

5.2.2 Redogörelse över direkta kostnader

Kostnader för läkemedlen inhämtades från FASS hemsida (2015) efter en sökning på de aktiva ämnena. En sammanställning gjordes över priserna (förmånspris vid recept) för olika doser samt fabrikat. Vi beräknade medelvärdeskostnader, vilka tillsammans med dataunderlaget återfinns i appendix A.

Då Imipramin (TCA) har avregistrerats i Sverige enligt FASS (2015) så har vi valt att titta på kostnader för det tricykliskt antidepressiva preparatet Klomipramin. Klomipramin hade flest fabrikat och doser av de tricykliska antidepressiva, varav valet föll på detta. Enligt 1177 Vårdguiden (2012) är en vanlig dos med Klomipramin 25 mg tre gånger om dagen. Vi antar därmed att TCA-terapin kommer bestå av 75 mg Klomipramin dagligen.

En KBT-behandling, som vanligtvis innefattar 10 behandlingstillfällen har som kostnad i genomsnitt om 10 000 kronor enligt ”Depression- En rapport om mänskliga och ekonomiska vinster” (2012). Siffran är framtagen från Sveriges Psykologförbunds arvodesstatistik från 2010. Det är ingen öppen åtkomst för denna data, varför vi får justera priset med hjälp av konsumentprisindex.

Det uppkommer sedermera en kostnad som vårdenheten själva ådrar sig i form av olika förbrukade resurser. Det fanns ingen nationell medelkostnad per patient för denna typ av vårdbesök från SKL:s sammanställningar och var även svårfunnet när vi har sökt på enskilda regioners kostnader. Inom Norrlandstingens regionförbund (2015) är dock medelkostnaden för ett besök hos en psykolog i öppenvården 2594 kr per vårdtillfälle.

För besök hos en psykiatriker erhålls patientavgiften genom Sveriges Kommuner och Landstings sammanställning av patientavgifter för specialistläkare inom öppen-vården (2015).

För de förbrukade sjukvårdsresurserna som uppkommer under besöken används SKL:s kostnad per patient (2013).

För att erhålla kostnaden för sjukhusvistelse (inläggning i slutenvården) konsulterar vi Sveriges Kommuner och Landstings patientavgifter för slutenvård (2015). Avgiftens kostnad beror på olika faktorer i de olika regionerna vilket försvårar en beräkning av en medelvärdesavgift. De olika parametrarna för att bestämma en patients avgift är bland annat ålder, årsinkomst, om man har sjuk-; eller aktivitetsersättning etc.- vilket försvårar en

beräkning av medelkostnad för landet. Den högsta avgiften man får ta ut per dag är 100 kr vilka några av regionerna tar ut. Vi kommer att anta en kostnad om 80 kr per dag (3 regioner har denna kostnad för individer över 20 år) då det är ett flertal som har lägre avgifter än den högsta och sedermera kommer att dra ner medelkostnaden.

Kostnad per patient enligt Sveriges kommuner och landsting (2013) är 5634 kr per dag i slutenvården.

Då det i Sado et al (2009) saknas information över vilken slags behandling som bör tillskrivas avhoppande patienter har vi valt att använda oss av en annan studies kostnader (vilken behandlar individer som avbryter läkemedelsbehandling). Borghi et al (2000) anger endast de direkta kostnaderna men vi väljer dock att bortse från denna nackdel då vi ej har funnit ett bättre alternativ för ett hållbart tillvägagångssätt för dessa kostnader. Vi har däremot valt att korrigera för detta med hjälp av att Sobockis (2007) analys av depressionskostnader, där det enligt kostnadsstudien framlades att 65 % av de totala kostnaderna upptogs av de indirekta. Sobocki anser att andelen av de indirekta kostnaderna kan anses vara i enighet med tidigare studier, där andelen varierar mellan 61-97 %.

Även för individer som återfaller i depression är Sado et al (2009) otydliga med vilken typ av generisk behandling (och därmed vilken kostnad) som bör tillskrivas en sådan individ. Vi väljer därmed att anta att samma typ av kostnad kan användas som för dem som avbryter behandlingen.

Vi antar att dem som ingår i kombinationsgruppen har samma kostnadsstruktur i återfall/avhopp som dem som endast tar antidepressiva.

Då det är 50 % av individerna som arbetar heltid kommer de indirekta kostnaderna endast tillskrivas dem och de direkta kostnaderna attribueras till alla.

5.2.3 Redogörelse över indirekta kostnader

Vi kommer att analysera produktionsbortfallen som uppstår med hjälp av humankapitalmetoden- således bruttolön samt arbetsgivaravgift. Detta gör vi genom att titta på medellönsnivån för Sverige.

