

Nationalekonomiska Institutionen
Handelshögskolan Göteborgs Universitet
Kandidatuppsats 15 hp
Vårterminen 2015
Handledare: Kristian Bolin

Vad kostar ett vunnet kvalitetsjusterat levnadsår?

**-En kostnadsnyttoanalys över kombinationsterapi och
mono-terapi i syfte att behandla depression**

**Författare:
Sara Abbaoui
Carolina Bååt**



**GÖTEBORGS UNIVERSITET
HANDELSHÖGSKOLAN**

Innehållsförteckning

1. Inledning	3
1.1 Syfte & frågeställning.....	4
1.2 Metod.....	5
2. Teoretisk referensram	6
2.1 Kostnads-nyttö-analys	6
2.2 Kostnadsvariabler	7
2.3 Kvalitetsjusterade levnadsår- QALY.....	8
2.4 Fördelar & nackdelar med kostnads-nyttö-analys.....	9
3. Tidigare forskning	10
4. Depression och olika behandlingsalternativ	11
4.1 Depression	11
4.2 SSRI - Selektiva serotoninåterupptagshämmare	11
4.3 TCA- Tricykliska antidepressiva.....	11
4.4 Kognitiv-beteende-terapi (KBT).....	12
5. Data	13
5.1 Kliniska studier	13
5.1.1 Behandling med antidepressiva samt behandling med kombinationsterapi	13
5.1.2 Patientdata	14
5.2 Kostnader	15
5.2.2 Redogörelse över direkta kostnader.....	17
5.2.3 Redogörelse över indirekta kostnader.....	18
6. Resultat	20
6.1 Presentation över de totala kostnaderna	20
6.2 Presentation över vunna kvalitetsjusterade levnadsår	20
6.3 Inkrementell kostnadseffektivitetskvot- ICER	21
7. Analys	23
7.1 Kostnad för ett vunnet kvalitetsjusterat levnadsår	23
8. Diskussion	26
9. Avslutning	28
Referenser	29
Appendix A-Enhetskostnader	32
Appendix B-Produktionsbortfall	35
Appendix C- Totala kostnader	36
Appendix C. 1-Beräkning av antidepressiva behandlingsalternativet	37
Appendix C. 2-Beräkning av kombinatsalternativet.....	40

1. Inledning

Minst 15 procent av alla män och 25 procent av alla kvinnor kommer under sin livstid insjukna i en så pass allvarlig depression att den kräver behandling. Depression är en av de stora folksjukdomarna i Sverige (Socialstyrelsen 1, 2010). Livskvalitén sjunker 50 % i jämförelse med den allmänna befolkningen vid en depression (vilket är i paritet med tillståndet efter en allvarlig stroke) (Sobocki, 2010). Av den samlade sjukdomsördan (förlorade år genom prematur död samt antalet förlorade friska år genom funktionsnedsättning) står depression och andra psykiska sjukdomar för en femtedel av denna belastning (Depression- En rapport om mänskliga och ekonomiska vinster, 2012).

I princip alla studier är depressionsfrekvensen hos kvinnor omkring dubbelt så hög som för män (SBU volym 1, 2004). Det finns indikation att den psykiska ohälsan har ökat under -90 och -00-talet- ökningens tyngdpunkt ligger främst hos gruppen unga kvinnor. Statistiken talar även om en försämring i form av ökad mortalitet och sjukhusinläggningar (Folkhälsan i Sverige, 2014). Vid depression är det vanligt med samsjuklighet- exempelvis ångest, kroppslig smärta, olika somatiska sjukdomar och missbruk kan samexistera med en depression (Socialstyrelsen 1, 2010).

Depression är en sjukdom som utsätter samhället för stora ekonomiska bördor. Detta främst på grund av stora produktionsbortfall (indirekta kostnader) som härrör från det faktum att många som drabbas av depression är i den ålder där man är i kulmen av sitt arbetsliv. Dessutom finns det belägg för att deprimerade individer har en försämrade arbetsförmåga i form av ökat antal sjukdagar. Depression hos individer kan även öka produktionsbortfall genom en minskad förmåga att på grund av sjukdomen förvärva sig kunskaper i form av utbildning och arbetslivserfarenhet. En ökad mortalitet på grund av depression kan även eventuellt resultera i indirekta kostnader. (Wang et al, 2003).

