



Evalueringsdesign vedrørende

**Non-operativ behandling af distale  
håndledsfrakturer hos ældre  
patienter**

**Behandlingsrådet**

# Om evalueringsdesignet

## Formål

Denne evaluering har til formål at danne grundlag for Behandlingsrådets anbefaling vedr. non-operativ behandling af distale håndledsfrakturer hos ældre patienter.

## Proces

Behandlingsrådet besluttede d. 22. juni 2023 at igangsætte en evaluering af egen drift vedrørende non-operativ behandling af distale håndledsfrakturer hos ældre patienter. En evaluering af egen drift indebærer, at Behandlingsrådet varetager selve evalueringen. Evalueringen er igangsat på baggrund af et evalueringsforslag udarbejdet af sekretariatet. Evalueringsforslaget fremgår på Behandlingsrådets hjemmeside.

Nærværende evalueringsdesign er udarbejdet i et samarbejde mellem fagudvalget vedrørende non-operativ behandling af distale håndledsfrakturer hos ældre patienter og Behandlingsrådets sekretariat. Evalueringsrapporten tager udgangspunkt i nærværende evalueringsdesign, Behandlingsrådets proceshåndbog og metodevejledning for evalueringer. Der vil ikke blive udarbejdet en ansøgning, da Behandlingsrådet varetager evalueringen. Kommissoriet for fagudvalget kan sammen med de øvrige dokumenter ligeledes findes på Behandlingsrådets hjemmeside.

## Vejledning

Evalueringen tager udgangspunkt i fire perspektiver: Klinisk effekt og sikkerhed, Patientperspektivet, Organisatoriske implikationer og Sundhedsøkonomi. Belysning af perspektiverne er baseret på en gennemgang samt faglig vurdering af den nuværende tilgængelige evidens.

## Oplysninger om dokumentet

Godkendelsesdato:	Dokumentnummer:	Versionsnummer:
05.10.2023	7130	1.0

  

Versionsnummer:	Dato:	Ændring:
1.0	05.10.2023	Godkendt af Behandlingsrådet

# INDHOLD

<b>1 Begreber og forkortelser .....</b>	<b>3</b>
<b>2 Afgrænsning .....</b>	<b>4</b>
<b>3 Baggrund.....</b>	<b>5</b>
3.1 Distale håndledsfrakturer.....	5
3.2 Valg af behandling til aldrende patienter .....	6
<b>4 Evalueringsspørgsmål .....</b>	<b>7</b>
4.1 Effektmålsbeskrivelse .....	8
<b>5 Patientperspektivet .....</b>	<b>11</b>
<b>6 Organisatoriske implikationer.....</b>	<b>12</b>
<b>7 Sundhedsøkonomi .....</b>	<b>13</b>
7.1 Valg af sundhedsøkonomisk analyse.....	13
7.2 Sundhedsøkonomiske rammer.....	13
<b>8 Søgestrategi .....</b>	<b>16</b>
8.1 Søgning efter eksisterende HTA-rapporter .....	16
8.2 Søgning efter systematiske reviews og primærstudier .....	16
<b>9 Evidensens kvalitet .....</b>	<b>17</b>
<b>10 Referencer .....</b>	<b>18</b>
<b>11 Fagudvalgets sammensætning.....</b>	<b>20</b>
<b>12 Bilag .....</b>	<b>21</b>
12.1 Evalueringens bestanddele .....	21

# 1

## Begreber og forkortelser

<b>BIA</b>	Budgetkonsekvensanalyse ( <i>Budget Impact Analysis</i> )
<b>CRPS</b>	Komplekst regionalt smertesyndrom ( <i>Complex regional pain syndrome</i> )
<b>CUA</b>	<i>Cost-utility</i> analyse
<b>DASH</b>	<i>Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand</i>
<b>DKK</b>	Danske kroner
<b>EQ-5D</b>	<i>EuroQol-5Dimensions</i>
<b>GRADE</b>	System til at vurdere evidens ( <i>Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation</i> )
<b>HTA</b>	<i>Health Technology Assessments</i>
<b>Kg</b>	Kilogram
<b>MKRF</b>	Mindste kliniske relevante forskel
<b>NRS</b>	Numerical Rating Scale
<b>PICO</b>	Population, intervention, komparator og effektmål ( <i>Population, Intervention, Comparator and Outcome</i> )
<b>PRWE</b>	Patient-Rated Wrist Evaluation
<b>PRWHE</b>	Patient-Rated Wrist/Hand Evaluation
<b>QALY</b>	Kvalitetsjusterede leveår ( <i>Quality Adjusted Life Years</i> )
<b>VAS</b>	Visual Analog Skala

# 2 Afgrænsning

For evalueringen vedrørende non-operativ behandling af distale håndledsfrakturer hos ældre patienter, er der af fagudvalget foretaget følgende afgrænsninger ift. valg af patientpopulation og komparator:

## **Patientpopulation**

Evalueringen inkluderer patienter over 65 år, der har pådraget sig en distal radius fraktur med dorsal displaceret vinkling ved et lavenergitraume. Evalueringen indbefatter derfor ikke brud pådraget ved højenergitraumer. Alder anvendes i evalueringen som en proxy for nedsat funktionsniveau. Der bør fortsat foretages en individuel vurdering af patienter over 65 år, da der kan være patienter i denne gruppe med et højt funktionsniveau.

Evalueringen omhandler frakturer af AO klassifikationens type A2, A3 og AO C1-3. Disse frakturer dækker over det, som tidligere blev kaldt distal radius fraktur af Colles type.

Evalueringen omhandler ikke frakturer af typerne:

- Isoleret fraktur af ulna (AO type A1)
- Smith fraktur og AO type B (Chauffeurs- og Barton fraktur)
- Åbne frakturer
- Frakturer som følge af højenergitraume
- Patienter med samtidigt andre diagnosticerede betydende skader i hånd og håndled

Ovenstående afgrænsning er i tråd med afgrænsningen af patientgruppen, som Sundhedsstyrelsen anvendte i deres tidligere Nationale Kliniske Retningslinje [1].

