektiv	Direkta kostnader 2009 Diskonteringsränta 3,5 % Kostnad: a) 69 592 GBP b) 69 598 GBP c) 69 624 GBP d) 69 678 GBP e) 70 212 GBP	Kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) baserat på EQ-5D och vårdares uppskattning. Effekt: a) 1,617 b) 1,613 c) 1,616 d) 1,619 e) 1,584	Beräknad inkrementell kostnadseffektkvot (ICER): Kostnad per vunnen QALY: a) kontra c) 17 900 GBP b) Dominerad d) Dominerad e) Dominerad Sannolikheten att e) (placebo) jämfört med något av de andra behandlingsalternativen är kostnadseffektivt är väldigt låg för samtliga nivåer av betalningsvilja per vunnen QALY.	Kohortmodell. Oberoende finansierad rapport. Inkluderar ej kostnader för informell vård och har ett begränsat kostnadsperspektiv. Den medicinska utvärderingen av effektdata har gjort bedömningen att underlaget är otillräckligt för att styrka skillnader i klinisk effekt mellan olika kolinesterashämmare. Mot bakgrund av detta bör denna studies resultat med avseende på substansernas inbördes kostnadseffektivitet tolkas med försiktighet.

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effektmått	Resultat	Kommentarer
Getsios et al., 2010, Storbritannien	Utvärdering av kostnadseffektiviteten mellan a) donepezil b) placebo vid Alzheimers sjukdom. Modellstudie. 10 år Samhällsperspektiv	Direkta och indirekta kostnader 2007 Diskonteringsränta 3,5 % Kostnadsskillnad: a) kontra b) -7 086 GBP	Kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) baserat på EQ-5D med livskvalitetsvikter från Sverige, Danmark, Finland och Norge. Effektskillnad: a) kontra b) 0,132	Beräknad inkrementell kostnadseffektkvot (ICER): a) kontra b) är dominant Sannolikheten att a) jämfört med b) är den dominerande behandlingsstrategin är mellan 74 % och 79 %.	Diskret händelsemodell, individdata. Rapport finansierad av Eisai Ltd, hos vilken huvudförfattaren är anställd. Inkluderar kostnader för informell vård.

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effektmått	Resultat	Kommentarer
Green et al., 2005, Storbritannien	Utvärdering av kostnadseffektiviteten mellan a) donepezil eller b) galantamin eller c) rivastigmin och d) placebo vid Alzheimers sjukdom. Modellstudie. 5 år Hälso- och sjukvårdsperspektiv och omsorgsperspektiv	Direkta kostnader 2003/2005 (läkemedelskostnader) Diskonteringsränta 3,5 % Kostnadsskillnad (diskonterad med 6 %): a) kontra d) 2 417 GBP b) kontra d) 1 760 GBP c) kontra d) 2 122 GBP	Kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) baserat på EQ-5D. Effektskillnad (diskonterad 1,5 %): a) kontra d) 0,032 b) kontra d) 0,033 c) kontra d) 0,034	Beräknad inkrementell kostnadseffektkvot (ICER): Kostnad per vunnen QALY (kostnad och QALY diskonterad med 3,5): a) kontra d) 80 927 GBP b) kontra d) 56 846 GBP c) kontra d) 68 965 GBP Sannolikheten att a) eller b) eller c) jämfört med d) är kostnadseffektiv varierar mellan 11 % och 21 % med en betalningsvilja av 30 000 GBP per vunnen QALY.	Kohortmodell. Oberoende finansierad. Modellanalysen utgjorde NICE:s föregående HTA-rapports modellanalys från 2006 (reviderad 2007 och 2009).

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effektmått	Resultat	Kommentarer
Hartz et al., 2012 Tyskland	Utvärdering av kostnadseffektiviteten mellan a) donepezil b) placebo vid Alzheimers sjukdom. Modellstudie. 10 år Samhällsperspektiv	Direkta och indirekta kostnader 2008 Diskonteringsränta 3 % Kostnadsskillnad: a) kontra b) -9,893 EUR	Kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) baserat på EQ-5D med livskvalitetsvikter från Sverige, Danmark, Finland och Norge. Effektskillnad: a) kontra b) 0,131	Beräknad inkrementell kostnadseffektkvot (ICER): a) kontra b) är dominant Sannolikheten att a) jämfört med b) är den dominerande behandlingsstrategin är omkring 99 %.	Diskret händelsemodell, individdata. Finansierad av Eisai GmbH. Baserad på samma modell som användes i studien av Getsios et al (2010), anpassad för tysk data.

Tabell 3: Översikt av ingående modellstudier för behandling med memantin vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effektmått	Resultat	Kommentarer
Bond et al., 2012, Storbritannien	Utvärdering av kostnadseffektiviteten mellan a) memantin b) placebo vid Alzheimers sjukdom Modellstudie. 20 år. Hälso- och sjukvårdsperspektiv och omsorgsperspektiv	Direkta kostnader 2009 Diskonteringsränta 3,5 % Kostnadsskillnad: a) kontra b) 405 GBP	Kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) baserat på EQ-5D och vårdares uppskattning. Effektskillnad: a) kontra b) 0,013	Beräknad inkrementell kostnadseffektkvot (ICER): Kostnad per vunnen QALY: a) kontra c) 32 100 GBP Med en betalningsvilja per vunnen QALY över 44 000 GBP är sannolikheten att a) jämfört med b) är kostnadseffektiv över 50 %. Med en betalningsvilja om 30 000 GBP är sannolikheten 38 %.	Kohortmodell. HTA-rapporten finansierades av the National Institute for Health Research Health TechnologyAssessment programme på uppdrag av brittiska NICE, National Institute for Health and Care Excellence. Inkluderar ej kostnader för informell vård och har ett begränsat kostnadsperspektiv.
Hoogveldt et al., 2011, Nederländerna	Utvärdering av kostnadseffektiviteten mellan a) memantin b) placebo vid Alzheimers sjukdom. Modellstudie. 5 år. Samhällsperspektiv	Direkta kostnader och indirekta kostnader 2008 Diskonteringsränta 1,5 % (effekt), 4 % (kostnader) Kostnadsskillnad: a) kontra b) -3 830 EUR	Kvalitetsjusterade levnadsår (QALY). Effektskillnad: a) kontra b) 0,058	Beräknad inkrementell kostnadseffektkvot (ICER): a) kontra b) är dominant Sannolikheten att a) jämfört med b) är den dominerande behandlingsstrategin uppgår till 97 %.	Kohortmodell. Författare delvis anställda av Lundbeck. Baserad på kanadensisk modellanalys. Dskonteringsräntan som använts skiljer sig från den som rekommenderad av TLV.