Socialstyrelsen har i sin rapport ”Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010”, gett olika råd om effektiva behandlingar för de olika depressiva tillstånd som finns. För vuxna med depression (lindriga och medelsvåra tillstånd) ger Socialstyrelsen (1. 2010.) som rekommendation att man som patient får en ”snar förnyad kontakt” samt ”råd om egenvård i form av fysisk aktivitet”. För dem med lindrig depression menar Socialstyrelsen att hälso-; och sjukvården bör erbjuda ” psykologisk behandling med internetbaserad KBT eller individuell KBT” eller ”interpersonell psykoterapi”. Vid medelsvår depression bör hälso-; och sjukvården erbjuda ”psykologisk behandling med KBT eller

interpersonell psykoterapi, läkemedelsbehandling med antidepressiva, psykologisk behandling med psykodynamisk korttidspsykoterapi”. Det rådande behandlingsläget för depressionsbehandling är något skiljt från de behandlingar som rekommenderas. De flesta patienter erbjuds läkemedelsbehandling med antidepressiva medan en effektiv psykologisk behandling erbjuds till en mindre del (detta då det saknas rätt kompetens för att erbjuda denna behandlingsform). Enligt patienterna själva vill 40 % ha psykologisk behandling, 30 % läkemedel och resterande 30 % att läkaren bestämmer (Socialstyrelsen 1, 2010).

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering menar att det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att behandling med antidepressiva är effektiv (jämfört med placebo) (SBU volym 1, 2004). För vissa behandlingar av psykologisk karaktär (beteendeterapi, interpersonell psykoterapi, kognitiv terapi samt kognitiv beteendeterapi) finns det starka underlag att dessa behandlingsformat ger positiva effekter vid lindriga och måttliga depressioner. Vid svårare depressioner är dock det vetenskapliga stödet att endast behandla med psykoterapi alltför litet (SBU volym 3, 2004).

Att kombinera antidepressiv behandling och psykoterapi, så kallad kombinationsterapi, är vid lindriga och måttliga depressionstillstånd inte säkerställt mer verkningsfullt än när behandlingarna ges solitärt. Vid svårare depressioner finns det däremot måttligt vetenskapligt stöd för att kombinationsbehandling är effektivare än behandling med enbart läkemedel (SBU volym 3, 2004).

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering anser att det, trots omfattande litteratur, finns stora kunskapsluckor om vissa depressionsbehandlingar. SBU menar vidare att enskilda behandlingarna ofta är otillräckliga i sitt syfte att återställa patienterna till fulla. Det finns bristfälliga kunskaper om värdet att kombinera behandlingar och byta behandlingsformat. Läkemedelsbehandling med antidepressiva har fastlagat god effekt- men nackdelen är att var femte individ återinsjuknar inom tre år behandlingen till trots (SBU volym 1, 2004).

1.1 Syfte & frågeställning

I den här uppsatsen skall vi undersöka kostnadseffektiviteten hos kombinationsbehandling med antidepressiva samt KBT jämfört med mono-behandling med antidepressiva. I analysen anläggs ett samhällsekonomiskt perspektiv. Vi kommer att beräkna den inkrementella kostnaden för ett vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY).

Vi vill med uppsatsen bidra till en ökad förståelse och erhålla en inblick i eventuella positiva effekter en kombinationsbehandling kan innebära. Vi vill därmed få svar på om en kombinationsbehandling kan vara ett hållbart behandlingsalternativ i ett Sverige där sjukskrivningarna skjuter i taket till stor del på grund av depression och ångest (Haglund, 2015).

