

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Depression hos vuxna

Nationellt programområde Psykisk hälsa

| Datum | Version/beskrivning av förändring |
|------------|---|
| 2023-09-14 | Godkänd av styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvården (SKS) |
| | |

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| Innehåll | 3 |
| Sammanfattning | 4 |
| 1. Om konsekvensbeskrivningen | 5 |
| 2. Konsekvenser | 5 |
| 2.1 Omfattning | 5 |
| 2.2 Nyttan eller risker för individen | 6 |
| 2.3 Etiska aspekter | 7 |
| 2.4 Verksamhet och organisation | 8 |
| 2.5 Kostnader | 13 |
| 2.6 Kompetensförsörjning | 17 |
| 2.7 Påverkan på andra kunskapsstödjare | 18 |
| 2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården | 18 |
| 2.9 Uppföljning | 19 |
| 2.10 Övriga konsekvenser | 21 |
| Referenser | 22 |
| 3. Bilaga 1. Hälsoekonomisk analys | 23 |
| 3.1 Kostnadsberäkning av konsekvenser i samband med införande av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Depression | 23 |
| 3.2 Litteraturgenomgång – Vårdförlopp depression | 30 |
| Appendix | |

Sammanfattning

Vårdförloppet inleds vid misstanke om depression hos en vuxen patient och avslutas när patienten tillfrisknat eller vid övertag av specialiserad psykiatrisk vård, samt även när patienter återgår till primärvården för uppföljning efter specialiserad psykiatrisk vård

Det finns en stor vinst för individen och samhället att tillämpa vårdförloppet eftersom det ger ett strukturerat omhändertagande vid depression.

Vårdförloppet syftar till

- att tidigt fånga upp personer med depression
- effektiv behandling med kontinuitet i vårdprocessen
- att följa upp att behandlingen ger önskvärd effekt på såväl symtom som funktion
- en tydligare personcentrering med ökat patientinflytande och delaktighet.

För att följa vårdförloppet behövs

- ökad kompetens vid triagering, diagnostik och behandling
- utarbetande av lokala vårdprocesser
- att vården i ökad utsträckning inrättar samordnarfunktioner och utvecklar tvärprofessionella arbetssätt med teamsamverkan
- att vården alltid erbjuder stegvis vård med ett differentierat behandlingsutbud för effektivt nyttjande av resurser
- utveckling och ökad användning av digitala verktyg på olika språk
- struktur och rutin för uppföljning av läkemedelsbehandling
- en upparbetad konsultationsmodell där behandlare i primärvård kan konsultera specialiserad psykiatrisk vård
- att de olika professionernas kompetens i primärvården används på ett resurseffektivt sätt och med ett tydligt uppdrag
- att samverkan mellan sjukvård, socialtjänst och övriga aktörer säkerställs
- vården journalför relevant patientdata för de beslutade indikatorerna
- att indikatorer används för uppföljning av vårdförloppet
- en systematisk uppföljning av patientens depression och effekt av behandling
- regional och nationell ledningsorganisation som understödjer att vårdförloppets alla delar kommer till stånd.
- vårdförloppets genomförande förutsätter en organisation som möjliggör ett flexibelt tvärprofessionellt omhändertagande under hela vårdprocessen.

De direkta kostnaderna för vården av depression är små i förhållande till de indirekta kostnaderna. Bedömningen är att behandlingarkostnaderna ökar till följd av vårdförloppets ambitionsnivå för att bland annat nå upp till att rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Kostnaderna kommer framför allt att avse personalkostnader, utbildningskostnader, digitalisering, konsultationsmodell samt utvärdering.

Vårdförloppet kan öka tillgängligheten och minska väntetiden till behandling för patienten. Vård enligt vårdförloppet, med snabbare omhändertagande och ökad kontinuitet bedöms leda till att färre antal personer blir sjuka och kortare sjukskrivningsperioder, vilket medför lägre samhällskostnader. För individen och närstående innebär kortare sjukdomstid minskat lidande.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationellt programområde psykisk hälsa ansvarar för konsekvensbeskrivningens innehåll. [Nationell arbetsgrupp \(NAG\) för depression och ångestsyndrom](#) har utarbetat konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med personcentrerat sammanhållet vårdförlopp för depression hos vuxna. Arbetsgruppen har bestått av professionsföreträdare från specialiserad psykiatrisk vård och primärvård, av patientföreträdare, kommunala företrädare samt expertis inom uppföljning.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

Depression är en heterogen sjukdom som kan te sig mycket olika mellan individer. Svårighetsgraden kan variera från lindrig depression, med en mindre påverkan på funktionsförmågan, till svår depression med överhängande suicidrisk och psykotiska symtom. Personer med depression, som inte får rätt behandling i tid, riskerar att försämrats och har en sämre långtidsprognos. Det är vanligt med fler än en depressionsepisod under livet.

