



**EKONOMI
HÖGSKOLAN**
Lunds universitet

Nationalekonomiska Institutionen
Magisteruppsats 10 poäng

Samhällsekonomiska kostnader av informell vård vid Alzheimers sjukdom

Författare: Elin Brodin
Handledare: Krister Hjalte
Framlagd: 2 februari, 2007

Jag vill rikta ett stort tack till Linus Jönsson på European Health Economics, som gett mig tillgång till det datamaterial som uppsatsen bygger på, och som dessutom varit till hjälp med tips och idéer under arbetets gång. Jag vill också tacka min handledare Krister Hjalte på Nationalekonomiska institutionen vid Lunds Universitet, som visat mig i rätt riktning i arbetet och fått mig att tänka i nya banor.

Lund, januari 2007

Sammanfattning

Alzheimers sjukdom är den vanligaste av demenssjukdomar och omfattas av cirka 80 000 diagnosticerade fall i Sverige. Alzheimers sjukdom kallas ofta för ”de anhörigas sjukdom”, vilket syftar på att den drabbade i takt med insjuknandet förlorar insikten om sjukdomstillståndet samtidigt som det blir mer och mer uppenbart och även krävande för de anhöriga. Vårdbehovet för demenspatienter är stort och ökar i takt med sjukdomsgrad. En stor del av vården av dessa patienter utgörs av så kallad informell vård då patientens anhöriga, utan ersättning, fungerar som vårdproducenter. På grund av avsaknad av en allmänt accepterad metod för att mäta tiden för informell vård och även värdera kostnaden av densamma, syftar denna uppsats till att undersöka olika alternativ för tidsmätning och kostnadsvärdering samt till att studera hur kostnaden för de anhörigas insatser skiljer beroende på vilken värderingsmetod som används för kostnadsberäkning. Dessutom studeras skillnader i tidsinsatser för informell vård utifrån om den informella vårdgivaren är pensionerad eller marknadsarbetar.

Den genomsnittliga tiden för informell vård per dag och vårdgivare skiljer mellan olika grupper av anhörigvårdare där pensionärerna uppger en betydligt större tidsinsats för vårdgivandet jämfört med marknadsarbetarna. Detta leder till att kostnaden, värderad med alternativkostnadsmetoden och ersättningskostnadsmetoden, blir större för pensionärerna än för marknadsarbetarna. De huvudsakliga problemen med att mäta tiden för informell vård är subjektiviteten i tidsuppskattningen, då den sker genom att de informella vårdgivarna uppskattar sin tidsinsats för olika vårdssysslor, och problemet med att jämföra effektiviteten av en timmes informell vård med samma tid formell vård. Det sistnämnda leder även till problem med ersättningskostnadsmetoden då en förutsättning för den är att informell vård fungerar som perfekt substitut till formell vård. Det främsta problemet med alternativkostnadsmetoden för värdering av informell vård är att kostnadsbestämma tid för förlorad fritid.

Nyckelord: Informell vård, alternativkostnad, ersättningskostnad, willingness to pay, Alzheimers sjukdom.

Innehållsförteckning

Sammanfattning

1. INLEDNING	1
1.1 BAKGRUND	1
1.2 SYFTE	2
1.3 AVGRÄNSNINGAR	2
1.4 METOD	2
1.5 MATERIAL	3
1.6 DISPOSITION	4
1.7 TIDIGARE FORSKNING	4
2. DEMENS	6
2.1 ALZHEIMERS SJUKDOM	6
2.1.1 DEMENSUTREDNING	8
3. TEORI	9
3.1 INFORMELL VÅRD	9
3.2 MÄTNING AV TIDSINSATSER VID INFORMELL VÅRD	10
3.3 METODER FÖR KOSTNADSVÄRDERING	11
3.3.1 ALTERNATIVKOSTNADSMETODEN	12
3.3.2 ERSÄTTNINGSKOSTNADSMETODEN	12
3.3.3 BETALNINGSVILJA SOM VÄRDERINGSMETOD	14
3.3.4 ALTERNATIVA VÄRDERINGSMETODER	15
4. ANALYS	17
4.1 TIDSÅTGÅNG FÖR INFORMELL VÅRD	17
4.2 KOSTNADSBERÄKNINGAR AV INFORMELL VÅRD	21
4.2.1 ALTERNATIVKOSTNADSMETODEN	21
4.2.2 ERSÄTTNINGSKOSTNADSMETODEN	23
4.3 BETALNINGSVILJA FÖR ATT ÖVERLÅTA DEN INFORMELLA VÅRDEN TILL HEMTJÄNST	26
4.4 SAMMANFATTNING AV KOSTNADER	27
5. DISKUSSION	28
5.1 MÄTNING AV TID FÖR INFORMELL VÅRD	28
5.2 VAL AV VÄRDERINGSMETOD FÖR KOSTNADSBERÄKNING	29

6. REFERENSER **32**

6.1 PUBLICERADE KÄLLOR **32**

6.2 ELEKTRONISKA KÄLLOR **34**

6.3 MUNTliga KÄLLOR **35**

BILAGA 1

MINIMENTALTEST, MMSE

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Andelen demenssjuka bland äldre i befolkningen ökar, vilket tillsammans med en stigande medelålder för Sveriges befolkning innebär att vi i framtiden kommer att ha fler som på olika sätt är drabbade av demens. Antalet demenspatienter i Sverige beräknas idag till omkring 160 000, varav cirka hälften lider av Alzheimers sjukdom (Alzheimerföreningen 060919). Vårdbehovet för demenssjuka är stort och ökar i takt med sjukdomsgrad vilket ställer höga krav på både den formella och den informella vården. Den senare syftar till den vård som anhöriga till den demenssjuke tillhandahåller, vilken i dessa fall förefaller vara omfattande och dessutom svara för en allt större del av den totala vården då patient och vårdgivare bor tillsammans (se t ex Jönsson et al. 2006a; van den Berg et al. 2005; McDaid 2001; Wimo et al. 2002). I takt med att ensamhushållen blir vanligare, samtidigt som kvinnor idag har en naturligare plats på arbetsmarknaden jämfört med tidigare, kommer den vård som idag utförs av informella vårdgivare troligtvis i framtiden att behöva utföras av formella vårdgivare. Det är därför av vikt att utreda omfattningen av anhörigvården för att kunna estimerera framtida kostnader.

Informell vård ses idag ofta som en gratisresurs för samhället och som en kostnadsfri avlastning för den formella vården. Men den informella vården leder till kostnader för samhället i form av produktionsbortfall och hälsoförändringar för den som utför vården av en anhörig. Det finns idag inte en allmänt accepterad metod för att mäta och värdera informell vård. En ökad förståelse av sjukdomens omfattning skulle ge en mer korrekt bild av sjukdomens totala kostnader, samt kunna användas då behandlingsalternativ, som exempelvis framtagning av läkemedel, utvecklas för att minska vårdbehovet eller på annat sätt förbättra för demenspatienter och deras anhöriga (Basun et al. 2002:337).

1.2 Syfte

Alzheimers sjukdom kallas ofta för ”de anhörigas sjukdom”, vilket syftar på att den drabbade i takt med insjuknandet förlorar insikten om sjukdomstillståndet samtidigt som det blir mer och mer uppenbart och även krävande för de anhöriga. Denna magisteruppsats behandlar kostnader för informell vård i samband med Alzheimers sjukdom sett ur ett samhällsekonomiskt perspektiv och utgår ifrån följande frågeställningar:

Hur skiljer sig tidsinsatsen för informell vård åt beroende på om den informella vårdproducenten är pensionerad eller tillhör arbetskraften?

Vilka metoder kan användas för att mäta och ekonomiskt värdera de anhörigas informella vårdinsatser vid Alzheimers sjukdom?

Hur påverkar valet av värderingsmetod kostnaden av informell vård vid Alzheimers sjukdom?

1.3 Avgränsningar

Denna uppsats bortser ifrån eventuella livskvalitetsförändringar som ett resultat av informell vård för både informella vårdgivare och patienter, då detta hade inneburit ett alltför omfattande arbete i relation till uppsatsens storlek. Det framhålls dock som ett möjligt tillvägagångssätt då man vill värdera kostnaderna av anhörigvården vid Alzheimers sjukdom. I analysen ligger, av utrymmesskäl, fokus på kostnad för informell vård beroende på vårdgivarnas karaktäristika och inte på patienterna eller grad av demens, vilket även det hade kunnat fungera som en intressant utgångspunkt.

1.4 Metod

För att mäta och värdera kostnaderna som uppstår till följd av informell vård vid Alzheimers sjukdom används i uppsatsen datamaterial hämtat från en studie omfattande 272

Alzheimerspatienter och deras primära informella vårdgivare. Materialet redovisas ytterligare i 1.5 *Material*. Analysen utgår ifrån tre olika metoder för värdering av kostnad. Dessa är alternativkostnadsmetoden, ersättningskostnadsmetoden samt att använda betalningsvilja som grund för kostnadsvärdering. Metoderna väljs då de alla tre tidigare använts i liknande studier (se t ex; van den Berg et al. 2005; McDaid 2001; Jönsson et al. 2006a). För behandling av datamaterial och beräkningar används SPSS 13.0.

1.5 Material

Datamaterialet som beräkningarna bygger på kommer från en observationsstudie av 272 Alzheimerspatienter och deras primära informella vårdgivare, i de flesta fall make/maka eller barn till patienten. Deltagarna rekryterades till studien från sex minneskliniker i Stockholm, Uppsala och Piteå i Sverige, Köpenhamn i Danmark, Kuopio i Finland och Bergen i Norge under en sexmånadersperiod. Data samlades in vid tre olika tillfällen med sex månaders intervall. Vid varje tillfälle fick patienter, informella vårdgivare och en läkare vid kliniken individuellt fylla i frågeformulär angående patientens hälsa. Patientens kognitiva förmåga mättes vid varje tillfälle med hjälp av MMSE¹. De informella vårdgivarna fick besvara frågor om hur mycket tid de ägnat åt vård av patienten, om och i så fall hur mycket de marknadsarbetar, relation till patienten samt frågor om den egna hälsan och nyttjande av sjukvård. Data för de deltagande Alzheimerspatienterna visas i tabell 1 nedan.