## **Komparator**

Evalueringen afgrænses til udelukkende at inkludere skinneosteosyntese med indsættelse af volar vinkelstabil skinne som komparator. Denne afgrænsning er foretaget, da fagudvalget vurderer, at ekstern fiksering ofte ikke er et alternativ til behandling af brud, hvor non-operativ behandling er relevant. Derudover vurderer fagudvalget, at perkutan pinning ikke bør indgå i evalueringen, da denne operationsmetode kan være et dårligere alternativ til den ældre patient grundet deres knogledensitet. Fagudvalget vurderer desuden, at skinneosteosyntese med volar vinkelstabil skinne er det hyppigst anvendte alternativ i Danmark, hvorfor den inkluderes som enkeltstående teknologi.

# 3

## Baggrund

### 3.1 Distale håndledsfrakturer

Distale håndledsfrakturer (radiusfrakturer) er en af de hyppigste frakturer, der behandles i Danmark med en forekomst på ca. 15.000 brud om året [2]. Distale håndledsfrakturer omfatter blandt andet brud på den nederste del af spolebenet (radius), hyppigst Colles frakturer, med dorsal dislokation [2]. En håndledsfraktur kan medføre begrænset bevægelighed samt smerter, og en fraktur, som heler i en ændret stilling, kan resultere i permanent reduceret bevægelighed. Derudover kan komplicerede frakturer medføre skader på nerver, hvilket kan give nedsat følelse og funktion [3].

Distale håndledsfrakturer forekommer hyppigt hos personer over 65 år, særligt kvinder, og udgør ca. 1/3 af alle brud hos denne patientgruppe [4]. Den aldersbetingende stigning i antallet af distale håndledsfrakturer er forbundet med forekomsten af osteoporose, hvis incidens stiger fra 50-årsalderen. Oftest er der derfor tale om lavenergifrakturer, forbundet med fald på udstrakt arm [5]. Tal fra Landspati-entregisteret viser, at der i 2022 var ca. 6900 patienter over 65 år med en fraktur på den distale ende af radius [6].

Distale håndledsfrakturer kan både behandles non-operativt, ved anlægning af en immobiliserende bandage, eller operativt. Der anvendes en række operationsmetoder til behandling af håndledsfrakturer, herunder perkutan pinning, ekstern fikstion eller volar vinkelstabil skinneosteosyntese (volar vinkelstabil skinne). De tre operationsmetoder indebærer forskellige sundhedsteknologier, som har til formål at holde frakturen stabil [2]. Det vil være op til en konkret vurdering, hvilken operationsmetode der er relevant for den enkelte patient. Denne vurdering baserer sig blandt andet på den enkelte fraktur, kvaliteten af knoglen samt andre forhold hos patienten [7]. I visse tilfælde vil det være nødvendigt at kombinere operationsmetoderne [2]. Mest udbredt er skinneosteosyntese, der udgør over 70% af de operative procedurer, som anvendes til behandling af distale håndledsfrakturer hos patientgruppen [6]. Både non-operativ behandling samt operativ behandling med skinneosteosyntese vil blive præsenteret i de følgende afsnit.

#### 3.1.1 Non-operativ behandling

Non-operativ behandling er et hyppigt anvendt behandlingsalternativ ved frakturer generelt. Behandlingen indebærer, at frakturen stabiliseres vha. en immobiliserende bandage med henblik på at sikre optimale betingelser for, at frakturen vokser bedst muligt sammen. Den immobiliserende bandage vil normalt være i form af en dorsal gipsskinne, alternativt lavet af plast eller glasfiber [8]. Ved dorsalt displacering kombineres non-operativ behandling i de fleste tilfælde med reponering af frakturen inden anlæggelse af den immobiliserende bandage [3]. Den immobiliserende bandage fjernes på hospitalet efter 4-6 uger [2,8]. Det er kontraindiceret at anlægge en cirkulær immobiliserende bandage ved åbne frakturer samt ved stor risiko for senere hævelse [9].

#### 3.1.2 Operativ behandling med skinneosteosyntese

Skinneosteosyntese omfatter åben kirurgi, med indsættelse af en volar vinkelstabil skinne ved bruddet, og udgør dermed et mere invasivt indgreb end de øvrige operationsmetoder. Indgrebet indebærer, at frakturfragmenter sættes på plads, og at der placeres en metalplade volart på frakturfragmenterne med henblik på at fastholde dem i rette position [5]. Af Sundhedsstyrelsens tidligere nationale kliniske

retningslinje fremgår, at behandling med volar vinkelstabil skinne bør være at foretrække frem for de resterende operationsmetoder [1].

## 3.2 Valg af behandling til ældre patienter

Behandlingsvalget mellem non-operativ og operativ behandling ved distale håndledsfrakturer baseres på flere faktorer, herunder brudtype, grad af dislokation, tidligere brud, patientens alder samt funktionsniveau [7]. Der er særlige hensyn gældende for ældre patienter, når der skal vælges behandling. Disse hensyn skyldes særligt patientgruppens nedsatte styrke i knoglerne samt eventuelle komorbiditeter, som kan påvirke behandlingsmulighederne. Kronologisk alder kan ikke altid ligestilles med biologisk alder. Ældre patienter med få komorbiditeter kan have større gavn af operativ behandling i forhold til at vende tilbage til sine daglige aktiviteter [10].

Af Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje fra 2017, fremgår det, at det er *god praksis*<sup>1</sup> generelt at tilbyde patienterne operation, når indikation for det er opfyldt. Dette er gældende uanset patientens alder. Sundhedsstyrelsen vurderer retningslinjen forældet i 2023 [1]. Ny evidens indikerer, at den kliniske effekt af non-operativ og operativ behandling kan være sammenlignelige ift. effektmål som fysiske funktion og komplikationer hos personer over 65 år [11–13]. Andre nye studier fandt dog ikke signifikant flere komplikationer hos ældre opererede patienter end hos yngre [14]. Imidlertid berettes der om en generel stigning i anvendelse af operativ behandling af distale håndledsfrakturer, som er forbundet med et større ressourceforbrug end non-operativ behandling [15–17]. Non-operativ behandling kan derfor være et ressourcebesparende alternativ til operativ behandling hos denne patientpopulation, hvis den kliniske effekt heraf er sammenlignelig eller bedre. Dette vil blive undersøgt i nærværende evaluering.

---

<sup>1</sup> *God praksis* anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens, og bygger således udelukkende på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. Da der udelukkende er tale om faglig konsensus, er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de evidensbaseret er stærke eller svage [1].

