

**Budget Impact Analyse
bij de update van de richtlijn Dementie**

In opdracht van het Kennisinstituut van Medisch Specialisten

Joost Wammes M.Sc.
Dr. Stef Groenewoud
Dr. Willem Woertman
Dr. Eddy Adang

IQ healthcare, Radboudumc
IQ healthcare, Radboudumc
Health Evidence, Radboudumc
Health Evidence, Radboudumc

8 april 2014

Radboudumc

Inhoud

Inleiding	4
1 Methoden.....	5
1.1 Het startpunt	5
1.2 Uitgangspunten bij de uitwerking	6
1.2.1 Perspectief.....	6
1.2.2 Partiële benadering	6
1.2.3 Incrementele benadering	7
1.2.4 De uitgangssituatie: de oude richtlijn of de huidige zorgpraktijk?.....	7
1.2.5 De nieuwe situatie na invoering van de richtlijn	7
1.2.6 Directe en indirecte kosten	7
1.2.7 De zoekstrategie	8
1.2.8 Betrouwbaarheid van de data	8
2 Resultaten.....	9
2.1 Resultaten prioritering	9
2.2 Antipsychotica	9
2.2.1 Achtergrond.....	9
2.2.2 Prijzen	10
2.2.3 Input data	10
2.2.4 Berekening Budget Impact	11
2.3 FDG-PET bij twijfel over Alzheimer diagnose	12
2.3.1 Input data	13
2.3.2 Berekening budget impact	13
2.4 FDG-PET voor het stellen van de diagnose waarschijnlijk FTD.....	14
2.4.1 Input data	14
2.4.2 Berekening budget impact	15
2.5 FP-CIT SPECT bij 1 kerncriterium Lewy body dementie	16
2.5.1 Input data	16
2.5.2 Berekening budget impact	17
2.6 Casemanagement.....	18
2.6.1 Input data	19
2.6.2 Berekening budget impact	19
2.7 Scholing van verzorgend personeel	20
2.7.1 Input data	21

2.7.2	Berekening budget impact	21
2.8	Cognitieve stimulering.....	22
2.9	Ondersteunende gespreksgroepen voor mantelzorgers	23
2.10	Cognitieve herstructurering voor mantelzorgers.....	24
2.10.1	Input data	24
2.10.2	Berekening budget impact	24
2.11	Samenvatting Budget Impact	26
3	Conclusies.....	27

Inleiding

Dementie is een veelvoorkomende aandoening. Naar schatting worden jaarlijks in Nederland zo'n 30.800 mensen dement. Voor de patiënt is het van groot belang dat in een richtlijn vastgesteld wordt wat de wetenschappelijke basis is voor het medisch handelen en welke kwaliteit van zorg de patiënt mag verwachten. De oude richtlijn dementie dateert uit 2005. Gezien de tijd die verlopen is sinds het verzamelen van het wetenschappelijke bewijs voor de inhoud van die richtlijn (referenties lopend tot 2004), werd het nodig geacht om deze te herzien. De nieuwe richtlijn dient voor het veld aan te geven wat de laatste stand van zaken is op het gebied van diagnostiek en behandeling bij dementie. De plaatsbepaling van nieuwe medisch diagnostische technieken wordt hiermee wetenschappelijk onderbouwd en het medisch handelen uniformer, hetgeen ook voor de bepaling van vergoedingen van groot belang is. Bovendien dringt het ongewenste variatie in het (medisch en diagnostisch) handelen terug. Maatschappelijk is het van groot belang dat medische professionals zich kunnen verantwoorden voor de inhoud van de zorg die zij bieden. De update van de richtlijn is tenslotte van belang voor de realisatie van effectieve en doelmatige zorg.

Naar verwachting zal de herziening van de richtlijn op beperkte schaal een andere manier van werken tot gevolg hebben, en zullen er lichte verschuivingen in kosten optreden. Om dit in kaart te brengen heeft de commissie landelijke richtlijn dementie aan IQ healthcare (IQ) en de department for Health Evidence van het Radboudumc gevraagd een Budget Impact analyse (BIA) te doen van de update van de richtlijn dementie. Omdat, gegeven de aanpassingen in de nieuwe richtlijn, er geen grote kostenverschuivingen verwacht worden is gekozen voor een beperkte BIA, die een hoofdzakelijk incrementele benadering hanteert (zie de methoden sectie).

Vraagstelling

Dit leidt dit tot de volgende vraagstelling:

“Wat zijn de budgettaire consequenties van de nieuwe werkwijze, zoals beschreven in de update van de richtlijn dementie?”

1 Methoden

1.1 Het startpunt

Het uitgangspunt voor deze BIA zijn de scoringsformulieren die zijn ingevuld door de kerngroepleden van de richtlijncommissie¹. In deze formulieren werden alle afzonderlijke aanbevelingen weergegeven (in totaal 48), en per aanbeveling werd er geïnventariseerd of deze naar verwachting zal resulteren in 1) een kostenbesparing (geen/klein/matig/groot), of 2) een kostenverzwaring (geen/klein/matig/groot). Aan alle kerngroepleden van de richtlijncommissie is gevraagd om dit formulier in te vullen. De achterliggende gedachte van deze vragenlijst was dat het niet nodig zou zijn om de budget impact van alle aanbevelingen te onderzoeken, maar slechts van die aanbevelingen die naar verwachting de grootste kostenconsequenties met zich mee zouden brengen.

Om een keuze te maken omtrent welke aanbevelingen uitgewerkt worden, is als volgt te werk gegaan.

Aan de mogelijke antwoorden op vragen 1) en 2) zijn de volgende scores toegekend: 0 punten voor het antwoord 'geen', 1 punt voor het antwoord 'klein', 2 punten voor het antwoord 'matig' en 3 punten voor het antwoord 'groot'. Vervolgens zijn per aanbeveling de scores van de verschillende respondenten opgeteld.

Dit leidde tot de volgende frequentie tabel voor de totaalscores.

Totaalscore	Frequentie
11	1
9	2
8	1
7	2
6	3
5	3
4	5
3	7
2	4
1	4
0	16

Tabel 1. Voor elk van de waargenomen totaalscores wordt weergegeven bij hoeveel aanbevelingen die totaalscore voorkomt.

Op basis hiervan zijn de 9 aanbevelingen met een totaalscore van 6 of hoger geselecteerd. Het afkappunt bij 6 is tot op zekere hoogte arbitrair en vooral pragmatisch ingegeven. Deze 9 aanbevelingen en de bijbehorende totaalscores zijn in de volgende tabel weergegeven.

¹ Kerngroepleden van de ontwikkelgroep van de herziene richtlijn dementie.

Aanbeveling	Totaalscore
<i>Psychosociale interventies</i>	
Aanbevolen wordt om cognitieve stimulering bij personen met een lichte tot matig ernstige vorm van dementie toe te passen om het cognitieve functioneren te verbeteren.	9
Het verdient aanbeveling om de functie casemanagement actief te bespreken en aan te bieden bij het opstellen van het individuele zorgplan voor dementie.	6
Ondersteunende gespreksgroepen voor mantelzorgers worden aanbevolen na het stellen van de diagnose dementie.	11
Cognitieve herstructurering wordt aanbevolen om psychische klachten (depressie, angst en aan de zorg gerelateerde symptomen van stress) van mantelzorgers te verminderen	9
Het is aan te bevelen dat verzorgend personeel adequaat geschoold is om om te gaan met personen met dementie.	8
<i>Antipsychotica</i>	
Schrijf antipsychotica voor een beperkte tijd voor en evalueer periodiek of voortzetting van het gebruik noodzakelijk is.	6
<i>Aanvullende diagnostiek met SPECT of PET</i>	
Bij twijfel over de diagnose ziekte van Alzheimer, bijvoorbeeld i.v.m. atypische presentatie dan wel jonge debuutleeftijd, kan FDG-PET worden overwogen.	6
Bij ontbreken van atrofie bij MRI onderzoek is FDG-PET aangewezen voor het kunnen vaststellen van de diagnose waarschijnlijk FTD.	7
Indien er maar 1 kerncriterium voor Lewy body dementie aanwezig is, en derhalve twijfel over de diagnose blijft bestaan, is FP-CIT SPECT onderzoek te overwegen.	7

Tabel 2. De negen geselecteerde aanbevelingen en de bijbehorende totaalscores.