Tabell 1 Antal deltagande Alzheimerspatienter och demografisk data över dessa

	MMSE 26-30	MMSE 21-25	MMSE 15-20	MMSE 10-14	MMSE 0-9	Totalt ²
Antal	47	89	85	26	23	272
% män	37,8 %	48,3 %	27,1 %	42,3 %	30,4 %	37,7 %
Genomsnittlig ålder	76	75,9	77	74,6	73,2	75,9

Av materialet framgår också att flertalet Alzheimerspatienter i studien bor tillsammans med en anhörig, att den primära informella vårdgivaren oftast är make/make/sambo, samt att

¹ MMSE – Mini-Mental State Examination. Mäter individens kognitiva förmåga och resultatet graderas efter en skala på 0-30, där 0 innebär grav demens och 30 ingen kognitiv störning. Poängantalet är även korrelerat med individens ålder och utbildningsnivå. Se avsnitt 2.1.3 Demensutredning samt bilaga 1 för närmare beskrivning av metoden.

² Inkluderar även dem där uppgift för MMSE saknas.

konsumtionen av informell vård är större för dem som bor tillsammans med son/dotter jämfört med den tidigare kategorin³.

1.6 Disposition

Efter detta inledande kapitel beskrivs i kapitel 2 demens och i synnerhet Alzheimers sjukdom med bland annat prevalens i Sverige, symptom och diagnostiseringsförfarande. Därefter följer i kapitel 3 teori för informell vård och metoder för att mäta och även värdera denna. Dessa metoder används sedan i analysen av datamaterialet i kapitel 4 där tid för informell vård respektive kostnader av densamma, beräknat enligt alternativkostnadsmetoden och ersättningskostnadsmetoden, redovisas. Även de informella vårdgivarnas betalningsvilja för att överlåta vården till hemtjänst behandlas i kapitel 4. Uppsatsen avslutas med en diskussion.

1.7 Tidigare forskning

Mätning och värdering av informell vård vid Alzheimers sjukdom är ett tämligen outforskat område som fortfarande saknar allmänt accepterade tillvägagångssätt. van den Berg et al. (2006b) är en av få studier som enbart fokuserat på tillvägagångssättet för mätning av tid för informell vård. De menar att alltför mycket fokus tidigare lagts på värdering av denna tidsinsats samtidigt som mätmetoden för tidsuppskattningen varit oviss. I artikeln förordas en modell som innebär att de informella vårdgivarna för dagbok över dygnets alla händelser för att mäta tid som utgörs av informella vårdinsatser. Dagboksskrivandet jämförs med den mer vanligt förekommande ”normal vecka-metoden”⁴ och författarna förespråkar dagboksskrivande då den senare modellen tenderar att överdriva vårdtiden på grund av *joint production*, det vill säga att vårdgivaren kan ägna sig åt mer än en uppgift i taget, som exempelvis övervakning och matlagning.

³ Genomsnittlig tid för informell vård för patienter som bor tillsammans med son/dotter var 7,58 timmar/dag medan motsvarande siffra för dem som bor tillsammans med sin partner var 5,42 timmar/dag.

⁴ ”Normal vecka-metoden” syftar här till den som används i uppsatsen för att mäta tiden för informell vård genom att de informella vårdgivarna får dra sig till minnes och uppskatta tiden för olika vårdguppger en normal, genomsnittlig, vecka.

Possnett et al. (1996) beskrev tidigt hur det vore möjligt att mäta kostnaden av informell vård med hjälp av alternativkostnad, sedan dess har McDaid (2001) i en artikel beskrivit olika tänkbara värderingsmetoder för informell vård både ur ett samhällsekonomiskt och ur den enskilda individens perspektiv. Dessa metoder har sedan använts vid andra studier som till viss del syftat till att se på samhällets kostnader av informell vård då man studerat totalkostnaden för patienter med Alzheimers sjukdom (se t ex Jönsson et al. 2006a; van den Berg et al. 2005). Det dessa studier kommit fram till vad gäller informell vård är att kostnaden för denna är omfattande men svår att definiera och starkt beroende av vilka variabler som väljs för studien. Dock har inte olika metoder för informell vård studerats ingående i dessa studier utan endast en metod har valts ut för den aktuella studien samtidigt som bristerna med just denna värderingsmetod diskuterats.

2. Demens

Beteckningen 'demens' kommer från det latinska uttrycket *de mens* vilket på svenska kan översättas med "utan sinne". Uttrycket syftar på nedsättningar i de intellektuella förmågorna hos en individ beroende på organiska förändringar i hjärnan (Londos 2002). Demens är starkt ålderskorrelerat och i takt med att medelåldern för Sveriges befolkning stiger ökar således prevalensen av demenssjukdomar (se t ex Londos 2002; Marcusson et al. 2003). Enligt Londos (2002) fördubblas prevalensen i de olika åldersgrupperna under femårsperioder efter 65 års ålder då den beräknas vara omkring 1 % till att alltså vara cirka 20 % för åldersgruppen 85 år. Enligt Alzheimerföreningen (060919) beräknas antalet demenssjuka i Sverige idag uppgå till cirka 160 000 individer.

2.1 Alzheimers sjukdom

Den absolut vanligaste formen av demens är Alzheimers sjukdom som svarar för mer än 40 % av alla diagnostiserade demensfall i Sverige (Londos 2002). Sjukdomen diagnostiserades och namngavs första gången i början av 1900-talet av den tyske psykiatrikern Alois Alzheimer (Basun et al. 2002; Marcusson et al. 2003). Sjukdomen drabbar främst personer över 65 år och något oftare kvinnor än män. Orsaken till insjuknandet i Alzheimers sjukdom varierar från fall till fall då det finns varianter av sjukdomen som är ärftligt betingade medan andra tycks uppträda mer eller mindre sporadiskt (Stockholms läns landsting 2003). Sjukdomsdurationen är i genomsnitt 7 år för dem som insjuknar efter 65 års ålder medan genomsnittet för sjukdomens varaktighet är 11 år för dem som insjuknar före 65 års ålder (Alzheimerföreningen 060919; Basun et al. 2002). Det råder dock stor variation då det finns de som dör inom loppet av ett år efter insjuknandet och de som lever med Alzheimers sjukdom i 20 år. Alzheimers sjukdom är idag den tredje vanligaste dödsorsaken⁵ i västvärlden (Marcusson et al. 2003).

Liksom de flesta demenssjukdomar kommer sjukdomen smygande och kan till en början vara svår att upptäcka för den drabbade och dennes anhöriga. De första tecknen på sjukdom är

⁵ Vanligare dödsorsaker i västvärlden är enligt Marcusson et al. (2003) hjärt-kärlsjukdomar och cancer.

svikande minne. I denna initiala sjukdomsfas kan även depression och oro uppstå då den sjuke själv märker att allt inte längre fungerar som det brukar och borde göra. Det kan vara särskilt svårt för anhöriga till äldre drabbade att uppmärksamma sjukdomen då svikande minne kan tas för att vara en del av det naturliga åldrandet. Denna initiala fas kan pågå från något år till uppemot 10 år och individen presterar normalt sett mellan 27-30 poäng på minimentalttest [MMSE] som skattar de kognitiva funktionerna. Det är vanligt att dela in sjukdomsförloppet för en Alzheimerspatient i tre faser, vilka beskrivs nedan.

Mild demens – första fasen

Den första fasen då sjukdomen blir uppenbar för individens närstående och minnesproblemen utgör ett märkbart handikapp brukar även föra med sig problem med tankeförmågan, det är inte heller ovanligt med lättare dyspraxi⁶ och dysfasi⁷, vilket kan leda till att den drabbade drar sig undan och undviker kontakt med andra människor (Basun et al. 2002; Marcusson et al. 2003). Denna fas varar som regel i 1-4 år och MMSE ger 18-25 poäng.

Medelsvår demens – andra fasen

Under den andra fasen blir minnesproblemen värre vilket leder till att individen kan ha stora svårigheter med att hålla enkla uppgifter i minnet (Basun et al. 2002; Marcusson et al. 2003). Även dysfasin förvärras så att talet blir alltmer obegripligt samtidigt som dyspraxin ger upphov till ytterligare problem med att klä på sig på rätt sätt. Individen kan även få ökade problem med rumslig orientering. Insikten om den egna sjukdomen minskar i takt med att patienten alltmer går in i sin demens vilket, av de anhöriga, kan uppfattas som beteendeförändringar och som ointresse för omvärlden. Individen kan inte längre arbeta men de flesta kan ändå bo kvar hemma, dock ej ensamma. Det kan under den här fasen även bli aktuellt med flytt till speciella gruppboenden för dementa. MMSE ligger på 12-17 poäng och fasen varar vanligtvis 2-5 år.

Svår demens – tredje fasen

Den svåra demensen innebär att alla tidigare symptom förvärras vilket leder till att patienten har svårt att komma ihåg och känna igen sina anhöriga, hittar inte längre ens i den invanda närmiljön och har inte begrepp om dag och natt (Marcusson et al. 2003). Det är vanligt med förvirring och psykotiska symptom. Problemen med att sköta sin hygien, på- och avklädning

⁶ Dyspraxi – svårighet att utföra olika praktiska moment.

⁷ Dysfasi – språkstörning.

och att äta leder till att flytt till gruppboende med tillgång till personal och omvårdnad dygnet runt blir nödvändig under denna fas. I slutskedet av den tredje fasen är patienten oftast sängbunden och i behov av hjälp med allt då även urin- och faecesinkontinens är en del av sjukdomen (Basun et al. 2002; Marcusson et al. 2003). En tilltagande muskelstelhet uppträder i den tredje fasen och även epilepsi och muskelryckningar kan förekomma (Basun et al. 2002). Då individen får allt svårare att äta och tillgodogöra sig föda leder det till att kroppens motståndskraft avtar och patienten avlider ofta till följd av en till demensen sekundär sjukdom, som exempelvis lunginflammation (Basun et al. 2002; Marcusson et al. 2003). MMSE vid svår demens ligger på 0-11 poäng och fasen varar vanligtvis 1-4 år.