Andelen personer i den vuxna befolkningen som har en pågående depression uppskattas ligga mellan fem och åtta procent. Detta motsvarar cirka 350 000–600 000 vuxna personer. Mer än var tredje kvinna insjuknar någon gång i livet i en depression, och nästan var fjärde man. Tillsammans med ångestsyndrom ligger depression bakom drygt 40 procent av alla sjukskrivningar i Sverige.

Av de vuxna som söker vård för depression får cirka 70 procent vård i primärvården.

En svensk studie [1] visade att livskvaliteten hos en deprimerad person var reducerad med 50 procent jämfört med befolkningen generellt, vilket kan jämföras med livskvaliteten efter en allvarlig stroke. Behandling ökade patienternas livskvalitet och för de som blev återställda från depressionen (remission) såg man en reduktion av kostnader och en 40-procentig ökning av livskvalitet jämfört med de som inte blev återställda.

Enligt vissa studier blir endast cirka 50 procent av patienterna i primärvården i dag helt symtomfria från depression. Ett förbättrat omhändertagande bör rimligen leda till att en större andel når symtomfrihet med stora vinster för patienter och samhälle. Behandlingar som förbättrar funktionsnivå och

arbetsförmåga kan få stora positiva samhällsekonomiska effekter. Målet bör vara att åstadkomma så stora hälsoförbättringar som möjligt med de resurser som satsas.

Vårdförloppet syftar till att lyfta fram vikten av att fånga upp personer med nedstämdhet och depression, erbjuda kontinuitet i vårdprocessen, effektiv behandling och att följa upp att behandlingen ger önskvärd effekt på såväl symtom som funktion.

2.2. Nyttan eller risker för individen

Nyttan för individen

I personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för depression hos vuxna ligger fokus på att tidigt upptäcka och behandla depression, att vården ska vara jämlik och insatserna evidensbaserade. Stort fokus läggs på en strukturerad uppföljning av vården för den enskilde patienten. Patientgruppen är heterogen och symtombilden överlappar med andra psykiatriska och kroppsliga tillstånd. Det finns därför en stor vinst för individen och för samhället att tillämpa ett vårdförlopp som ger ett strukturerat omhändertagande både vad gäller diagnostik och behandling/insatser.

Nyttan för individen är

- evidensbaserad och jämlik vård oavsett var i landet man befinner sig
- strukturerad diagnostik som leder till rätt diagnos och behandling
- en säkrare bedömning med tvärprofessionellt arbetssätt och teamsamverkan
- förkortad duration av obehandlad depression
- systematisk uppföljning av behandlingsresultat
- ökad kunskap om sitt tillstånd och vilka behandlingsmöjligheter som finns
- större inflytande över hur behandlingen utformas
- hög tillgänglighet och kontinuitet under hela sjukdomsförloppet
- minskad risk för allvarliga konsekvenser för sig själv och närstående
- kortare väntetid till specialiserad psykiatrisk vård om detta behövs och en sömlös övergång mellan vårdnivåer genom bl.a. konsultationsmodellen och tydligare kriterier
- bättre samarbete mellan sjukvården och socialtjänsten med hjälp av en samordnad individuell plan (SIP).

Risker för individen

Vårdförloppet innebär inte några direkt identifierbara risker för individen som behöver hanteras i samband med införande och förvaltning av vårdförloppet. Följande frågeställningar bör beaktas:

- Vårdförlopp som arbetsmodell är inte studerat vetenskapligt. Däremot är insatserna i vårdförloppet baserade på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depression.
- Undanträngningseffekter för patienter som inte har depression eller har subkliniska symtom
- Att vårdförloppet appliceras utan tydlig personcentrering
- Att patienter med samsjuklighet inte får ta del av vårdförloppet

- Vårdförloppet kan innebära onödiga utredningar och behandlingar, om tillräckligt god diagnostisk kompetens saknas i inledningsskedet. Det kan göra att triagering till lämplig vårdnivå inte fungerar.
- Patienter riskerar behandlas med en för lågintensiv behandling trots svår funktionsnedsättning.