1.2 Metod

Med hjälp av kostnaderna och effektmåttet kvalitetsjusterade levnadsår kommer vi att analysera de två behandlingsmöjligheterna, vilket sedermera kommer att mynna ut i en beräkning av en inkrementell kostnadseffektivitetskvot för att åskådliggöra kostnaden för ett ytterligare kvalitetsjusterat levnadsår. Vi valde att göra en kostnads-nyttanalyt på grund av att de kvalitetsjusterade levnadsåren har förmågan att fånga upp diffusa förändringar i sjukdoms-; och behandlingsförlopp (Kobelt, 2013. 16-17) samt kan uppfånga eventuella biverkningar som kan tänkas uppkomma (Levin, 2004. 24). Vi valde att ta ett samhällsperspektiv då det vid depression uppkommer stora indirekta kostnader genom produktionsbortfall för samhället (Wang et al, 2003).

Vår uppsats är en kvantitativ studie där vi med hjälp av en tidigare kostnads-nyttanalyt har erhållit de två alternativens behandlingsprotokoll samt tillhörande sannolikheter för de olika behandlingsmetoderna (Sado et al, 2009). Från studien fick vi även utfallen för de kvalitetsjusterade levnadsår som uppnåddes av behandlingarna. För att få ett svenskt perspektiv tittade vi på hur mycket de två behandlingarna skulle kosta i Sverige. Kostnadsdata inhämtades främst från Sveriges kommuner och landstings hemsida för patientavgifter och kostnad per patient (vårdenheternas kostnad).

Beslutsträd konstruerades över de två behandlingsgrenarna för lättare åskådning, utifrån Sado et als (2009) givna parametrar. Dessa hittas i appendix C ovanför respektive totalkostnadsuträkning. Där finns även enhetspriserna angivna samt behandlingsdelarnas längd mm.

I teoridelen redogör vi för utvärderingstekniken kostnads-nyttanalyt, samt ger en djupare beskrivning av depression och dess, för uppsatsens relevanta, medicinska behandlingar. I resultatdelen redovisar vi de inkrementella kostnadseffektivitetskvoterna. I analysen drar vi slutsatser om kostnadseffektivitet utifrån Socialstyrelsens riktlinjer samt utför en känslighetsanalys på parametrar vi finner extra osäkra. I diskussionen ställs våra beräkningar mot tidigare studier och presenterar eventuella svagheter i vår uppsats.

2. Teoretisk referensram

2.1 Kostnads-nytto-analys

Kostnadsnyttoanalys är en ekonomisk utvärderingsteknik som används inom hälsoekonomi för att jämföra olika behandlingar i termer av kostnader och utfall (McCabe, 2009). Kostnadsnyttoanalysen relaterar kostnaderna till ett mått som kombinerar överlevnad och livskvalitet som uttrycks i antalet vunna kvalitetsjusterade levnadsår (SBU, 2014).

Utfallet av kostnadsanalysen uttrycks i form av nytto-baserade enheter som refererar till individers subjektiva upplevelse i hur dem upplever sin hälsa. Det vanligaste måttet för att mäta nytto-baserade enheter kallas QALY och står för ”Quality Adjusted Life Years”-kvalitetsjusterade levnadsår.

Det primära resultatet av kostnadsnyttoanalysen är ICER som även är känt som kostnad per QALY och den anger kostnaden för att uppnå ytterligare ett vunnet levnadsår (SBU, 2014). ICER räknas ut genom att ta skillnaden i de förväntade kostnaderna av två interventioner och sedan dividera det med skillnaden i de förväntade QALY:s som man fått fram för de två interventionerna (SBU, 2014).

$$ICER = \frac{Kostnad A - Kostnad B}{QALY A - QALY B}$$

Det som indikerar om en metod är kostnadseffektiv i förhållande till en annan metod är om dess inkrementella kostnadseffektivitetskvot är lägre än samhällets betalningsvilja för en QALY. Gränsvärdet för samhällets betalningsvilja kallas också tröskelvärdet och det används för att avgöra huruvida en metod är kostnadseffektiv eller inte. I Sverige så finns det ingen exakt gräns för hur mycket en QALY får kosta för att klassas som kostnadseffektiv men Socialstyrelsen har satt upp riktlinjer som används för att bedöma låg respektive hög kostnad per QALY. Interventioner som ligger över tröskelvärdet som Socialstyrelsen satt upp blir inte finansierade medan tröskelvärden under tröskeln blir det. (SBU, 2014)