1.2 Uitgangspunten bij de uitwerking

Bij het uitwerken van de Budget Impact Analyse is een aantal uitgangspunten gehanteerd, waarbij globaal de ISPOR richtlijn voor Budget-Impact Analyse wordt gevolgd.² Verder zijn de belangrijkste uitgangspunten voor deze BIA hieronder kort uiteengezet.

1.2.1 Perspectief

Er is gekozen de (directe) budget impact in te schatten vanuit het perspectief van de gezondheidszorg. Dat wil zeggen, we kiezen een perspectief dat het budgettaire kader zorg (Zorgverzekeringswet en AWBZ) en de WMO omvat. Dit heeft onder andere tot gevolg dat 'upstream gevolgen' die buiten de gezondheidszorg neerslaan - zoals bijvoorbeeld kosten van veranderingen in arbeidsverzuim (bij patiënten en/of mantelzorgers) - buiten beschouwing blijven.

1.2.2 Partiële benadering

Er is tevens voor gekozen om niet één allesomvattend Budget Impact model te ontwerpen, maar in plaats daarvan om verschillende kleine (deel-)modellen op te stellen, die de verwachte budget impact per aanbeveling uitwerkt. Hierbij wordt bovendien niet de hele dementiezorg in kaart gebracht, zie ook het volgende punt.

² Mauskopf JA, Sullivan SD, Annemans L, et al. Principles of Good Practice for Budget Impact Analysis: Report of the ISPOR Task Force on Good Research Practices – Budget Impact Analysis. *Value in Health* 2007;10:336-47

Vervolgens wordt de budget impact van de doorgerekende aanbevelingen opgeteld, waarbij we additiviteit veronderstellen, en dus mogelijke interacties negeren.

1.2.3 Incrementele benadering

Voor deze BIA is gekozen voor een *incrementele benadering*. Dat wil zeggen dat niet alle kosten rond de richtlijn dementie in kaart worden gebracht (de kosten van de dementiezorg in zijn totaliteit), maar alleen die kosten die veranderen als gevolg van de veranderde manier van werken, zoals deze wordt beschreven in de herziening van de richtlijn.

1.2.4 De uitgangssituatie: de oude richtlijn of de huidige zorgpraktijk?

Voor de uitgangssituatie ten opzichte waarvan we de veranderingen willen bepalen zijn er twee voor de hand liggende opties: 1) de situatie als aanbevolen in de oude richtlijn van 2005, of 2) de huidige zorgpraktijk. Deze twee situaties zijn zeker niet hetzelfde, zoals blijkt uit gesprekken met kerngroepleden van de richtlijncommissie blijkt. Het is onze opvatting dat de huidige zorgpraktijk relevanter en informatiever is als uitgangssituatie aangezien dit de reële consumptieve verschuivingen weergeeft (ten opzichte van de nieuwe situatie). Algemeen bekend is bijvoorbeeld dat richtlijnen in de regel 'achterlopen' op de huidige zorgpraktijk met betrekking tot recente ontwikkelingen. Daar waar voldoende informatie beschikbaar is over de huidige zorgsituatie, wordt daarom de huidige zorgsituatie gebruikt voor het berekenen van de budget-impact. Het kan soms echter lastig zijn om betrouwbare data over de huidige zorgsituatie te vinden, bijvoorbeeld door onderkende praktijkvariatie die echter niet of onvoldoende transparant is en zodoende niet kwantitatief onderbouwd kan worden. Wanneer dergelijke situaties zich voordoen wordt de budget-impact van de nieuwe richtlijn berekend ten opzichte van de oude richtlijn uit 2005 (de aanname is dan dat men in de praktijk voor 100% de aanbevelingen in de oude richtlijn volgt). In feite geeft dit een bovengrens (want een overschatting) van de te verwachten budget impact.

1.2.5 De nieuwe situatie na invoering van de richtlijn

Dit punt lijkt op het vorige. Hier is de vraag hoe de situatie er na invoering van de update van de richtlijn uit zal zien. Over het algemeen kunnen we er niet van uitgaan dat de nieuwe richtlijn voor 100% geïmplementeerd zal worden. De ervaring leert dat dit niet de praktijk is. De verwachte mate van implementatie is echter zeer lastig a priori te bepalen. Wij kiezen er in dit onderzoek voor om de schatting te baseren op expert opinion. Echter, soms is het zelfs voor experts dermate lastig om een redelijke schatting te geven. In zo'n geval gaan we uit van 100% implementatie van de nieuwe richtlijn. Dit resulteert opnieuw in een bovengrens van de te verwachten budget impact.

1.2.6 Directe en indirecte kosten

Met de directe kosten van een aanbeveling wordt bedoeld de kosten van de aanbevolen interventie of diagnostiek zelf. Met indirecte kosten worden die zorgkosten die een *gevolg* zijn van de aanbevolen interventie of diagnostiek bedoeld. Bijvoorbeeld, stel dat het aanbieden van cognitieve herstructurering (in aanvulling op de huidige zorgpraktijk) leidt tot uitstel van verpleeghuisopname. De directe kosten zijn dan de kosten van het aanbieden van de cognitieve herstructurering zelf. De kostenveranderingen horend bij het uitstel van verpleeghuisopname vallen dan onder de indirecte kosten.

Indirecte kosten kunnen bijvoorbeeld met behulp van besliskundige modellen in kaart gebracht worden, mits er voldoende betrouwbare evidence voorhanden is voor de vooronderstelde causale relaties.

1.2.7 De zoekstrategie

Voor het verkrijgen van de benodigde data is in eerste instantie gebruik gemaakt van de in nieuwe richtlijn genoemde literatuur. Ook zijn gesprekken gevoerd met kerngroepleden van de richtlijncommissie om gebruik te maken van hun inhoudelijke expertise, hierin kwamen mogelijke databronnen die aan onze informatiebehoefte zouden kunnen voldoen ook steeds aan de orde. Wanneer dit niet afdoende bleek, is met behulp van zoekmachines als Google, en literatuur databronnen zoals Pubmed en Web of Science gericht gezocht naar aanvullende informatie.

1.2.8 Betrouwbaarheid van de data

In een budget impact model worden verschillende parameters gecombineerd om de gewenste uitkomst (de budget impact) te kunnen schatten. De betrouwbaarheid van de uitkomsten van zo'n model hangt in sterke mate af van de betrouwbaarheid van de parameter informatie (de input).

In de regel is er altijd wel enige onzekerheid rond de parameter inputs waar het model mee gevuld wordt. Door het model meerdere malen te vullen - alternatieve scenario's - met relevante parameterinputs die de range van onzekerheid reflecteren kan het bereik waarin de 'werkelijke' budget-impact te verwachten is worden geschat. Deze benadering ten aanzien van onzekerheid maakt gebruik van deterministische sensitiviteitsanalyses. Een benadering op basis van probabilistische sensitiviteitsanalyses is vooral zinvol bij kwalitatief goede data, bijv. bij puntschatters voorzien van spreidingsmaten op basis van voldoende betrouwbare evidence (minimaal matched control maar liever randomized controlled trial).

Echter, soms zal er dermate veel onzekerheid rond een benodigde parameter zijn dat geen van bovenstaande benaderingen zinnig is. In zo'n geval moeten we ons de vraag stellen of we die specifieke berekening überhaupt wel moeten uitvoeren. In het bepalen van wat wel en niet wordt meegemodelleerd wordt de GRADE systematiek³ gebruikt, lage bewijskracht modelleren wij niet mee, matige bewijskracht (en hoger) wel.

³ Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE et al. GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008, 336.

2 Resultaten

2.1 Resultaten prioritering

Zoals in de methodensectie beschreven, was het startpunt van het onderzoek de prioritering van aanbevelingen door de leden van de kerngroep. Deze prioritering resulteerde in negen aanbevelingen waarvan verondersteld werd dat deze in de grootste kostenconsequenties zouden resulteren (zie tabel 2). Deze negen aanbevelingen hebben wij verder geclassificeerd op thema, te weten één aanbeveling behorende tot het onderwerp antipsychotica, drie aanbevelingen behorende tot het onderwerp diagnostiek en vijf aanbevelingen behorende tot het thema psychosociale interventies.

2.2 Antipsychotica

Aanbeveling:

'Schrijf antipsychotica voor een beperkte tijd voor en evalueer periodiek of voortzetting van het gebruik noodzakelijk is.'