Delaktighet

Vårdförloppet syftar till en tydligare personcentrerad, vilket innebär

- ökat patientinflytande och bättre informerade patienter som känner till sina rättigheter
- att resultatet från strukturerad uppföljning delas öppet med patienten
- större möjlighet till ökad hälsolitteracitet och större möjlighet att medverka i val av behandling
- att närståendes roll förtydligas och förstärks
- att samverkan mellan olika aktörer och patienten stärker delaktigheten, exempelvis genom SIP.

2.3. Etiska aspekter

Beroende på resursfördelning skulle undanträngningseffekter för patienter med andra diagnoser där vårdförlopp saknas kunna ske, vilket behöver beaktas under införande.

Arbetsgruppens bedömning är att vårdförloppet förbättrar vården för patienter med depression. Detta leder till större värde för den enskilda patienten och för samhället i stort. Däremot kan det finnas etiska aspekter som man bör ta hänsyn till.

Potentiella fördelar:

- Lågintensiva insatser (stegvis vård) leder till mer kostnadseffektiv vård och behandling.
- Kostnadseffektiv vård och behandling leder till att fler patienter med depression kan få vård i tid.
- Vårdförloppet beaktar äldres särskilda behov och diagnostik och lyfter vikten av jämlik vård för äldre.
- Jämlikhet och tillgänglighet i hela landet förbättras om vårdförloppet tillämpas i alla regioner.
- Handläggningen kan anpassas utifrån kön, ålder, kulturella och språkliga aspekter.
- Bättre kontinuitet i vården.

Potentiella risker:

- Eventuella undanträngningseffekter kan uppstå.
- Patienter med nedsatt hälsolitteracitet kan behöva särskilt stöd för att ta del av vårdutbudet.
- Patienter med depressiva symtom är en heterogen grupp som inte alltid kan handläggas enligt en mall. Personcentrerad och anpassning är nödvändig.
- Patienter med flera vårdgivare och komplex samsjuklighet kommer inte att kunna handläggas enligt vårdförloppet. Pat med komplex samsjuklighet behöver få insatser även utanför detta vårdförlopp.
- Vårdförloppet kan innebära onödiga utredningar och behandlingar, om tillräckligt god diagnostisk kompetens saknas i inledningsskedet. Det kan göra att triagering till lämplig vårdnivå inte fungerar.

- Patienter riskerar behandlas med en för lågintensiv behandling trots svår funktionsnedsättning om man missuppfattar hur stegvis vård fungerar.

2.4. Verksamhet och organisation

Utifrån de nationella riktlinjernas rekommendationer, som vårdförloppet bygger på, identifierade Socialstyrelsen [2] organisatoriska konsekvenser såsom

- behov av utbildning och rekrytering av personal inom primärvård
- struktur och resurser för uppföljning
- högre kontinuitet
- ökad samverkan mellan vårdnivåer och specialiteter
- utbildning i diagnostik samt ökade personalresurser för psykologisk behandling.

Ovan nämnda konsekvenser anser vi är aktuella även för vårdförloppet. Utöver dessa noterar vi även konsekvenser sammanfattade i tabell 1 nedan.

Tabell 1. Konsekvenser för verksamhet och organisation

| Vårdförloppet rekommenderar | Organisatoriska konsekvenser |
|---|---|
| Tidig identifiering av misstänkt depression | Ställer krav på kompetens och kunskapsunderlag att använda vid triagering. Översyn över verksamhetens triagematerial bör göras och vid behov kompletteras så att hänsyn tas till att uttrycken för depression kan skilja sig åt beroende på kön, ålder och kultur. |
| Klinisk bedömning och diagnostik | För att uppnå en god bedömning vid misstänkt depression behöver det finnas tillräcklig kompetens inom primärvården kring psykisk hälsa och psykiatrisk diagnostik. Detta kan bland annat innebära att <ul style="list-style-type: none">• klinisk bedömning bör göras av läkare eller psykolog med kompetens inom diagnostik och differentialdiagnostik• medarbetare kan behöva fortbildning i tillämpning av skattningsformulär och diagnostisk intervju• tvärprofessionella arbetsätt och teamsamverkan utvecklas så att en helhetsbedömning av patientens problematik görs |