Tabell 1- Socialstyrelsens riktlinjer för kostnad per QALY

Kostnad per QALY	
Låg	<100 000 kr /QALY
Måttlig	100 000-499 999 kr/QALY
Hög	500 000- 1 000 000 kr /QALY
Mycket hög	>1 000 000 kr/QALY

Källa: Socialstyrelsen 2, 2010

2.2 Kostnadsvariabler

En viktig faktor vid kostnadsanalyser är vilket perspektiv de skall sättas utifrån- detta kan exempelvis vara samhällets, vårdtagares eller sjukvårdens. Det samhällseliga perspektivet kommer att spegla alla kostnader oavsett vem det är som skaffar sig dem. Det kan därmed vara kostnader som härrör från socialtjänsten, patienten, sjukvården och samhället i stort (genom produktionsbortfall) etc. En analys görs genom att titta på de väsentliga resurser som förbrukas administrativt samt de kostnader som uppstår som svar på behandling under sjukdomsperioden (Kobelt, 2013. 19-20).

För att erhålla en kostnad för en implementation skall tre punkter begrundas- identifikation av aktuella resursen, kvantifiering av resurserna, samt att värdera dessa (Black et al, 2007. 207). Det primära begreppet vid kostnadsanalyser är iden om alternativkostnaden; den förlorade nyttan/vinsten i genomförandet av en åtgärd ställt mot den bästa möjliga alternativa användningen av resursen. Enhetspriserna för varor och tjänster bör spegla alternativkostnaden. Marknadpriser speglar ofta alternativkostnaden väl på välfungerande normala marknader (Kobelt, 2013. 19-22). Rent praktiskt brukar man vid kostnadsestimation använda sig av existerande marknadspriser såtillvida det inte finns en anledning till annat angreppssätt (Drummond, 2007. 57).

Vid kvantifieringen av resurserna delar man ofta in kostnader i direkta och indirekta kostnader. Den direkta kostnaden innefattar resurserna för policyn som nyttjas i utförandet, designen och det löpande arbetet. De indirekta kostnaderna är kopplade till resurser som behövs avstå ifrån för att kunna erhålla exempelvis en behandling.

Med de direkta kostnaderna kan det vara till gagn att dela upp dem så att en grupp representerar direkta kostnader relaterade till hälsa/sjukvård och den andra gruppen innefattar direkta kostnader för icke hälsorelaterade resurser. I den första gruppen kan kostnaderna åläggas till en patient eller till hela sjukvårdssektorn. De direkta hälso-kostnaderna är dem som gör att policyn kan implementeras. Den andra gruppen tar upp kostnader för resurser som inte är kopplade till sjukvården. Oftast så ses dessa ur ett patientperspektiv och kan exempelvis innebära transportkostnaden som tillkommer för att man skall kunna genomgå t.ex. en behandling (Black et al, 2007. 210). Även informellt vårdgivande resurser såsom omhändertagande från familj räknas ibland som en icke-hälsorelaterad kostnad (Kobelt, 2013. 21).

De indirekta kostnaderna uppkommer exempelvis när patienter behöver ta ledigt från jobbet

för att kunna ta del av en behandling. De indirekta kostnaderna hanteras vanligtvis genom att titta på förlorad inkomst och lön (Black et al, 2007. 211). Även reducerad produktion på grund av sjukdom, sjukdagar samt förtidspensionering tittar man på i denna kategori (Kobelt, 2013. 21). Vid värdering av de indirekta kostnaderna finns det olika tillvägagångssätt. Humankapitalmetoden är ett tillvägagångssätt: här tittar man på individers ”marknadpriser” i form av bruttolön plus arbetsgivaravgift. Man räknar på den genomsnittliga lönen för landet samt justerar denna för ålder och kön i relevanta fall. En annan metod är friktions-kostnadsmetoden vilken menar att i tider av hög tillgång på arbetare kommer produktionsförlusten att vara begränsad. Vid bortavaro från arbetet ser man det som att arbetet kan omdistribueras alternativt att platsen fylls av ny personal- vilket måste utgå från att det finns lediga resurser med rätt kompetens (Kobelt, 2014. 23).