# 4

## Evalueringsspørgsmål

For at fokusere evalueringen vedrørende non-operativ behandling af distale håndledsfrakturer, har fagudvalget opstillet nedenstående evalueringsspørgsmål, som Rådet skal træffe en anbefaling på baggrund af. Evalueringsspørgsmålet har til formål at afgrænse evalueringen vedrørende non-operativ behandling af distale håndledsfrakturer. I nedenstående fremgår evalueringsspørgsmål, den tilhørende PICO, samt beskrivelsen af de inkluderede effektmål.

**Evalueringsspørgsmål** Bør non-operativ behandling anvendes ved distale håndledsfrakturer hos patienter over 65 år fremfor operativ behandling?

Besvarelsen af evalueringsspørgsmålet tager udgangspunkt i specifikationen af *population*, *intervention*, *comparator* og *outcome* (PICO), som angivet i Tabel 1. PICO er rammesættende for alle fire perspektiver i evalueringen. Med afsæt i specifikationen, vil evalueringen indeholde en sammenligning af non-operativ behandling overfor operativ behandling.

Af Tabel 1 fremgår endvidere de effektmål, som fagudvalget vurderer, er de væsentligste for patientgruppen, der er omfattet af evalueringen. For hvert effektmål har fagudvalget rangeret vigtigheden, angivet den ønskede måleenhed og fastsat en mindste klinisk relevante forskel (MKRF). MKRF er et udtryk for den absolutte forskel i effekt, der vurderes at have en betydning for patientgruppen, og som i klinisk praksis kan være afgørende for, om non-operativ behandling bør anbefales ved distale håndledsfrakturer hos patienter over 65 år.

Tabel 1 – Specifikationer for PICO.

PICO	Specifikation	
Population:	Patienter over 65 år med distal radiusfraktur med dorsal displaceret vinkling (Colles) efter repositionsforsøg.	
Intervention:	Frakturen skal være pådraget ved et lavenergitraume.	
Komparator:	Non-operativ behandling, herunder gips og præfabrikerede skinner	
Effektmål (vigtighed)	Måleenhed	Mindste klinisk relevante forskel
Fysisk funktion (kritisk)	Gennemsnitlig forskel i fysisk funktion i armen målt vha. Quick-DASH	16-20 points forskel efter 6 og 12 måneder
	Gennemsnitlig forskel i fysisk funktion i armen målt vha. PRWE/ PRWHE	11,5 points forskel efter 6 og 12 måneder
Helbredsrelateret livskvalitet (kritisk)	Gennemsnitlig forskel i patientoplevelt livskvalitet målt vha. EQ-5D	0,074 points forskel efter 12 måneder
Komplikationer (vigtig)	Forskelle i andel patienter, der oplever en eller flere komplikationer	
Grebsstyrke (vigtig)	Gennemsnitlig forskel i grebsstyrke målt vha. dynamometer el-6,5 kg forskel efter 12 måneder	



	Gennemsnitlig forskel i grebsstyrke målt vha. dynamometer eller vigorimeter i procent af ubeskadiget side	19,5% forskel efter 12 måneder
Smerteintensitet (vig-tig)	Gennemsnitlig forskel i patientoplevet smerteintensitet målt med numerisk smerteskala fra 0-10 (NRS/ VAS)	2 points forskel efter 12 måneder

Belysningen af den kliniske effekt og sikkerhed skal baseres på eksisterende litteratur identificeret via den systematiske litteratursøgning (afsnit 8). Fagudvalget indstiller, at den kliniske effekt og sikkerhed baseres på randomiserede kontrollerede studier. Såfremt enkelte effektmål ikke kan beskrives af randomiserede kontrollerede studier, bør der anvendes evidens fra non-randomiserede komparative kohortestudier.

## 4.1 Effektmålsbeskrivelse

Fagudvalget har udvalgt de effektmål, som de vurderer, er relevante for populationen og fastlagt MKRF for effektmålene. I tillæg til den absolutte forskel i effekt bør der angives estimerer for effektforskellen mellem intervention og komparator som en relativ forskel, når relevant, jævnfør Behandlingsrådets metodevejledning for evalueringer.

### 4.1.1 Fysisk funktion (kritisk)

En håndledsfraktur vil medføre en påvirkning af den fysiske funktion af den pågældende arm. I litteraturen er funktion anset som et af de primære domæner, der bør afdækkes i kliniske evalueringer inden for håndledsfrakturer [18]. Ved behandling af håndledsfrakturer skal der gerne opnås den bedst mulige funktion i armen efterfølgende, hvorfor fagudvalget vurderer effektmål som kritisk. Fagudvalget ønsker, at data er baseret på spørgeskemaet *Quick Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* (Quick-DASH), *Patient-Rated Wrist Evaluation* (PRWE) eller *Patient-Rated Wrist/ Hand Evaluation* (PREHW). Quick-DASH er et internationalt anerkendt redskab, der har til formål at afdække den fysiske funktion samt symptomer hos borgere med muskuloskeletale lidelser i de øvre ekstremiteter. Quick-DASH består af 11 spørgsmål [19]. Redskaberne PRWE/ PRWHE har begge til formål at afdække patienters håndledsmerter samt handicap [20]. PRWHE er en modificeret udgave af PRWE, hvorfor redskaberne består af de samme 15 spørgsmål og anvender samme scoringssystem. Dog indeholder PRWHE to spørgsmål vedr. udseende, som dog ikke indgår i scoringssystemet [21]. Samtlige redskaber resulterer i en score på en skala fra 0 til 100, hvor en højere score afspejler et sværere handicap [19].

Fagudvalget ønsker, at Quick-DASH opgøres særskilt, men vurderer, at redskaberne PRWE og PRWHE er tilstrækkeligt sammenlignelige, hvorfor data herfra kan analyseres samlet. Fagudvalget ønsker effektmålet opgjort som gennemsnitlig forskel mellem interventions- og kontrolgruppe efter 12 måneder, som det primære effektmål for funktionsniveau. I litteraturen fremgår en MKRF for Quick-DASH på 16-20 point [19]. Med afsæt i de validerede MKRF fastsætter fagudvalget, at en forskel for Quick-DASH på 16-20 point er klinisk relevant. For PRWE fremgår der af litteraturen en MKRF på 11,5 point [20]. Med afsæt i den validerede MKRF fastsætter fagudvalget, at en forskel for PRWE/PRWHE på 11,5 point er klinisk relevant. Udover ovenstående ønsker fagudvalget at supplere med en opgørelse af fysisk funktion efter 6 måneder, hvor fagudvalget vil tage udgangspunkt i de tidligere fastlagte MKRF.