Om vi ser till gruppstrukturen för patientdatan ses en stark kvinnlig prevalens (Sobocki et al, 2007)- vilket även är i paritet med de flesta depressionsstudier (SBU volym 1, 2004). Detta faktum skulle kunna motivera en justering av lönenivåerna för kön enligt Kobelt (2014, 23)- dock motsäger sig Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2014) en sådan hantering. Detta på grund av värdet av det som produceras inte är i direkt förhållande till

vilken grupp som framställer det (vilket är fallet vid indelning av kön). SBU framlägger att detta skulle kunna medföra att behandlingar riktade till män skulle kunna prioriteras högre än dem som riktas till kvinnor. Vi valde därför att följa SBU:s riktlinjer och använda oss av en övergripande genomsnittslön (över arbetare och tjänstemän samt kvinnor och män- Larsson, LO 2013).

För KBT-; och psykiatribesöken antar vi endast produktionsbortfall för dem som arbetar heltid (50 %). Detta då det kan antas vara rimligt att för dem som ej jobbar heltid, kan besöken bokas om till en mer passande tid. Därmed får även ett förenklande antagande göras att den 50 procentiga strukturen är intakt igenom beslutsträdets förgreningar. För varje möte med psykiatriker eller KBT-session kommer en extra timme att adderas för förflyttning mellan arbetet och vårdenheten för att mer korrekt spegla produktionsbortfallen.

Då patienter läggs in på sjukhus tillkommer produktionsbortfall. Då vi ej har tillräcklig information om individerna som inte arbetar heltid kommer vi att exkludera produktionsbortfallskostnad för denna grupp. Detta kommer medföra att produktionsbortfallet för gruppen som är inlagda på sjukhus troligtvis kommer vara underskattat. Produktionsbortfallet beräknas som kostnaden att förlora åtta timmars produktion per dag (alltså i enlighet med en heltidstjänst).

6. Resultat

6.1 Presentation över de totala kostnaderna

Tabell 4- Kostnadsberäkningar över mono-behandling och kombinationsbehandling

Kostnad för behandlingssteg	Kombi	Antidepressiva	Differens
Inledande terapi	74 933	28 338	46 595
Stödjande SSRI	15 459	8506	8953
TCA nr 1	97	136	-39
Stödjande TCA nr 1	18	20	-2
Sjukhusinläggning	74 685	104 559	-29 874
Stödjande TCA nr 2	37	44	-7
TCA nr 2	12	16	-4
Avhopp	1640	2018	-378
Återfall	-	1218	-1218
Total kostnad	166 881	144 858	22 023

Som ovan ses är kostnaden för kombinationsterapin dyrare än för antidepressiva behandlingen. En stor del av differensen kan hänvisas till den inledande terapin- detta då KBT dras med stora kostnader i form av patientavgift samt kostnad per patient för vårdenheten. För sjukhusinläggning inom slutenvården är det den antidepressiva terapin som har störst kostnad.

6.2 Presentation över vunna kvalitetsjusterade levnadsår

Vi erhöll de vunna kvalitetsjusterade levnadsåren för de båda behandlingarna från studien vi arbetat utifrån⁶; Sado et al, 2009. För att ta reda på hur mycket patienterna gagnas av behandlingarna i form av QALY använder sig studien vi baserar vår kostnad-nytto-analys av en publicerad studie där vikter är satta utifrån tilldelade nyttovärden från patienter. Studien som avhandlar kvalitetsjusterade levnadsår tar hänsyn till olika läkemedel samt depressioners allvarlighetsgrad (Revicki et al, 1997).

De vunna kvalitetsjusterade levnadsåren är beräknade utifrån sannolikheterna i behandlingsprotokollen för monobehandling och kombinationsbehandling. Vikterna i tabell 5 sätts i förhållande till hur länge man vistas i de speciella tillstånden inom beslutsträdens förgreningar (Sado et al, 2009).

⁶ Komplexiteten av QALY-beräkningarna utifrån Sado et als (2009) studie gjorde att vi valde att införliva deras beräknade vunna QALY:s i vår kostnads-nytto-analys. Detta val vilar på att vi vid kostnadsberäkningarna använder samma sannolikheter som används vid de vunna QALY:sarna (Dock med en viss reservation för hanteringen av avhopp beräknade av Sado et al, där informationen i studien var motstridig).

Tabell 5- QALY-vikter

Kliniska parametrar, QALY-vikter	Kombi	Mono
Svår depression	0,30	0,30
Lindrig depression	0,63	0,63
Förbättring, behandling	0,80	0,80
Förbättring, ingen behandling	0,86	0,86

Källa: Sado et al, 2009

Resultaten för de kvalitetsjusterade levnadsåren är uppdelade efter två allvarlighetsgrader för depression, allvarlig och lindrig.

Tabell 6- Vunna kvalitetsjusterade levnadsår

	Kombination	Antidepressiva	Differens
QALY svår depression	0,59	0,51	0,08
QALY lindrig depression	0,74	0,71	0,03

Källa: Sado et al, 2009

6.3 Inkrementell kostnadseffektivitetskvot- ICER

De totala kostnadernas uppställning för mono-behandling och kombinationsbehandling kan ses i tabell 4. I täljaren beräknas sedan differensen mellan alternativen.

De vunna kvalitetsjusterade levnadsåren för de två behandlingsalternativen kan ses i tabell 6. I nämnaren beräknas sedermera differensen mellan kombi-; och monobehandling.