De indirekta kostnaderna kommer ha en större roll vid vissa sjukdomstillstånd än vid andra- vid sjukdomar som depression kommer denna del utgöra en stor del av de totala kostnaderna. Detta beror på att vid sjukdomar som dessa är individerna ofta i en ålder där man är arbetsför enligt Kobelt (2014, 22).

Något som exkluderas i beräkningen av kostnader är transfereringar såsom skatter och socialbidrag på grund av sjukdom- då dessa endast ses som pengaflöden från en del till en annan av samhället (Kobelt, 2013. 19).

Den totala kostnaden fås sedermera av att multiplicera enhetskostnaden med antalet använda enheter (Kobelt, 2013. 22). Därefter, för att spegla tidspreferensen av nutid framför framtid, bör de framtida kostnaderna nutids-diskonteras med en positiv ränta (Drummond, 2007. 72).

2.3 Kvalitetsjusterade levnadsår- QALY

Det vanligaste verktyget för att mäta patientvälmående inom kostnads-nyttanalyser är kvalitetsjusterade levnadsår (QALY¹). Denna ämnar fånga den övergripande sjukdomseffekten genom att mäta livskvaliteten under en given period. Metoden tar fasta på både livskvalitet och livskvantitet som erhålls av patienter under en behandling. Det positiva med QALY är att man med sjukdomar som har diffusa förlopp kan undersöka flera olika aspekter genom att mäta individers mentala och fysiska disposition över tid (Kobelt, 2013. 16-17). Även att man kan fånga upp effekten av eventuella biverkningar i QALY:s är en positiv aspekt- man kan därmed ställa behandlingseffekter i paritet med eventuella negativa biverkningar, för att få en så uttömmande analys som möjligt (Levin, 2004. 24).

¹ Quality Adjusted Life Years

Man mäter kvalitetsjusterade levnadsår genom en skala där ett motsvarar full hälsa och noll motsvarar död. QALY beräknas med hjälp av titta på individers hälsotillstånd genom att vikta tiden personen befinner sig i detta och fästa ett värde för motsvarande preferenser i detta tillstånd. Exempelvis så motsvarar två år med livskvalitetvikten 0,5 ett år med fullvärdig hälsa. Värdena på skalan motsvarar den relativa preferensen av olika tillstånd i hälsan, där ett högre värde indikerar att individen anser att önskvärdheten är högre (Levin, 2004. 24-26).

För att ämna fastställa olika preferenser i hälsotillstånd hos individer finns det olika tillvägagångssätt. Exempel är bland andra EQ-5D och Health Utilities Index och SF-6D. Dessa instrument består av frågeformulär kopplade till individers hälsotillstånd. EQ-5D består till exempel av fem frågor (rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet) med tillhörande tre svarsalternativ (med olika allvarlighetsgrad). QALY-vikterna som finns för de olika tillstånden har tagits fram med hjälp av värderingsstudier (Levin, 2004. 30-32).

QALYs bör även diskonteras för att spegla den generiska hållningen hos samhälle och individer att nutida resultat har en högre preferens än de framtida. Alltså bör de framtida QALY-måtten nuvärdesberäknas med hjälp av en årlig diskonteringsränta (Drummond, 2007. 178).

2.4 Fördelar & nackdelar med kostnads-nytto-analys

I en värld med begränsade resurser är kostnads-nytto-analys ett bra verktyg då metoden kan genomföra analyser för olika typer av för varandra orelaterade hälsoproblem- vilket är ett hjälpmedel då resurser skall allokeras till bästa möjliga användning. Ytterligare en fördel med analysmetoden är att den ger en ökad transparens över vilka värden som kan kopplas till olika hälsolägen vilket kan leda till diskussioner bland beslutsfattare. Metoden lägger även grund för en mer öppen resursallokeringsprocess.

Eventuella nackdelar vid kostnads-nytto-analyser, och många andra hälso-analys-verktyg, är att inte alla relevanta aspekter speglas av metoden. Preferenser och värdering av hälsotillstånd i samband med kvalitetsjusterade levnadsår kan även vara problematiska. Exempelvis kan en förbättring i hälsa för ett allvarligt tillstånd värderas högre än för förbättringar inom ett mildare sjukdomstillstånd (McCabe, 2009).