2.1.1 Demensutredning

Att ställa en korrekt diagnos är viktigt då det istället för en demenssjukdom kan handla om behandlingsbara sjukdomar som orsakar demensliknande symptom (Läkemedelsverket 2006). Det är även av vikt att ha en diagnos för utformandet av behandlingsplan, dels med orosdämpande och antidepressiva läkemedel vid de flesta demensformer, dels med acetylkolinesterashämmare⁸ vid Alzheimers sjukdom, samt för att kunna ge så mycket och korrekt information om sjukdomen och dess förlopp som möjligt till patienten och dennes anhöriga. En demensutredning ska innehålla kroppslig undersökning, psykiatrisk undersökning, någon form av hjärnavbildande undersökning och dessutom en undersökning av patientens kognitiva förmåga (Basun et al. 2002). Man bör även utreda individens sociala nätverk. Dessa undersökningar kan genomföras på olika sätt och med tonvikt på olika tester eller delar beroende på patientens ålder och situation. Det är vanligt att det vid bedömningen av den kognitiva förändringen används ett så kallat minimentaltest, MMSE⁹ (Folstein et al. 1975). Testet består av tio frågor som berör patientens uppmärksamhet, minne, orienteringsförmåga, språklig och visuospatial¹⁰ förmåga. Testet kan maximalt ge 30 poäng vilket är ett normalt resultat för en icke-dement person. Ett resultat under 24 poäng tyder på en kognitiv störning, dock kan personer med mycket hög intelligens klara sig över denna gräns trots demenssjukdom.

⁸ Acetylkolinesterashämmare är läkemedel som fungerar genom en bromsande effekt vid Alzheimers sjukdom.

⁹ För exempel på ett minimentaltest se bilaga 1.

¹⁰ Visuospatial förmåga - förmåga att genom synintryck uppfatta rumsliga sammanhang.

3. Teori

3.1 Informell vård

Informell vård är obetald vård som utförs av oavlönade vårdgivare, som oftast har en nära relation till patienten som partner, vän eller släkting (Jönsson et al. 2001). Informell vård bör tas med som en del i beräkningen av samhällets kostnader för en viss sjukdom vilken inkluderar vårdgivarnas tidskostnad och det produktionsbortfall det ger upphov till (se t ex Drummond et al. 2005:58). Både betalt och obetalt arbete innefattas av en samhällsekonomisk kostnadsanalys eftersom samhällsproduktionen blir lidande då individen som utför vården inte kan utföra sina vanliga, betalda eller obetalda sysslor, utan dessa antingen måste ersättas eller förbli ogjorda enligt humankapitalansatsen (Koopmanschap et al. i Wimo et al. 1998:246; Brouwer et al. 2006). Enligt denna utgör allt betalt och obetalt arbete delar av hushållets produktionsfunktion. Trots detta negligeras ofta informell vård vid ekonomisk analys av sjukdomars samhällskostnader (Drummond et al. 2005:58; van den Berg et al. 2006a). Anledningar till det kan enligt van den Berg et al. (2006a) bland annat vara att betydelsen av den informella vården helt enkelt förbises, eller att medvetenhet om dess relevans finns men inte kunskapen om hur vårdinsatserna ska kunna mätas eller värderas.

Vid Alzheimers sjukdom och andra sjukdomar där vårdbehovet kommer smygande och då det inte finns en tydlig startpunkt för vården, som det gör vid exempelvis stroke eller hjärtinfarkt, uppstår problemet med att avgöra vad som faktiskt är informell vård och hur denna har ökat (van den Berg et al. 2006a). Det är då svårt att fastställa vad som är informell vård orsakad av sjukdomen och vad som även ingick i de dagliga sysslorna före patientens insjuknande. Det är därför lämpligt att i studien även inkludera en kontrollgrupp för att jämföra tid för olika sysslor i ett hem där det finns behov av informell vård och i ett utan detta behov (McDaid 2001). I studien som uppsatsen bygger på saknas dock en sådan kontrollgrupp.

3.2 Mätning av tidsinsatser vid informell vård

Det vanligaste angreppssättet då tidsinsatsen för informell vård ska mätas är att de informella vårdgivarna uppskattar sin tidsinsats för vård av den sjuke en *normal vecka* (McDaid 2001). Denna metod ger upphov till problem förknippade med svårigheter för individen att separera vanliga hushållssysslor från sådana som tillkommit som en följd av den nytillkomna sjukdomssituationen. Överskattning av tidsåtgången för informella vårdinsatser beroende av *joint production*, det vill säga möjlighet att utföra flera sysslor samtidigt, är enligt van den Berg et al. (2006b), vanligt förekommande vid användning av denna metod. *Joint production* kan vid Alzheimers sjukdom exempelvis innebära övervakning av den sjuke i kombination med tv-tittande eller någon annan liknande fritidsaktivitet för den informella vårdgivaren. Det är enligt Wimo et al. (2000) troligt att en stor del av denna tid handlar om övervakning och vägledning, med andra ord sådant som i de flesta fall kan skötas samtidigt som något annat. Frågan om huruvida vårdgivarna har separerat dessa vårdinsatser eller ej blir då relevant och Wimo et al. föreslår tid för *joint production* bör kompenseras för, i enlighet med (1) nedan, vid beräkning av tidsinsatser då individen har uppgett en vårdtid på 24 timmar per dygn.

$$(1) \quad \begin{aligned} & \text{Total tid för övervakning/vägledning} = 1440 \text{ minuter} \\ & (= 24 \text{ timmar}) - \text{total tid för ADL}^{11} \text{ per dag} - \text{total tid} \\ & \text{för IADL}^{12} \text{ per dag} - \text{total tid för annan vård per dag.} \end{aligned}$$

Enligt van den Berg et al. (2006b) är det troligast bästa angreppssättet för att mäta tiden för informell vård att låta vårdgivarna föra dagbok över dygnets alla timmar och sysslor under en viss period. På detta sätt undviks problemet med tidsöverskattning som ett resultat av *joint production* samtidigt som konventionellt hushållsarbete separeras från vården. Vikten av den individuella vårdgivarens uppfattning av vården, som exempelvis givande, glädjande eller jobbig vid subjektiv uppskattning av tidsinsatser poängteras i artikeln. De menar att ju tyngre och mer ansträngande vårdgivandet upplevs desto mer ökar risken för överskattning av tidsinsatsen och vice versa då vårdgivaren känner glädje och nytta av att producera vård för en närstående.

¹¹ ADL – Activities of Daily Living, personlig omvårdnad, exempelvis påklädning och hygien (van den Berg et al. 2006b).

¹² IADL – Instrumental Activities of Daily Living, mer direkta hushållstjänster och anpassningar utifrån den nya situationen så som läkarkontakter, resor, ekonomi och social support (van den Berg et al. 2006b)

3.3 Metoder för kostnadsvärdering

För att bestämma kostnader av informell vård har alternativkostnadsmetoden och ersättningskostnadsmetoden använts i tidigare studier. Inom nationalekonomin är alternativkostnadsmetoden ofta den naturliga modellen att utgå ifrån, vilken innebär att kostnaderna av förlorad inkomst ur individens eller samhällets perspektiv studeras (McDaid 2001). Ett annat angreppssätt är ersättningskostnadsmetoden där kostnaden av att en professionell aktör skulle utföra vårdsysslorna istället beaktas, med andra ord vad kostnaden av den informella vården blir om den istället utförs av en formell vårdgivare. Denna metod har dock nackdelen att den inte mäter alternativkostnaden för informell vård för vårdgivaren utan antar att kostnaden av förlorad inkomst/fritid är densamma för alla individer (McDaid 2001).

Då problemet med tidsöverskattning till följd av *joint production* även blir aktuellt vid en värdering av tidsinsatsen av den informella vården, kan det finnas anledning att särskilja den uppgivna tiden för övervakning och tillsyn från övriga vårdsysslor för att sedan värdera denna tid till en lägre kostnad jämfört med övriga sysslor (Jönsson et al. 2001). Jönsson et al. föreslår att denna typ av vård värderas till en fjärdedel av kostnaden för andra vårdinsatser, dock varnas det för att just tillsyn av dementa kan vara mer krävande än annan tillsyn vilket leder till att kostnaden möjligtvis skulle kunna vara högre eller till och med densamma som för övriga aktiviteter.

Oavsett värderingsmetod uppstår problemet med hur fritid ska värderas i analysen. Då det för Alzheimerspatienter ofta handlar om en partner som står för den informella vården och då medelåldern för både patient och vårdgivare är relativt hög uppstår problemet med hur man på bästa sätt bör värdera pensionärens kostnad för förlorad fritid. Är kostnaden för förlorad fritid densamma oavsett sysselsättning eller bör den värderas olika beroende på om individen är i arbetskraften, pensionerad eller av annan anledning utanför arbetskraften? Återigen uppstår problemet med att särskilja tiden för informell vård från tiden för fritid, i synnerhet då det handlar om informell vård i form av övervakning och handledning. Ytterligare en värderingsmetod för informell vård som på senare tid har förts fram som alternativ i debatten är att mäta individens betalningsvilja [WTP¹³] (van den Berg et al. 2005).

¹³ WTP – willingness to pay

3.3.1 Alternativkostnadsmetoden

Enligt McDaid (2001) är alternativkostnadsmetoden det hittills vanligaste tillvägagångssättet för att bedöma kostnader för tidsinsatser vid informell vård. Alternativkostnaden för informell vård torde vara densamma som den informella vårdgivarens förlorade arbetsinkomst, kostnad för fritid samt kostnad för förlorad tid för obetalt arbete beroende av vilket av ovanstående som tiden för vården tar i anspråk (Drummond et al. 2005:58). Metoden innebär att vårdens inputs värderas då priset sätts genom att se på vilken kostnaden är i form av förlorad inkomst/fritid om vårdgivaren hade ägnat sig åt en för honom/henne alternativ syssla.