De inkrementella kostnadseffektivitetskvoterna nedan visar hur mycket ett vunnet kvalitetsjusterat levnadsår skulle kosta för svår respektive lindrig depression.

Inkrementell kostnadseffektivitetskvot för svår depression:

$$\left. \begin{aligned}
 ICER &= \frac{\text{Kostnad Kombi} - \text{Kostnad Anti}}{\text{QALY Kombi} - \text{QALY Anti}} \\
 \text{Kostnad Kombi} &= 166\,881 \\
 \text{Kostnad Anti} &= 144\,858 \\
 \text{QALY Kombi} &= 0,59 \\
 \text{QALY Anti} &= 0,51
 \end{aligned} \right\} \Rightarrow \frac{22\,023}{0,08} \approx 275\,288 \text{ kr/QALY}$$

Inkrementell kostnadseffektivitetskvot för lindrig depression:

$$\left. \begin{aligned}
 ICER &= \frac{\text{Kostnad Kombi} - \text{Kostnad Anti}}{\text{QALY Kombi} - \text{QALY Anti}} \\
 \text{Kostnad Kombi} &= 166\,881 \\
 \text{Kostnad Anti} &= 144\,858 \\
 \text{QALY Kombi} &= 0,74 \\
 \text{QALY Anti} &= 0,71
 \end{aligned} \right\} \Rightarrow \frac{22\,023}{0,03} \approx 734\,100 \text{ kr/QALY}$$

Vid allvarligare depression genererar behandlingen större effekt för kombinationsbehandlingen än behandlingen med antidepressiva. För svår depression blir kostnaden för ett vunnet kvalitetsjusterat levnadsår 275 288 kr. Vid lindrig depression är skillnaden i kvalitetsjusterade levnadsår inte lika stor som vid svår. Kostnaden för ett vunnet kvalitetsjusterat levnadsår är vid lindrig depression 734 100 kr.

7. Analys

7.1 Kostnad för ett vunnet kvalitetsjusterat levnadsår

Resultatet med ICER-beräkningarna visar att behandling vid svår depression är mer kostnadseffektivt än vid lindrig depression. Då Socialstyrelsen inte har satt något uttryckligt tröskelvärde så kan vi inte dra någon tydlig slutsats. Enligt Socialstyrelsens (2. 2010) riktlinjer kan man säga att kostnaden för ett kvalitetsjusterat levnadsår för svår depression kan anses som måttlig då den ligger mellan 100 000 och 499 999 kr- vilket är fallet vid kostnaden vid svår depression som blev 275 288 kr. Kostnaden för ett kvalitetsjusterat levnadsår vid lindrig depression klassas som hög då kostnaden ligger mellan 500 000-1000 000- och kostnaden för ett vunnet kvalitetsjusterat levnadsår vid lindrig depression blev 734 100 kr.

Vid totalkostnadshanteringen kan man se att den extra kostnaden som KBT innebär, tjänas in till viss del av sjukhusinläggningskostnaderna, då den är betydligt större vid antidepressiva behandlingen.

7.2 Känslighetsanalys

Känslighetsanalysen används för att se hur osäkra skattningar är kring olika parametrar. Syftet med känslighetsanalysen är att se hur känsligt ett resultat i en modell är när förändringar i variabler görs. Genom att variera värden/värdena i modellerna så går det att se hur stor inverkan det har på ekvationens/modellens resultat (SBU, 2014).

Vi valde att göra en känslighetsanalys där vi justerar en parameter i taget. Vi valde att utföra känslighetsanalyser på de variabler där det rådde mest osäkerhet för att därmed se om eventuella fel-skattningar skulle generera annorlunda ICER-utfall än för grundanalysen.

Vi valde att göra en ny analys baserat på den osäkra bortavaron från arbetet som uppkommer vid läkar-; och psykologbesök. I den primära analysen räknade vi med en extratimmes bortavaro, varför vi väljer att i denna analys räkna på det dubbla, alltså två timmar.

Den stora osäkerheten i studiens kostnader var för dem som hoppar av och återfaller. Vi satte dessa kostnader till noll för att se påverkan på analysen i vår andra version.

Vid det tredje testet så sattes kostnad per patient för psykologbesök till noll och resultatet visade ingen kostnadsförändring för den antidepressiva behandlingsmetoden medan kombinationsbehandlingen minskade ganska kraftigt. Skälet till att den antidepressiva

behandlingsmetoden inte hade en kostnadsförändring är för att den behandlingen inte inkluderar terapisaftal utan endast medicin. Totalkostnaden för kombinationsterapi minskade som förväntat markant med anledningen till att behandlingsmetoden består till stor del av KBT i inledande behandlingsdelen och när dessa sätts till noll så innebär det att en stor del av behandlingskostnaden försvinner (och endast patientavgiften kvarstår).

Vi testade även för en version där alla individer som hoppar av konsumerar vårdtjänster. Detta gjorde vi då det i studien vi arbetat utifrån (Sado et al, 2009) var lite oklara i sin hantering över denna grupp.