| Vårdförloppet rekommenderar | Organisatoriska konsekvenser |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">● val av insatsnivå för psykologisk behandling inom ramen för stegvis vård görs av legitimerad psykolog och/eller legitimerad psykoterapeut. |
| Ett samordnat och strukturerat omhändertagande för att öka kontinuitet och tillgänglighet på vårdcentralen kring patienter med depression och ångestsyndrom. | Ett samordnat och strukturerat omhändertagande kan exempelvis innebära att <ul style="list-style-type: none">● tilldela/inrätta samordnarfunktion på vårdcentralerna för patienter med psykisk ohälsa, till exempel vårdsamordnarfunktion● utveckla tvärprofessionella arbetssätt och teamsamverkan. |

| | |
|--|---|
| <p>Införande av insatser enligt principen om lägsta effektiva insatsnivå för ett resurseffektivt nyttjande av behandlingsutbud stegvis vård.</p> | <p>Detta innebär att om olika insatser bedöms möjliga ska den insats som utifrån vårdens perspektiv tar minst resurser i anspråk användas.</p> <p>Schablonmässigt kan sägas att guidad självhjälp tar minst resurser i anspråk, följt av gruppbehandling och individuell behandling i inbördes ordning.</p> <p>Det ska förtydligas att denna schablon inte bör implementeras kategoriskt. En personcentrerad bedömning kan innebära att den första insatsen också kan vara den som tar mest resurser i anspråk.</p> <p>Genom att använda en stegvis vårdmodell ökar troligen vårdens kapacitet för att kunna erbjuda prioriterad psykologisk behandling till personer med depression.</p> <p>Flera alternativ ska dock finnas med i det kliniska övervägandet och patienten ska vara välinformerad.</p> <p>Ett kategoriskt användande (uppfattningen att alla patienter ska genomgå alla steg) kan innebära ett ineffektivt användande av resurser.</p> <p>Ett bredare behandlingsutbud kan vara svårt att tillgodose på mindre enheter varför samarbete, mellan flera enheter och en koncentration av visst utbud, kan behöva organiseras.</p> |
| <p>Ökad digitalisering</p> | <p>Digitalisering utvecklar möjligheterna för egenvård, egenmonitorering, triagering, uppföljning och så vidare. Det ger individen:</p> <ul style="list-style-type: none">• ökad tillgänglighet i tid och rum• möjlighet att ta del av en behandling över huvud taget• i interaktion med behandlare eller på egen hand genomföra en behandlingsinsats med digitala verktyg• behandling på olika språk. <p>För att möta denna digitalisering behöver verksamheterna ta fram</p> <ul style="list-style-type: none">• information, patient- och närståendebildning |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● väl fungerande digitala verktyg för patientens kommunikation med vårdcentraler, egenanmälan, symtomskattning, uppföljning och påminnelser ● kvalitetssäkrade utbildnings- och stödprogram ● fullvärdiga alternativa lösningar för grupper som inte hanterar digitala verktyg ● vägledad internetförmedlad psykologisk behandling ska kunna erbjudas med evidensbaserade program för att minska ojämlik tillgång till vård ● lösningar för videobesök som bör kunna erbjudas inom regionernas egen vård |
| <p>Behandling med stegvis vård och ett brett behandlingsutbud</p> | <p>Vårdförloppet för depression rekommenderar ett brett behandlingsutbud inom ramen för en stegvis vård för största resurseffektivitet. Behandlingsutbudet innefattar stöd för egenvård, information och utbildning för patient och närstående, digitalt förmedlad behandling samt behandling i grupp eller individuellt och där flera olika behandlingsmetoder är rekommenderade med hög prioritet i nationella riktlinjer.</p> <p>Det breda uppdraget i omhändertagandet och den snabba utvecklingen av insatser och behandlingsformat kan medföra svårigheter för mindre enheter att rymma alla metoder, behandlingsformat och förmedlingsätt.</p> |
| <p>Bedömning och kontinuerlig utvärdering och uppföljning genomförs med hjälp av skattningsformulär.</p> | <p>En förutsättning för att kunna använda skattningsformulär på det sätt som vårdförloppet rekommenderar är att det finns funktionella digitala verktyg med kvalitetssäkrat innehåll för personal och patienter. Genom digitala möjligheter kan patienten göra skattningar oavsett plats och tid. Dessutom behöver mindre tid tas i anspråk till ifyllandet av formulär i det kliniska mötet mellan patienten och behandlaren.</p> |
| <p>Läkemedelsuppföljning efter 6 månader</p> | <p>Struktur och rutin för uppföljning av läkemedelsbehandling efter 6 månader behöver utarbetas, exempelvis genom att ett SMS skickas till patienten med erbjudande att boka tid för uppföljning av läkemedelsbehandling.</p> |
| <p>Konsultationsmodell mellan primärvård och specialiserad psykiatrisk vård för säkrare och</p> | <p>För att förenkla samordning och stärka samarbetet mellan primärvård och specialiserad psykiatrisk vård förutsätter vårdförloppet en utarbetad konsultationsmodell där</p> |