### 4.1.2 Helbredsrelateret livskvalitet (kritisk)

Livskvalitet vedrører både det fysiske og psykiske velbefindende hos den enkelte patient. Fagudvalget vurderer jf. Behandlingsrådets metodevejledning for evalueringer, at helbredsrelateret livskvalitet indgår som et kritisk effektmål. Fagudvalget accepterer data fra spørgeskemaet *EuroQol-5 Dimensions*

(EQ-5D). Fagudvalget ønsker effektmålet opgjort som forskel mellem interventions- og kontrolgruppen efter 12 måneder. I litteraturen fremgår en MKRF for EQ-5D på 0,074 point [22]. Med afsæt i den validerede MKRF fastsætter fagudvalget, at en forskel på 0,074 point er klinisk relevant.

### 4.1.3 Komplikationer (vigtig)

Komplikationer relateret til behandlingen bør jf. studiet af Goldhahn [18] anses som et kerneeffekt mål inden for klinisk praksis og forskning vedr. distale håndledsfrakturer. Der kan opstå en række komplikationer i forbindelse med både non-operativ og operativ behandling af distale håndledsfrakturer [2,23]. Komplikationerne kan variere i sværhedsgrad og kan eksempelvis være komplekst regionalt smertesyndrom (CRPS), infektioner, skader på omkringliggende nerver, muskler eller sener samt reoperation [5,8,24]. Fagudvalget betragter komplikationer som et vigtigt effektmål. Fagudvalget ønsker effektmålet opgjort som forskellen i andel patienter med en eller flere komplikationer relateret til enten den non-operative eller operative behandling efter 12 måneder. Fagudvalget vurderer, at fejlstillinger, der ikke har betydning for funktionen, og som opstår som resultat af behandling eller som fortsætter efter brudheling, ikke inkluderes som en komplikation. Da komplikationer kan være af varierende karakter, afklarer fagudvalget i forbindelse med evalueringsrapporten, hvad der anses som en klinisk relevant forskel.

Udover ovenstående ønsker fagudvalget en kvalitativ gennemgang af komplikationerne for non-operativ og operativ behandling med henblik på at kunne vurdere alvorlighed, håndterbarhed samt varighed af hændelserne.

Endvidere ønsker fagudvalget en følsomhedsanalyse for komplikationer på udgivelsesår, hvor der skelnes mellem intervallerne 2013-2017 og 2018-2023. Følsomhedsanalysen har til hensigt at undersøge forskelle i effekten på baggrund af litteraturens alder, hvilket fagudvalget vurderer relevant, da der de seneste år markedsført nye typer af volare vinkelstabile skinner, som potentielt medfører færre komplikationer.

### 4.1.4 Grebsstyrke (vigtig)

Grebsstyrke kan have betydning for funktionsniveauet i de øvre ekstremiteter [25], hvilket kan være påvirket efter en distal håndledsfraktur og behandlingen heraf. Grebsstyrke er et pålideligt og reproducerbart udfaldsparameter og vurderes højt når patienter beskriver patienttilfredshed [26,27]. Fagudvalget vurderer grebsstyrke til at være et vigtigt effektmål. Fagudvalget ønsker, at grebsstyrke måles vha. dynamometer eller vigorimeter enten i eller omregnet til kilogram (kg) eller som procent af ubeskadiget side. Fagudvalget ønsker effektmålet opgjort som gennemsnitlig forskel mellem interventions- og komparatorgruppe efter 12 måneder. I litteraturen fremgår en MKRF for grebsstyrke på 6,5 kg eller for procent på 19,5% [25]. Med afsæt i MKRF fra litteraturen fastsætter fagudvalget, at en forskel på 6,5 kg eller 19,5% er klinisk relevant.

### 4.1.5 Smerteintensitet (vigtig)

Smerter defineres af *International Association for the Study of Pain* som "En ubehagelig sans- og følelsesmæssig oplevelse forbundet med, eller som ligner den forbundet med, aktuel eller mulig vævsskade". Smerter er en subjektiv oplevelse, hvilket betyder, at for forskellige mennesker kan den samme påvirkning give en varierende grad af smerte [28]. Fagudvalget vurderer, at smerteintensitet er et vigtigt effektmål i nærværende evaluering. Fagudvalget ønsker, at effektmålet måles vha. en numerisk smerteskala fra 0-10 (*Numerical Rating Scale (NRS)*/ *Visual Analog Skala (VAS)*). 0 indikerer smertefrihed, mens 10 indikerer værst tænkelige smerter [29,30]. Fagudvalget ønsker effektmålet opgjort som gennemsnitlig forskel i patientoplevelt smerteintensitet mellem interventions- og komparatorgruppe efter 12 måneder. I litteraturen er der identificeret flere forskellige MKRF for smerteintensitet, hvoraf flere er på

ca. 2 point [31,32]. Fagudvalget mener, at det er rimeligt at tage afsæt i litteraturen og fastsætter derfor en forskel på 2 point til at være klinisk relevant.

# 5

## Patientperspektivet

Jævnfør Tabel 1 (det kliniske spørgsmål med tilhørende PICO-specifikation) og afsnit 4.2 (effektmålsbeskrivelse) indstiller fagudvalget, at effekten af de inkluderede behandlingsalternativer belyses med udgangspunkt i patientrapporterede, kvantificerbare mål. Omdrejningspunktet for patientperspektivet er at supplere denne viden med patienterfaringer og informationer af kvalitativ karakter.

Fagudvalget indstiller, at emnerne i Tabel 2 belyses med tilhørende beskrivelser af datagrundlaget herfor. Hvis der ikke eksisterer publicerede studier eller rapporter på emnerne, kan emnerne belyses med udgangspunkt i anden eksisterende evidens/information af kvalitativ karakter, medmindre andet er angivet i Tabel 2. I forbindelse med gennemgangen af emnerne skal der angives referencer for fund. Hvis det vurderes, at der er væsentlige overlap mellem fund for emnerne, er det ikke nødvendigt at belyse emnerne særskilt. Hvor det vurderes relevant, kan emnerne belyses i sammenhæng.