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effektmått	Resultat	Kommentarer
Jönsson et al., 2005, Sverige	Utvärdering av kostnadseffektiviteten mellan a) memantin b) placebo vid Alzheimers sjukdom. Modellstudie. 5 år. Hälso- och sjukvårdskostnader	Direkta kostnader 2004 Diskonteringsränta 3 % Kostnadsskillnad: a) kontra b) -100 528 SEK	Kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) baserat på livskvalitetsvikter från Danmark. Effektskillnad: a) kontra b) 0,148	Beräknad inkrementell kostnadseffektkvot (ICER): a) kontra b) är dominant Ingen probabilitisk känslighetsanalys genomförs, men i en enkel känslighetsanalys av parameterantaganden innebär behandlingen kostnadsbesparingar i samtliga scenarior.	Kohortstudie. Finansierad av H. Lundbeck AS. Baserad på svensk RCT data samt priser. Inkluderar ej informella kostnader och har ett begränsat kostnadsperspektiv.
Rive et al., 2012, Norge	Utvärdering av kostnadseffektiviteten mellan a) memantin b) placebo eller kolinesterashämmare vid Alzheimers sjukdom. Modellstudie. 5 år. Samhällsperspektiv	Direkta kostnader och indirekta kostnader 2009 Diskonteringsränta 3 % Kostnadsskillnad: a) kontra b) -3 739 EUR	Kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) baserat på EQ-5D med livskvalitetsvikter från Sverige, Danmark, Finland och Norge. Effektskillnad: a) kontra b) 0,03	Beräknad inkrementell kostnadseffektkvot (ICER): a) kontra b) är dominant Sannolikheten att a) jämfört med b) är den dominerande behandlingsstrategin uppgår till 99 %.	Kohortstudie. Finansierad av H. Lundbeck AS.

Tabell 4: Översikt av ingående modellstudier för behandling med memantin som tillägg till kolinesterashämmare vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effektmått	Resultat	Kommentarer
Touchon et al., 2014, Frankrike	Utvärdering av kostnadseffektiviteten mellan a) memantin som tillägg till kolinesterashämmare b) kolinesterashämmare vid Alzheimers sjukdom. Modellstudie. 7 år Samhällsperspektiv	Direkta och indirekta kostnader 2010 Diskonteringsränta 3 % Kostnadsskillnad: a) kontra b) -3 318 EUR	Kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) baserat på EQ-5D med livskvalitetsvikter från Sverige, Danmark, Finland och Norge. Effektskillnad: a) kontra b) 0,25	Beräknad inkrementell kostnadseffektkvot (ICER): a) kontra b) är dominant Sannolikheten att a) jämfört med b) är den dominerande behandlingsstrategin är omkring 87 %.	Kohortstudie. Finansierad av H. Lundbeck AS.

Referenser

1. Bond, M, Rogers, G, Peters, J, Anderson, R, Hoyle, M, Miners, A, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease (review of Technology Appraisal No. 111): a systematic review and economic model. Health technology assessment (Winchester, England). 2012; 16(21):1-470.
2. Getsios, D, Blume, S, Ishak, KJ, Maclaine, GD. Cost effectiveness of donepezil in the treatment of mild to moderate Alzheimer's disease: a UK evaluation using discrete-event simulation. PharmacoEconomics. 2010; 28(5):411-27.
3. Hartz, S, Getsios, D, Tao, S, Blume, S, Maclaine, G. Evaluating the cost effectiveness of donepezil in the treatment of Alzheimer's disease in Germany using discrete event simulation. BMC neurology. 2012; 12:2.
4. Jonsson, L. Cost-effectiveness of memantine for moderate to severe Alzheimer's disease in Sweden. The American journal of geriatric pharmacotherapy. 2005; 3(2):77-86.
5. Hoogveldt, B, Rive, B, Severens, J, Maman, K, Guilhaume, C. Cost-effectiveness analysis of memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease in the Netherlands. Neuropsychiatric disease and treatment. 2011; 7:313-7.
6. Rive, B, Aarsland, D, Grishchenko, M, Cochran, J, Lamure, M, Toumi, M. Cost-effectiveness of memantine in moderate and severe Alzheimer's disease in Norway. Int J Geriatr Psychiatry. 2012; 27(6):573-82.
7. Touchon, J, Lachaine, J, Beauchemin, C, Granghaud, A, Rive, B, Bineau, S. The impact of memantine in combination with acetylcholinesterase inhibitors on admission of patients with Alzheimer's disease to nursing homes: cost-effectiveness analysis in France. The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care. 2014; 15(8):791-800.
8. Pouryamout, L, Dams, J, Wasem, J, Dodel, R, Neumann, A. Economic evaluation of treatment options in patients with Alzheimer's disease: a systematic review of cost-effectiveness analyses. Drugs. 2012; 72(6):789-802.
9. McKeage, K. Memantine: a review of its use in moderate to severe Alzheimer's disease. CNS drugs. 2009; 23(10):881-97.
10. Cappell, J, Herrmann, N, Cornish, S, Lanctot, KL. The pharmacoeconomics of cognitive enhancers in moderate to severe Alzheimer's disease. CNS drugs. 2010; 24(11):909-27.
11. Green, C. Modelling disease progression in Alzheimer's disease: a review of modelling methods used for cost-effectiveness analysis. Pharmacoeconomics. 2007; 25(9):735-50.
12. Getsios, D, Migliaccio-Walle, K, Caro, JJ. NICE cost-effectiveness appraisal of cholinesterase inhibitors: was the right question posed? Were the best tools used? PharmacoEconomics. 2007; 25(12):997-1006.
13. Green, C, Picot, J, Loveman, E, Takeda, A, Kirby, J, Clegg, A. Modelling the cost effectiveness of cholinesterase inhibitors in the

management of mild to moderately severe Alzheimer's disease. PharmacoEconomics. 2005; 23(12):1271-82.