2.2.1 Achtergrond

Een aanzienlijk deel van de dementerenden in Nederland gebruikt antipsychotica, echter exacte gegevens ontbreken. Zuidema et al⁴ schatten de prevalentie van antipsychotica gebruik onder dementerende in verzorgingstehuizen op 37% in 2003. Dit sluit goed aan bij de bevindingen van het Trimbos instituut⁵, bij wie de schatting tussen 2004 en 2008 schommelde rond de 40% van de dementerenden in verpleeghuisbewoners die antipsychotica gebruikten. In hetzelfde rapport beschreef Trimbos dat het antipsychotica gebruik door dementerenden in de huisartsenpraktijk tussen 2002 en 2004 afnam van 38,3% naar 29,9%, waarna het stabiliseerde rond 30% tot in 2008.⁶ Soortgelijke gegevens over ziekenhuiszorg en GGZ ontbreken. Voor de BIA nemen wij aan dat de GGZ- en ziekenhuispopulaties klein zijn in vergelijking met eerder genoemde populaties. Omdat de ligduur in GGZ en ziekenhuizen naar verwachting relatief kort is, gaan wij ervan uit dat de budget-impact van de aanbeveling op de GGZ- en ziekenhuispopulatie verwaarloosbaar is. Naar schatting ruim 70.000 dementerenden wonen in het verpleeghuis, de overige 186.000 dementerenden wonen nog thuis (van wie 100.000 nog geen diagnose heeft, dat wil zeggen dat nog geen zorgverlener de ziekte heeft vastgesteld, maar de ziekte is bij deze patiënten al wel manifest).⁷ Precieze gegevens over de dosering en duur van het antipsychotica gebruik zijn niet voorhanden, hier bepalen wij daarom de budget-impact aan de hand van standaarddoseringen.⁸

Met deze aanbeveling wordt de richtlijn van de NVVA (voorganger Verenso) uit 2008 gevolgd.⁹ De rationale achter deze aanbeveling is dat uit onderzoek blijkt dat het staken van antipsychotica bij een aanzienlijk deel van de verpleeghuisbewoners die al lange tijd

⁴ Zuidema et al. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. 2007

⁵ Trimbos instituut. Trendrapportage GGZ 2010. P 273.

⁶ Trimbos instituut. Trendrapportage GGZ 2010. P 209.

⁷ Cijfers en fietsen over dementie. Alzheimer Nederland. 2013.

⁸ Richtlijn probleemgedrag, met herziene medicatie paragraaf. NVVA. 2008. P26.

⁹ Richtlijn probleemgedrag, met herziene medicatie paragraaf. NVVA. 2008.

antipsychotica gebruiken goed mogelijk is zonder significante toename van probleemgedrag.⁵ Op basis hiervan wordt geadviseerd dat wanneer gedragsproblematiek na de start van de medicamenteuze therapie is afgenomen of gestabiliseerd gedurende drie maanden, het antipsychoticum geleidelijk af te bouwen en te staken (onder monitoring van gedrag en motoriek).¹⁰ Een recente Cochrane review concludeerde dat bij veel oudere mensen met dementie in verpleeghuizen en ambulante patiënten (thuiswonenden) het continue gebruik van antipsychotica gestopt kan worden zonder schadelijke effecten op het gedrag. Echter, de Cochrane review stelde ook dat voorzichtigheid is geboden bij dementerenden in het verpleeghuis met ernstige neuropsychiatrische symptomen omdat het stoppen van de medicatie in deze populatie de symptomatologie kan verergeren.¹¹ Hier modelleren we de consequenties van de aanbeveling als volgt door: op basis van de literatuur nemen wij aan dat bij alle thuiswonende dementerenden en bij tweederde van de populatie in het verzorgingstehuis de therapieduur van antipsychotica kan worden verkort van ongeveer een jaar naar ongeveer 3 maanden.⁹ Echter, bij 20% van hen die na 3 maanden het antipsychotica gebruik stoppen wordt binnen 6 maanden weer opnieuw begonnen met antipsychotica.¹²

We nemen de prijzen van risperidon aangezien dat het middel van eerste keuze is bij gedragsproblematiek bij dementerenden.

2.2.2 Prijzen

Haloperidol: 100 stuks a 0,5 mg voor €11,44.¹³ 50 stuks a 1 mg voor €1,30.¹⁴

Risperidon: 150 stuks a 0,5 mg voor €4,50 (duurste €15,04).¹⁵ 75 stuks a 1 mg voor €1,36 (duurste €13,99).¹⁶

- Exclusief aflevertarief. Telkens is het goedkoopste alternatief gekozen.

2.2.3 Input data

Eerst zetten we de gebruikte getallen op een rijtje.

- Aantal patiënten in verpleeghuizen: 70.000
- Aantal ambulante patiënten: 86.000
- Percentage van patiënten in verpleeghuizen dat antipsychotica gebruikt: 37%²
- Percentage van ambulante patiënten dat antipsychotica gebruikt: 30%^{4,17}
- Gemiddelde dosis per dag: 2 mg
- Prijs risperidon per mg: €1.36/75 = €0,018¹⁹
- In de oude situatie duurt het gebruik 1 jaar

¹⁰ Geadviseerd wordt een afbouwschema te gebruiken, bijvoorbeeld door iedere week de dosis te halveren.

¹¹ Declercq T et al. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia (Review). Cochrane. 2013.

¹² Expert opinion prof. Frans Verhey.

¹³ <http://www.medicijnkosten.nl/stap5.asp?art=2600094&art2=2600094&niveau=FG&eenheid=stuks&aantal=100&soort=G&zoek=N05AD01>

¹⁴ <http://www.medicijnkosten.nl/stap5.asp?art=2584610&art2=2584610&niveau=NG&eenheid=stuks&aantal=50&soort=1&zoek=N05AD01>

¹⁵ <http://www.medicijnkosten.nl/stap5.asp?art=2585235&art2=2592566&niveau=NG&eenheid=ddd&aantal=0&soort=1&zoek=risperidon>

¹⁶ <http://www.medicijnkosten.nl/stap5.asp?art=2588001&art2=2589300&niveau=NG&eenheid=ddd&aantal=0&soort=1&zoek=risperidon>

¹⁷ Trimbos trendrapportage GGZ. Deel 2 Toegang en zorggebruik. P209.

- In de nieuwe situatie wordt dit bij ambulante patiënten en bij 2/3 van de verpleeghuispatiënten beperkt tot 3 maanden
- Van alle patiënten die na 3 maanden stoppen met gebruik, begint 1/5 binnen 6 maanden weer met gebruiken.¹⁰

2.2.4 Berekening Budget Impact

2.2.4.1 Directe kosten

De directe kosten van antipsychotica gebruik in verpleeghuizen in de oude situatie (huidige zorg) DK_{oud}^v schatten we als:

$$DK_{oud}^v = (\text{aantal gebruikers}) \cdot 365 \cdot \text{dosering in mg per dag} \cdot \text{prijs} = \\ 70.000 \cdot 0,37 \cdot 365 \cdot 2 \cdot 0,018 = \text{€}340.000$$

De directe kosten van antipsychotica voor ambulante patiënten in de oude situatie (huidige zorg) schatten we als:

$$DK_{oud}^h = (\text{aantal gebruikers}) \cdot 365 \cdot \text{dosering in mg per dag} \cdot \text{prijs} = \\ 86.000 \cdot 0,30 \cdot 365 \cdot 2 \cdot 0,018 = \text{€}339.000$$

De directe kosten van antipsychotica gebruik in verpleeghuizen in de nieuwe situatie schatten we als:

$$DK_{nieuw}^v = \frac{1}{3} \cdot DK_{oud}^v + \frac{2}{3} \cdot \left(\frac{DK_{oud}^v}{4} + \frac{1}{5} \cdot \frac{DK_{oud}^v}{4} \right) = \text{€}187.000$$

De directe kosten van antipsychotica voor ambulante patiënten in de nieuwe situatie schatten we als:

$$DK_{nieuw}^h = \left(\frac{DK_{oud}^h}{4} + \frac{1}{5} \cdot \frac{DK_{oud}^h}{4} \right) = \text{€}102.000$$

Derhalve komt het verschil in directe kosten neer op

$$DK_{nieuw}^v + DK_{nieuw}^h - DK_{oud}^v - DK_{oud}^h =$$

$$187.000 + 102.000 - 340.000 - 339.000 = -\text{€}390.000 \text{ (dit betekent een besparing)}$$