Fagudvalget er bevidst om og gør opmærksom på, at evidens vedr. patientperspektivet som oftest ikke er af komparativ karakter, dvs. at undersøgelser ikke forventes at inkludere en direkte sammenligning af oplevelser ved de inkluderede behandlingsalternativer.

Nedenstående emner skal, i udgangspunktet, basere sig på eksisterende litteratur eller anden evidens, som er relevant for den pågældende patientpopulation og indikation (frakturer).

**Tabel 2** - Emner der forventes belyst i forbindelse med patientperspektivet

Emne	Beskrivelse
Præferencer mellem behandlinger	Det ønskes belyst om patienter i den udvalgte population har præferencer for valget mellem non-operativ og operativ behandling af distale håndledsfrakturer, og såfremt, en beskrivelse af, hvilke faktorer, der kan være påvirkende for patienternes ønske eller valg af behandling.

# 6

## Organisatoriske implikationer

Fagudvalget indstiller, at emnerne vedrørende organisatoriske implikationer i Tabel 3 belyses. Besvarelsen af undersøgelsesspørgsmålene under dette perspektiv, bør basere sig på publicerede studier eller rapporter inden for emnerne. Hvis ikke der eksisterer publicerede studier eller rapporter på emnerne, skal emnerne belyses med udgangspunkt i anden eksisterende evidens/information af kvalitativ karakter, medmindre andet er angivet i Tabel 3.

Ved gennemgang af emnerne skal der angives referencer for fund. Hvis det vurderes, at der er væsentlige overlap mellem fund for emnerne, er det ikke nødvendigt at belyse emnerne særskilt. Hvor det vurderes relevant, kan emnerne derfor belyses i sammenhæng.

**Tabel 3** - Emner der forventes belyst i forbindelse med de organisatoriske implikationer.

Emne	Beskrivelse
Forløbsbeskrivelse	Det ønskes belyst, hvilke forskelle der er mellem non-operative og operative behandlingsforløb for håndledsfrakturer hos den udvalgte patientpopulation. Denne beskrivelse bør bl.a. indeholde en oversigt over forskelle i arbejdsgange, herunder kontroller, samt ressource- og personaleforbrug. Behandlingsforløbene bør inkludere det samlede patientforløb og inkludere eventuelle fortsatte forløb i f.eks. kommunal træning eller i den kommunale plejesektor.
Operationskapacitet	Det ønskes belyst, om en eventuel ændring i andelen af patienter, der behandles med non-operativ og operativ behandling af håndledsfraktur i den udvalgte patientpopulation, kan påvirke den generelle operationskapacitet.
Opgaveflytning	Det ønskes belyst, om der kan forekomme opgaveflytninger mellem sektorer ved en eventuel ændring i andelen af patienter, der behandles med non-operativ og operativ behandling af håndledsfrakturer i den udvalgte patientpopulation. Såfremt der forekommer opgaveflytning, skal denne beskrives med eventuel afledte ressourcetræk eller ændret behov inden for f.eks. kompetencer.

# 7 Sundhedsøkonomi

Under perspektivet Sundhedsøkonomi, skal der skabes et overblik over, i hvor høj grad de undersøgte alternativer til behandling af distale håndledsfrakturer hos aldrende patienter giver værdi for pengene. I tillæg hertil skal det estimeres, hvilke budgetmæssige konsekvenser en eventuel positiv anbefaling af de forskellige behandlingsalternativer medfører for de regionale sundhedsbudgetter. Det sundhedsøkonomiske perspektiv inkluderer derfor en sundhedsøkonomisk evaluering og en budgetkonsekvensanalyse (budget impact analysis, BIA).

I forbindelse med belysning af det sundhedsøkonomiske perspektiv afdækkes det, hvorvidt der eksisterer videnskabelig litteratur på området. Eksisterende videnskabelig litteratur identificeres ved hjælp af en systematisk litteratursøgning. Søgestrategien herfor er beskrevet i afsnit 8. Såfremt der ikke identificeres eksisterende videnskabelig litteratur, udarbejdes de sundhedsøkonomiske analyser af Behandlingsrådets sekretariat.

## 7.1 Valg af sundhedsøkonomisk analyse

Fagudvalget indstiller, at den sundhedsøkonomiske analyse af non-operativ behandling af distale håndledsfrakturer hos aldrende patienter baseres på data vedrørende funktionsniveau og helbredsrelateret livskvalitet, som begge indgår som et kritisk effektmål for evalueringen (Tabel 1, samt afsnit 4). Med udgangspunkt heri vurderer fagudvalget, at en cost-effectiveness analyse (CEA) og en cost-utility analyse (CUA), der undersøger forskelle i omkostninger og hhv. funktionsniveau og kvalitetsjusterede leveår (QALY), kan afspejle omkostningseffektiviteten af de inkluderede behandlingsalternativer, såfremt der påvises en klinisk relevant forskel af de inkluderede behandlingsalternativer på disse effektmål. Hvis der ikke påvises en klinisk relevant forskel, udarbejdes analysen som en omkostningsanalyse.

Data på helbredsrelateret livskvalitet skal håndteres i henhold til Behandlingsrådets metodevejledning til evaluering af sundhedsteknologi og tekniske bilag vedr. helbredsrelateret livskvalitet, som kan findes på Behandlingsrådets hjemmeside.

## 7.2 Sundhedsøkonomiske rammer

De nedenstående afsnit repræsenterer fagudvalgets overvejelser vedrørende valg og omfang af de sundhedsøkonomiske analyser samt budgetkonsekvensanalysen, herunder specifikt hvilke rammer, der afgrænser analysen samt de bemærkninger fagudvalget har til disse. For øvrige metodiske elementer knyttet til sundhedsøkonomiske analyser og budgetkonsekvensanalyser henvises der til Behandlingsrådets metodevejledning for evalueringer samt vejledning i omkostningsopgørelse, som kan findes på Behandlingsrådets hjemmeside.