Litteratursökning

Databas: PubMed **Databasleverantör:** NLM **Datum: 17 februari/Hälsoekonomi** **Ämne:** Nationella riktlinjer Demens (rad 55-60, 65-66, 68-69)		
Söknr	Söktermer	Antal ref. **)
1.	"Dementia"[Mesh] OR dement*[ti] OR dementia[tiab] OR alzheimer*[tiab] OR dementia[ot]	187409
2.	"Cholinesterase Inhibitors"[Mesh]	17785
1.	"Memantine"[Mesh]	1754
1.	Cholinesterase Inhibitors[tiab]	2785
1.	Memantine[tiab]	2525
1.	((acetylcholinesteras*[tiab] OR cholinesteras*[tiab]) AND inhibit*[tiab]) OR anti cholinesteras*[tiab]) OR anticholinesteras*[tiab] OR CHEI[tiab] OR donepezil[tiab] OR rivastigmin*[tiab] OR galantamin*[tiab] OR galanthamin*[tiab] or memantin*[tiab] OR metrifonate*[tiab] OR tacrine*[tiab] OR aricept[tiab] OR exelon[tiab] OR orivast[tiab] OR reminyl[tiab] OR ebixa[tiab] OR nemdatin*[tiab]	24804
1.	2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6	20986
1.	1 AND 7	6006
1.	"Economics"[Mesh] OR "economics"[Subheading] OR "Markov Chains"[Mesh] OR "Computer Simulation"[Mesh] OR "Quality-Adjusted Life Years"[Mesh] OR "Health Care Costs"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh]	924683
2.	cost*[tiab] OR cost-effectiv*[tiab] OR financ*[tiab] OR economic*[tiab] OR pharmacoeconom*[tiab] OR pric*[tiab] OR pricing[tiab] OR qol[tiab] OR quality of life[tiab] OR QALY[tiab] OR quality adjusted*[tiab] OR willingness to pay[tiab] OR resource utilisation[tiab] OR resource utilization[tiab]	813553
1.	9 OR 10	1433138
1.	8 AND 11	761
1.	12 AND Filters activated: Publication date from 2005/01/01	537
2.	12 AND Filters activated: English, Swedish, Danish, Norwegian, Publication date from 2005/01/01	**489**

**)De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

[MeSH] = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MeSH:NoExp] = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MAJR] = MeSH Major Topic

[TIAB] = Title or abstract

[TI] = Title

[AU] = Author

[TW] = Text Word

Systematic[SB] = Filter for retrieving systematic reviews

* = Truncation

Rad: 72A, 72B
Tillstånd:

- Rad 72A: Demenssjukdom, kvarvarande psykotiska symtom efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling
- Rad 72B: Demenssjukdom, kvarvarande aggressivitet (t.ex. agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling

Åtgärd: Första generationens antipsykotiska läkemedel

Jämförelsealternativ: Placebo eller endast kolinesterashämmare

Sammanfattande bedömning

Kostnadseffektiviteten av behandling med första generationens antipsykotiska läkemedel för demenssjukdom med psykotiska symtom eller aggressivitet (t.ex. agitation) har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att dra slutsatser om behandlingsalternativens kostnadseffektivitet. Underlaget redovisar en kostnadsbeskrivning av ett av första generationens antipsykotiska läkemedel (haloperidol) för svenska förhållanden och vanlig dos för äldre personer.

Litteratursökning och kompletterande underlag

På grund av att det vetenskapliga underlaget för utvärderingen av effekten av behandling med första generationens antipsykotiska läkemedel vid demenssjukdom med psykotiska symtom har bedömts som otillräckligt har inte en kostnadseffektivitetsbedömning (kostnadsnyttoanalys) kunnat genomföras. I stället presenteras en enkel kostnadsberäkning för ett av första generationens antipsykotiska läkemedel, haloperidol.

En hälsoekonomisk litteratursökning har gjorts i PubMed för behandling med antipsykotiska läkemedel vid demenssjukdom med aggressivitet. Sökningen var gemensam för första och andra generations antipsykotiska läkemedel. Sökstrategin bygger på att tillstånd och åtgärd definieras på samma sätt som vid litteratursökningen i effektutvärderingen och att kostnads- och kostnadseffektstudier identifieras med vida sökord. Litteratursökningen fann 26 artiklar. Ingen av dessa artiklar avsåg första generationens antipsykotiska läkemedel.

Som kompletterande underlag redovisas också kostnad per dygn och kostnad per årsbehandling med ett av första generationens antipsykotiska läkemedel (haloperidol).

Metod

Kostnadsredovisningen utgår från Apotekens utförsäljningspris (AUP) för läkemedel i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV:s) prisdatabas [1]. Genom antaganden om vanlig dygnsdos kan dygns- respektive årskostnader räknas fram. I denna beräkning används medelvärdet av AUP per sub-

stans och för den tablettstorlek som motsvarar den antagna vanliga dygnsdosen. En alternativ beräkningsmetod är att använda sig av det lägsta priset av godkända produkter för en given substans. Eftersom det finns ett flertal leverantörer och det är osäkert om det billigaste preparatet finns tillgängligt vid alla apotek samt att priserna kan variera över tid används medelvärdet av preparatens priser som enhetskostnad i denna beräkning.

Resultat

Det hälsoekonomiska underlaget är på grund av det begränsade antalet publicerade studier otillräckligt för att göra en bedömning av behandlingens kostnadseffektivitet. Socialstyrelsen har gjort en kostnadsberäkning av ett av första generationens antipsykotiska läkemedel (haloperidol) utifrån uppgifter från TLV 2016. Enligt Socialstyrelsens antagande är den genomsnittliga dygnsdosen 1 mg, vilket leder till en skattad dygnskostnad om 1 krona och en skattad årskostnad om 274 kronor.

Diskussion

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att dra slutsatser om kostnadseffektiviteten av åtgärden. Kostnadsberäkningen visar att de skattade dygnskostnaderna är låga. Det saknas underlag för att beräkna kostnaden för alternativa insatser till följd av aggressivitet eller psykotiska symtom för en jämförelse.

Denna kostnadsberäkning baseras på förenklade antaganden och den beräknade behandlingskostnaden per dygn innehåller endast läkemedelskostnaden. Mot bakgrund av att kunskapsunderlaget ger slutsatsen att behandling med första generationens antipsykotiska läkemedel innebär en ökad risk för allvarliga biverkningar (begränsat till måttligt starkt vetenskapligt underlag), är det sannolikt att denna kostnadsbeskrivning underskattar totalkostnaderna för behandling av dessa läkemedel för demenssjukdom med psykotiska symtom eller aggressivitet. Vi saknar underlag för att göra en skattning av kostnaderna av den ökade risken för allvarliga biverkningar.

Slutsatser

Kostnadseffektiviteten av behandling med första generationens antipsykotiska läkemedel för demenssjukdom med kvarvarande psykotiska symtom eller aggressivitet (t.ex. agitation) har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Referenser

1. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Databas. Beslut läkemedel.: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV); 2016. Hämtad från: http://www.tlv.se/beslut/sok/lakemedel/.