Kritik mot att använda alternativkostnadsmetoden vid kostnadsbestämning av informell vård består i att (o-)nyttan av att vården produceras av en närstående och inte av en formell vårdgivare ignoreras (van den Berg et al. 2005; McDaid 2001). Det är även avgörande att klargöra vems alternativkostnad som används i beräkningarna och definiera om, och i så fall på vilket sätt, kostnaden för förlorad fritid skiljer sig från kostnaden för förlorad tid för obetalt arbete.

Alternativkostnadsmetoden vid Alzheimers sjukdom

Alternativkostnadsmetoden är bäst applicerbar då det handlar om tid som tas från individens betalda arbete och där kostnaden definieras som förlorad arbetsinkomst (Koopmanschap et al. i Wimo et al.1998:2.8). Vid Alzheimers sjukdom handlar det för vårdgivaren främst om förlorad tid för fritid som av naturliga skäl saknar marknadspris. Possnett et al. (1996, se även Svensson et al. 2004) menar att det är rimligt att behandla all tid som inte är direkt tid för marknadsarbete som fritid. Detta innebär att det inom ramen för fritid även skulle innefattas tid för hushållsarbete och annat obetalt arbete. Enligt detta resonemang skulle både förvärvsarbetande som utför informell vård på kvällar och helger, samt pensionärer och andra som av andra anledningar inte tillhör arbetskraften, räknas till att förlora tid för fritid och alltså få samma värde på insatserna. Denna indelning i marknadsarbete respektive fritid vore förmodligen lämplig då det handlar om informell vård vid demens där det är känt att en betydande del av tiden går till övervakning och vägledning vilket ofta kan göras samtidigt som något annat. Därav förlorar inte den informella vårdgivaren tid för hushållsarbete i lika stor utsträckning som om han/hon exempelvis vore tvungen att vistas utanför hemmet hela tiden för informell vård.

Alternativkostnad för förlorad fritid

Alternativkostnaden för fritid är svårbestämbar då det inte finns något marknadspris att tillgå. Det kan vara bra att till en början värdera den förlorade fritiden till kostnaden noll (se bland andra Jönsson et al. 2001; Drummond et al. 2005:58). Detta innebär inte att anhörigvårdarnas fritid anses vara värdelös utan att kostnaden är svårbestämd (Jönsson et al. 2001). I tidigare alternativkostnadsstudier av informell vård (se t ex Jönsson et al. 2001; Svensson et al. 2004) har uppmätta värden på förlorad fritid från trafikstudier där individer erbjuds olika rese- och transportalternativ till skilda monetära och tidsmässiga kostnader i en så kallad *revealed preferences studie* använts (Possnett et al. 1996). På så vis kan individens egen värdering av sin tid i valet av transport urskönjas och sedan även appliceras på andra studier där alternativkostnad för fritid saknas. Denna kostnad brukar vanligtvis vara mellan 25-75 % av timlönen för marknadsarbete. Kritik som riktas mot att använda estimerade värden från trafikstudier inom andra områden där man vill bestämma en kostnad för förlorad fritid handlar enligt Possnett et al. om att kostnaden uppmätt efter trafikstudier även kan innefatta individers preferenser för transport.

3.3.2 Ersättningskostnadsmetoden

Vid ersättningskostnadsmetoden mäts istället kostnaden för den informella vården i form av output som kostnaden för vårdinsatsen i fall där den utförs av en ”professionell vårdgivare” (McDaid 2001). Tiden för informell vård multipliceras med kostnaden för formell vård mätt i samma enhet. Effektiviteten av olika vårdgivare är svår att bedöma vilket innebär en nackdel för metoden då ett antagande för metoden är att informell vård är ett perfekt substitut till formell vård vilket inte kan anses vara realistiskt enligt van den Berg et al. (2005). Möjligheten att den formella vårdgivaren behöver mindre tid för att utföra samma vårduppgifter som den informella vårdgivaren finns då denna har detta som sitt yrke (Jönsson et al. 2001). Samtidigt kan det inte heller uteslutas att motsatsen sker i vissa fall (Brouwer et al. 2005), det vill säga att den informella vårdgivaren är mer effektiv då denne känner patienten väl och vet hur denne vill bli behandlad etcetera.

van den Berg et al. (2005) påpekar vikten av patientens och vårdgivarens preferenser för vården och dess utförande, vilket påverkar värdet av vården beroende på vårdproducent med

tanke på bieffekter för både patient och vårdgivare vid båda vårdformerna. McDaid (2001) riktar även kritik mot att de informella vårdgivarnas individuella alternativkostnader helt förbises vid användande av denna metod, då han menar att dessa alltid borde vara av intresse vid kostnadsskattningar av tidsinsatser.

Vid tillämpning av ersättningskostnadsmetoden för att värdera informella vårdinsatser är det lämpligt att använda kostnaden per hemtjänststimme som ersättningsalternativ till den informella vården (Jönsson et al. 2006a). Avsaknad av en specifik genomsnittskostnad för en hemtjänststimme för hela Sverige leder till att analysen genomförs utifrån olika kostnadsförslag per producerad hemtjänststimme. Kostnadsbegreppet omfattar förutom lönekostnad för personalen även kostnad för sjukvikarier, arbetsledning, planeringstid, restid mellan olika vårdtagare och raster, vilket enligt Svensson et al. (2004) bör beaktas vid kostnadsbestämning av hemtjänst. Det är därför svårt att exakt beräkna kostnaden per hemtjänststimme i en genomsnittlig svensk kommun.

3.3.3 Betalningsvilja som värderingsmetod

Att mäta individers betalningsvilja för en viss produkt, hälsoförbättring, fritidsökning etcetera är ett vanligt sätt för att bedöma dess monetära värde. Utfallet beror naturligtvis på vilken fråga som ställs, hur denna formuleras samt vilka individer som tillfrågas; allmänheten, de direkt berörda, de anhöriga osv. (Drummond et al. 2005: kap 7). Vanligtvis anges tre huvudsakliga vinster som grund för hur individen skattar värdet på hälsoförbättringen, produkten etcetera: det obestämbara värdet av själva hälsoförbättringen för individen, uteblivna framtida sjukvårdskostnader samt ökad produktivitet och till följd av det förbättrad ekonomi beroende av förbättrad hälsa.

Denna studie syftar till att finna betalningsviljan för att överlåta individens tidsinsatser för informell vård till hemtjänst. Den tillfrågade är alltså väl medveten om omfattningen och eventuell börda/lycka av vårdgivandet som i så fall skulle upphöra. I studien har frågan om betalningsvilja för att överlåta vården till hemtjänst ställts på olika sätt, dels har de informella vårdgivarna fått svara på frågan om de kostnadsfritt skulle vilja överlåta vårdandet till hemtjänsten, dels har de tillfrågats om de mot en specificerad kostnad skulle göra detsamma.

Denna metod benämns i Drummond et al. (2005, kap. 7) som *"take it or leave it"* och innebär att en kostnad inom ett givet kostnadsspann föreslås för individen som väljer att antingen acceptera eller avslå denna. Beroende på hur svaren ser ut kan beräkningar ske över hur anhörigvårdarna själva värderar vården och därmed kan också en siffra sättas på hur stor kostnaden för densamma bör vara.

Kritik som riktas mot att använda betalningsvilja som kostnadsått i svenska studier handlar om att Sverige har en kraftigt subventionerad hälso- och sjukvård vilket innebär att konsumenter i de flesta fall inte vet vad kostnaden av vården egentligen är, utan enbart vad egenavgiften är. Detta leder med stor sannolikhet även till att man som informell vårdgivare tenderar att undervärdera kostnaden för vården och på så sätt sätta priset för sin egen insats för lågt. Chiu et al (1998) påpekar att det i flera fall skulle vara ett bättre ått på individens betalningsvilja då den uttrycks i relativa termer av inkomst istället för i absoluta ått.

3.3.4 Alternativa ått att se på kostnader av informell vård

Kommunalt anhörigbidrag

Ungefär hälften av Sveriges kommuner erbjuder informella vårdgivare, över 65 år eller av andra skäl pensionerade, ekonomiskt stöd genom ett så kallat anhörigbidrag (Socialstyrelsen 2005b). Detta bidrag utbetalas skattefritt efter behovsprövning till den som vårdas. Bidragets storlek bestäms av den aktuella kommunen och tycks ligga mellan 1000-1500 kronor/månad.

Kostnader till följd av förändringar i vårdgivarnas livskvalitet

Det finns de som hävdar att det aldrig är lämpligt att monetärt försöka värdera informell vård, utan att det är de informella vårdgivarnas livskvalitet och förändringar av denna som bör studeras för att bedöma kostnaden av vården (se t ex Brouwer et al. 2006). Flera studier visar att den psykiska hälsan för informella vårdgivare till Alzheimerspatienter försämras under långvarig omvårdnad, och att många av dessa måste behandlas för sina besvär (se t ex McDaid 2001). Genom att vårdgivarna samtidigt som patienterna har fått fylla i uppgifter om EQ-5D för sin egen del har det varit möjligt att studera deras livskvalitet i relation till patientens i takt med demenssjukdomens förlopp. Dock ses vid studier, enligt Jönsson (telefonkontakt i november 2006) inga tydliga samband mellan försämring av patienten och

vårdgivarens hälsa. Det enda samband som hittills har kunnat fastställas är att en stor del av dem som vårdar en närstående som lider av Alzheimers sjukdom tenderar att drabbas av nedstämdhet och depression, vilket i och för sig sänker livskvaliteten (se även McDaid 2001). Livskvaliteten tycks alltså försämrats ur detta avseende samtidigt som både vårdgivare och patient även kan uppleva förbättrad livskvalitet genom glädje och nytta av anhörgvården.