| | |
|--|---|
| snabbare övergångar mellan vårdnivåer | <p>behandlare i primärvård kan konsultera psykiater eller psykolog i specialiserad psykiatrisk vård vid behov.</p> <ul style="list-style-type: none">• Denna bör vara tillgänglig på vardagar under kontorstid Vilket underlättar kommunikationen, minskar handläggningstiden och ger patienten snabbast möjliga insats.• Det ska finnas tillgång till kontaktuppgifter och möjlighet att kontakta specialiserad psykiatrisk vård dygnet runt vid akuta situationer.• Det bör finnas en samordnarfunktion för att stödja samarbete mellan primärvård och den specialiserade psykiatriska vården. Det är ett gemensamt ansvar mellan primärvård och psykiatrisk specialiserad vård för att samverkan kommer till stånd. Finansieringen bör vara tydlig och långsiktig. |
| Stärka samverkan och kontinuitet | <ul style="list-style-type: none">• Socionom/legitimerad hälso- och sjukvårdskurator har god kunskap om olika myndigheter och kommunala strukturer och kan få ett tydligare uppdrag för samordning.• De olika professionernas kompetens i primärvården behöver nyttjas på ett resurseffektivt sätt och med ett tydligt uppdrag.• En utökad vårdsamordnarfunktion är en viktig aspekt i omställningen. För personer med återkommande depressioner kan det behövas en mer kontinuerlig uppföljning och kontinuitet än vad som varit gängse inom primärvården. I dessa fall är vårdsamordnarfunktionen en viktig resurs. |
| Ökad användning av SIP vid behov av insatser från flera huvudmän | <ul style="list-style-type: none">• Etablera samarbete med kommunen exempelvis samrådsgrupper mellan socialtjänst, sjukvård och samordningsförbund.• Skapa lokala verksamhetsrutiner för samordning via SIP.• Uppmärksamma situationer där SIP kan bli aktuellt. |
| Systematisk uppföljning och förbättringsarbete | <ul style="list-style-type: none">• Vårdförloppets mål och indikatorer ska kunna följas upp och utvärderas. |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Regionerna behöver tillgodose verksamheternas behov av utdata-rapporter som är kopplade till de utvalda indikatorerna.• Processer, metodik och ansvarsfunktioner för uppföljning och förbättringsarbete behöver skapas lokalt på enheten. |
|--|--|

Implementering av vårdförloppet i alla sina delar kräver bland annat att

- lokala processer i verksamheten utarbetas
- relevant kompetens och dimensioneringen för omhändertagande av den psykiska ohälsan i primärvården säkerställs
- regional implementering av konsultationsmodellen genomförs. Implementering av konsultationsmodell möjliggör en effektiv samverkan och samordnad vård mellan vårdnivåerna. En del i en sådan konsultationsmodell är att den specialiserade psykiatriska öppenvården bistår med telefonkonsult för sömlösa vårdövergångar och snabbare bedömning och behandling.

2.5. Kostnader

Indirekta kostnader för depression

Depression är förenad med en stor ekonomisk börda för samhället och är den enskilt mest kostsamma sjukdomen för personer mitt i livet där ingen annan sjukdom nådde upp till ens halva kostnaden för depression. Orsakerna är flera: många drabbas, depression drabbar personer i yngre ålder än andra sjukdomar och inverkar på närvaro i studier och arbetsliv under de viktigaste arbetslivsåren. Till detta kan läggas immateriella kostnader i form av lidande, minskad livskvalitet, påverkan på familj och närstående och inverkan på framtid och karriär [3].

Socialstyrelsen konstaterar i likhet med många nationella och internationella studier att de direkta kostnaderna för hälso- och sjukvården utgör en liten del, 12 till 35 procent, av de totala kostnaderna för samhället.

Den stora delen utgörs av indirekta kostnader till följd av produktionsbortfall, sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning som beräknas till mellan 65 000 och 160 000 per person och år vid depression.

Den aktuella totala kostnaden enligt den hälsoekonomiska beräkningen (bilaga 1) för produktionsbortfall per sjukskriven individ för depression är 101 951 kronor för de 60 dagarna som går förlorade i genomsnitt.