Diagnostiek

2.3 FDG-PET bij twijfel over Alzheimer diagnose

Aanbeveling:

“Bij twijfel over de diagnose ziekte van Alzheimer, bijvoorbeeld i.v.m. atypische presentatie dan wel jonge debuutleeftijd, kan FDG-PET worden overwogen. “

Deze aanbeveling volgt op aanbevelingen van de National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease.¹⁸ De werkgroep geeft hierin aan dat bewijs door middel van biomarkers – waaronder FDG-PET - de zekerheid kan vergroten dat de basis van de klinische diagnose dementie op basis van de ziekte van Alzheimer pathofysiologisch de ziekte van Alzheimer is.¹⁹ Deze aanbeveling geldt voor personen die voldoen aan de kerncriteria voor de diagnose waarschijnlijk ziekte van Alzheimer.^{20,21} Binnen deze patiëntenpopulatie laat de internationale richtlijn enige vrijheid in gebruik van FDG-PET.²² De herziene richtlijn Dementie doet hier geen expliciete uitspraken over, maar formuleert twee voorbeelden van patiëntenpopulaties voor wie dit op zou kunnen gaan.²³

Er zijn in Nederland ongeveer 256.000 dementerenden. 70% hiervan heeft de ziekte van Alzheimer en 12.000 zijn jong dementerend (jonger dan 65 jaar).²⁴ Wij nemen aan dat er geen overlap bestaat tussen de twee benoemde patiëntenpopulaties; wij gaan ervan uit dat geen enkele jong dementerende valt onder de categorie 'atypische presentatie'. Voor de berekening van de incidentie Alzheimer patiënten trekken wij daarom de prevalentie jong dementerenden af van de totale prevalentie dementie. Bij een gemiddelde ziekte duur van 8 jaar vanaf de diagnose Alzheimer zijn er dus ongeveer $((256.000 - 12.000) * 0,7) / 8 = 21350$ nieuwe Alzheimer patiënten per jaar. Uit onderzoek van Lopez et al²⁵ uit 2000 blijkt dat 6% van de patiënten met de diagnose 'waarschijnlijke Alzheimer dementie' een atypische presentatie van Alzheimer toonden. Wij nemen aan dat dit percentage geldt voor de totale populatie van patiënten met Alzheimer dementie. Van de 21.350 nieuwe Alzheimer patiënten per jaar zullen er zich dus ongeveer 1.281 atypisch presenteren. Echter, niet elk onderzoek zal de differentiaal diagnose dementie bevestigen. Wij nemen aan dat dit slechts in de helft van de gevallen het geval is, er moeten dus 2.562 FDG-PETs uitgevoerd worden om 1.281 diagnoses te stellen.

¹⁸ McKhann GM et al 2011. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement.* 2011 May;7(3):263-9.

¹⁹ McKhann GM 2011 p266. 'In persons who meet the core clinical Criteria for probable AD dementia biomarker evidencemay increase the certainty that the basis of the clinical dementia syndrome is the AD pathophysiological process.'

²⁰ Voor de criteria, zie pagina 27 van de conceptrichtlijn.

²¹ McKhann GM 2011 p267. 'To make a diagnosis of AD dementia with biomarker support, the core clinical diagnosis of AD dementia must first be satisfied'.

²² McKhann GM 2011 p266/7. 'Presently, the use of biomarkers to enhance certainty of AD pathophysiological process may be useful in three circumstances: investigational studies, clinical trials, and as optional clinical tools for use where available and when deemed appropriate by the clinician'.

²³ Zie aanbeveling: 'in verband met atypische presentatie dan wel jonge debuutleeftijd'.

²⁴ Alzheimer Nederland. Cijfers en feiten over dementie 2013.

²⁵ Lopez et al 2000. Research evaluation and diagnosis of probable Alzheimer's disease over the last two decades: I. *Neurology* 2000;55:1854-1862

Voor de incidentie bepaling van het aantal jong dementerenden met Alzheimer dementie nemen wij aan dat eenzelfde deel van deze populatie als de algehele populatie Alzheimer dementie heeft. Bij een levensverwachting van 8 jaar²⁶ komt dit neer op een incidentie van $(12.000 * 0,7)/8 = 1.050$ nieuwe jong dementerenden per jaar. Wij nemen opnieuw aan dat slechts de helft van de onderzoeken de differentiaal diagnose dementie bevestigen, zodat er 2.100 FDG-PETs uitgevoerd worden om 1.050 diagnoses te stellen.

De hier onderzochte aanbeveling laat zoals hierboven beschreven enige vrijheid in interpretatie; met name met betrekking tot welke specifieke patiëntenpopulaties voor de techniek in aanmerking komen. Wij nemen aan dat het gebruik van FDG-PET bij twijfel over de diagnose ziekte van Alzheimer zich slechts beperkt tot de twee genoemde patiëntenpopulaties. Hiernaast is de zinsnede 'kan FDG-PET worden overwogen' lastig te modelleren. Wij gaan hiermee om door het formuleren van verschillende scenario's waarin voor het woordje 'overwogen' variërende puntschattingen worden gehanteerd.

Voor de stuksprijs van FDG-PET van het brein gebruiken we 560 euro.²⁷

2.3.1 Input data

- 1.281 gevallen van atypische presentatie per jaar
- 1.050 jong dementerenden per jaar
- €560 voor een FDG-PET
- 2 scans per diagnose

2.3.2 Berekening budget impact

Wegens het ontbreken van evidence van voldoende kwaliteit worden indirecte kosten hier niet meegenomen.

Als we ervan uitgaan dat in de oude situatie 0% van de doelgroep een FDG-PET scan zal krijgen, en in de nieuwe situatie 100%, dan geeft dit een bovengrens van de budget impact van deze aanbeveling. De directe kosten van FDG-PET in de oude situatie zijn dan uiteraard 0, zodat de budget impact gelijk is aan de directe kosten van FDG-PET in de nieuwe situatie. Deze wordt gegeven door:

$$BI = DK_{nieuw} = (\text{aantal scans}) \cdot FDG_PET \text{ percentage} \cdot prijs = \\ 2 \cdot (1.281 + 1.050) \cdot 1 \cdot 560 = \text{€}2,61 \text{ mln}$$

Echter, waarschijnlijk zal de budget impact veel kleiner zijn. Bijvoorbeeld, als er in de oude situatie FDG-PET wordt toegepast bij 10% van de doelgroep²⁸, en dit in de nieuwe situatie stijgt naar 15%²⁹, dan zal de budget impact uitkomen op $\text{€}2.610.000/20 = \text{€}130.000$.

²⁶ Wij hebben geen evidence kunnen vinden die duidelijk een andere schatter suggereren.

²⁷ ErasmusMC tarieven ODV januari 2014.

²⁸ Expert opinion dr. Evelien Lemstra.

2.4 FDG-PET voor het stellen van de diagnose waarschijnlijk FTD

Aanbeveling:

“Bij ontbreken van atrofie bij MRI onderzoek is FDG-PET aangewezen voor het kunnen vaststellen van de diagnose waarschijnlijk FTD.”

Er zijn in Nederland ongeveer 256.000 dementerenden.²⁹ Bekend is dat tussen 2% en 5% hiervan frontotemporale dementie heeft,³⁰ bij de berekeningen gaan we uit van 4%.³¹ Bij een gemiddelde ziekte duur van 5-15 jaar³² komt dit neer op een incidentie van $(256.000 * 0,04) / 10 = 1.024$ nieuwe patiënten per jaar. Wat we eigenlijk willen weten is hoeveel mensen een MRI krijgen om de diagnose ‘waarschijnlijk FTD’ te kunnen stellen. Hier hebben we echter geen data voor kunnen vinden. Daarom werken we in plaats van met de grootte van de zojuist genoemde groep met het aantal nieuwe patiënten met FTD. Dat is niet hetzelfde als het aantal mensen dat een MRI krijgen om de diagnose ‘waarschijnlijk FTD’ te kunnen stellen, maar voor nu geeft dat waarschijnlijk de beste benadering.

Uit de studie van Mendez et al uit 2007 blijkt dat 45,5% van de patiënten met de diagnose ‘waarschijnlijk FTD’ positief scoorden voor atrofie bij MRI onderzoek.³³ Dit betekent dat in de overige 54,5% van de gevallen FDG-PET nodig zou zijn voor de bevestiging van de diagnose ‘waarschijnlijk FTD’.