Litteratursökning

Databas: PubMed **Databasleverantör:** NLM **Datum: 14 april/Hälsoekonomi** **Ämne:** Nationella riktlinjer Demens (rad 72B, 73B)		
Söknr	Söktermer	Antal ref.
1.	"Dementia"[Mesh] OR "Alzheimer Disease"[Mesh] OR dementia*[tiab] OR alzheimer*[tiab]	190012
2.	"Antipsychotic Agents"[Mesh] OR antipsycotic*[tiab] OR "Risperidone"[Mesh] OR Risperidone[tiab] OR Risperdal[tiab] OR risperidal[tiab] OR "haloperidol"[MeSH] OR haloperidol[tiab] OR haldol[tiab]	62396
3.	aggressive behavior[tw] OR aggressiveness[tw] OR anxiety[tw] OR apathy[tw] OR insomnia[tw] OR agitation[tw] OR (behavioural AND psychological symptom*)[tw] OR neuropsychiatric symptom*[tw] OR delusion*[tw] OR delud*[tw] OR aggressi*[tw] OR anxiet*[tw] OR anxious*[tw] OR apath*[tw] OR insomni*[tw].	733
4.	1 AND 4 AND 5	2
5.	"Economics"[Mesh] OR "economics"[Subheading] OR "Markov Chains"[Mesh] OR "Computer Simulation"[Mesh] OR "Quality-Adjusted Life Years"[Mesh] OR "Health Care Costs"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh]	933294
6.	cost*[tiab] OR cost-effectiv*[tiab] OR financ*[tiab] OR economic*[tiab] OR pharmacoeconom*[tiab] OR pric*[tiab] OR pricing[tiab] OR qol[tiab] OR quality of life[tiab] OR QALY[tiab] OR quality adjusted*[tiab] OR willingness to pay[tiab] OR resource utilisation[tiab] OR resource utilization[tiab]	825206
7.	5 OR 6	1449879
8.	4 AND 7	0

[MeSH] = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MeSH:NoExp] = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MAJR] = MeSH Major Topic

[TIAB] = Title or abstract

[TI] = Title

[AU] = Author

[TW] = Text Word

Systematic[SB] = Filter for retrieving systematic reviews

* = Truncation

Rad: 73A, 73B

Tillstånd:

Rad 73A Demenssjukdom, kvarvarande psykotiska symtom efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling
Rad 73B Demenssjukdom, kvarvarande aggressivitet (t.ex. agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling

Åtgärd:

Andra generationens antipsykotiska läkemedel

Jämförelsealternativ:

Placebo eller endast kolinesterashämmare

Sammanfattande bedömning

Kostnadseffektiviteten av behandling med andra generationens antipsykotiska läkemedel för demenssjukdom med psykotiska symtom eller aggressivitet (t.ex. agitation) har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att dra slutsatser om behandlingsalternativens kostnadseffektivitet. Underlaget redovisar en enkel kostnadsjämförelse mellan två första och andra generationens antipsykotiska läkemedel för svenska förhållanden och vanlig dos för äldre personer.

Litteratursökning och kompletterande underlag

En hälsoekonomisk litteratursökning har gjorts i PubMed. Sökstrategin bygger på att tillstånd och åtgärder definieras på samma sätt som vid litteratursökningen i effektutvärderingen och att kostnads- och kostnadseffektstudier identifieras med vida sökord. Två separata litteratursökningar gjordes för demenssjukdom med psykotiska symtom respektive aggressivitet (t.ex. agitation). Litteratursökningen avseende psykotiska symtom identifierade inga hälsoekonomiska utvärderingar medan den för aggressivitet fann 26 artiklar. Där återstod efter granskning av titel och abstract 1 artikel för fulltextgranskning. Studien sammanfattas i tabell 1.

Som kompletterande underlag redovisas också kostnad per dygn och kostnad per årsbehandling med ett av andra generationens antipsykotiska läkemedel (risperidon).

Metod

Kostnadsredovisningen utgår från Apotekens utförsäljningspris (AUP) för läkemedel i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV:s) prisdatabas [1]. Genom antaganden om vanlig dygnsdos kan dygns- respektive årskostnader räknas fram. I denna beräkning används medelvärdet av AUP per substans och för den tablettstorlek som motsvarar den antagna vanliga dygnsdosen. En alternativ beräkningsmetod är att använda sig av det lägsta priset av godkända produkter för en given substans. Eftersom det finns ett flertal leverantörer och det är osäkert om det billigaste preparatet finns tillgängligt vid alla apotek samt att priserna kan variera över tid används medelvärdet av preparatens priser som enhetskostnad i denna beräkning.

Tabell 1: Översikt av ingående studier

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effektmått	Resultat	Kommentarer
Rosenbeck et al., 2007, US	Kostnadseffektanalys av a) andra generationens antipsykotiska läkemedel b) placebo för patienter med psykotiska symtom eller aggression Randomiserad kontrollerad studie 9 månader Hälso- och sjukvårdsperspektiv	Direkta kostnader 2002 a) kontra b) ökad genomsnittlig kostnad på 50 till 100 USD per månad per person.	Kvalitetsjusterade levnadsår, QALY. Funktionsmått. Ej signifikant skillnad i QALY eller andra funktionsmått.	Behandling med atypiska läkemedel är inte kostnadseffektivt eftersom de direkta kostnaderna är högre och det inte finns påvisad förbättring i livskvalitet eller i funktionsmått. En känslighetsanalys uppskattade att sannolikheten att nettovinsten är större för placebo jämfört med andra generationens läkemedelssubstanser är mellan 50 och 100 procent.	

Resultat

Den amerikanska studien använde data från en randomiserad kontrollerad studie i en kostnadseffektanalys av behandling med andra generationens antipsykotiska läkemedel jämfört med placebo av patienter med Alzheimers sjukdom och psykotiska symtom eller agitation och med QALY som utfallsmått [2]. Studiens slutsats var att ingen signifikant skillnad i effekt kunde fastställas mellan behandlingsalternativen men att kostnaderna var signifikant lägre i patientgruppen med placebo. Kostnadsskillnaden uppgick till mellan 50 och 100 USD i genomsnitt per månad och per patient. Resultatet bör tolkas med försiktighet på grund av att studien endast delvis överensstämmer med de aktuella frågeställningarna samt att kostnadsdata baseras på amerikanska data med potentiellt stor skillnad i förhållande till svensk kontext. Det hälsoekonomiska underlaget är otillräckligt på grund av det begränsade antalet publicerade studier för att göra en bedömning av behandlingens kostnadseffektivitet.

Socialstyrelsen har gjort en kostnadsberäkning av ett av andra generationens antipsykotiska läkemedel (risperidon) utifrån uppgifter från TLV 2016. Enligt Socialstyrelsens antagande är den genomsnittliga dygnsdosen 1 mg, vilket leder till en skattad dygnskostnad om 4 kronor och en skattad årskostnad om 1 308 kronor.

Diskussion

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att dra slutsatser om kostnadseffektiviteten av åtgärden. Kostnadsberäkningen av andra generationens antipsykotiska läkemedel visar att de skattade dygnskostnaderna är låga eller ganska låga. Det saknas underlag för att beräkna kostnaden för alternativa insatser till följd av aggressivitet eller psykotiska symtom för en jämförelse.