Den totala kostnaden för sjukskrivningsperioder uppskattas kosta samhället omkring 30 miljarder kronor per år för patienter som lider av någon form av psykisk ohälsa [4]

Depression står för omkring 25–30 % av sjukfallen längre än 14 dagar i psykiatriska diagnoser [5]

Direkta kostnader för depression

Socialstyrelsen uppskattade att kostnaderna för samtliga åtgärder enligt nationella riktlinjer vid lindrig till medelsvår depression varierar beroende på behandlingsmodalitet. Socialstyrelsen bedömer att samtliga åtgärder vid lindrig till medelsvår depression har behandlingskostnader som understiger 17 000 kronor per patient under ett år. Samtliga insatser bedöms vara kostnadseffektiva [2].

Vid medelsvår till svår depression beräknas kostnaden till mellan 20 000 och strax över 200 000 kronor per patient och år innefattande en behandlingsomgång och uppföljande läkemedelsbehandling.

Vid behandling enligt vårdförloppets önskade läge inom primärvården uppgår den totala kostnaden för en behandlingsepisod av lindrig depression till 2 531 kronor per patient. Den totala kostnaden per patient för behandling av medelsvår depression inom primärvården har uppskattats till 9 430 kronor. Vid svår depression som kräver specialiserad psykiatrisk vård, har vi uppskattat en total kostnad per patient på 2 905 kronor för primärvården (initial bedömning och remittering). Om depressionen är medelsvår men svårbehandlad eller övergår till en svårighetsgrad som behöver specialiserad psykiatrisk vård, uppskattas den totala kostnaden per patient vara omkring 16 910 kronor för primärvården.

Under året 2021 uppgick de totala kostnader för vårdkontakter för patienter med depression (F32 respektive F33) till omkring två miljarder kronor inom primärvården nationellt (bilaga 1).

Sammanfattningsvis är de direkta kostnaderna för vården av depression små i förhållande till de indirekta kostnaderna. Införande av vårdförloppet i hälso- och sjukvården, är troligtvis förenat med ökade kostnader (se tabell 2), åtminstone initialt.

Vård enligt vårdförloppet, med snabbare omhändertagande och kontinuitet bör med stor sannolikhet leda till lägre antal sjukfall och kortare sjukskrivningsperioder, vilket medför lägre samhällskostnader.

Eftersom de indirekta kostnaderna är många gånger större än de direkta kommer detta troligtvis att leda till en betydande samhällsekonomisk vinst. Denna slutsats dras också av Socialstyrelsen [2].

För hälsoekonomisk analys av införande av vårdförloppet för depression, se Bilaga 1.

Tabell 2. Uppskattade budgetkonsekvenser per kostnadsområde/aktivitet vid införande av vårdförlopp Depression hos vuxna

| Kostnadsområde/aktivitet | Budgetkonsekvenser |
|--------------------------|--|
| Personal | <ul style="list-style-type: none">● Personalkostnader ökar till följd av ökat antal besök/insatser, fler insatser och behov av mer intensiv samordning i vårdförloppen.● Tätare besök och fler kontakter ger en kostnadsökning. Detta vägs upp av trolig minskad samhällsekonomisk kostnad (se kostnadsanalys). |

| Kostnadsområde/aktivitet | Budgetkonsekvenser |
|--------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Regionerna behöver säkerställa relevant kompetens och tillräckliga resurser för omhändertagandet av den psykiska ohälsan.• Funktioner för samordning och kontinuitet för patienter med psykisk ohälsa behövs (till exempel vårdsamordnare). |
| Utbildning | <p>En av de viktigaste delarna av implementering av vårdförloppet är utbildning av medarbetare. Det gäller bland annat</p> <ul style="list-style-type: none">• utbildning för chefer i exempelvis kvalitetsuppföljning och förbättringsarbete, vårdprocesser• triageringsutbildning för psykisk ohälsa, utbildning i psykiatrisk diagnostik• utbildning avseende skattningsinstrument och strukturerad intervju• utbildning och upprättande av rutiner avseende våld i nära relationer• utbildning avseende jämlikhetsperspektiv med hänsyn till genus, kultur och språk• utbildning avseende försäkringsmedicinsk kompetens, rehabilitering och uppföljning• utbildning av medarbetare inom kommunens verksamheter för ökad kompetens i att uppmärksamma och identifiera misstänkt depression. |
| Behandling | <ul style="list-style-type: none">• Vårdförloppet innebär en ambitionsökning som förväntas medföra en kvalitetshöjning av vård och stöd, vilket sannolikt kommer att innebära en kostnadsökning.• Fler evidensbaserade insatser behöver erbjudas än vad som görs idag och fler insatser kan behöva erbjudas med högre kvalitet. |