4. Analys

Analysen utgår ifrån datamaterialet som tidigare beskrivits och inleds med ett avsnitt om tidsinsatser för informell vård per dag och patient beroende på sjukdomsgrad och vårdgivare. Därefter följer kostnadsanalys av den informella vården utifrån alternativkostnadsmetoden och ersättningskostnadsmetoden. Kapitlet avslutas med en sammanfattning av de framkomna kostnaderna.

4.1 Tidsåtgång för informell vård

Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är det intressant att studera hur tiden för informell vård varierar mellan olika grupper av vårdproducenter bestående av marknadsarbetare och pensionärer. Då materialet är stort är det lämpligt att gruppera MMSE-resultaten för att även kunna göra jämförelser av vårdbehovet för patienter med olika sjukdomsgrad. Liksom i Jönsson et al. (2006a och 2006b) delas MMSE-resultaten in i följande fem grupper: 26-30 mycket mild demens, 21-25 mild demens, 15-20 måttlig demens, 10-14 måttligt grav demens samt 0-9 grav demens. I uppsatsen behandlas patienter och informella vårdgivare separat för varje testtillfälle, vilket innebär att varje individ är med vid tre tillfällena. Detta då försämringar av patientens hälsa till följd av sjukdomen kan ske snabbt vilket leder till att vårdssituationen kan förändras mellan gångerna. Av tabell 2 framgår antal individer per MMSE-grupp och hur deras genomsnittliga tid för informell vård ser ut, mätt i timmar per dag.

Tabell 2 Genomsnittlig tid för informell vård per MMSE-grupp

	MMSE 26-30	MMSE 21-25	MMSE 15-20	MMSE 10-14	MMSE 0-9	Genomsnitt	Genomsnitt ¹⁴
Antal	47	157	161	52	70		
Timmar/dag	1,25	2,71	3,86	5,94	7,73	4,02	4,07

I tabell 3 görs en tidsindelning per informell vårdssyssa. Av tabellen går att utläsa att tiden för övervakning utgör en betydligt större del jämfört med tid för övriga sysslor.

¹⁴ Genomsnitt för alla som svarat på frågan om informell vård, även då uppgift om MMSE saknas.

Tabell 3 Genomsnittlig tid för informell vård uppdelat per syssla

	Antal	Timmar/dag
Matning	47	1,1
Toalett och kontinens	74	0,71
Bad/tvätt/hygien	164	0,58
På- och avklädning	136	0,52
Hushållsarbete	284	1,93
Medicinintag	301	0,22
Förflyttning inom hemmet	42	0,63
Transport utanför hemmet	247	0,9
Övervakning	189	8,85
Annat	66	1,52

Övervakningstiden ökar markant i takt med att patienten försämras, nedan tabell 4.

Tabell 4 Genomsnittlig tid för övervakning per MMSE-grupp

	MMSE 26-30	MMSE 21-25	MMSE 15-20	MMSE 10-14	MMSE 0-9
Tid för övervakning, timmar/dag	3,39	6,64	8,48	11,55	13,17

Då det är troligt att tid för övervakning kan kombineras med andra vårdaktiviteter såväl som hushållssysslor eller ren fritid för den informella vårdgivaren gjordes beräkningen för kontroll av *joint production* som beskrevs i 3.2 *Mätning av tidsinsatser vid informell vård* genom att de som uppgivit en övervakningstid på 24 timmar/dygn kontrollerades för andra sysslor. Dock gav detta att tiden för informell vård i genomsnitt för denna grupp istället för 24 timmar/dygn sjönk till 23 timmar/dygn¹⁵.

Tiden för informell vård varierar beroende på om patienten bor ensam eller tillsammans med anhörig (se tabell 5).

¹⁵ Av de informella vårdgivare som fyllt i enkäter om tid för övervakning uppgav 39 stycken tidsåtgången till 24 timmar/dygn.

Tabell 5 Genomsnittlig tid för informell vård beroende på om patienten bor ensam eller tillsammans med anhörig

	MMSE 26-30	MMSE 21-25	MMSE 15-20	MMSE 10-14	MMSE 0-9	Genomsnitt
Bor ihop; antal	35	107	84	30	39	
Bor ihop; informell vård (timmar/dag)	1,46	3,47	5,56	8,80	11,60	5,44
Bor ensam; antal	8	36	46	11	8	
Bor ensam; informell vård (timmar/dag)	0,67	0,91	1,33	2,39	3,54	1,41

Vid jämförelse mellan de Alzheimerspatienter som bor tillsammans med en anhörig och de som lever ensamma konstateras att konsumtionen av informell vård är betydligt mindre omfattande för den senare kategorin patienter. För dessa står den informella vården för i genomsnitt 1,41 timmar per dag medan motsvarande siffra för patienter som bor tillsammans med anhörig är 5,44 timmar per dag. Av tabell 5 framgår att studien omfattar fler informella vårdgivare som bor tillsammans med patienten som de vårdar än som inte gör det. Den genomsnittliga tiden för informell vård tycks vara starkt positivt korrelerad med faktorn att patient och vårdgivare bor tillsammans. Detta skulle kunna ses som en indikation på att informell vård fungerar som ett substitut för formell vård då anhörigvårdare som bor tillsammans med patienten tycks ta ett större ansvar för vården.

Fler än en informell vårdgivare

Av 497 besvarade enkäter från informella vårdgivare uppgav 177 stycken att patienten vårdades av ytterligare en eller flera personer som inte tillhör den formella vårdsektorn. Dock var det enbart 166 stycken som valde att uppskatta hur många timmar och minuter den ytterligare vårdgivaren ägnade åt patienten varje dag. Av tabell 6 kan det utläsas att tiden för informell vård ökar för de patienter som har tillgång till mer än en informell vårdgivare.

Tabell 6 Genomsnittlig tid för informell vård då patienten har fler än en informell vårdgivare

	Antal	Timmar/dag
Genomsnittlig tid för alla med en primär informell vårdgivare	497	4,07
Genomsnittlig tid för informell vård som utförs av ytterligare vårdgivare	166	2,27
Genomsnittlig total tid för informell vård för patienter med mer än en informell vårdgivare	166	7,29
Genomsnittlig tid för informell vård för alla patienter oavsett antal informella vårdgivare	497	4,83

Då uppsatsen till stor del bygger på att studera kostnaderna av informell vård för olika grupper av vårdgivare kommer dessa att delas in utifrån om de marknadsarbetar och uppger att de varit frånvarande från arbetet för att ta hand om patienten, marknadsarbetar men uppger att tid för informell vård inte har tagits från betald arbetstid samt pensionärer. Nedan tabell 7 visar genomsnittlig tid för informell vård per dag uppdelat utifrån vårdgivarnas arbetssituation.

Tabell 7 Genomsnittlig tid för informell vård uppdelat per karaktäristika för vårdgivaren

	Förlorad fritid, timmar/dag	Förlorad tid för arbete, timmar/dag
Marknadsarbetande <i>utan</i> frånvaro orsakad av informell vård	1,71	0
Marknadsarbetande <i>med</i> frånvaro orsakad av informell vård	0,85	1,3
Pensionär	5	0

De informella vårdgivarna som utgörs av pensionärer i studien uppger att de i genomsnitt ägnar 5 timmar per dag av sin fritid åt informell vård av patienten, medan motsvarande tid för dem som marknadsarbetar och som inte säger sig ha någon frånvaro från arbetet till följd av vårdandet uppges vara 1,71 timmar per dag och 0,85 timmar per dag för dem som uppger att de är borta från arbetet för att ta hand om patienten.

4.2 Kostnadsberäkningar av informell vård

4.2.1 Alternativkostnadsmetoden

Produktionsbortfall till följd av informell vård

Endast den arbetsfrånvaro som de informella vårdgivarna har uppgett vara orsakad av vård av patienten har inkluderats vid beräkningen av alternativkostnad för förlorad arbetsinkomst. Då 62 % av de deltagande anhörigvårdarna var pensionerade uppstår inget produktionsbortfall för dem. Resterande 38 % av de informella vårdgivarna uppgav att de normalt sett arbetar heltid. För dem som arbetar heltid är den genomsnittliga arbetsfrånvaron till följd av vård av patienten 9,1 timmar per vecka av total tid för informell vård för gruppen på 15,05 timmar/vecka.

Alternativkostnaden för en timmes förlorad arbetstid skiljer beroende på vilken lön individen har, därför görs det i denna uppsats beräkningar på den genomsnittliga lönen för olika sektorer enligt SCB. Dessa genomsnittliga timlöner multipliceras sedan med faktorn 1,41¹⁶ för att justeras för sociala avgifter. Tabell 8 nedan visar genomsnittliga timlöner per sektor justerade för sociala avgifter med faktorn 1,41.

Tabell 8 Genomsnittlig timlön för en heltidstjänst justerat för sociala avgifter med faktorn 1,41 (2005 års priser)¹⁷

Åldersgrupp	Genomsnittlig timlön för en heltidstjänst (2005 års priser)
55-64 år	219¹⁸
45-54 år	221
Per sektor	
Privat sektor, tjänstemän	250
Privat sektor, arbetare	176
Statlig sektor	221
Offentlig sektor	195
<i>Samtliga</i>	207

¹⁶ Faktorn 1,41 är hämtad från en liknande studie med alternativkostnader för informell vård av Svensson et al. 2004.

¹⁷ Statistiska Centralbyrån 2005.

¹⁸ Fetmarkerade används i uppsatsens analys av kostnader då alternativkostnadsmetoden används.