I Tabel 4 oplistes rammerne for de udvalgte sundhedsøkonomiske analyser og den tilhørende budgetkonsekvens analyse.

Tabel 4 - Rammerne for den sundhedsøkonomiske analyse og budget-konsekvens analysen.

	Sundhedsøkonomisk analyse	Budget-konsekvens analyse
<b>Tidshorisont</b>	12 måneder	5 år
<b>Intervention</b>	Non-operativ behandling	
<b>Komparator(er)</b>	Operativ behandling (volar vinkelstabil skinne)	
<b>Analysemetode(r)</b>	Cost-effectiveness analyse (CEA) Cost-utility analyse (CUA)	Kasseøkonomisk analyse
<b>Effektmål</b>	Funktionsniveau Kvalitetsjusterede leveår (Quality adjusted life years [QALY])	DKK
<b>Metode til ekstrapolering hvis relevant</b>	Udføres i relevant omfang jævnfør Behandlingsrådets tekniske bilag samt Medicinrådets vejledning om anvendelse af forløbsdata i sundhedsøkonomiske analyser.	Ikke relevant
<b>Analyseperspektiv</b>	Begrænset samfundsperspektiv	Regionale sundhedsbudgetter beregnet samlet for de fem regioner
<b>Omkostningskomponenter</b>	<p>Omkostninger bør inkludere, men er ikke begrænset til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventionsomkostninger for non-operativ og operativ behandling (materialer, personaleressourcer, overheadomkostninger mv.)</li> <li>- Omkostninger forbundet med operation sekundært til non-operativ behandling og reoperation</li> <li>- Omkostninger til rehabilitering (ergoterapi, fysioterapi mv.)</li> <li>- Transportomkostninger og tidsforbrug for patienter og pårørende</li> </ul>	<p>Udgifter bør inkludere, men er ikke begrænset til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventionsudgifter til non-operativ og operativ behandling (materialer, personaleressourcer, overheadomkostninger mv.)</li> <li>- Udgifter forbundet operation sekundært til non-operativ behandling og reoperation</li> </ul>
<b>Følsomhedsanalyser</b>	<p>Følsomhedsanalyser bør som minimum foretages på de følgende parametre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimer for funktionsniveau</li> <li>- Estimer for helbredsrelateret livskvalitet</li> <li>- Omkostninger relateret til non-operativ og operativ behandling.</li> <li>- Omkostninger relateret til operation sekundært til non-operativ behandling og reoperation</li> </ul> <p>Der foretages probabilistiske- og/eller one-way følsomhedsanalyser på de inkluderede parametre og udføres scenarieanalyser afhængigt af relevansen for analysen.</p>	<p>Følsomhedsanalyser bør som minimum foretages på de følgende parametre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Andel af patienter der behandles med hhv. non-operativ og operativ behandling</li> <li>- Udgifter relateret til non-operativ og operativ behandling</li> <li>- Udgifter relateret til operation sekundært til non-operativ behandling og reoperation (f.eks. radius osteotomi)</li> </ul> <p>Der foretages probabilistiske- og/eller one-way følsomhedsanalyser på de inkluderede parametre og udføres scenarieanalyser afhængigt af relevansen for analysen.</p>

## 7.2.1 Opmærksomhedspunkter i analyserne

Ved afrapportering af den sundhedsøkonomiske analyse skal der angives referencer for væsentlige antagelser, der ligger til grund for analysen. Fagudvalget opfordrer til, at antagelser baseres på data i det omfang, det er muligt. Hvis det er nødvendigt at basere antagelser på f.eks. ekspertudtalelser, skal der foreligge argumentation for rimeligheden af antagelserne.

Fagudvalget gør opmærksom på, omkostningskomponenterne angivet i Tabel 4 inkluderer komponenter, der som *minimum* skal inkluderes i analyserne, dvs. at fagudvalget fortsat forventer, at der inkluderes omkostninger, som vurderes relevante under henvisning til Behandlingsrådets metodevejledning til evaluering af sundhedsteknologi og vejledning til omkostningsopgørelse.

Særlige opmærksomhedspunkter i forbindelse med omkostningsopgørelsen inkluderer:

### For den sundhedsøkonomiske analyse:

- **Komplikationer.** Fagudvalget vurderer, at det i det sundhedsøkonomiske perspektiv alene er relevant at inkludere komplikationer i form af reoperationer, da der kan være væsentlige økonomiske implikationer forbundet hermed.
- **Rehabilitering.** Fagudvalget opfordrer til, for så vidt dette vurderes relevant at inddrage forskelle i behov for rehabilitering mellem non-operativ og operativ behandling. Herunder bør det fremgå, hvilke sektorer eventuelle omkostninger eller besparelser tilfalder.
- **Patienttid.** Forskelle i patientens og pårørendes behandlingsrelaterede omkostninger mellem non-operativ og operativ behandling, i form af tidsforbrug og transportomkostninger, skal være afspejlet i den sundhedsøkonomiske evaluering. Herunder bør det fremgå, hvis der er forskel i kontaktbehov til sundhedsvæsnet.

### For budgetkonsekvensanalysen:

- **Antagelser for optag.** I forbindelse med afrapportering af budgetkonsekvensanalysen skal der foreligge en beskrivelse af de antagelser, der ligger til grund for, hvor mange patienter der forventeligt behandles non-operativ og operativt i løbet af den femårig tidshorisont. Herunder bør det fremgå, hvordan fordelingen forventeligt vil påvirkes af en positiv anbefaling af non-operativ behandling af distale håndledsfrakturer hos aldrende patienter. Der bør i dette estimat tages højde for, at ikke alle håndledsfrakturer kan eller bør behandles non-operativt.



# 8

## Søgestrategi

Som led i udarbejdelsen af evalueringsdesignet, foretager sekretariatet i samarbejde med fagudvalget en systematisk litteratursøgning, der har til formål at identificere eksisterende publiceret litteratur, der belyser den undersøgte sundhedsteknologi inden for de fire perspektiver, herunder klinisk effekt og sikkerhed, patientperspektivet, organisatoriske implikationer og sundhedsøkonomi.