Het aantal mensen dat op dit moment FDG-PET krijgt bij het ontbreken van atrofie bij MRI onderzoek kan worden geschat op 20%.³¹ Na invoering van de richtlijn zou dit kunnen stijgen tot 30% tot 60%.³¹ Echter, niet elk onderzoek zal de differentiaal diagnose dementie bevestigen. Wij nemen aan dat dit slechts in de helft van de gevallen het geval is, er moeten dus 2.048 FDG-PETs uitgevoerd worden om 1.024 diagnoses te stellen.

Voor de stuksprijs van FDG-PET van het brein gebruiken we 560 euro.³⁴

Door ontbreken van harde evidence besluiten we mogelijke indirecte kosten met betrekking tot deze aanbeveling niet door te rekenen.

2.4.1 Input data

- 2.048 patiënten per jaar komen in aanmerking voor FDG-PET bij het ontbreken van atrofie bij MRI onderzoek
- Momenteel krijgt 20% van deze mensen daadwerkelijk FDG-PET³¹
- Dit percentage zou kunnen stijgen tot 30% tot 60%.³¹
- €560 voor een FDG-PET.³⁷

²⁹ Factsheet dementie

³⁰ <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-dementie#note-7> Zie Rosso 2003. Folder sensire zegt 2-5%.

³¹ Expert opinion Prof. Dr. Marcel Olde Rikkert

³² Vleugel 2006. De Engelse wikipedia (http://en.wikipedia.org/wiki/Frontotemporal_dementia) is veel pessimistischer, voorspelt een periode van 2-10 jaar. De volgende website en artikel zeggen 8 jaar: <http://www.jongdementerend.nl/mijzelf/ziektebeelden/?p=74#fronto> Snowden JS, Neary D, Mann DMA. Fronto-temporal lobar degeneration: fronto-temporal dementia, progressive aphasia, semantic dementia. Londen: Churchill Livingstone; 1996.

³³ Mendez et al 2007. Accuracy of the Clinical Evaluation for Frontotemporal Dementia. Arch Neurol. 2007 Jun;64(6):830-5.

³⁴ ErasmusMC tarieven ODV januari 2014.

2.4.2 Berekening budget impact

De directe kosten van FDG-PET in de oude situatie kunnen we schatten als

$$DK_{oud} = 2.048 \cdot 0,20 \cdot 560 = \text{€}229.000$$

Als dit in de nieuwe situatie stijgt met $\Delta\%$, dan worden de directe kosten in de nieuwe situatie gegeven door

$$DK_{oud} = 2.048 \cdot (0,20 + \Delta\%) \cdot 560$$

Derhalve wordt de formule voor de budget impact gegeven door:

$$BI = 2.048 \cdot \Delta\% \cdot 560$$

Voor verschillende scenarios aangaande $\Delta\%$ geeft dit de volgende budget impact cijfers.

$\Delta\%$	BI
+10%	115.000
+20%	229.000
+30%	344.000

Tabel 3. Budget impact van FDG-PET voor het stellen van de diagnose waarschijnlijk FTD, afhankelijk van de toename in het gebruik.

2.5 FP-CIT SPECT bij 1 kerncriterium Lewy body dementie

Aanbeveling:

“Indien er maar 1 kerncriterium voor Lewy body dementie aanwezig is, en derhalve twijfel over de diagnose blijft bestaan, is FP-CIT SPECT onderzoek te overwegen.”

Er zijn in Nederland ongeveer 256.000 dementerenden.¹ Bekend is dat tussen 15% en 20% hiervan lewy body dementie heeft.^{35,36} Bij een gemiddelde ziekte duur van 5-6³⁷ jaar komt dit neer op een incidentie tussen $(256.000 * 0,15) / 5,5 = 6.982$ en $(256.000 * 0,15 \text{ of } 0,20) / 5,5 = 9.309$ nieuwe patiënten per jaar.

In 2005 hebben McKeith et al. drie kerncriteria voor Lewy body dementie vastgesteld.^{38,39} Wanneer naast vastgestelde dementie aan twee of meer van deze criteria wordt voldaan spreekt men van ‘waarschijnlijk’ Lewy body dementie. Wanneer slechts één kerncriterium voor Dementie met Lewy bodies aanwezig is geldt de diagnose ‘mogelijk’ Lewy body dementie. Patiënten met ‘mogelijk’ LBD en met lage dopamine transporter uptake in de basale ganglia krijgen de diagnose ‘waarschijnlijk’ LDB. FP-CIT SPECT is hiervoor de aangewezen techniek.

Zoals hierboven beschreven is de incidentie van LBD ongeveer 7.000-9.000 per jaar. Echter, veel hiervan zullen geen FP-CIT SPECT ondergaan omdat zij bij presentatie aan twee of meer van kerncriteria voldoen. Daarentegen, niet alle patiënten die zich met één kerncriterium diagnosticeren zullen na diagnostiek door FP-CIT SPECT de diagnose ‘waarschijnlijk’ LDB krijgen. Daarom zouden wij willen weten hoe DLB patiënten zich presenteren. Welk deel van de patiënten op de kamer van de dokter heeft de diagnose ‘mogelijk’ DLB? Dat bleek een lastig te beantwoorden vraag, hierover konden wij geen data vinden. Ook de benaderde kerngroep leden van de richtlijncommissie hadden hierop geen antwoord. Daarom rekenen wij verder met het aantal nieuwe LBD patiënten per jaar, we gaan er dus van uit dat elke nieuwe LBD patiënt FP-CIT SPECT ondergaat.

Door ontbreken van voldoende betrouwbare evidence besluiten we mogelijke indirecte kosten met betrekking tot deze aanbeveling niet door te rekenen. Doordat we onvoldoende inzicht hebben in het gebruik van FP-CIT SPECT op dit moment, passen we voor deze aanbeveling de 0 tot 100% basecase scenario aanname toe (de alternatieve situaties van secties 2.2.4 en 2.2.5).

2.5.1 Input data

- 8.000 nieuwe patiënten met Lewy Body dementie per jaar
- Die ondergaan allemaal FP-CIT SPECT
- Prijs van een FP-CIT SPECT scan: 920 euro.⁴⁰

³⁵ <http://www.btsq.nl/infobulletin/dementie/dementie-Lewy%20body.html>

³⁶ https://www.alzheimer.nl/over-alzheimer/herkennen-en-behandelen/gerelateerde-ziekten/Schattingen_lopen_zeer_uiteen.. Zie ook de PPT lc2012_arfan_prevalentie.pdf: geschatte prevalentie tussen 0 en 30%.

³⁷ <http://www.btsq.nl/infobulletin/dementie/dementie-Lewy%20body.html>

³⁸ McKeith et al 2005. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology*. 2005 Dec 27;65(12):1863-72.

³⁹ Te weten: Fluctuating cognition with pronounced variations in attention and alertness; Recurrent visual hallucinations that are typically well formed and detailed; Spontaneous features of parkinsonism.

⁴⁰ ErasmusMC tarieven ODV januari 2014.

2.5.2 Berekening budget impact

Het gaat hier om extra diagnostiek t.o.v. de oude richtlijn. Omdat we er hierbij van uitgaan dat 0% FP-CIT SPECT diagnostiek ondergaat in de oude situatie zijn er dus geen directe kosten van deze vorm van diagnostiek in de oude situatie. De directe kosten van de nieuwe situatie (waarin we vooronderstellen dat 100% van de doelgroep FP-CIT SPECT ondergaat) kunnen we dan berekenen via

$$DK = \text{aantal scans per jaar} \cdot 920 = 8.000 \cdot 920 = \text{€}7,36 \text{ mln}$$

Als we in plaats van de 0%-100% aanname, ervan uitgaan dat in de oude situatie %OUD van de doelgroep FP-CIT SPECT ondergaat, dan komen we tot de volgende formule voor de directe kosten in de oude situatie

$$DK_{oud} = 8.000 \cdot \%OUD \cdot 920$$

Als dit in de nieuwe situatie stijgt met $\Delta\%$, dan worden de directe kosten in de nieuwe situatie gegeven door

$$DK_{oud} = 8.000 \cdot (\%OUD + \Delta\%) \cdot 920$$

Derhalve wordt de formule voor de budget impact gegeven door:

$$BI = 8.000 \cdot \Delta\% \cdot 920$$

Voor verschillende scenarios aangaande $\Delta\%$ geeft dit de volgende budget impact cijfers.