| Kostnadsområde/aktivitet | Budgetkonsekvenser |
|------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none">Kostnader för läkemedel bör inte öka totalt sett, men möjligen kan en liten ökning ske initialt då fler patienter får effektiv behandling tidigt. |
| Utredning och diagnostik | <ul style="list-style-type: none">Antalet individer som utreds förväntas inte öka, däremot kan vårdförloppen innebära ökade kostnader till följd av ett mer omfattande utredningsförfarande. Detta behöver utredas vidare regionalt och lokalt. |
| IT-system och digitalisering | Kostnader för att: <ul style="list-style-type: none">Utveckla fungerande digitala verktyg för patientens kommunikation med vårdcentraler, egenanmälan, symtomskattning, uppföljning och påminnelser. |
| Konsultationsmodell | Kostnader för att: <ul style="list-style-type: none">Tillse att resurser finns för konsultationsmodell.Skapa strukturer för remissförfarande, dialog och uppföljning vid konsultationer.genomföra dialogmöten för att förbättra samarbetet mellan olika vårdnivåer |
| Utvärdering | Kostnader för att: <ul style="list-style-type: none">Utveckla system för att automatiskt följa kvalitetsindikatorer och presentation av dessa.Anpassa nuvarande och framtida journalsystem för strukturerad uppföljning. |
| Implementering | <ul style="list-style-type: none">Kostnader för utveckling av regional anpassning, anpassa vårdprogram och nuvarande strukturer |

2.6. Kompetensförsörjning

Kompetens:

- Regionerna behöver säkerställa att behovet av relevant kompetens för omhändertagandet av psykisk hälsa möts i dimensionering och sammansättning av professioner i primärvården
- Uppdragen för de ingående kompetenserna bör vara tydliga och motsvarar den bredd som kan finnas i problematiken utifrån ett bio-psyko-socialt perspektiv i förhållande till kartläggning, behandling, rehabilitering och samordning av insatser internt och externt
- Kravet på snabb bedömning i specialiserad psykiatrisk vård kan innebära en förändring av professionssammansättningen
- Funktioner behövs för samordning och kontinuitet för patienter med psykisk ohälsa (till exempel vårdsamordnare)

Utbildning i/för

- chefer i bland annat kvalitetsuppföljning, förbättringsarbete samt i vårdprocesser
- triageringsutbildning för psykisk ohälsa behövs. Vårdförloppet ställer krav på att personal som genomför triagering har kunskap om depression. Utbildning av till exempel sjuksköterskor för detta kan behövas
- psykiatrisk diagnostik behövs. För att uppnå en god bedömning vid misstänkt depression behöver det finnas kompetens inom primärvården kring psykisk ohälsa och psykiatrisk diagnostik
- skattningsinstrument och strukturerad intervju
- hantering avseende våld i nära relationer
- jämlikhetsperspektiv med hänsyn till genus, kultur och språk
- försäkringsmedicinsk kompetens, rehabilitering och uppföljning
- medarbetare inom kommunens verksamheter för ökad kompetens i att uppmärksamma och identifiera misstänkt depression

Uppföljning och kvalitet:

- Kvalitetssäkring av psykologisk behandling kan tillgodoses genom funktion för psykologiskt lednings-/samordningsansvar

2.7. Påverkan på andra kunskapsstöd

Det finns andra kunskapsstöd som berör området. Det är viktigt med kontakt med ansvariga för dessa, för dialog och för att ensa kunskapsinnehållet. Det gäller framförallt följande kunskapsstöd:

- Kliniskt kunskapsstöd
- Kunskapsguiden
- Vård och insatsprogram Depression och ångest
- 1177
- Regionala kunskapskällor