Denna kostnadsberäkning baseras på förenklade antaganden och den beräknade behandlingskostnaden per dygn innehåller endast läkemedelskostnaden. Mot bakgrund av att kunskapsunderlaget ger slutsatsen att behandling med andra generationens antipsykotiska läkemedel innebär en ökad risk för allvarliga biverkningar (begränsat till starkt vetenskapligt underlag) är det sannolikt att denna kostnadsbeskrivning underskattar totalkostnaderna för behandling av dessa läkemedel för demenssjukdom med psykotiska symtom eller aggressivitet. Vi saknar underlag för att göra en skattning av kostnaderna av den ökade risken för allvarliga biverkningar.

Slutsatser

Kostnadseffektiviteten av behandling med andra generationens antipsykotiska läkemedel för demenssjukdom med kvarvarande psykotiska symtom eller aggressivitet (t.ex. agitation) har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Referenser

1. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Databas. Beslut läkemedel.: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV); 2016. Hämtad från: http://www.tlv.se/beslut/sok/lakemedel/.
2. Rosenheck, RA, Leslie, DL, Sindelar, JL, Miller, EA, Tariot, PN, Dagerman, KS, et al. Cost-benefit analysis of second-generation

antipsychotics and placebo in a randomized trial of the treatment of psychosis and aggression in Alzheimer disease. Archives of general psychiatry. 2007; 64(11):1259-68.

Litteratursökning

Databas: PubMed **Databasleverantör:** NLM **Datum: 14 april/Hälsoekonomi** **Ämne:** Nationella riktlinjer Demens (rad 72B, 73B)		
Söknr	Söktermer	Antal ref.
1.	"Dementia"[Mesh] OR "Alzheimer Disease"[Mesh] OR dementia*[tiab] OR alzheimer*[tiab]	190012
2.	"Antipsychotic Agents"[Mesh] OR antipsycotic*[tiab] OR "Risperidone"[Mesh] OR Risperidone[tiab] OR Risperdal[tiab] OR risperidal[tiab] OR "haloperidol"[MeSH] OR haloperidol[tiab] OR haldol[tiab]	62396
3.	aggressive behavior[tw] OR aggressiveness[tw] OR anxiety[tw] OR apathy[tw] OR insomnia[tw] OR agitation[tw] OR (behavioural AND psychological symptom*)[tw] OR neuropsychiatric symptom*[tw] OR delusion*[tw] OR delud*[tw] OR aggressi*[tw] OR anxiet*[tw] OR anxious*[tw] OR apath*[tw] OR insomni*[tw].	733
4.	1 AND 4 AND 5	2
5.	"Economics"[Mesh] OR "economics"[Subheading] OR "Markov Chains"[Mesh] OR "Computer Simulation"[Mesh] OR "Quality-Adjusted Life Years"[Mesh] OR "Health Care Costs"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh]	933294
6.	cost*[tiab] OR cost-effectiv*[tiab] OR financ*[tiab] OR economic*[tiab] OR pharmacoeconom*[tiab] OR pric*[tiab] OR pricing[tiab] OR qol[tiab] OR quality of life[tiab] OR QALY[tiab] OR quality adjusted*[tiab] OR willingness to pay[tiab] OR resource utilisation[tiab] OR resource utilization[tiab]	825206
7.	5 OR 6	1449879
8.	4 AND 7	0

[MeSH] = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy
[MeSH:NoExp] = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy
[MAJR] = MeSH Major Topic
[TIAB] = Title or abstract
[TI] = Title
[AU] = Author
[TW] = Text Word
Systematic[SB] = Filter for retrieving systematic reviews
* = Truncation

Databas: PubMed **Databasleverantör:** NLM **Datum: 14 april/Hälsoekonomi** **Ämne:** Nationella riktlinjer Demens (rad 73A)		
Söknr	Söktermer	Antal ref.
1.	"Dementia"[Mesh] OR "Alzheimer Disease"[Mesh] OR dementia*[tiab] OR alzheimer*[tiab]	190012
2.	"Antipsychotic Agents"[Mesh] OR antipsycotic*[tiab] OR "Risperidone"[Mesh] OR Risperidone[tiab] OR Risperdal[tiab] OR risperidal[tiab] OR "haloperidol"[MeSH] OR haloperidol[tiab] OR haldol[tiab]	62396

3.	"Delusions"[Mesh]) OR "Hallucinations"[Mesh] or hallucination*[tiab] or delusion*[tiab] or psychosis[tiab] or psychotic[tiab]	64536
4.	1 AND 4 AND 5	704
5.	"Economics"[Mesh] OR "economics"[Subheading] OR "Markov Chains"[Mesh] OR "Computer Simulation"[Mesh] OR "Quality-Adjusted Life Years"[Mesh] OR "Health Care Costs"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh]	933294
6.	cost*[tiab] OR cost-effectiv*[tiab] OR financ*[tiab] OR economic*[tiab] OR pharmacoeconom*[tiab] OR pric*[tiab] OR pricing[tiab] OR qol[tiab] OR quality of life[tiab] OR QALY[tiab] OR quality adjusted*[tiab] OR willingness to pay[tiab] OR resource utilisation[tiab] OR resource utilization[tiab]	825206
7.	5 OR 6	1450203
8.	4 AND 7	57
9.	12 AND Filters activated: Publication date from 2005/01/01	30
10.	12 AND Filters activated: English, Swedish, Danish, Norwegian, Publication date from 2005/01/01	26

[MeSH] = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MeSH:NoExp] = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MAJR] = MeSH Major Topic

[TIAB] = Title or abstract

[TI] = Title

[AU] = Author

[TW] = Text Word

Systematic[SB] = Filter for retrieving systematic reviews

* = Truncation

Rad: 74
Tillstånd: Demenssjukdom, kvarvarande aggressivitet (t.ex. agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling

Åtgärd: Antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat)

Jämförelsealternativ: Placebo

Sammanfattande bedömning

Kostnadseffektiviteten av antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat) vid demenssjukdom med kvarvarande aggressivitet (t.ex. agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Det saknas publicerade studier av kostnadseffektivitet av SSRI-preparat som är relevanta för svenska förhållanden och av tillräcklig kvalitet.

Underlaget redovisar en enkel kostnadsjämförelse mellan olika SSRI-preparat för svenska förhållanden och vanlig daglig dos för äldre personer.

Litteratursökning och kompletterande underlag

Effektutvärderingen fann vetenskapligt stöd för mindre agitation efter behandling med antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat) vid demenssjukdom med kvarvarande aggressivitet (t.ex. agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling. En litteratursökning för den aktuella frågeställningen har därför genomförts inom ramen för litteratursökningen av rekommendationen avseende behandling med andra generationens antipsykotiska läkemedel vid demenssjukdom med aggressivitet (t.ex. agitation). Ingen artikel med relevans för svenska förhållanden identifierades i denna litteratursökning. Det saknas därför vetenskapligt underlag för att göra en hälsoekonomisk bedömning av behandling med antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat) vid demenssjukdom med kvarvarande aggressivitet (t.ex. agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling.