$\Delta\%$	BI
+10%	736.000
+20%	1.472.000
+30%	2.208.000

Tabel 4. Budget impact van FP-CIT SPECT bij 1 kerncriterium Lewy body dementie, afhankelijk van de toename in het gebruik.

Psychosociale interventies

2.6 Casemanagement

Aanbeveling:

“Het verdient aanbeveling om de functie casemanagement actief te bespreken en aan te bieden bij het opstellen van het individuele zorgplan voor dementie.”

Welk deel van de dementerenden krijgt nu casemanagement en wat is het gewenste deel van dementerenden dat casemanagement ontvangt?

Omdat naar verwachting niet elke dementerende en diens omgeving behoefte heeft aan casemanagement, moet het gewenste deel van dementerenden dat casemanagement ontvangt lager zijn dan 100%. Uit onderzoek van NIVEL en Alzheimer Nederland in 2012⁴¹ bleek van 76% van de mantelzorgers behoefte heeft aan een casemanager. Van deze groep met behoefte aan casemanagement maakte 88% gebruik van casemanagement.

Bij het overgrote deel van netwerken eindigt casemanagement op het moment dat de patiënt is opgenomen in het verpleeghuis of is overleden of zes weken hierna. Hieruit nemen wij aan dat alleen extramurale cliënten met dementie casemanagement ontvangen. Naar schatting 70% van de patiënten met dementie woont thuis, ongeveer 100.000 dementerenden hebben nog geen diagnose.⁴²

Wat kost casemanagement bij dementie?

Uit de verschillende studies van NIVEL en Trimbos blijkt dat er landelijk gezien veel verschillen zijn in de organisatie en invulling van casemanagement. Zij stellen zelfs een indeling op hoofdvarianten voor op basis van 1) het moment dat casemanagement wordt aangeboden (vanaf diagnose of niet pluis-gevoel) 2) de functie van de casemanager (als eigenstandige functie of (ook) als deelfunctie). Echter, doordat de aanlevering van gegevens door de verschillende projectleiders casemanagement problematisch bleek, konden geen berekeningen worden gedaan over wat casemanagement per cliëntensysteem kost.⁴³

Betrouwbare data zijn evenwel beschikbaar over de gemiddelde caseload (aantal extramurale cliënten met dementie) van de casemanager in 2010 per FTE. Echter, deze data laten vrij veel variatie zien, variërend van 35 tot 70 patiënten per FTE (peildatum 31 december 2010).⁴ Meer recent onderzocht Vilans dezelfde vraag. Zij rapporteerden een gemiddelde van bijna 49 patiënten per FTE. Echter, vervolgens vroegen zij de ketens (N=50) hoeveel cliënten zij bedienen met hoeveel FTE casemanagers. Hieruit kwam een gemiddeld aantal van 57 cliënten per FTE.⁴⁴ In ons base case scenario kiezen wij derhalve voor het aantal van 57 cliënten per FTE. Voor het aanbieden van casemanagement is minimaal HBO-niveau met aanvullende opleiding vereist.⁴⁵ Geriant schatte de kostprijs van een casemanager op € 85 per uur of 8 euro per cliënt per dag

⁴¹ NIVEL en Alzheimer Nederland. 2012. Dementiemonitor Mantelzorg. Problemen, zorgbehoeften, zorggebruik en oordelen van mantelzorgers.

⁴² Factsheet dementie. Alzheimer Nederland 2013.

⁴³ NIVEL/Trimbos 2012. Landelijke evaluatie van casemanagement dementie.

⁴⁴ Vilans 2013. Ketens dementie: de stand van zaken. Uitkomsten indicatorenmeting: 55 ketens.

⁴⁵ Zorgstandaard dementie.

(2009 prijs).⁴⁶ Echter, het is onduidelijk in hoeverre deze prijs generaliseerbaar is. Derhalve hanteren wij hier de prijs van een wijkverpleegkundige, welke varieert tussen € 42,50 en € 50 per uur.⁴⁷

Het is bekend dat patiënten gemiddeld 1,5 tot 2 jaar in een verpleeghuis wonen⁴⁸ en 8 jaar met de ziekte leven.⁴⁹ Hieruit kunnen we concluderen dat patiënten zes jaar gebruik maken van casemanagement.

De zinsnede 'Overweeg om casemanagement' is lastig te modelleren. Wij gaan hiermee om door het formuleren van verschillende scenario's waarin voor het woordje 'Overweeg' variërende puntschattingen worden gehanteerd.

Uit de literatuur blijkt dat casemanagement geen effect lijkt te hebben op de kwaliteit van leven van de personen met dementie en diens mantelzorger of op uitstel van opname.⁵⁰ Derhalve zullen wij mogelijke indirecte kosten van deze aanbeveling niet doorberekenen.

2.6.1 Input data

- Aantal patiënten dat in aanmerking komt voor CM: 86.000
- Gemiddelde duur dat een patient in aanmerking komt: 6 jaar
- Het percentage mantelzorgers dat behoefte heeft aan CM: 76%⁴⁴
- Het percentage van mantelzorgers met behoefte aan CM dat ook CM ontvangt: 88%⁴⁴
- 57 patiënten per casemanager (bij 1 FTE)⁴⁶
- Een casemanager werkt 1.540 uur per jaar (bij 1 FTE)⁵¹
- Een casemanager kost ongeveer €46 per uur⁴⁹

2.6.2 Berekening budget impact

We komen tot de volgende formule voor de directe kosten in de oude situatie

$$DK_{oud} = 86.000 \cdot 0,76 \cdot 0,88 \cdot \frac{1540 \cdot 46}{57} \cdot 2 = \text{€}143 \text{ mln}$$

en de nieuwe situatie

$$DK_{oud} = 86.000 \cdot 0,76 \cdot 1 \cdot \frac{1540 \cdot 46}{57} \cdot 2 = \text{€}162 \text{ mln}$$

Derhalve wordt de budget impact gegeven door:

$$BI = \text{€}19 \text{ mln}$$

⁴⁶ Geriant. Wat is casemanagement dementie? Een samenvattende beschrijving van het geriant-model. www.geriant.nl

⁴⁷ <http://joostzorgt.nl/vertelt/nieuws/44--tarieven-zorgverleners>

⁴⁸ Jonker, Slaets en Verhey. Handboek dementie. 2009. P120.

⁴⁹ Alzheimer Nederland, Factsheet dementie 2013.

⁵⁰ Zie concept-richtlijn p150.

⁵¹ CVZ. Handleiding voor kostenonderzoek 2010.

2.7 Scholing van verzorgend personeel

Aanbeveling:

“Het is aan te bevelen dat verzorgend personeel adequaat geschoold is om om te gaan met personen met dementie.”

In 2008 bedroeg het aantal verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland 88.000.⁵² Omdat wij geen recentere gegevens hebben kunnen vinden, nemen wij aan dat dit aantal sindsdien ongewijzigd is gebleven en variëren wij hiermee in sensitiviteitsanalyses.⁵³ Gezien de hoge prevalentie van dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland (42%)⁵⁴ nemen wij aan dat iedere verzorgende met dementerenden in aanraking komt en voor scholing in aanmerking komt. Naar schatting is ongeveer een derde van de verzorgenden reeds adequaat geschoold.⁵⁵

De review van Kroes et al⁵⁶ concludeerde dat ‘interventies die een bewezen invloed hebben op het gebruik van dwangmaatregelen zich uitspreiden over minstens 8 weken en worden geïmplementeerd door ervaren lesgevers’; deze vorm is ook in Nederland standaard.⁵⁶ Een dergelijke cursus wordt in de regel aangeboden door psychiatrisch verpleegkundigen⁵⁷ aan een groep van 15 tot 20 verzorgenden. Het gaat dan om een eenmalige cursus van 8 keer 45 minuten in groepen van 15-20 deelnemers. Er is ook een online cursus van 6 uur beschikbaar, maar aangezien de doelgroep is niet zo computer-minded is wordt deze veel minder gebruikt.⁵⁶ Een verzorgende besteed dus 6 uur aan een dergelijke cursus, de kosten voor een (niveau 3) verzorgende bedraagt €22,20.⁵⁸ We nemen aan dat de lesgever (inclusief voorbereidingstijd) 12 uur per cursus betaald, en de kosten per uur voor zo’n psychisch verpleegkundige zijn €42,50.