Den sista versionen vi testat för är att beräkna produktionsbortfall för alla individer (och inte endast för dem som heltidsarbetar). Denna parameter är osäker då produktionsbortfall kan tänkas uppkomma även för dem som ej arbetar heltid- och vi vill därmed se hur stor påverkan på modellen detta genererar.

Tabell 7-Känslighetsanalys, 5 olika versioner

Versioner	ICER-Lindrig depression	ICER- Svår depression
Ursprungliga	748 029	280 511
Version 1: 2 h bortavaro utöver läkar/psykologbesök	768 220	288 083
Version 2: Avhopp/återfall kostnader satta till noll	787 344	295 254
Version 3: Kostnad per patient för psykolog satt till noll	-248 712	-93 267
Version 4: Alla som hoppar av konsumerar vård	725 668	272 125
Version 5: Produktionsbortfall beräknas för alla individer	660 067	247 525

För analysen med två timmars extra bortavaro samt varianten med kostnaden för avhopp och återfall satta till noll sker ingen drastisk skillnad i de inkrementella kostnads-effektivitetskvoterna; för måttlig depression är kostnaderna liksom i ursprungliga beräkningen höga och för svår depression är kostnaderna fortfarande måttliga (Socialstyrelsen 2, 2010)- dock blir kostnaderna för de kvalitetsjusterade levnadsåren större än ursprungliga

beräkningen. Vårdens kostnad per patient för psykologbesök blev som förväntat annorlunda- detta beror på att i den nya beräkningen kommer kombinationsbehandlingen ha liknande kostnader som antidepressiva behandlingen och samtidigt generera fler vunna QALY- vilket skulle skapa en (negativ) ICER där man troligtvis skulle byta till kombinationsterapi omgående. De inkrementella kostnadseffektivitetskvoterna för versionen där alla som hoppar av konsumerar vård blir för både måttlig och svår depression lägre än den ursprungliga- de ligger dock kvar på samma nivåer som innan, baserat på Socialstyrelsens klassificering. Då produktionsbortfall beräknas för alla individer sjunker kostnaden för ett vunnet

kvalitetsjusterat levnadsår för lindrig och svår depression. De ligger dock kvar på samma nivå som den ursprungliga uträkningen enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

8. Diskussion

Våra inkrementella kostnadseffektivitetskvoter visade ett resultat där kostnadseffektiviteten var högre vid behandling av svår depression än vid behandling av lindrig depression. Samma struktur visade även studien från Simon et al (2006)- där kostnaden per QALY vid svår depression blev 104 560 kr respektive 565 020 kr vid lindrig depression. Simon et als studie hade dock endast tagit hänsyn till de direkta kostnaderna för behandlingarna, medan vi även räknade med indirekta. Kanhända att skillnaden mellan våra högre kostnader gentemot deras lägre kan tillskrivas de olika kostnadsperspektiven i beräkningarna. Studien från Scott et al (2003) analyserade ICER för varje återfall som förhindras- vilken blev 68 953 kr. Effekten för denna studie och vår skiljer sig åt då vi tittar på kvalitetsjusterade levnadsår istället- vilket påverkar jämförbarheten. Även denna studie räknade endast på de direkta kostnaderna, varför en direkt jämförelse blir svår att göra.

En eventuell svaghet i vår uppsats är att vi baserar vår uppsats på en studie (eller egentligen **studier** då Sado et al, 2009, har sammanställt ett antal olika för de kliniska parametrarna) på parametrar som inte är direkt hem-hörande i Sverige. Det hade varit intressant att få ett helt svenskt perspektiv på de två behandlingsalternativen. Dock var det dåligt med kostnads-nyttostudier som hanterar kombinationsbehandling vid depression vilket gjorde att vårt val av studier att utgå ifrån var mycket begränsat. SBU (2004) menar att det mellan olika länder kan vara organisatoriska olikheter i vårdgenomförandet- alltså att t.ex. en arbetsuppgift eller omhändertagande genomförs i olika vårdinstanser i olika länder. SBU för även fram att de kvalitetsjusterade levnadsårens värdering kan skilja sig åt beroende på att man i olika länder kan använda sig av olika tariffer. Våra begränsade kunskaper om organisatorisk uppbyggnad av vården gjorde att vi ändå använde oss av studiens behandlingsprotokoll som kostnadsunderlag. Man bör dock ha båda dessa i beaktande vid tolkningen av våra ICER-beräkningar för det svenska samhället och dess validitet att helt spegla det svenska perspektivet.

I våra kostnadsberäkningar har vi i största möjliga utsträckning försökt att använda oss av nationella genomsnittspriser. Tyvärr så kunde det inte hittas något sådant för vårdens kostnad per patient vid psykologbesök vilket vi ser som en svaghet.