Identifikationen af eksisterende videnskabelig litteratur foretages i tre trin. Første trin har til formål at identificere eksisterende health technology assessments (HTA-rapporter), som evalueringen af den undersøgte sundhedsteknologi helt eller delvist kan basere sig på. Såfremt sekretariatet ikke identificerer HTA-rapporter med tilsvarende specifikationer, som denne evaluering, søger sekretariatet efter systematiske reviews og metaanalyser, efterfulgt af en systematisk søgning efter primærstudier.

Ved godkendelsen af nærværende design er sekretariatet i gang med at udføre en systematisk litteratursøgning efter eksisterende HTA-rapporter. Dermed er arbejdet med identifikation af publiceret videnskabelig litteratur i proces og fortsætter i udarbejdelsen af den endelige evalueringsrapport.

### 8.1 Søgning efter eksisterende HTA-rapporter

Det første trin i søgestrategien er, som specificeret ovenfor, at foretage en ad hoc søgning efter HTA-rapporter vedr. behandling af distale håndledsfrakturer. Dertil er det valgt at fremsøge eksisterende guidelines inden for området ved dette trin. Søgningsspecialisten i Behandlingsrådet anvender søgeord for håndledsfrakturer. Litteratursøgningen er afgrænset til hhv. engelsk, norsk, svensk og dansk i tidsperioden 2013-2023. Antal hits, databaser samt datoer for søgningerne vil fremgå af evalueringsrapporten.

### 8.2 Søgning efter systematiske reviews og primærstudier

Næste skridt i søgeprocessen er at identificere nyere publiceret litteratur i form af systematiske reviews og primærstudier. Disse trin vil være afhængige af, om evalueringen kan baseres helt eller delvist på en eller flere eksisterende HTA'er eller guidelines. Søgningen planlægges derfor i forbindelse med udarbejdelsen af evalueringsrapporten, men vil i udgangspunktet udgøres af søgeblokke for Patient (P) og Intervention (I) i henhold til PICO-specifikationen. For hvert af perspektiverne vil søgeblokkene suppleres af yderligere afgrænsninger i henhold til perspektivernes formål. Søgningernes tidsbegrænsning vil afhænge af, om der er identificeret en relevant HTA eller guideline, men vil uanset være begrænset til videnskabelig evidens fra år 2013-2023 samt afgrænset til sprogene; dansk, engelsk, norsk og svensk. For patientperspektivet og organisatoriske implikationer kan det potentielt være relevant at inddrage grå litteratur eller anden eksisterende evidens, hvilket vil blive afklaret i forbindelse med udarbejdelsen af evalueringsrapporten. I den systematiske søgning vil diverse konferencepublikationer blive sorteret fra. De specifikke søgeord, databaser, samt datoer for søgninger vil fremgå af evalueringsrapporten.

# 9

## Evidensens kvalitet

Fagudvalget vurderer evidensens kvalitet med afsæt i værktøjerne præsenteret i Behandlingsrådets metodevejledning for evalueringer, som findes på Behandlingsrådets hjemmeside. Fagudvalget supplerer evalueringen af evidenskvalitet med en vurdering af om evidensgrundlaget er tilstrækkelig i relation til den risiko, som anvendelse af teknologien forventes at indebære.

# 10 Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af håndledsnære brud (distal radiusfraktur). 2017.
2. Hansen TB, Christensen B, Søndergaard A. Håndledsbrud [Internet]. 2021. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/ortopaedi/tilstande-og-sygdomme/knoglebrud/haandledsbrud/>
3. Hansen T. Knoglebrud, generelt [Internet]. 2020. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/knogler-muskler-og-led/sygdomme/knoglebrud/knoglebrud-generelt/>
4. Thorninger R, Wæver D, Pedersen J, Tvedegaard-Christensen J, Tjørnild M, Lind M, m.fl. Objective outcome measures continue to improve from 6 to 12 months after conservatively treated distal radius fractures in the elderly—a prospective evaluation of 50 patients. *J Clin Med*. 2021;10(9).
5. SBU. Behandling av armfraktur hos äldre. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter. 2017.
6. Sundhedsdatastyrelsen. Landspatientregisteret: Avanceret udtræk [Internet]. Tilgængelig hos: <https://www.esundhed.dk/Emner/Operationer-og-diagnoser/Landspatientregisteret-Avanceret-udtraek#tabpanel726EA3ED43A64B6986C224D59AC1D989>
7. Hansen TB. Håndledsbrud [Internet]. 2021. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/knogler-muskler-og-led/sygdomme/knoglebrud/haandledsbrud/>
8. Hansen TB. Gipsbehandling [Internet]. 2020. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/akutte-sygdomme/sygdomme/knoglebrud/gipsbehandling/>
9. Hansen TB, Christensen T, Søndergaard A. Gipsning af ekstremiteter [Internet]. 2022. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/undersogelser-og-proever/kliniske-procedurer/akut-og-skader/gipsning-af-ekstremiteter/>
10. Jayaram M, Wu H, Yoon AP, Kane RL, Wang L, Chung KC. Comparison of Distal Radius Fracture Outcomes in Older Adults Stratified by Chronologic vs Physiologic Age Managed With Casting vs Surgery. *JAMA Netw Open*. 2023;6(2):e2255786.
11. Li Q, Ke C, Han S, Xu X, Cong Y-X, Shang K, m.fl. Nonoperative treatment versus volar locking plate fixation for elderly patients with distal radial fracture: a systematic review and meta-analysis. *J Orthop Surg Res*. juli 2020;15(1):263.
12. Thorninger R, Wæver D, Tjørnild M, Lind M, Rölfing JD. VOLCON: a randomized controlled trial investigating complications and functional outcome of volar plating vs casting of unstable distal radius fractures in patients older than 65 years. *Journal of Orthopaedics and Traumatology*. 2022;23(1).
13. Stephens AR, Presson AP, McFarland MM, Zhang C, Sirmiö K, Mulders MAM, m.fl. Volar Locked Plating Versus Closed Reduction and Casting for Acute, Displaced Distal Radial Fractures in the Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Bone and Joint Surgery - American Volume*. 2020;102(14):1280–8.
14. Andersen MF, Landgren M, Schmidt LB, Hassani G. Complications associated with anterior plate fixation of distal radial fractures: a retrospective study of 599 patients. *Journal of Hand Surgery (European Volume)*. 11. september 2022;47(8):825–30.
15. Navarro CM, Brolund A, Ekholm C, Heintz E, Ekström EH, Josefsson PO, m.fl. Treatment of radius or ulna fractures in the elderly: A systematic review covering effectiveness, safety, economic aspects and current practice. *PLoS One*. 2019;14(3):1–28.
16. Hassellund SS, Williksen JH, Laane MM, Pripp A, Rosales CP, Karlsen Ø, m.fl. Cast immobilization is non-inferior to volar locking plates in relation to QuickDASH after one year in patients