In de nieuwe richtlijn dementie wordt geconcludeerd dat scholing van verpleegkundigen mogelijk een positief effect lijkt te hebben op het verminderen van gedragsproblemen bij personen met dementie. Hiernaast lijkt scholing van verzorgend personeel geen blijvend positief effect te hebben op het functioneren (stress, werktevredenheid, kennis) van verzorgend personeel. Hierdoor, en door de lage bewijskracht van het voorgaande hebben wij besloten in overleg met een inhoudsdeskundige⁵⁶ eventuele indirecte kosten niet te modelleren.

⁵²http://www.levv.nl/fileadmin/sites/LEVV/PDF-PP/onderzoek/Feiten_en_cijfers_op_een_rij-versie_okt_2008.pdf

⁵³ Alhoewel er enkele beleidswijzigingen hebben plaatsgevonden. Echter, de grootste verschuivingen wat dat betreft zijn niet te verwachten in verpleeg- en verzorgingshuizen, maar in de thuiszorg.

⁵⁴ Halfens, R.J.G., Schols, JMGA, et al. (2012). Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2011. Universiteit Maastricht: Maastricht.

⁵⁵ Expert opinion dr. Eric van Exel.

⁵⁶ Kroes et al 2011. Dementie: welke nietfarmacologische interventies? KCE reports 160A

⁵⁷ <http://joostzorgt.nl/vertelt/nieuws/44--tarieven-zorgverleners>

⁵⁸ <http://joostzorgt.nl/vertelt/nieuws/44--tarieven-zorgverleners>

2.7.1 Input data

- Aantal verzorgenden in dementiezorg: 88.000
- Een derde daarvan is al adequaat geschoold
- Eenmalige cursus van 6 uur
- Aantal deelnemers per cursus: 17
- Een verzorgende kost €22,20 per uur
- De lesgever besteed 12 uur aan de cursus
- Een psychiatrisch verpleegkundige kost €42,50 per uur

2.7.2 Berekening budget impact

Als er 'aantal' verzorgenden deelnemen aan de bijscholing, dan worden de directe kosten gegeven via

$$DK = \text{aantal} \cdot 6 \cdot 22,20 + \text{aantal} \cdot 12 \cdot \frac{42,50}{17} = \text{aantal} \cdot 163,20$$

Voor verschillende scenarios aangaande 'aantal' geeft dit de volgende budget impact cijfers.

aantal	BI
5.000	816.000
10.000	1.632.000
15.000	2.448.000
20.000	3.264.000
25.000	4.080.000
30.000	4.896.000

Tabel 5. Budget impact van scholing voor verzorgend personeel, afhankelijk van de toename in participatie.

2.8 Cognitieve stimulering

Aanbeveling:

“Aanbevolen wordt om cognitieve stimulering bij personen met een lichte tot matig ernstige vorm van dementie toe te passen om het cognitieve functioneren te verbeteren.”

Er zijn ons geen cijfers bekend met betrekking tot de prevalentie van lichte tot matig ernstige dementie. Derhalve nemen wij aan dat deze populatie overeenkomt met de dementerenden die thuiswonen (86.000)⁵⁹. Wij nemen aan dat dementerenden in verpleeg- en verzorgingstehuizen (70.000) ernstig dement zijn.

In de Nederlandse praktijk wordt deze interventie in de regel door een ergotherapeut of een geschoolde verpleegkundige aangeboden. Echter, de interventie wordt slechts mondjesmaat aangeboden (<1% van de dementerenden, maximaal 5-10% lijkt haalbaar).⁶⁰

Uit de review van Woods et al⁶¹ blijkt dat cognitieve stimulatie een positief effect heeft op het cognitief functioneren van personen met lichte tot matig ernstige dementie. Cognitieve stimulering lijkt geen effect te hebben op het gedrag en de stemming van personen met lichte tot matig ernstige dementie. Derhalve is ervan afgezien om indirecte kosten bij cognitieve stimulatie te modelleren.

Uit de vernieuwde concept-richtlijn ‘Diagnostiek en Behandeling van Dementie’ blijkt dat cognitieve stimulatie in de praktijk zeer gevarieerd aangeboden kan worden:⁶² de duur varieert van 4 weken tot 2 jaar, sessies duren tussen de 30 en 90 minuten en de interventie wordt één maal per week tot wel vijf maal per week aangeboden. Hiernaast verschillen de onderzochte interventies in vorm en inhoud doordat er zowel sprake is van individuele- als groepsessies en meerdere typen activiteiten mogelijk zijn.

We zien dat de heterogeniteit in het aanbieden van cognitieve stimulering extreem is. De maximale kosten (2 jaar lang, 5 maal per week een individuele sessie van 90 minuten) zouden zelfs een factor 4.000 hoger kunnen zijn dan de minimale kosten (4 weken lang, 1 maal per week een groepsessie met 10 mensen van 30 minuten). Aangezien we geen extra data hebben kunnen vinden die meer inzicht geven in wat in Nederland gangbaar of gemiddeld is, hebben wij besloten deze aanbeveling niet te door te rekenen.

⁵⁹ Alzheimer 2013. Factsheet.

⁶⁰ Expert opinion. Dr. Eric van Exel.

⁶¹ Woods et al 2012. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. Cochrane Database Syst Rev

⁶² De richtlijn verwijst hier naar Woods et al (zie hieronder), deze review beschrijft interventies uit velerlei landen.

2.9 Ondersteunende gespreksgroepen voor mantelzorgers

Aanbeveling:

“Ondersteunende gespreksgroepen voor mantelzorgers worden aanbevolen na het stellen van de diagnose dementie.”

In de richtlijn wordt geconcludeerd dat ondersteunende gespreksgroepen mogelijk effectief lijken te zijn in het verbeteren van de mentale gezondheid, het verminderen van depressieve klachten en gevoelens van belasting en het verbeteren van sociale uitkomsten van mantelzorgers.

Uit gesprekken met experts⁶³ blijkt deze interventie in Nederland reeds ruimschoots aangeboden; mantelzorgers die hier behoefte aan hebben, hebben hier in de regel toegang toe. Derhalve worden er geen (grote) veranderingen verwacht in aantallen mantelzorgers die hier gebruik van maken. Hiernaast lijken de kosten van de interventie gering: vaak wordt er kosteloos gebruik gemaakt van ruimtes van verpleeg- of verzorgingstehuizen of buurthuizen. Voorts wordt de interventie vaak door vrijwilligers georganiseerd en ondersteund. Hierdoor kunnen de kosten vanuit *maatschappelijk* perspectief hoog zijn, maar niet vanuit het gezondheidsperspectief. Derhalve hebben wij besloten de budget-impact van deze interventie niet verder te onderzoeken.

⁶³ Drs. Julie Meerveld, Prof. dr. Myrra Vernooij-Dassen, dr. Eric van Exel.

2.10 Cognitieve herstructurering voor mantelzorgers

Aanbeveling:

“Cognitieve herstructurering wordt aanbevolen om psychische klachten (depressie, angst en aan de zorg gerelateerde symptomen van stress) van mantelzorgers te verminderen.”

Er zijn in Nederland ongeveer 300.000 mantelzorgers van mensen met dementie. Hiervan is 90% overbelast, of loopt risico overbelast te raken.⁶⁴ Eén interventie die hiervoor ontwikkeld is is cognitieve structurering.

Ons is geen vast protocol bekend hoe cognitieve herstructurering aangeboden dient te worden. In de studie van Akkerman et al. (2004) werd cognitieve stimulering aangeboden aan groepen van vier tot acht personen. De interventie duurde negen weken, waarin de deelnemers eenmaal per week deelnemen aan een sessie van 2 uur.⁶⁵ Uit ons interview met één van experts⁶⁶ kwam een soortgelijk beeld: de interventie wordt aangeboden aan groepen van acht tot twaalf personen. Deelnemers nemen deel aan acht tot tien sessies, die elk drie kwartier duren. Deze sessies worden geleid door een psycholoog⁶⁷ of een sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

Uit de review van Vernooij-Dassen et al 2011⁶⁸. blijkt dat cognitieve herstructurering een positief effect lijkt te hebben op zowel angstklachten, stress en depressie bij mantelzorgers. Echter, vanwege de lage bewijskracht van het voorgaande hebben wij in overleg met inhoudsdeskundigen eventuele indirecte kosten niet te modelleren.