Ytterligare svagheter i analysen är att vi inte har inkluderat eventuella transportkostnader som uppkommer för patienten att ta sig till och från behandlingar, samt en tänkbar variabel

för att spegla bortfall av fritid. Man skulle även kunna tänka sig att en inkludering av en variabel där hänsyn tas till en eventuellt lägre produktivitet på arbetet under en depression (Wang et al, 2003) skulle vara relevant. Man kan också diskutera om sjukvården kan ses som en välfungerande marknad- och om den därmed speglar alternativkostnaden på ett korrekt vis. Vi har ändå valt att använda oss av dessa marknadspriser, då det är svårt att genomföra kostnadsvärderingarna på ett annat sätt i praktiken.

Man skulle kunna tänka sig att friktionskostnads-metoden kan vara mer realistisk som analysmetod då produktionsbortfall i sinom tid kan tänkas täckas upp i den mån det går av annan personal. Vi valde dock att gå på humankapital-metoden då den för oss var mer kunskapsmässigt lättillgänglig, och även den metod som flest verkar praktisera. Enligt SBU (2004) är det ofta ett problem att humankapitalmetoden genererar ett över-estimerat produktionsbortfall- detta kan även för oss vara en osäkerhetsvariabel att ta med sig in i analysens tillförlitlighet.

En nackdel med studien vi valde som utgångspunkt (Sado et al, 2009) är att den pågår under en begränsad period- endast ett år. Ett längre perspektiv hade genererat en intressant inblick i behandlingarnas långvariga påverkan. Enligt Scott et al (2003) har kognitiv terapi visat sig ha en långvarig effekt med lägre återfallsgrad i upp till sex år efter behandlingen. Med detta i åtanke hade en längre behandlingsanalys varit att föredra- speciellt då antidepressiva har en hög återfallsgrad (SBU volym 1, 2004). En lägre återfallsgrad skulle högst sannolikt skapa stora inbesparingar för samhället.

9. Avslutning

Då det tyder på att kombinationsbehandling har en mer positiv behandlingseffekt än det för i Sverige mest vanliga behandlingsformatet, antidepressiva läkemedel, vore det intressant att se svenska kliniska studier utföras. Detta för att verkligen ha möjlighet att analysera kombinationsbehandling i ett sammanhang av svenska sjukvården samt med svensk patientdata. Framförallt för dem med svår depression där kostnaden för ett kvalitetsjusterat levnadsår ses som måttligt enligt Socialstyrelsens riktlinjer vore det intressant att se mer forskning.

Sammanfattningsvis så kan vi fastställa att kombinationsterapi är måttlig kostnadseffektiv vid svår depression samt har en hög kostnad för lindrig depression. Kombinationsterapin har både mindre avhopp och återfall än antidepressiv behandling vilket gynnar effektiviteten av behandlingen.

Enligt "Folkhälsan i Sverige" (2014) finns det indikationer på att psykisk ohälsa, speciellt för unga kvinnor, ökar i vårt samhälle. En mer djuplodande utvärdering av möjliga behandlingsmetoder för ett ökat psykiskt välbefinnande vore därmed troligtvis en god ansats både för en möjlig kostnadsminimering för samhället som för en ökad hälsa på individnivå.

Referenser

- 1177 Vårdguiden. 2012. Klomipramin Mylan- Läkemedelsinformation.
<http://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Lakemedel-A-O/Klomipramin-Mylan/> (Hämtad 2015-06-08)
- Black, Nick. Gruen, Reinhold. Wonderling, David. 2007. Introduction to Health Economics. Open University Press- McGraw-Hill Education. Berkshire.
- Cape, John. Kendall, Tim. Mavranouzouli, Ifigeneia. Meader, Nick. 2013. The Cost Effectiveness of Pharmacological Treatments for Generalized Anxiety Disorder. Supplementary material 3 PharmacoEconomics (2013) 31:317–333. DOI 10.1007/s40273-013-0031-z
- Depression- En rapport om mänskliga och ekonomiska vinster. 2012. Andra reviderade upplagan. Sveriges Psykologförbund. Stockholm.
<http://www.psykologforbundet.se/Documents/Forbundet%20tycker/Depression%20-%20en%20rapport%20om%20mänskliga%20och%20ekonomiska%20vinster.pdf> (Hämtad 2015-04-20)
- Drummond, Michael F. Sculpher, Mark J. Torrance, George W. O'Brien, Bernie J. Stoddart, Greg L. 2007. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Third Edition. Oxford University Press Inc. New York.
- Haglund, A. 2015. F-kassans prognos spricker – sjukskrivningarna ökar. Dagens Nyheter. 21/1.
<http://www.dn.se/ekonomi/f-kassans-prognos-spricker-sjukskrivningarna-okar/> (Hämtad 2015-07-27)
- Fass-verksamheten. 2015. Sökresultat för "Imipramin".
<http://www.fass.se/LIF/result?query=imipramine&userType=2-> (Hämtad 2015-06-08)
- Fass-verksamheten. 2015. Sökresultat för "klomipramin".
<http://www.fass.se/LIF/result?query=klomipramin&userType=2> (Hämtad 2015-06-08)
- Fass-verksamheten. 2015. Sökresultat för "paroxetine".
<http://www.fass.se/LIF/result?query=paroxetine&userType=2> (Hämtad 2015-06-08)
- Folkhälsan i Sverige. Årsrapport. 2014. Folkhälsomyndigheten.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/17825/Folkhalsan-i-Sverige-arsrapport-2014.pdf> (Hämtad 2015-07-20).
- Kobelt, Gisela. 2013. Health Economics: An introduction to Economic Evaluation. Tredje upplagan. Office of Health Economics. London.
- Larsson, M- Landsorganisationen i Sverige. 2013. Lönerapport år 2013- Löner och löneutveckling år 2000- 2012 efter klass och kön. ISBN 978-91-566-2894-8
[http://www.lo.se/home/lo/res.nsf/vRes/lo_fakta_1366027478784_lonerapport2013_pdf/\\$File/Lonerapport2013.pdf](http://www.lo.se/home/lo/res.nsf/vRes/lo_fakta_1366027478784_lonerapport2013_pdf/$File/Lonerapport2013.pdf) (Hämtad 2015-07-20)
- Ledin, C. 2013. Depression. 1177 Vårdguiden.
<http://www.1177.se/Kronoberg/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Depression/?ar=True#section-0> (Hämtad: 2015-07-16)
- Levin, Lars-Åke. 2004. En introduktion i hälsoekonomi. AstraZeneca Sverige AB. Södertälje.