Förlorad tid för fritid

Som diskuterats i teoriavsnittet gör avsaknaden av marknadspris för fritid det lämpligt att till en början värdera den till kostnaden noll (se Drummond et al. 2005:58; Jönsson et al. 2001). Jönsson et al. (2001) använde sig av Vägverkets Samhällsekonomska kalkylmodell för att värdera alternativkostnaden för fritid till 31,60 kronor/timme¹⁹. Även Svensson et al. (2004) har använt sig av värde på förlorad fritid hämtad från trafikstudier. Värdet i den studien uppskattades till att vara 44,21 kronor/timme²⁰. I Jönsson et al. (2006a) föreslås en alternativ värdering till kostnad för fritid som den genomsnittliga timlönen efter skatt, det vill säga 147 kronor/timme.

Kostnader

Eftersom alternativkostnaden för informell vård beror på vilken annan syssla som åsidosätts, grupperas de informella vårdgivarna utifrån om de marknadsarbetar eller ej och om de i så fall uppger att de har varit frånvarande från arbetet för att vårda patienten. Då alternativkostnaden för förlorad fritid värderas till noll blir den totala kostnaden av informell vård densamma som kostnaden av förlorad arbetsinkomst [se tabell 8] och genererar då endast en kostnad för den grupp som marknadsarbetar och uppger att de är borta från arbetet för att vårda patienten (se tabell 10, då fritid = 0, nedan). Eftersom större delen av informell vård vid Alzheimers sjukdom utförs på vårdgivarens fritid är det nödvändigt att finna ett sätt att värdera denna kostnad för en korrekt kostnadsanalys. Nedan tabell 9 visar hur kostnaden varierar beroende på vilken alternativkostnad för förlorad fritid som väljs. Då det i några fall uppges finnas fler än en informell vårdgivare per patient i studien antas här, liksom i Jönsson et al. (2001), att denna ytterligare vård produceras på den extra vårdgivarens fritid.

¹⁹ Omräknat från 1997-års prisnivå till 2005-års med KPI (SCB 061218), omräkningsfaktor: 1,09.

²⁰ Omräknat från 2004-års prisnivå till 2005-års med KPI (SCB 061218), omräkningsfaktor: 0,005.

Tabell 9 Kostnader med olika kostnadsestimat för fritid med alternativkostnadsmetoden

	Kostnad/dag då fritid = 0 kr/timme	Kostnad/dag då fritid = 31,6 kr/timme	Kostnad/dag då fritid = 44,2 kr/timme	Kostnad/dag då fritid = 147 kr/timme
Marknadsarbetande utan frånvaro orsakad av informell vård	0	54	76	251
Marknadsarbetande med frånvaro orsakad av informell vård	0	27	38	125
Pensionär	0	158	221	735
Ytterligare informell vårdgivare	0	72	100	334

Tabell 10 Total kostnad av informell vård per dag och vårdtagare för marknadsarbetande med frånvaro orsakad av vård av patienten

	Timlön = 207 kr [samtliga]	Timlön = 176 kr [Privat sektor, arbetare]	Timlön = 219 kr [åldersgrupp 54-65 år]	Timlön = 250 kr [Privat sektor, tjänstemän]
Fritid = 0 kr/tim	269	229	285	325
Fritid = 31,6 kr/tim	296	256	312	352
Fritid = 44,2 kr/tim	307	266	322	363
Fritid = 147 kr/tim	394	354	410	450

Av tabell 10 framgår det att beroende på vilka kostnadsuppgifter för förlorad arbetsinkomst och förlorad fritid som väljs varierar den totala kostnaden för informell vård per dag, och ökar med nästan 100 % från det billigaste alternativet [228,8 kr] till det dyraste [449,95 kr].

4.2.2 Ersättningskostnadsmetoden

Vid tillämpning av ersättningskostnadsmetoden för att värdera informella vårdinsatser är det lämpligt att använda kostnaden per hemtjänsttimme som ersättningsalternativ till den informella vården (Jönsson et al. 2006a). Då det inte finns en specifik genomsnittskostnad för

en hemtjänststimme för hela Sverige kommer analysen att genomföras utifrån olika kostnadsförslag per producerad hemtjänststimme. Svensson et al. (2005) använder sig i sin analys av kostnaden per hemtjänststimme som 239²¹ kronor, vilken även använts i andra studier (se Maraste et al. 2002). I andra studier har snarlika kostnader använts²².

Enligt en studie som gjorts på uppdrag av Socialstyrelsen (2005a) var kostnaden per hemtjänststimme, år 2005, 293 kronor. Sveriges Kommuner och Landsting (2005) hävdar en kostnad mellan 350 och 450 kronor per producerad hemtjänststimme. Detta efter skattning av antal timmar hemtjänst som produceras av en heltidsanställd undersköterska eller ett vårdbiträde under ett år med avdrag för tid som inte kan relateras direkt till vård av vårdtagare, dividerat med den genomsnittliga årslönen med påslag för kostnader av administration och ledning på lokal och central nivå, utbildningskostnader och andra driftskostnader.

Kostnader

Vid applicering av kostnadsestimaten för hemtjänst till tiden för informell vård per MMSE-grupp ges kostnaderna enligt nedan tabell 11.

Tabell 11 Kostnad per MMSE-grupp med ersättningskostnadsmetoden

	MMSE 26-30	MMSE 21-25	MMSE 15-20	MMSE 10-14	MMSE 0-9	Genomsnitt
Kostnad/dag (239 kr/tim)	299	648	923	1 420	1 847	960
Kostnad/dag (293,06 kr/tim)	366	794	1 131	1 741	2 265	1 177
Kostnad/dag (450 kr/tim)	563	1 220	1 737	2 673	3 479	1 807

Då samma uppdelning av de informella vårdgivarna utifrån marknadsarbetande med (utan) frånvaro eller pensionär som i alternativkostnadsmetoden görs ger det vid användande av ersättningskostnadsmetoden upphov till följande kostnader per dag och patient (se tabell 12):

²¹ Omräknat från 237 kronor år 2003 till 2005 års prisnivå enligt konsumentprisindex.

²² Henriksson et al. (2000) och Jönsson et al. (2006a) använder sig av uppgifter från Järfälla kommun för att beräkna kostnaden per hemtjänststimme till 244 kronor i 2005 års prisnivå. För omräkning till 2005 års prisnivå användes konsumentprisindex (SCB 061218). Kostnaden per hemtjänststimme var 227 kronor år 2000, enligt Henriksson et al. Då denna kostnad [244 kronor/timme] ligger så nära kostnaden på 237 kronor/timme som Svensson et al. (2004) använde kommer den inte att tas med i analysen.

Tabell 12 Kostnader med olika estimat för ersättningskostnad utifrån olika grupper av informella vårdgivare

	Ersättningskostnad 239 kr/tim	Ersättningskostnad 293,06 kr/tim	Ersättningskostnad 450 kr/tim
Marknadsarbetande utan frånvaro orsakad av informell vård	408	501	770
Marknadsarbetande med frånvaro orsakad av informell vård	514	630	968
Pensionär	1 195	1 465	2 250
Ytterligare informell vårdgivare	543	665	1 022
Alla med en primär informell vårdgivare	973	1 193	1 832
Alla oavsett antal informella vårdgivare	1 154	1 415	2 174

Informell vård i form av övervakning och tillsyn

Med tanke på *joint production* kan det vara lämpligt att värdera tiden för övervakning och tillsyn till en lägre kostnad jämfört med övriga vårduppgifter. Jönsson et al. (2001) föreslår en värdering av övervakningstiden till en fjärdedel av övriga kostnader per timme. Den genomsnittliga tiden för informell vård då de informella vårdgivarna fick skatta tidsåtgången per syssla istället för total tid för alla informella vårdssysslor²³ en normal vecka blev 1,88 timmar per dag. Nedan tabell 13 visar kostnaderna enligt ersättningskostnadsmetoden då tid för övervakning värderas till 0,25 respektive 0,5 av värdet av övriga sysslor²⁴.

Tabell 13 Kostnad av ersättningskostnadsmetoden då tid för övervakning värderas separat

Kostnad per dag då övervakningstid värderas till..	Ersättningskostnad 239 kr/tim	Ersättningskostnad 293,06 kr/tim	Ersättningskostnad 450 kr/tim
25 % av kostnaden för övriga vårdssysslor	191	313	480
50 % av övriga vårdssysslor	319	392	601
samma värde som övriga vårdssysslor	448	550	844

²³ Då de primära informella vårdgivarna uppskattade sin totala tidsinsats för informell vård under en normal vecka resulterade det i en genomsnittlig tid för informell vård per dag på 4,07 timmar. Då skattning av tid per syssla ger upphov till en så mycket lägre genomsnittlig tidsinsats per dag [1,88 timmar] är det i det här fallet inte lämpligt att göra jämförelser mellan dessa kostnadsberäkningar. Skillnaden kan bero på att de som uppgett tid för övervakning inte samtidigt har specificerat tid för andra vårdssysslor, vilket leder till att den totala tiden för all informell vård underskattas.

²⁴ Då de informella vårdgivarna fick uppge tid per vårdssyssa blev den genomsnittliga tiden för informell vård per dag och patient 1,88 timmar, vilket är betydligt mindre tid jämfört med då samma vårdgivare tillfrågades om total tid för informell vård per dag, vilket resulterade i ett medelvärde på 4,07 timmar per dag.

4.3 Betalningsvilja för att överlåta den informella vården till hemtjänst

Då de informella vårdgivarna tillfrågades ifall de kostnadsfritt skulle vilja överlåta den informella vården till hemtjänst svarade 31,3 % jakande. 86 % av dem som svarade ja sade sig även vara villiga att låta hemtjänst ta över vården av patienten också då det skulle innebära en månatlig kostnad för vårdgivaren. Av hela urvalet sade sig 39,3 % vara villiga att låta hemtjänst ta över vårdansvaret mot en månadskostnad som den informella vårdgivaren själv fick stå för.

Den genomsnittliga kostnaden som erbjöds för att överta vården var 578,5 kronor i månaden, cirka 19 kronor/dag. Betalningsviljan för dem som accepterade erbjudandet att överlåta den informella vården till hemtjänst istället var i genomsnitt 498,75²⁵ kronor i månaden, cirka 16,5 kronor/dag, med standardavvikelsen 467,9. Medianen för betalningsviljan var 325 kronor/månad, cirka 10,5 kronor/dag.