3. Tidigare forskning

Det finns ett flertal kostnads-effektivitetsstudier avseende både behandling med antidepressiva läkemedel respektive kognitiv beteendeterapi. Enligt dessa finns det indikation att SSRI är mer kostnadseffektivt än TCA samt att KBT är mer eller lika effektivt som behandling med antidepressiva läkemedel. Kombinationsalternativet, farmakologisk behandling med adderad KBT, är däremot mindre vanligt i sammanhang av kostnads-effektivitets-studier (Sado et al, 2009).

Studien ”*Treatment options in moderate and severe depression: decision analysis supporting a clinical guideline*” (Simon et al, 2006) analyserar behandlingsalternativen farmakologisk terapi mot kombinations-alternativet (antidepressiva läkemedel tillsammans med kognitiv beteendeterapi) under en period av 15 månader. Kostnadsberäkningar är gjorda utifrån ett sjukvårdsperspektiv och har således bara direkta kostnader. De kvalitetsjusterade levnadsåren är uppdelade för lindrig och svår depression. Kostnaden för byte till kombinationsbehandlingen blev för dem som är svårt deprimerade 104 560 kr² per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår. För individer som har lindrigare depression blev kostnaden för kombinationsalternativet 565 020 kr³ per vunnet QALY. Kostnadseffektiviteten anses därmed vara starkare för dem som har en allvarlig depression än dem med måttlig (Simon et al, 2006).

Kostnadseffektivitets-studien ”*Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression*” (Scott et al, 2003) tittar på skillnaden mellan kognitiv terapi med antidepressiva läkemedel samt kliniskt handhavande och alternativet antidepressiva med kliniskt handhavande. Studien sträcker sig under 17 månader och fokuserar på återfallsgraden av de olika behandlingsalternativen. Studien visar på högre depressionsåterfall för dem som ingår i gruppen med enbart läkemedelsbehandling (47%) jämfört med gruppen med adderad kognitiv terapi (29%). Kombinationsalternativet visade sig vara dyrare men mer effektivt än läkemedelsbehandling. Den inkrementella kostnadseffektivitetsknoten är 68 953 kr⁴ för varje återfall som förhindras- därmed är kostnaden att erbjuda kombinationsterapi 200 kr för varje extra återfallsfri dag (Scott et al, 2003).

² 5777 £ (2002), valutaomvandling Riksbanken (2015), konsumentprisjustering SCB 1 & 2 (2015)

³ 14 540 £ (2002), valutaomvandling Riksbanken (2015), konsumentprisjustering SCB 1 & 2 (2015)

⁴ 4328 £ (2003), valutaomvandling Riksbanken (2015), konsumentprisjustering SCB 1 & 2 (2015)

4. Depression och olika behandlingsalternativ

4.1 Depression

Depression syftar till ett allvarligt tillstånd som innebär att hjärnans signalsubstanser kommer i obalans, vilket påverkar individens känslor. Nedstämdhet kan övergå till depression men det som avgör gränsen mellan dessa är hur lång tid man upplever nedstämdhetskänslan. Om man vid en två veckorsperiod känt sig nedstämd och orkeslös så är det troligtvis depression. Vid depression så krävs oftast behandling för att återställa balansen i hjärnan med signalsubstanser som serotonin och noradrenalin.

Egentlig depression delas in i tre nivåer: lätt eller lindrig, medelsvår och djup depression. Det som skiljer de olika graderna av depression åt är hur individen fungerar vid de olika nivåerna. Vid lätt depression så drabbas inte det sociala livet lika mycket som vid måttlig och svår depression. En person skulle vid en lätt depression fortfarande kunna gå till jobbet eller träffa sina vänner samtidigt som denne håller inne sina känslor. En person som lider av en måttlig och en svår depression klarar inte av att upprätthålla samma livsstil som vid en lätt depression. Det är svårare att inte visa känslor vilket resulterar i att denna inte längre exempelvis träffas sina vänner eller klarar av att arbeta. En djup depression kan också vara ännu allvarligare på det sätt att känslorna påverkas så mycket att individen tappar aptiten samt livslusten (Ledin, 2013). Det finns olika anledningar till varför man blir deprimerad, dock är det en kombination av biologiska, genetiska och psykologiska faktorer som främst bidrar till sjukdomen (National Institute of Mental Health- Depression, 2011).