Läkemedelsverket. 2006. Läkemedelsbehandling av depression hos vuxna och äldre. <https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Att-anvanda-lakemedel/Sjukdom-och-behandling/Behandlingsrekommendationer---listan/Depression-hos-vuxna-och-aldre/> (Hämtad 2015-06-16)

McCabe, C. 2009. What is cost utility analysis? Hayward Medical Communications. NPR09/1099 http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/What_is_cost-util.pdf (Hämtad 2015-07-25)

National Institute of Mental Health- Depression. 2011. National Institutes of Health. NIH publikation nr 11- 3561. http://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/depression-booklet_34625.pdf (Hämtad 2015-07-16)

Norrlandtingens regionförbund. 2015. Prislistor Norra sjukvårdsregionen. DRG Öppenvård-Psykologbesök <http://www.norrlandstingen.se/halso-och-sjukvard/avtal-och-priser/prislistor-norra-sjukvardsregionen/> (Hämtad 2015-07-03)

Revicki, DA. Wood M. 1998. Patient- assigned health state utilities for depression-related outcomes: differences by depression severity and antidepressant medications. J Affect Disord 1998;48:25-36 DOI: [http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0165-0327\(97\)00117-1](http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0165-0327(97)00117-1)

Riksbanken. 2015. Årsgenomsnitt valutakurser (ackumulerat)- 1998. <http://www.riksbank.se/sv/Rantor-och-valutakurser/Arsgenomsnitt-valutakurser/?y=1998&m=12&s=Comma#search> (Hämtad 2015-07-05)

Sado M, Knapp M, Yamauchi K, Fujisawa D, So M, Nakagawa A, Kikuchi T, Ono Y: Cost-effectiveness of combination therapy versus antidepressant therapy for management of depression in Japan. 2009. Aust NZ J Psychiatry 2009;43:539-547. doi: 10.1080/00048670902873664 Aust N Z J Psychiatry June 2009 vol. 43 no. 6 539-547

Scott, J. Palmer, S. Paykel, S. Teasdale J. Hayhurst H. 2003. Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression . Cost- effectiveness study. Br J Psychiatry 2003;182:221-227. DOI: 10.1192/bjp.182.3.221

SCB 1, 2015 Statistiska centralbyrån. Konsumentprisindex (1980=100), skuggindex samt index för huvudgrupper, årsmedelvärden. <http://www.scb.se/sv /Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Priser-och-konsumtion/Konsumentprisindex/Konsumentprisindex-KPI/33772/33779/Konsumentprisindex-KPI/33907/> (Hämtad 2015-06-20)

SCB 2, 2015. Statistiska centralbyrån. Konsumentprisindex (1980=100), skuggindex samt index för huvudgrupper, månader. <http://www.scb.se/sv /Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Priser-och-konsumtion/Konsumentprisindex/Konsumentprisindex-KPI/33772/33779/Konsumentprisindex-KPI/291619/> (Hämtad 2015-06-20)

SCB 3, 2015. Statistiska centralbyrån. Konsumentprisindex (1980=100), fastställda tal. <http://www.scb.se/sv /Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Priser-och-konsumtion/Konsumentprisindex/Konsumentprisindex-KPI/33772/33779/Konsumentprisindex-KPI/272151/> (Hämtad: 2015-06-20)

SBU. Behandling av depressionssjukdomar, volym 1. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. SBU-rapport nr 166/1. ISBN 91-87890-87-9.

SBU. Behandling av depressionssjukdomar, volym 3. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. SBU-rapport nr 166/3. ISBN 91-87890-94-

1.

SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. 2 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014. ISBN 978-91-85413-72-0 (PDF)

Schelin, Åsa. 2014. Läkemedel vid depression. Behandling med antidepressiva läkemedel. 1177 Vårdguiden
<http://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Rad-om-lakemedel/Lakemedel-vid-depression/> (Hämtad 2015-06-16)

Skatteverket. Arbetsgivaravgifter-Aktuella arbetsgivaravgifter.
<http://www.skatteverket.se/foretagorganisationer/arbetsgivare/socialavgifter/arbetsgivaravgifter.4.233f91f71260075abe8800020817.html> (Hämtad 2015-06-11)

SKL, Sveriges Kommuner och Landsting, 2013. KPP Psykiatri 2013.
<http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/halso-och-sjukvard/kpp-psykiatri-2013.html> (Hämtad 2015-07-03)

SKL, Sveriges Kommuner och Landsting. 2015. Patientavgifter fr.o.m. den 1 januari 2015.
<http://skl.se/download/18.385754eb14ade5baef282d5/1421230754013/SKL+patientavgifter+2015.pdf>
(Hämtad 2015-06-08)

Simon, J. Pilling, S. Burbeck R. Goldberg, D. 2006. Treatment options in moderate and severe depression: decision analysis supporting a clinical guideline. Br J Psychiatry 2006; 189:494-501. doi: 10.1192/bjp.bp.105.014571

Soboeki, Patrik. 2007. Health Economics of Depression. Karolinska Institutet. Diss. Universitetsservice US-AB. Stockholm. ISBN 91-7140-897-5

Socialstyrelsen 1. 2010. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning. ISBN: 978-91-86301-94-1
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf> (Hämtad 2015-04-15)

Socialstyrelsen 2, 2010. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdomar. Bilaga 4- Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer. ISBN 978-91-86585-18-1.
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom/Documents/nr-demens-metodbilaga.pdf> (Hämtad 2015-07-25)

Svensson, Ralph. 2012. Psykoterapi. 1177 Vårdguiden
<http://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Behandlingar/Psykoterapi/> (Hämtad 2015-06-16)

Wang, P S. Kessler, S. Simon, G. 2003. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2003; 12 (1):22-33. DOI: 10.1002/mpr.139

Appendix A-Enhetskostnader

Läkemedel: -Paroxetine

Tabell 8 -Kostnad Paroxetine

Namn	Mg	Kostnad förmånspris med recept	Mängd	Kostnad per piller (20 mg)
Paroxetin Actavis	20	96	20	4,80
Paroxetin Actavis	20	88	60	1,47
Paroxetin Actavis	20	144	100	1,44
Paroxetin Hexal	20	169	60	2,82
Paroxetine Hexal	20	116	100	1,16
Paroxetin Hexal	20	761,5	250	3,05
Paroxetin Hexal	20	80	20	4
Paroxetine Orion	20	78,5	20	3,93
Paroxetin Orion	20	78,5	60	1,31
Paroxetin Orion	20	261,5	100	2,62
Paroxiflex	20	104	20	5,2
Paroxiflex	20	92	60	1,53
Paroxiflex	20	139	100	1,39
Seroxat	20	308,5	100	3,09

Källa: FASS, sökning på aktiva ämnet Imipramin (2015)

Tabell 9 -Deskriptiv statistik kostnad Paroxetine (m.h.a SPSS)

	N	Minimum	Maximum	Medel	Standardav .
Kostnad/piller 20 mg	14	1,16	5,20	2,6992	1,37663

-Istället för Imipramine → Klomipramin

Tabell 10 -Kostnad Klomipramin

Namn	Mg	Kostnad förmånspris med recept	Mängd	Kostnad per mg
Klomipramin Mylan	10	89,5	100	,0895000
Klomipramin Mylan	25	120,5	100	,0482000
Klomipramin Mylan	25	192	200	,0384000
Anafranil	10	89,5	100	,0895000

Anafranil	25	126	100	,0504000
Anafranil	25	196,5	200	,0393000
Anafranil Retard	75	99,5	20	,0663333
Anafranil Retard	75	311	100	,0414660

Källa: Fass, sökning på aktiva ämnet Klomipramin (2015)

Tabell 11 -Deskriptiv statistik kostnad Klomipramin (m.h.a SPSS)

	N	Minimum	Maximum	Medel	Standardav.
Kostnad/mg	8	0,0384000	0,0895000	0,057887413	0,0214305044

KBT

-Patientavgift

$$1000 \times \frac{851,61}{793,91} \approx 1073 \text{ kr/besök}$$

Konsumentprisindex, Huvudgrupper- Hälso-; och sjukvård. KPI 2010:793,91 (SCB 1, 2015).

KPI 2015 (medel jan-juni): 851,61 (SCB 2, 2015)

-Kostnad per patient: 2594 kr per vårdtillfälle för Norrlandtingens regionförbund (2015).

Psykatriker- Specialisläkare

-Medelkostnad för besök hos psykiatriker i öppenvården, beräkning med hjälp av samtliga regioners patientavgifter (SKL, 2015).

$$\frac{5820}{21} \approx 277 \text{ kr /besök}$$

-Kostnad per patient öppenvården (vuxenpsykiatri): 2272 kr/besök (SKL, 2013)

$$2272 \times \frac{851,61}{846,03} \approx 2287 \text{ kr/besök}$$

Konsumentprisindex, Huvudgrupper- Hälso-; och sjukvård. KPI 2013:846,03 (SCB 1, 2015).