Det hälsoekonomiska underlaget redovisar en enkel kostnadsjämförelse mellan olika SSRI-preparat för svenska förhållanden med utgångspunkt i antaganden om vanlig dosering och duration av behandling för gruppen äldre personer. Kostnadsredovisningen omfattar läkemedelssubstanserna citalopram, escitalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin och sertralin, vilka är godkända SSRI-preparat i Sverige för behandling av depression och andra tillstånd där påverkan på serotoninnivån i hjärnan kan vara aktuellt.

Metod

Kostnadsredovisningen utgår från Apotekens utförsäljningspris (AUP) för läkemedel i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV:s) prisdatabas [1]. Genom antaganden om vanlig dygnsdos kan dygns- respektive årskostnader räknas fram. I denna beräkning används medelvärdet av AUP per substans och för den tablettstorlek som motsvarar den antagna vanliga dygnsdosen. En alternativ beräkningsmetod är att använda sig av det lägsta priset av

godkända produkter för en given substans. Eftersom det finns ett flertal leverantörer och det är osäkert om det billigaste preparatet finns tillgängligt vid alla apotek samt att priserna kan variera över tid används medelvärdet av preparatens priser som enhetskostnad i denna beräkning.

Resultat

De skattade totalkostnaderna för de olika substanserna citalopram, escitalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin och sertralin är mellan 708 och 1 996 kronor per år utifrån antaganden om vanlig dygnsdos i behandlingen (se tabell 1).

Tabell 1. Kostnadsberäkning av SSRI-preparat

Aktiv substans	Antagande om dygnsdos	Skattad dygns-kostnad, kronor[d]	Skattad årskostnad, kronor
Citalopram	10 mg[a]	2	708
Escitalopram	5 mg[b]	2	813
Fluoxetin	40 mg[b]	4	1 332
Fluvoxamin	50 mg[b]	4	1 461
Paroxetin	40 mg[c]	5	1 996
Sertralin	50 mg[a]	2	887

Noter: a) Socialstyrelsens bedömning, b) Enligt FASS dosrekommendation för äldre, c) Maxdos enligt FASS dosrekommendation för äldre, d) Avrundat till hela kronor. Källa: TLV, 2016 [1].

Diskussion

Kostnadsberäkningen av SSRI-preparat visar att de skattade dygnskostnaderna är låga eller ganska låga. Det saknas underlag för att beräkna kostnaden för alternativa insatser till följd av aggressivitet (t.ex. agitation) för en jämförelse.

Den beräknade behandlingskostnaden per dygn innehåller endast läkemedelskostnader och baseras på förenklade antaganden. Det finns flera andra kostnader som kan uppstå till följd av läkemedelsbehandling med SSRI-preparat som har exkluderats i denna sammanställning. En av dessa kostnader är kostnader för biverkningar och uppföljningsbesök. Vi saknar underlag för att göra en skattning av dessa kostnader.

Referenser

1. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Databas. Beslut läkemedel. 2016. Hämtad från: http://www.tlv.se/beslut/sok/lakemedel/.

Rad: 25
Tillstånd: Demenssjukdom

Åtgärd: Långsiktig och kontinuerlig utbildning kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg för personal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom

Jämförelsealternativ: Ej erbjuda utbildning till personalen enligt åtgärdsbeskrivningen

Sammanfattande bedömning

Kostnadseffektiviteten av långsiktig och kontinuerlig utbildning kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg för personal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Det vetenskapliga underlaget pekar på att utbildning av vårdpersonal i kommunikation eller personcentrerade färdigheter kan ha effekt på agitationssymtom och allvarlig agitation. Det saknas dock publicerade studier av kostnadseffektivitet, som är relevanta för svenska förhållanden och av tillräcklig kvalitet, när det gäller olika former av utbildningsinsatser i personcentrerad vård för personal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom. En nederländsk klusterrandomiserad studie av Dementia Care Mapping (DCM) jämförde sjukvårdskostnader för personer med demenssjukdom och kostnader för sjukfrånvaro av personalen på äldreboenden som genomfört DCM med en kontrollgrupp [1]. Studien fann inga signifikanta skillnader i kostnader. Underlaget redovisar en enkel kostnadsberäkning för svenska förhållanden med utgångspunkt i uppgifter från den systematiska översikten i kunskapsunderlaget.

Litteratursökning och kompletterande underlag

En hälsoekonomisk litteratursökning har gjorts i PubMed. Sökstrategin bygger på att tillstånd och åtgärd definieras på samma sätt som vid litteratursökningen i effektutvärderingen och att kostnads- och kostnadseffektstudier identifieras med vida sökord. Totalt 16 artiklar identifierades i sökningen. Efter granskning av titel och abstract exkluderades samtliga på grund av att ingen bedömdes som relevant för svenska förhållanden eller bedömdes motsvara den aktuella frågeställningen. Mot bakgrund av den begränsade litteraturen gjordes en bred sökning i PubMed, för att säkerställa att relevanta studier inte blivit felaktigt exkluderade genom den använda söksträngen. Av totalt 84 träffar var ingen relevant för vidare granskning för den aktuella åtgärden.

En kompletterande sökning använde Dementia Care Mapping (DCM) och VIPS Practice Model (VPM) från kunskapsunderlaget som huvudsakliga sökord tillsammans med sökordet ”cost” i titel eller sammanfattning för att säkerställa att studier av dessa specifika metoder också fångades. Sökningen

med DCM fick 9 träffar och en av dessa utgjordes av en nederländsk kostnadsstudie som bedömdes relevant att sammanfatta. Sökningen med VPM fick inga träffar.

I kunskapsunderlaget för den aktuella frågeställningen inkluderades en omfattande Health Technology Assessment (HTA) från National Institute of Health Research av Livingston och medarbetare [2], publicerad år 2014. Den undersöker effekter av psykologiska och beteendeinriktade interventioner för behandling av agitation hos äldre personer med demenssjukdom. Livingston och medarbetare gör en utvärdering av utbildning i personcentrerad vård och egna uträkningar av kostnaden för denna typ av intervention, i avsaknad av andra relevanta hälsoekonomiska studier av god kvalitet. Kostnadsberäkningar gjordes för samtliga studier om personcentrerad vård som identifierades i rapportens litteraturstudie och som visade en signifikant positiv effekt på agitation. Baserat på sju olika studier fann Livingston och medarbetare (2014) att kostnaderna för utbildning och handledning av vårdpersonal i personcentrerad vård eller kommunikation, med eller utan utbildning i beteendeförändringar, kunde uppskattas variera mellan GBP 31 och GBP 339, beroende på typ av intervention (vilket varierar mellan studierna). Det framgår inte av huvudtext eller bilagor hur denna kostnad per patient har beräknats. Baserat på samma antaganden som i studien av Livingston och medarbetare presenteras nedan en kostnadsbeskrivning i svenska priser för en av översiktens studier.