4.2 SSRI - Selektiva serotoninåterupptagshämmare

SSRI är en form av antidepressivt läkemedel som hjälper till att öka hjärnans serotonininnehåll. Selektiva serotoninåterupptagshämmare är den av alla antidepressiva läkemedel som används mest frekvent. Läkemedlet hjälper till att balansera hjärnans signalsubstansnivåer genom att öka serotoninaktiviteten. I början av läkemedelsbehandlingen kan det hända att man mår än sämre än innan början av intagandet. Läkemedelsbiverkningar kan förekomma (Åsa Schelin, 2014).

4.3 TCA- Tricykliska antidepressiva

Tricykliska antidepressiva är ett läkemedel som används när SSRI inte ger adekvat hjälp samt vid allvarligare fall av depressioner. Denna grupp av antidepressiva har förekommit sedan länge tillbaka. Läkemedlet hjälper till att öka serotonin-; och noradrenalinhalten i hjärnan för att åter balansera signalsubstanserna. De tricykliska antidepressiva läkemedlen har fler

biverkningar än andra läkemedel mot depression (Åsa Schelin, 2014). Tricykliska läkemedel bör primärt användas vid allvarigare depressioner och vid depressionsbehandling på sjukhus (Läkemedelsverket, 2006).

4.4 Kognitiv-beteende-terapi (KBT)

Den kognitiva beteendeterapin-metoden är två olika terapiinriktningar som har flätats samman- beteendeterapi och kognitiv terapi. KBT har sin klangbotten i kognitionspsykologi, inlärningspsykologi samt socialpsykologi- man anser att man med hjälp av förnyad inläring kan programmera om beteenden, tankar och känslor etc. Den kognitiva beteendeterapin tittar på hur individens tankar, känslor och beteenden interagerar samt analyserar individens och omgivningen samspel. Slutmålet med terapin är således att man som patient genom beteendemodifikation skall fungera och må bättre. Även tolkningen och uppfattningen om sig själv samt sin omvärld vill man förändra.

Vid terapisesionerna vid KBT har terapeuten en mer aktiv roll än vid andra inriktningar (som vid psykoanalys etc.). Patienter får konstruera olika uppgifter med hjälp av terapeuten- dessa skall man arbeta med på egen hand mellan sessionerna. Då man jobbar med uppgifterna i sin vardag hjälper man till att förankra förändringen, vilket är en viktig del av processen. Vid vidare möten tillsammans med terapeuten utvärderar man tillsammans resultatet av uppgiften (Svensson, 2012).

5. Data

5.1 Kliniska studier

5.1.1 Behandling med antidepressiva samt behandling med kombinationsterapi

Vi kommer i vår kostnads-nyttö-analys att utgå från en studie där man gjort en kostnadseffektivitetsanalys över behandling med antidepressiva samt kombinationsalternativet antidepressiva med adderad kognitiv beteendeterapi (Sado et al, 2009). I studien har man sammanställt ett antal kliniska studier från publicerade artiklar samt rapporter från expertpaneler. Alla patienter antas vara 18 år eller äldre. Studiens längd är 12 månader.

En sammanfattning av kliniska utfall gjordes och till dem fastställdes olika sannolikheter, vilka kan ses i appendix C (tabell nummer 12). De patienter som genomgick kombinationsterapi träffade en psykiatriker varje vecka, fick 40 mg Paroxetin (SSRI) per dag i tre månader, samt fick 13 KBT-sessioner under loppet av de tre månaderna. Gruppen som endast får antidepressiv behandling fick besöka en psykiatriker varje vecka samt behandling med 40 mg Paroxetin varje dag i tre månader.