KPI 2015 (medel jan-juni): 851,61 (SCB 2, 2015).

Sjukhusvistelse

-Kostnad per patient per dag slutenvården (vuxenpsyk): 5597 kr (SKL, 2013)

$$5597 \times \frac{851,61}{846,03} \approx 5634 \text{ kr/dag}$$

Konsumentprisindex, Huvudgrupper- Hälso-; och sjukvård. KPI 2013:846,03 (SCB 1, 2015).

KPI 2015 (medel jan-juni): 851,61 (SCB 2, 2015).

Patienter som hoppar av behandling, samt dem som återfaller

-Direkta kostnaden från Borghi et al (2000) för en femmånadersperiod; 206 GBP

→ $206 \times 13,1715 = 2713,329 \text{ kr}$ (13,1715 kr/GBP, 1998. Riksbanken, 2015)

→ $2713,329 \times \frac{851,61}{521,0} \approx 4435 \text{ kr}$ á 5 månader (Konsumentprisindex, Huvudgrupper- Hälso-; och sjukvård) KPI 1998: 521,0 (SCB 1, 2015). KPI 2015 (medel jan-juni): 851,61 (SCB 2, 2015).

→ 887 kr /månad

-Addering av indirekta kostnader (65 % av totala kostnaden) enligt Sobocki (2007, 57)

$\left. \begin{array}{l} \text{Direkta} = 887 \text{ kr} \\ \text{Indirekta} = 1647 \text{ kr} \end{array} \right\} \Rightarrow \text{Totala kostnaden} = 2534 \text{ kr/månad}$

Appendix B-Produktionsbortfall

Humankapitalmetoden- medellön (brutto) samt arbetsgivaravgift

Genomsnittlig månadslön 2012: 29 100 kr (Larsson- LO, 2013).

$$29\,100 \times \frac{312,93}{314,20} \approx 28\,982 \text{ (KPI 2012: 314,20. KPI 2015 (medel jan-juni): 312,93. (SCB 3))}$$

28 982 kr/månad → +arbetsgivaravgift (Skatteverket, 2015, 31,42%) : $28\,982 \times 1,3142 =$
38 089 kr/månad → 238 kr/h (om vi antar en 40 timmars arbetsvecka)

Appendix C- Totala kostnader

- De totala kostnaderna kommer att beräknas utifrån respektive beslutsträd- se figur 1 & 2. De kliniska parametrarna som ligger till grund för beslutsträden finns sammanfattade i tabell 12 nedan. Sannolikheterna kommer att föras fram genom beslutsträdet genom multipliceringen av föregående sannolikhets-tal med den aktuella sannolikheten.
- Beräkningarna är uppdelade i direkta kostnader, indirekta kostnader samt kostnader för avhopp och återfall (här återfinns både de direkta och indirekta kostnaderna). Kostnaderna inom respektive kategori är sedermera uppdelade för de olika behandlingsdelarna som ingår i behandlingsprotokollet. För varje behandlingsdel återfinns nedan enhetskostnader samt behandlingslängd/antal sessioner/antal läkarbesök.
- När individer hoppar av samt återfaller kommer dessa efter halva behandlingsdelen att exkluderas ur kostnadsberäkningen för respektive behandlingsdel, för att istället hanteras annorlunda kostnadsmässigt (se under avhopp/återfall för vilka behandlingsdelar detta är aktuellt)
- För de indirekta kostnaderna kommer endast hälften av individerna att tillskrivas dessa då det är 50 % av den aktuella gruppen som arbetar heltid. De direkta kostnaderna tillskrivs alla.

Tabell 12-Kliniska parametrar- Sannolikheter för behandlingsdelarna inom mono-behandling och kombinationsbehandling

Kliniska parametrar	Kombinations	Antidepressiva
Sannolikhet att inte slutföra inledande terapin	0,25	0,30
Sannolikhet att inte svara på inledande terapin	0,38	0,57
Sannolikhet att inte slutföra stödjande terapi	0,00	0,00
Sannolikhet att återfalla under stödjande terapi	0,00	0,30
Sannolikhet att inte slutföra TCA-terapin	0,25	0,25
Sannolikhet att inte svara på TCA-terapin	0,56	0,56
Sannolikhet att inte svara på sjukhusvistelsen	0,25	0,25
Sannolikhet att återfalla inom 9 månader efter inledande terapin	0,38	0,5
Avhopp:		
-Sannolikhet för avhopp p.g.a. att individen känner sig botad	0,21	0,21
-Sannolikhet att ingen läkarvård söks	0,22	0,22
Avhopp TCA-terapin		
-Sannolikhet för avhopp p.g.a. att individen känner sig botad	0,21	0,21
-Sannolikhet att ingen läkarvård söks	0,29	0,29

Källa: Sado et al, 2009