Betalningsviljan är betydligt mindre jämfört med kostnader av informell vård vid beräkning med alternativkostnadsmetoden och ersättningskostnadsmetoden, vilket eventuellt kan förklaras med att kunskapen om sjukvårdens kostnader är bristfällig på grund av det svenska subventionssystemet för sjukvård. En större andel av de tillfrågade anhörigvårdarna var beredda att överlåta vården av patienten till hemtjänst då det skulle innebära en kostnad för dem personligen jämfört med om det vore kostnadsfritt. En förklaring till detta skulle kunna vara att det fortfarande finns en slags förväntan att familjen ska ta hand om en dement anhörig då dennes beroende av andra människor ökar på ett sätt som inte liknar sjukdomsbilden vid somatiska sjukdomar.

²⁵ Maxvärde: 1 600 kronor och minsta värde: 70 kronor.

4.4 Sammanfattning av kostnader

Då uppsatsens syfte är att studera tidsinsatsen för olika grupper av informella vårdgivare följer här en sammanfattning av kostnader för dessa utifrån alternativkostnadsmetoden och ersättningskostnadsmetoden.

Kostnaden för informell vård är oavsett värderingsmetod²⁶ högst för gruppen informella vårdgivare som är pensionerade. Detta därför att de uppger en betydligt större tidsåtgång för informell vård per dag jämfört med övriga grupper. Skillnaden mellan de båda metoderna blir stor för den här gruppen då ersättningskostnadsmetoden enbart beror på *hur många timmar* som läggs ner på informell vård per dag medan alternativkostnadsmetoden utöver det även tar hänsyn till *varifrån* tiden tas [fritid eller arbetstid]. Kostnad per dag och vårdgivare är mellan 0 och 735 kronor vid beräkning med alternativkostnadsmetoden och 1 195 – 2 250 kronor då ersättningskostnadsmetoden används.

För gruppen anhörigvårdare som marknadsarbetar och inte uppger att de varit frånvarande från arbetet till följd av vård av patienten är kostnaden för informell vård per dag mellan 0 och 250 kronor med alternativkostnadsmetoden och 408 - 770 kronor med ersättningskostnadsmetoden. Samhällets kostnad för informell vård för de vårdgivare som ägnat sig åt vård av patienten på tid som annars hade använts till marknadsarbete beräknas med alternativkostnadsmetoden till i genomsnitt mellan 269 och 450 kronor per dag och vårdgivare och 514 – 968 kronor med ersättningskostnadsmetoden²⁷.

Då hänsyn även tas till att det i vissa fall finns fler än en informell vårdgivare per patient leder det till en extra kostnad på i genomsnitt mellan 0 och 334 kronor med alternativkostnadsmetoden och 543 – 1 022 kronor med ersättningskostnadsmetoden. De informella vårdgivarnas betalningsvilja för att överlåta vården av patienten till hemtjänst var i genomsnitt 16,5²⁸ kronor per dag medan medianen var 10,5 kronor om dagen.

²⁶ Bortsett från då fritid värderas till kostnaden 0 i alternativkostnadsmetoden, då detta ses som ett mindre realistiskt antagande.

²⁷ I analysen har beräkningar enligt olika genomsnittliga timlöner genomförts men här studeras enbart de kostnader som uppstod vid användning av uppgifter om genomsnittlig timlön för samtliga löntagare i ekonomin och för privatanställda tjänstemän. Privatanställda tjänstemän väljs då denna kategori används i andra studier på informell vård vid demens där alternativkostnad studeras (se t ex Jönsson et al. 2006a).

²⁸ Med en väldigt hög standardavvikelse, se avsnitt 5.3.

5. Diskussion

Då kostnaden för informell vård vid Alzheimers sjukdom varierar kraftigt beroende på vilken värderingsmetod som används är det viktigt att på något sätt definiera en norm för mätning och värdering av informell vård. Detta för att förhindra att beslutsfattare och andra intressenter använder sig av den värderingsmetod som bäst stöder det temporära syftet. Exempel på en sådan situation skulle kunna vara valet av alternativkostnadsmetoden då vårdgivarna till största del består av pensionärer och man vill påvisa en relativt låg kostnad för vården, eller ersättningskostnadsmetoden då man vill visa att samhällets kostnader för Alzheimers sjukdom är höga. Det är av största vikt att finna ett sätt att värdera kostnaden för förlorad fritid och även separat studera pensionärers alternativkostnad för förlorad tid för hushållsarbete och fritid då sådana studier helt saknas idag. Utan detta minskar trovärdigheten av beräkningar i synnerhet utförda med alternativkostnadsmetoden.

5.1 Mätning av tid för informell vård

Det är anmärkningsvärt att pensionärerna i studien uppgav en så mycket större tidsåtgång för informell vård per dag jämfört med marknadsarbetarna, vilket vidare bör studeras. Tänkbara förklaringar till detta kan vara att pensionärer som regel är mindre lämpade för fysisk omvårdnad då sannolikheten att de själva lider av någon sjukdom eller av åldersrelaterade åkommor som gör att förflyttningar och andra aktiviteter tar längre tid är stor. Det kan också handla om att de som är yngre och fortfarande tillhör arbetskraften ställer krav på den formella vården och "ser till" att få avlastningshjälp från den formella vårdsektorn i större utsträckning när vårdbehovet ökar och det inte längre fungerar att lämna patienten ensam, alternativet skulle annars vara att vårdgivaren måste stanna hemma från sitt arbete. För den informella vårdgivaren som är pensionär uppstår inte problemet lika tydligt, denne är ändå hemma och går inte miste om arbetsinkomst till följd av ökad tid för vård i hemmet. Det bör med andra ord vidare utredas *varför* tiden för informell vård skiljer så mycket som den gör mellan pensionärer och andra informella vårdgivare. Vilket kan göras genom separata studier av tidsåtgång per syssla för olika grupper av informella vårdgivare.

Ett alternativt tillvägagångssätt för att mäta tidsåtgången kan vara att vårdgivaren istället för att skriva textdagbok varje dag, fyller i dagliga formulär med uppgifter om dagens händelser med specificerad tidsåtgång under en vecka. Fördelen med detta är att tidsåtgången både för den som skriver och för den som analyserar resultatet minskar avsevärt. Dock finns risken att enkäterna fylls i slentrianmässigt likadant varje dag vilket i så fall skulle ge i princip samma resultat som ”normal vecka-metoden”.

Beräkning för att kompensera för *joint production* ledde till en marginell skillnad i tidsåtgången per dag. Detta kan förklaras av att de informella vårdgivarna själva kompenserat för tid för *joint production* eller att metoden inte fungerar så som den borde, vilket kan bero på att de som uppgett tid för övervakning inte samtidigt har specificerat tid för andra vårdssysslor, vilket leder till att den totala tiden för all informell vård underskattas.

Det kan diskuteras huruvida det vore lämpligt att sätta ett tak för maximal tid per dygn som *kan* ägnas åt informell vård [lägre än 24 timmar/dygn] vid analys av tidsinsatser, då det är möjligt att anta att både patient och vårdgivare sover ett antal timmar per dygn samt att vårdgivaren ägnar viss tid åt sig själv med hygien, hälsa etcetera.

I många fall finns det fler än en informell vårdgivare per patient och det är ofta både kostsamt och svårt att identifiera dessa och mäta deras totala tidsinsats (van den Berg et al. 2006b). De primära informella vårdgivare som uppgav att patienten hade tillgång till ytterligare anhörigvårdare uppgav, även utan denna extra vårdtid producerad av någon annan, en större tidsinsats per dag. Detta skulle möjligen kunna förklaras av att dessa patienter är extra krävande eller av att den primära vårdgivaren missuppfattat frågan och svarat på hur mycket vårdtid som produceras av annan informell vårdgivare då han/hon själv inte kan stå för vården vissa dagar.

5.2 Val av värderingsmetod för kostnadsberäkning

I uppsatsen används alternativkostnadsmetoden och ersättningskostnadsmetoden för att värdera kostnaderna av den informella vården. Kostnaden för vården blev, oberoende av metod, högst för den grupp av anhörigvårdare som bestod av pensionärer, då dessa uppgav

störst tidsinsats för informell vård per dag. Ersättningskostnadsmetoden gav för alla grupper upphov till högre kostnader jämfört med alternativkostnadsmetoden, och betalningsviljan för att överlåta vård av patient till hemtjänst var avsevärt lägre än kostnader beräknade utifrån båda metoderna.

För att värdera de informella vårdgivarnas insats är det tänkbart att utgå ifrån en kostnadsram som bygger på en känd tidskostnad, förslagsvis ersättningskostnaden i form av hemtjänst, och beräkna kostnaden av den informella vården utifrån vårdgivarens effektivitet i förhållande till hemtjänstens. Kostnaden värderas då per vårdmoment istället för per tidsenhet, vilket leder till en tydligare bild då syftet är att se på vilken kostnaden skulle vara för samhället om all informell vård skulle övertas av den formella vårdsektorn. För att värdera den totala samhällskostnaden krävs som komplement till denna metod även att vårdgivarnas, i synnerhet pensionärernas, livskvalitet studeras då en sänkning av denna också genererar kostnader för samhället. I tidigare studier har det visats att en stor del av anhörigvårdare till demenspatienter lider av nedstämdhet och depressioner.