2.10.1 Input data

- Aantal mantelzorgers in dementiezorg: 300.000
- Eenmalige cursus van 18 uur
- Aantal deelnemers per cursus: 6
- De lesgever besteed 36 uur aan de cursus
- Een psychiatrisch verpleegkundige kost €42,50 per uur

2.10.2 Berekening budget impact

Als er in de oude situatie ‘aantal_{oud}’ mantelzorgers per jaar deelnemen aan de cognitieve herstructurering, dan worden de directe kosten in de oude situatie gegeven via

$$DK_{oud} = aantal_{oud} \cdot 36 \cdot \frac{42,50}{6} = aantal_{oud} \cdot 255$$

Als dit in de nieuwe situatie stijgt met ‘toename’ per jaar, dan worden de directe kosten in de nieuwe situatie gegeven door

⁶⁴ Alzheimer Nederland. Factsheet dementia. 2013.

⁶⁵ Akkerman et al. Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: the effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias 117 Volume 19, Number 2, March/April 2004

⁶⁶ Expert opinion dr. Eric van Exel.

⁶⁷ Tarief per drie kwartier: tussen 70 euro en 120 euro. <http://www.psycholoog-en-praktijk.nl/wat-kost-een-psycholoog>

⁶⁸ Vernooij-Dassen M, Draskovic I, McCleery J, Downs M. Cognitive reframing for carers of people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No.: CD005318. DOI: 10.1002/14651858.CD005318.pub2.

$$DK_{nieuw} = (aantal_{oud} + toename) \cdot 36 \cdot \frac{42,50}{6} = (aantal_{oud} + toename) \cdot 255$$

De budget impact per jaar kan dus worden berekend als

$$BI = toename \cdot 36 \cdot \frac{42,50}{6} = toename \cdot 255$$

Voor verschillende scenarios aangaande 'toename' geeft dit de volgende budget impact cijfers.

aantal	BI
10.000	2,6 mln
30.000	7,7 mln
50.000	12,8 mln

Tabel 6. Budget impact van cognitieve herstructurering voormantelzorgers, afhankelijk van de toename in participatie.

2.11 Samenvatting Budget Impact

Om een beeld te geven van de totale budget impact van de onderzochte aanbevelingen zijn de budget impact cijfers van de base cases van elk van de aanbevelingen in onderstaande tabel samengevat. Voor sommige aanbevelingen is hierbij gekozen voor de bovengrens van de budget impact omdat een meest waarschijnlijke waarde voor de budget impact moeilijk te bepalen was.

Aanbeveling	Budget Impact
1. Antipsychotica	-0,4 mln
2. FDG-PET bij twijfel over Alzheimer diagnose	+2,6 mln*
3. FDG-PET voor het stellen van de diagnose waarschijnlijk FTD	+0,3 mln*
4. FP-CIT SPECT bij 1 kerncriterium Lewy body dementie	+7,4 mln*
5. Casemanagement	+19 mln
6. Scholing van verzorgend personeel	+4,9 mln*
7. Cognitieve stimulering	-
8. Ondersteunende gespreksgroepen voor mantelzorgers	-
9. Cognitieve herstructurering voor mantelzorgers	+12,8 mln*

Tabel 7. De berekende budget impact per aanbeveling. (* betekent dat het gaat om een bovengrens van de budget impact)

3 Conclusies

De uitgevoerde budget impact analyse laat een aantal dingen zien. Het lijkt erop dat invoering van de nieuwe richtlijn zal leiden tot een kostenverzwaring,. Het lijkt hier echter niet om erg grote kostenveranderingen te gaan (in totaal tot zo'n 45 mln, zie tabel 7). Immers, in 2011 bedroegen de totale dementie zorgkosten 4,8 mld euro,⁶⁹ en aangezien de dementie prevalentie in Nederland jaarlijks met zo'n 1,7% toeneemt⁷⁰ kan zelfs bij een gelijkblijvende werkwijze in de dementiezorg de komende jaren een toename van ongeveer 82 miljoen euro verwacht worden, enkel door de toenemende prevalentie. Bij de analyses moeten we echter een aantal kanttekeningen plaatsen.

Bij een aantal van de benodigde parameters bestaat er aanzienlijke onzekerheid. Wij zijn hiermee omgegaan door de gebruikte schattingen zoveel mogelijk te cross-valideren door uitgebreide literatuur searches en interviews met experts op het specifieke vakgebied. Wat betreft een inschatting van de toename in de mate waarin een aanbeveling gevolgd wordt zijn er uiteraard geen data beschikbaar en moeten we het doen met expert opinion, of zijn we soms uitgegaan van een maximaal mogelijke toename. Maar ook met betrekking tot actuele volume gegevens waren niet altijd betrouwbare data aanwezig of vindbaar. De belangrijkste conclusies m.b.t. de directe kosten – namelijk dat het vooral gaat om kostenverzwaringen, en dat het niet om zeer grote kostenverzwaringen gaat– zijn vrij robuust m.b.t. andere aannames van de gebruikte model inputs. Ook bij alternatieve model inputs zullen we uitkomen op tamelijk milde kostenverzwaringen.

Een belangrijk voorbehoud bij deze conclusies is dat wij onze analyses hebben moeten beperken tot directe kosten: de kosten van de interventie zelf. Er is ook getracht indirecte kosten in kaart te brengen, maar we hebben moeten concluderen – in samenspraak met de experts – dat hiertoe onvoldoende evidence voorhanden was. Derhalve blijven eventuele indirecte kosten buiten beeld, en die indirecte kosten kunnen in de praktijk een behoorlijke budget-impact hebben.

Vaak is het zo dat directe kostenveranderingen gezien worden op korte termijn, terwijl indirecte kosteneffecten plaats vinden op een langere termijn. Op de lange termijn kan het zo zijn dat de indirecte kosten relevanter zijn voor de impact op het zorg budget. We kunnen dus zeggen dat de hier gepresenteerde budget impact dan ook vooral betrekking heeft op de korte termijn.

Alhoewel de evidence onvoldoende hard was om mee te nemen in deze studie, willen we hier toch een voorbeeld noemen dat de mogelijke impact van indirecte kosten kan illustreren, en dat bovendien tot een interessante discussie kan leiden. Er is evidence dat atypischoticagebruik kan leiden tot de bijwerkingen CVA en sterfte.⁷¹ Wanneer antipsychoticagebruik wordt verminderd– zoals de richtlijn voorschrijft– kan dit leiden tot minder doden ten gevolge van antipsychotica en tot het voorkomen van CVA's. Budgetmatig zou dit resulteren in besparingen op CVA-zorg door de voorkomen CVA's, maar in extra uitgaven aan dementiezorg in het algemeen doordat minder dementerenden vroegtijdig overlijden. Door het beperken van

⁶⁹ <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/kosten-naar-diagnose/>

⁷⁰ <http://www.btsf.nl/infobulletin/dementie/prognose%20dementie.html>

⁷¹ Maher et al. JAMA. Efficacy and Comparative Effectiveness of Atypical Antipsychotic Medications for Off-Label Uses in Adults A Systematic Review and Meta-analysis. 2011.

antipsychotica gebruik wordt vroegtijdige sterfte voorkomen, waardoor patiënten die relatief veel zorg ontvangen langer in leven blijven en derhalve langer zorg blijven consumeren. We zien dus dat vermeden sterfte door minder antipsychotica gebruik (in ongunstige zin) relevant kan zijn voor de budget impact. Echter, de kwestie of de indirecte kosten van vermeden sterfte een rol moeten krijgen in een BIA dient uiteraard niet slechts vanuit een economische invalshoek gevoerd worden. Bij uitvoering van het onderzoek werd geconstateerd dat verscheidene partijen het meenemen van vermeden sterfte als discutabel beschouwden. We merken hier op dat er wat ons betreft onvoldoende consensus is over hoe hier mee omgegaan moet worden, en er daarom besloten is dit uit de BIA analyse te laten. Derhalve zou het wenselijk zijn als er een discussie gevoerd gaat worden door alle belanghebbenden van BIAs (zowel de makers als de gebruikers) over het meenemen van indirecte kosten van vermeden (of extra) sterfte in (landelijke) budgettaire en begrotingsoverwegingen, en dat dit leidt tot meer duidelijkheid en transparantie op dit punt.