För båda alternativen erhöll patienterna stödjande behandling i sex månader om patienterna svarade på behandlingen- man fick då 20 mg Paroxetin samt konsultation med en psykiatriker varannan vecka. Patienterna som slutförde första behandlingsomgången men ej svarade på denna fick läkemedelsbehandling i tre månader med Imipramine (TCA), 150 mg. Patienterna som svarade på TCA-terapi fick stödjande terapi i sex månader i form av halverad dos Imipramin från föregående steg. Dem som genomgår TCA-terapi men inte svarar på den läggs in på sjukhus i 93.6 dagar. Dem som svarar på sjukhusvistelsen får stödjande terapi i tre månader med halverad dos TCA från föregående steg. Patienterna som ej responderade på att vara inlagda fick TCA-terapi under tre månader (Sado et al, 2009).

Då patienter inte slutför terapi kan detta bero på olika faktorer, vissa känner sig botade medan andra inte känner någon förbättring (eller rent av mår sämre av behandlingen). Hanteringen av de avhoppande individernas kostnader försvåras av att det finns motstridiga påståenden i artikeln: primärt står det att alla personer som hoppar av innan studiens slut kan förväntas använda resurser inom hälsa och sjukvård för att sedan efterföljas med ett stycke baserat på ett av experter konstruerat beslutsträd (Sado et al, 2009.) med förgreningar över vem som söker vård på nytt etc. Då det saknades sannolikheter för den ena grenen (för dem som känner sig friska men återfaller) väljer vi att förenkla beslutsträdet. Vi kommer endast

tillskriva en kostnad för konsumerad sjukvård för dem som får ingen eller negativ effekt av behandlingen och som kommer uppsöka förnyad vårdkontakt (se kliniska parametrar i tabell 12). Förnyad kontakt med sjukvården med medföljande konsumtion av vårdtjänster kommer att sökas från mittpunkten av behandlingsdelen till slutet av studien.

För kostnadsanalysen kommer vi endast att använda kostnaden för att återfalla under stödjande terapierna. För sannolikheten att återfalla inom nio månader efter inledande terapin fanns ingen klar återfallsperiod, varav vi kommer att bortse kostnadsmissigt från dessa individer. Återfallsperioden under den stödjande terapin är i studien satt som halvvägs igenom stödjande behandlingsdelen. Tyvärr preciserade inte studien hur länge dessa individer efter återfallet brukar behandlas (eller vilken typ av behandling dem kan tänkas använda) - vi valde därför att behandla dessa personer på samma sätt som dem som avslutar behandlingen och sedan uppsöker vård igen; enligt Sado et al (2009) kommer vårdtjänster att konsumeras fram till studiens slut.

5.1.2 Patientdata

Vi valde att inbegripa ytterligare en studie då kostnadseffektivitetsstudien saknade patientdata. Viljan var att inkludera en representativ bild av patientgruppen som vanligtvis söker för behandling av depression i Sverige i primärvården för att erhålla hur stor andel av gruppen som arbetar heltid. Detta för att produktionsbortfall endast kommer att beräknas för de individer som arbetar heltid

Studien är en naturalistisk observationsstudie med patienter som värvats från primärvården från fem olika svenska regioner förändrade (Sobocki et al, 2007. 154). Artikeln syftar att med hjälp av EQ-5D mäta den livskvaliteten under sex månader hos patienter i primärvården, vilka påbörjar antidepressiv behandling.

Tabell 2- Gruppkaraktäristiska från primärvården vid behandling av depression

Karaktäristika	Män	Kvinnor	Total
Antal patienter	149	298	447
Arbetar (%)	59,2	70,8	66,9
Jobbar heltid (%)	86,9	69,2	74,4

Källa: Sobocki et al, 2007

5.2 Kostnader

Kostnader är framräknade till 2015 prisnivå för första halvåret (jan-juni) -se appendix A för beräkningar. Konsumentprisjusteringar är gjorda baserade på huvudgruppen ”Hälso-; och sjukvård” med undantag för produktionsbortfallet. Då studien endast sträcker sig ett år kommer ingen diskontering att vara nödvändig. Underlag för beräkningar av enhetspriser finns i appendix A (inkluderar omvandling av valuta samt konsumentprisjusterade kostnader), i appendix B finns underlag för beräkning av produktionsbortfall och i appendix C finns uppställning med alla kostnader och beräkningar för de två olika behandlingsalternativen.

Nedan följer en sammanfattning i tabellformat över enhetspriser för de aktuella behandlingsmetoderna- samt i aktuella fall, behandlingstid per session.