Metod

Som ett exempel på utbildning och handledning i personcentrerad vård används en studie som är utförd i Australien av Chenoweth och medarbetare [3]. Den var inkluderad i kostnadsberäkningen i HTA-rapporten som undersöker effekter av psykologiska och beteendeinriktade interventioner för behandling av agitation hos äldre personer med demenssjukdom [2]. Utifrån samma antaganden presenteras här en kostnadsbeskrivning av interventionen mätt i svenska priser.

Studien av Chenoweth och medarbetare [3] är en randomiserad kontrollerad studie som undersökte hur personcentrerad vård påverkar agitation hos patienter med demenssjukdom jämfört med vanlig vård samt jämfört med DCM. Från 5 vårdboenden i Sydney randomiserades 289 patienter, varav 98 till interventionsgruppen med personcentrerad vård. Interventionen innebar att en av forskarna höll en två dagar lång utbildning i personcentrerad vård för två sjuksköterskor från varje vårdboende. Sjuksköterskorna ansvarade därefter för att utveckla och implementera personcentrerade vårdplaner för de randomiserade 98 patienterna, vilket tog sin utgångspunkt i en genomgång av den demenssjukes tidigare liv. Arbetet med att implementera det nya arbetssättet skedde med stöd av forskningsledaren i form av 2 besök per vårdboende av forskningsledaren samt telefonkontakt mellan sjuksköterskorna och forskningsledaren under 4 månader. Baserat på interventionsbeskrivningen i studien av Chenoweth och medarbetare [3] och på kompletterande antaganden från kostnadsberäkningen i HTA-rapporten [2] presenteras i tabell 1 en kostnadsberäkning i svenska priser av en potentiell åtgärd i form av utbildning och handledning i personcentrerad vård. Kostnadsberäkningarna är baserade på genomsnittliga grundlöner inklusive sociala avgifter för två olika

yrkesgrupper (sjuksköterskor och universitets- och högskolelektorer) och är justerade för år 2015.

En nederländsk klusterrandomiserad studie av DCM i särskilda boenden beräknade kostnader för vårdkontakter, inläggningar och läkemedel för personer med demenssjukdom, kostnader för personalens sjukfrånvaro samt interventionskostnaden [1]. DCM genomfördes vid 5 av studiens 11 särskilda boenden och resterande boenden erbjöds DCM efter studiens slut. Studieperioden var 18 månader och totalt ingick 318 personer med demenssjukdom. Uppgifter om resursanvändning och personalens sjukfrånvaro hämtades från registerdata vid varje boende och prissattes enligt nationella prislistor och personalens timlön. Det finns ytterligare två publicerade artiklar från samma studie, en som beskriver design och en som rapporterar effekt. Dessa inkluderades inte i kunskapsunderlaget med motiveringen att de inte stämde exakt överens med frågeställningen. Mot bakgrund av att kostnadsartikeln avser DCM, som inkluderats i kunskapsunderlaget, och att den beskriver interventionens innehåll inkluderas kostnadsartikeln i det hälsoekonomiska underlaget.

Resultat

I studien av Chenoweth och medarbetare [3] beskrivs en insats för utbildning och handledning i personcentrerad vård. Studien omfattade 98 personer med demenssjukdom och den totala kostnaden för interventionen beräknades till omkring 175 000 kronor, vilket skulle innebära en kostnad på 1 781 kronor per person med demenssjukdom. En kostnadsberäkning för en insats motsvarande den som beskrivs i studien av Chenoweth och medarbetare redovisas i tabell 1.

Den nederländska studien fann inga skillnader mellan interventions- och kontrollgrupp i totala kostnader för studiens 18 månader [1]. Totala kostnader beräknades som summan av kostnader för vårdkontakter, inläggningar och läkemedel för personer med demenssjukdom, kostnader för personalens sjukfrånvaro och kostnader för interventionens olika komponenter. Studien rapporterar utvecklingen av de olika kostnadsposterna över tid och få tydliga mönster identifierades. Den enda statistiskt signifikanta skillnaden var att interventionsgruppen hade något färre sjukhuskontakter under senare delen av studien. Personalens sjukfrånvaro skiljde sig inte mellan studiegrupperna.

Kostnaden för utbildning i DCM inkluderades i kostnaderna för interventionsgruppen och rapporterades som en kostnad per patient och dag år 2012 om USD 0,63. Översatt till en genomsnittlig kostnad per särskilt boende motsvarade det omkring USD 7 430 för ett boende med 35 personer med demenssjukdom. Kostnad per person med demenssjukdom i ett särskilt boende i 18 månader (studieperioden) skulle motsvara omkring 2 340 kronor (enligt Riksbanken var genomsnittlig växelkurs år 2012 1 USD = SEK 6,7754). Interventionskostnaden omfattade grundläggande och avancerad utbildning, övning i kartläggning (mapping), test av bedömaröverensstämmelse (reliabilitet), observation, rapportering och återkoppling.

Tabell 1. Kostnadsberäkning för ett exempel på utbildning och handledning i personcentrerad vård och omsorg

Insatskomponent	Antaganden	Enhetskostnad kronor	Enhetsmått	Total kostnad per komponent, kronor	Total kostnad per patient, kronor
En forskares tid för utbildning	Totalt 12 timmars utbildning	397	Per arbetad timme	4 761	49
Sjuksköterskors tid för utbildning (2 per vårdboende)	Totalt 12 timmars utbildning per person	288	Per arbetad timme	34 507	352
Genomgång av varje patients livshistoria (98 patienter)	30 minuter per patient	288	Per arbetad timme	14 090	144
Sjuksköterskor utvecklar och implementerar nya arbetssätt (98 patienter)	30 minuter per patient	288	Per arbetad timme	14 090	144
Forskares tid för två besök per demensboende (fem vårdboenden) för att bistå sjuksköterskor i att implementera nya arbetssätt	Tre timmar per besök	397	Per arbetad timme	11 902	121
Forskares tid för stöd till att implementera nya arbetssätt i 4 månader (telefonkontakt)	2 timmar per dag i 4 månader	397	Per arbetad timme	95 214	972
			Total kostnad:	**174 565**	**1 781**

Källa: [2, 3]

Diskussion

De två kostnadsberäkningarna som redovisas här ska tolkas med försiktighet eftersom de bygger på data från genomförda studier i Australien respektive Nederländerna. Organisationen av omsorgen på särskilda boenden kan ha stor betydelse för storleken på resursanspråk vid personalutbildande åtgärder. Den kostnadsuppställning som Socialstyrelsen har gjort tar inte hänsyn till utbildning och handledning som kan ingå i personalens uppgifter och därmed i befintliga kostnader, och inte heller inkluderas eventuellt uppkomna kostnader för vikarier till följd av utbildning av ordinarie sjuksköterskor. Kostnadsberäkningen redovisas i tabell 1. I de fall utbildningsledaren skulle kunna vara av en annan yrkesgrupp, till exempel en specialistsjuksköterska, skulle kostnaden för utbildning bli lägre. Kostnaden för utbildning av sjuksköterskor skulle också utgöra en lägre andel av kostnaden per patient om fler patienter skulle omfattas av åtgärden.