Ersättningskostnadsmetoden har sina främsta brister i antagandet att informell vård är ett perfekt substitut till formell vård vilket inte är sannolikt. För att öka precisionen av kostnadsestimeringen med denna metod kan tidsåtgången för samma vårduppgifter visas för en informell respektive formell vårdgivare, och hur de förhåller sig till varandra. Detta skulle kunna genomföras genom att personalen på ett demenshem, på samma sätt som de informella vårdgivarna, för dagbok över utförda sysslor och vilken tid dessa tar i anspråk per dag för patienter med samma demensgrad [MMSE]. Problem med detta kan vara att det på ett demensboende finns flera vårdgivare som tar hand om patienten under en dag och att det finns risk att alla aktiviteter inte skrivs upp, samt att vården ibland utförs av flera vårdgivare tillsammans vilket kan ge upphov till svårigheter vid analysen av resultatet. Detta behöver i och för sig inte vara något stort problem då det idag förs separata daganteckningar för mycket inom demensvården.

Alternativa värderingsmetoder

Det kommunala anhörigbidraget som erbjuds informella vårdgivare över 65 år, eller som av andra skäl är pensionerade, i ungefär hälften av Sveriges kommuner skulle kunna ses som kommunens värdering av den informella vården och i så fall användas som kostnadsestimat för densamma. För att detta överhuvudtaget ska övervägas måste det först stå klart på vilka

grunder beloppet för anhörigbidraget beräknas och vem som fattar beslut om detta. Det är viktigt att veta om bidragets storlek är en värdering av kostnaden för vården eller om det har beräknats utifrån andra kriterier.

Informell vård vid Alzheimers sjukdom innebär kostnader för samhället. För att kunna värdera storleken av dessa kostnader krävs ytterligare studier på effektivitet av olika vårdgivare, alternativkostnader och även relationen mellan formell och informell vård som ovan diskuterats. Denna uppsats pekar på brister i de metoder som idag används för att mäta och värdera tidsinsatser för informell vård och ger förslag till forskningsområden som vidare bör studeras för att förbättra metoder för mätning och värdering av informell vård.

6. Referenser

6.1 Publicerade källor

Basun, H. et al. (2002) *Om demens*. Förlaget Hagman.

Brouwer, W. B. F. et al. (2005) "Process utility from providing informal care: the benefit of caring". *Health Policy*, 2005: 74, s. 85-99.

Brouwer, W. B. F. et al. (2006) "The carerQol instrument: A new instrument to measure care-related quality of life of informal caregivers for use in economic evaluations". *Quality of Life Research*, 2006:15, s. 1005-1021.

Chiu, L. et al. (1998) "Willingness of families caring for victims of dementia to pay for nursing home care: results of a pilot study in Taiwan". *Journal of Management in Medicine*, 1998:12, nr. 6, s. 349-360.

Drummond, M. F. et al. (2005) *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, Tredje upplagan. Oxford University Press.

Folstein, M. et al. (1975) "Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". *Journal of Psychiatric Research*, 1975:12, s. 189-198.

Henriksson, S. et al. (2000) "Styrning av äldreomsorg". *Järfälla Kommun*.

Jönsson, L. et al. (2001) "Vad kostar vård och omsorg av äldre multisjuka?". *Stockholms läns Äldrecentrum*; 2001:7.

Jönsson, L. et al. (2006a) "Determinants of costs of care for patients with Alzheimer's disease". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2006;21, s. 449-459.

Jönsson, L. et al. (2006b) "Patient- and proxy-reported utility in Alzheimer Disease using the EuroQol". *Alzheimer Disease Association Disorder*, 2006;20, s. 49-55.

Koopmanschap, M. et al. (1998) "Indirect costs and costing informal care". I *Health Economics of Dementia*, eds. Wimo, A. et al., s. 245-256.

Londos, E. (2002) "Farmakologisk behandling av kognitiv störning vid Alzheimers sjukdom – Bakgrundsdokumentation". *Läkemedelsverket*.

Maraste, P. et al. (2002) "Kommunalekonomiska konsekvenser till följd av trafikolyckor – en åttaårsuppföljning av långvariga trafikskador. *Institutionen för Teknik och samhälle, avdelning Trafikteknik, Lunds Tekniska Högskola, Lunds Universitet*.

Marcusson, J. et al. (2003) *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*, Andra upplagan. Liber.

McDaid, D. (2001) "Estimating the costs of informal care for people with Alzheimer's disease: methodological and practical challenges". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2001;16, s. 400-405.

Possnett, J. et al. (1996) "Indirect cost in economic evaluation: The opportunity cost of unpaid inputs". *Health Economics*, 1996;5, s. 13-23.

Socialstyrelsen. (2005a) "Kostnad per brukare i kommunal vård och omsorg – Brukarrelaterad redovisning av insatser och kostnader inom äldre- och handikappomsorg". *InfoVU, Socialstyrelsen*.

Socialstyrelsen. (2005b) "Kommunernas anhörigstöd 2004". *Socialstyrelsen*.

Svensson, M. et al. (2004) "Samhällsekonomiska kostnader för patientskador i svensk sjukvård – några typfall". *IHE Rapport*, 2004:3.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2005) "Aktuellt om äldreomsorgen". *Sveriges Kommuner och Landsting*.

van den Berg, B. et al. (2005) "The economic value of informal care: a study of informal caregivers' and patients' willingness to pay and willingness to accept for informal care". *Health Economics*, 2005:14, s. 363-376.

van den Berg, B. et al. (2006a) "Economic valuation of informal care: Lessons from the application of the opportunity costs and proxy good methods". *Social Science and Medicine*, 2006;62, s. 31-40.

van den Berg, B. et al. (2006b) "Measurement of informal care: an empirical study into the valid measurement of time spent on informal caregiving". *Health Economics*, 2006:15, s. 447-460.

Wimo, A. et al. (2000) "Assessment of informal services to demented people with the RUD instrument". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2000:15, s. 969-971.

Wimo, A. et al. (2002) "Time spent on informal and formal care giving for persons with dementia in Sweden". *Health Policy*, 2002:61, s. 255-268.

6.2 Elektroniska källor

Alzheimerföreningen. "Alzheimers sjukdom"
<http://www.alzheimerforeningen.se> (060919)

Kognitiva Klubben. (1997) "Instruktion för användande av MMT"
http://www.viss.nu/CONTENT/GERIATRIK/_BILAGOR/MMT.htm (070119).

Läkemedelsverket. (2006) "Farmakologisk behandling vid Alzheimers sjukdom"
[http://www.lakemedelsverket.se/upload/Hälso%20och%20sjukvård/behandlingsrek/alzheimer s.pdf](http://www.lakemedelsverket.se/upload/Hälso%20och%20sjukvård/behandlingsrek/alzheimer%20s.pdf) (060921).

Sjukvårdsrådgivningen (2005), *Alzheimers sjukdom/Vad händer i kroppen?*
<http://www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=18359> (060920)

Statistiska centralbyrån, SCB. Konsumentprisindex
<http://www.iaps.scb.se/KpiLathund/SilverStream/Pages/pgResultat.html> (061218)

Statistiska centralbyrån, SCB. Lönestrukturstatistik 2005.
<http://www.scb.se> (061222)

Statistiska centralbyrån, SCB. Lönestatistik årsbok 2002
http://www.scb.se/statistik/AM/AM0110/2002A01/AM0110_2002A01_BR_01_AM91S%C3%850301.pdf (061127)

Stockholms Läns landsting, Expertgruppen för geriatriska sjukdomar (2003).
Behandlingsrekommendationer vid demenssjukdomar.
http://www.janusinfo.org/imcms/servlet/GetDoc?meta_id=5344 (060919)

6.3 Muntliga källor

Jönsson, L. *Md. och PhD i hälsoekonomi*, European Health Economics, november 2006.

BILAGA 1

Minimentaltest, MMSE

Orientering

Vad är det för år....årstid....datum....veckodag....månad....
Var är vi land....län....stad/kommun....sjukhus/vård....
Våningsplan/bostadområde....avdelning/bostadsadress....

Poäng

.....(5)

.....(5)

Registrering

Nämna tre föremål (nyckel, tandborste, lampa). Be patienten repetera orden. Ge ett poäng för varje riktigt svar. Den första repetitionen avgör antalet poäng, men fortsätt ändå att repetera orden tills patienten lärt sig dem (upp till 6 gånger).

Antal försök som krävdes för inläring:.....

Be patienten lägga orden på minnet, eftersom du kommer att fråga lite senare om vilka de är.

.....(3)

Uppmärksamhet och räkneförmåga

Be patienten börja vid 100 och dra ifrån 7 och sedan fortsätta dra ifrån 7 tills du säger stopp (93, 86, 79, 72, 65).

Poäng= antal rätt subtraktioner.

Be därefter patienten att bokstavera ordet KONST baklänges.....

Om patienten gör ett fel, men sedan fortsätter korrekt räkna antalet rätt, t ex *tsnok* 5p, *tsonk* 3p. Det bästa resultatet av de två räknas.

.....(5)

Minne

Be patienten återge de tre ord du tidigare bad henne/honom lägga på minnet (N T L).

.....(3)

Språk

Namngivning. Peka på en klocka och fråga vad det är.

Gör samma sak med en penna.

.....(2)

Repetition

Be patienten repetera ”Inga om, men eller varför”. Tillåt bara ett försök.

.....(1)

Trestegsuppfattning

Lägg ett blankt papper framför patienten och säg att han/hon ska lyssna på hela instruktionen innan han/hon får börja.

Säg: ”Ta pappret med höger hand, vik det på mitten en gång och lägg det i knät”. Ge en poäng för varje riktigt utförd uppgift.

.....(3)

Läsning

Visa patienten texten BLUNDA, skrivet med stora bokstäver.

Be patienten läsa texten och göra det som där står. Ge bara

poäng om patienten verkligen blundar.

.....(1)

Skrivförmåga

Vik denna blankett på mitten och lägg den på bordet med blanka baksidan mot patienten. Be henne/honom skriva en mening. Diktera inte. Meningen måste innehålla subjekt och predikat och vara förståelig.

.....(1)

Kopiering/spatial förmåga

Be patienten rita av figuren nedan. Alla vinklar ska vara med och överlappningen ska forma en fyrhörning. Tremor och rotation ignoreras.

..... (1)

Totalt antal poäng

.....(30)

Källa: *Kognitiva klubben i Stockholm, 1997.*