- aged 65 years and older: a randomized controlled trial of displaced distal radius fractures. *Bone Joint J.* 1. februar 2021 [henvist 25. maj 2023];103-B(2):247–55.
17. Viberg B, Tofte S, Rønnegaard AB, Jensen SS, Karimi D, Gundtoft PH. Changes in the incidence and treatment of distal radius fractures in adults – a 22-year nationwide register study of 276,145 fractures. *Injury.* 2023;54(7).
  18. Goldhahn J, Beaton D, Ladd A, Macdermid J, Hoang-Kim A. Recommendation for measuring clinical outcome in distal radius fractures: A core set of domains for standardized reporting in clinical practice and research. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2014;134(2):197–205.
  19. Franchignoni F, Vercelli S, Giordano A, Sartorio F, Bravini E, Ferriero G. Minimal clinically important difference of the disabilities of the arm, shoulder and hand outcome measure (DASH) and its shortened version (quickDASH). *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy.* 2014;44(1):30–9.
  20. Walenkamp MMJ, de Muinck Keizer RJ, Goslings JC, Vos LM, Rosenwasser MP, Schep NWL. The Minimum Clinically Important Difference of the Patient-rated Wrist Evaluation Score for Patients With Distal Radius Fractures. *Clin Orthop Relat Res.* 2015;473(10):3235–41.
  21. Bhandari M. Are the patient-rated wrist evaluation ( PRWE ) and the disabilities of the arm , shoulder and hand ( DASH ) questionnaire used in distal radial fractures truly valid and reliable ? 2018;7(1):36–45.
  22. Walters SJ, Brazier JE. Comparison of the minimally important difference for two health state utility measures: EQ-5D and SF-6D. *Quality of Life Research.* 2005;14(6):1523–32.
  23. Ochen Y, Peek J, Van Der Velde D, Beeres FJP, Van Heijl M, Groenwold RHH, m.fl. Operative vs Nonoperative Treatment of Distal Radius Fractures in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2020;3(4):1–16.
  24. Lind M, Christensen B. Komplekst regionalt smertesyndrom [Internet]. 2022 [henvist 15. september 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/fys-med-og-rehab/tilstande-og-sygdomme/oevrige-sygdomme/komplekst-regionalt-smertesyndrom/>
  25. Kim JK, Park MG, Shin SJ. What is the minimum clinically important difference in grip strength? *Clin Orthop Relat Res.* 2014;472(8):2536–41.
  26. Bohannon RW, Schaubert KL. Test–Retest Reliability of Grip-strength Measures Obtained over a 12-week Interval from Community-dwelling Elders. *Journal of Hand Therapy.* oktober 2005;18(4):426–8.
  27. Fujii K, Henmi T, Kanematsu Y, Mishiro T, Sakai T, Terai T. Fractures of the distal end of radius in elderly patients: A comparative study of anatomical and functional results. *Journal of Orthopaedic Surgery.* 2002;10(1):9–15.
  28. Neergaard MA. Smerte, hvad er det? [Internet]. 2021. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/undersoegelser/kirurgi/bedoevelse-og-smerter/smerte-hvad-er-det/>
  29. Haefeli M, Elfering A. Pain assessment. *European Spine Journal.* 1. januar 2006;15(S1):S17–24.
  30. Andersen LM. Visuel, analog, skala [Internet]. 2022. Tilgængelig hos: <https://pri.rn.dk/Sider/15470.aspx>
  31. Randall DJ, Zhang Y, Li H, Hubbard JC, Kazmers NH. Establishing the Minimal Clinically Important Difference and Substantial Clinical Benefit for the Pain Visual Analog Scale in a Post-operative Hand Surgery Population. *Journal of Hand Surgery.* 2022;47(7):645–53.
  32. Lawson A, Naylor J, Buchbinder R, Ivers R, Balogh Z, Smith P, m.fl. A Combined Randomised and Observational Study of Surgery for Fractures in the distal Radius in the Elderly (CROSS-FIRE): A statistical analyses plan. *Trials.* 2020;21(1):1–13.

# 11

## Fagudvalgets sammensætning

Sammensætning af fagudvalget vedr. non-operativ behandling af distale håndledsfrakturer hos aldrende patienter

Formand	Indstillet af
<b>Torben Bæk Hansen</b> Professor, Cheflæge ph.d.	Læge Videnskabelige Selskaber (LVS)
Medlemmer	Udpeget af
<b>Alice Ørts</b> Ergoterapeut, lektor, ph.d.	Region Syddanmark
<b>Anne Fanøe Nilsson</b> Udbudskonsulent	De regionale indkøbschefer
<b>Charlotte Seifert</b> Specialeansvarlig sygeplejerske	Region Syddanmark
<b>Dennis Hallager</b> Klinisk forskningslektor, afdelingslæge, ph.d.	Region Sjælland
<b>Helle Puggård Hansen</b> Ergoterapeut, Certificeret kliniker i håndterapi	Region Nordjylland
<b>Marcus Landgren</b> Afdelingslæge, klinisk lektor, ph.d.	Region Hovedstaden
<b>Rikke Thorninger</b> Klinisk lektor, ph.d.	Region Midtjylland

# 12 Bilag

## 12.1 Evalueringens bestanddele

Evalueringen består i udgangspunktet af:

- En evalueringsrapport, som afrapporteres i henhold til Behandlingsrådets skabelon for evalueringer samt filer, der inkluderer beregningsmateriale for:
  - En sundhedsøkonomisk analyse
  - En budgetkonsekvens analyse

© Behandlingsrådet, 2023.

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

[www.behandlingsraadet.dk](http://www.behandlingsraadet.dk)

Niels Jernes Vej 6a, 9220 Aalborg Ø

Versionsnummer: 1.0

Sprog: Dansk

Udgivet af Behandlingsrådet, d. 16.10.2023

# Behandlingsrådet