Avslutningsvis stämmer detta exempel på personcentrerad vård endast delvis överens med åtgärden som avses i den aktuella frågeställningen. Sannolikt innebär en långsiktig utbildning och handledning en längre utbildningskomponent och en längre period för upplärning och implementering än vad som har antagits i detta exempel, vilket skulle kunna innebära högre kostnader. Eftersom studien beskriver kostnader för utbildning inom ramen för studien blir det viktigt att, om programmet implementeras, vidare analysera och beskriva om och hur kompletterande och uppföljande utbildning ska se ut.

Litteraturgenomgången visar att det finns begränsat underlag för att bedöma kostnader och därmed också kostnadseffektivitet för personcentrerad vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Avslutningsvis kan ett exempel på studie av kostnadseffektivitet av implementering av personcentrerad vård för annan diagnos inom svensk vård och omsorg nämnas. Olsson och medarbetare [4] genomförde en kostnadseffektivitetsstudie av arbetet med att introducera ”integrated care pathways” (ICP) för rehabiliteringen av patienter över 65 år som har genomgått en höftledsoperation. Interventionen innebar ökade kostnader för utveckling av ICP med ett multiprofessionellt team, och en kostnad för ett introduktionsmöte för personal innan introduktionen av ICP, men inget behov av ökad personalstyrka vid genomförande. Studien drar slutsatsen att interventionen jämfört med kontrollgruppen med vanlig vård var kostnadseffektiv, det vill säga genererade bättre utfall (i form av fler fullt rehabiliterade patienter) till en lägre kostnad mätt i direkta kostnader. Överförbarheten av resultaten från denna typ av personcentrerade vårdinsatser inom andra diagnoser till vården av demenssjuka är osäker. Exempelvis kan det vara skillnader i både kostnader och patientnytta mellan avgränsade ingrepp såsom höftledskirurgi och långvarig sjukdom såsom demenssjukdom.

Slutsatser

Kostnadseffektiviteten för långsiktig och kontinuerlig utbildning kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg för personal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom har inte kunnat bedömas på grund av otillräckligt vetenskapligt underlag (ej bedöm-

bar). Litteratursökningen fann två studier som belyst enbart resursanvändning och kostnader för åtgärden och dessa ligger till grund för kostnadsberäkningarna i underlaget.

Det finns kostnadseffektivitetsstudier av implementering av personcentrerad vård inom svensk vård och omsorg för andra diagnoser. Överförbarheten är dock begränsad och fler studier bör genomföras för att utreda kostnadseffektiviteten av personcentrerad vård inom vård och omsorg av personer med demenssjukdom. För att kunna göra detta är det viktigt att såväl kostnader som effekter studeras i en svensk vård- och omsorgssituation samt att ett relevant jämförelsealternativ tydligt preciseras. Den enkla kostnadsbeskrivningen är ett möjligt exempel på utbildning och handledning i personcentrerad vård och bör tolkas med försiktighet.

Referenser

1. van de Ven, G, Draskovic, I, van Herpen, E, Koopmans, RT, Donders, R, Zuidema, SU, et al. The economics of dementia-care mapping in nursing homes: a cluster-randomised controlled trial. PloS one. 2014; 9(1):e86662.
2. Livingston, G, Kelly, L, Lewis-Holmes, E, Baio, G, Morris, S, Patel, N, et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. Health technology assessment (Winchester, England). 2014; 18(39):1-226, v-vi.
3. Chenoweth, L, King, MT, Jeon, YH, Brodaty, H, Stein-Parbury, J, Norman, R, et al. Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. The Lancet Neurology. 2009; 8(4):317-25.
4. Olsson, LE, Hansson, E, Ekman, I, Karlsson, J. A cost-effectiveness study of a patient-centred integrated care pathway. Journal of advanced nursing. 2009; 65(8):1626-35.

Litteratursökning

Databas: PubMed **Databasleverantör:** NLM **Datum:** 2016-02-11/Hälsoekonomi **Ämne:** Nationella riktlinjer Demens (rad 25)		
Söknr	Söktermer	Antal ref. **)
1.	"Dementia"[Mesh] OR "Nursing Homes"[Mesh] OR "Homes for the Aged"[Mesh] OR dement*[ti] OR dementia[tiab] OR alzheimer*[tiab] OR nursing home*[tiab] OR dementia[ot]	227589
2.	"Patient-Centered Care"[Mesh:NoExp] OR person-centered[tiab] OR client-centered[tiab] client-centered[ot] OR person-centered[ot] OR patient-centered[tiab] OR patient-centered[ot] OR person-centred[tiab] OR person-centred[ot] OR patient-centred[tiab] OR patient-centred[ot] OR client-centred[tiab] OR client-centred[ot]	13437
3.	"Education"[Mesh] OR "education" [Subheading] OR (educate[tiab] or qualification*[tiab] or skills*[tiab] or training*[tiab] OR training[ot] or knowledge[tiab] or competenc*[tiab] or course*[tiab] or empower*[tiab] or intervention*[tiab] or supervision[tiab] or program*[tiab] or education*[tiab] OR education[ot]) NOT medline[sb]	311805
4.	2 AND 3	1700
5.	1 AND 4	94
6.	"Economics"[Mesh] OR "economics"[Subheading] OR "Markov Chains"[Mesh] OR "Computer Simulation"[Mesh] OR "Quality-Adjusted Life Years"[Mesh] OR "Health Care Costs"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh]	924129
7.	cost*[tiab] OR cost-effectiv*[tiab] OR financ*[tiab] OR economic*[tiab] OR pharmacoeconom*[tiab] OR pric*[tiab] OR pricing[tiab] OR qol[tiab] OR quality of life[tiab] OR QALY[tiab] OR quality adjusted*[tiab] OR willingness to pay[tiab] OR resource utilisation[tiab] OR resource utilization[tiab]	812937
8.	8 OR 9	1432251
9.	5 AND 10	17
10.	11 AND Filters: English, Swedish, Norwegian and Danish	16
11.	11 AND Filters: Publication date from 2005/01/01, English, Swedish, Norwegian and Danish	**16**

**)De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

[MeSH] = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MeSH:NoExp] = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MAJR] = MeSH Major Topic

[TIAB] = Title or abstract

[TI] = Title

[AU] = Author

[TW] = Text Word

Systematic[SB] = Filter for retrieving systematic reviews

* = Truncation