2.8. Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

- **God och nära vård.** Den största delen (cirka 70 procent) av personer med depression söker sig till primärvården och får sin vård och behandling där. Vårdförloppet tar fasta på en stegvis vård där patientens egenvård och möjligheter att ta ansvar för delar av sin behandling är framträdande.
- **God och nära vård för den psykiska ohälsan.** Behovet av olika professioner och dimensionering för omhändertagande av den psykiska ohälsan generellt i primärvården är inte tillräckligt definierad, vilket medför ojämlig tillgång till kompetens och resurser. Underlagen och avtalen för uppdragen i vårdvalen ser olika ut över landet vilket också innebär olika tillgång till kvalificerad kompetens för omhändertagande av psykisk ohälsa inom dessa. I jämförelse med professioner för den somatiska hälsan är kompetenskraven och omfattningen ofta mindre väl definierade.
- **Digitalisering.** Digital behandling för depression erbjuds redan nu i de flesta regioner, även om det finns en ojämn utveckling så till vida att regioner med de längsta avstånden och största svårigheterna med kompetensförsörjning inte lyckats genomföra ett större införande. Digital behandling har en stor utvecklingspotential genom ökad tillgänglighet både geografiskt och tidsmässigt då väntetiden för digital behandling ofta är kort. Det finns en stor möjlighet till personcentrerad flexibilitet i den digitala behandlingen med olika grad av kontakter i realtid som tillägg under behandlingen. Vårdförloppet innehåller ett stegvis behandlingsutbud med digitala behandlingsformer och ett stort utrymme för ytterligare digitalisering.
- **Koncentration eller decentralisering av verksamhet.** Vissa delar av den nära vården behöver koncentreras för att kunna bedrivas på ett effektivt och hälsoekonomiskt gynnsamt sätt. Det gäller även vården av depression avseende psykologisk behandling utöver basala interventioner.
- **Tillgänglighet.** Kostnadseffektiv vård och behandling leder till att fler patienter med depression kan få vård i tid. Vårdförloppets betoning av lägsta effektiva omhändertagandenivå är ett sätt att individanpassa insatserna efter behov för ett effektivt nyttjande av resurser samt för att tillvarata individens egen möjlighet och förmåga att ansvara för delar av behandlingen i samverkan med sina närstående
- **Hälsolitteracitet.** Hälsolitteracitet handlar om individens förmåga att förvärva, förstå och använda information i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa. Förutsättningar för hälsolitteracitet är individuella kognitiva och sociala färdigheter, men också tillgång till lättillgänglig, relevant och tillförlitlig information. I hälso- och sjukvården kan bristande hälsolitteracitet vara en underskattad orsak till svårigheter i behandling och rehabilitering. Komplexiteten i hälsoinformation i dag är hög, vilket också påverkar förmågan att använda information bland välutbildade patienter. För att säkerställa att den information och de instruktioner som kommuniceras i mötet mellan professionella och patienter verkligen får avsedd effekt kan det vara nödvändigt att anpassa informationen/instruktionerna utifrån individens nivå av hälsolitteracitet.

2.9. Uppföljning

Vårdförloppet vill lyfta behovet av att följa resultatet av vården för den enskilde patienten men också på gruppnivå så att enheter får chans att lära av goda exempel och tillämpa eget datadrivet förbättringsarbete.

Primärvårdskvalitet kommer vara en viktig källa för flera indikatorer. För att möjliggöra nationella jämförelser behöver indikatorvärden för alla dessa indikatorer publiceras på vården i siffror, i dagsläget finns ingen av valda Primärvårdskvalitetsindikatorer publicerade där.

För att underlätta jämförelse vårdförloppets indikatorer emellan för uppföljning av vårdförloppet har arbetsgruppen för vårdförloppet samma definition av ”patienter med nydiagnostiserad depression” som Primärvårdskvalitet använder. Arbetsgruppen tycker inte att den definitionen är optimal, och har därför har den inlett en diskussion med Primärvårdskvalitet om en ändring till ”patienter med ny depressionsepisod”.

Resultatindikatorer med kommentarer

- Andel patienter med depression som skattat helhetsintrycket (atmosfär, tillgodosett behov, rekommenderar till andra) över 70 procent i [Nationella patientenkäten](#)

Denna indikator avses mätas med hjälp av nationell patientenkät, och förutsätter att det där går att urskilja patienter med depressionsdiagnoser och att patienter med depression diagnostiseras. En pilot med nationell patientenkät med vårdförloppsfokus har genomförts. Lärdomar håller just nu på att dras från denna pilot, och breddinförande kan förhoppningsvis ske inom överskådlig framtid. Svarsfrekvensen för Nationell patientenkät inom primärvården ligger på cirka 38 procent.

- Andel patienter med ny depressionsepisod som har förbättrad MADRS-S-skattning efter behandling (utvecklingsindikator)

Valt skattningsinstrument för att mäta det psykiska tillståndet hos patienter med depression är MADRS-S, och alla verksamheter/regioner som vill kunna följa denna indikator måste säkerställa både att det är just detta skattningsinstrument som används i klinisk praktik, och att resultatet av skattningen dokumenteras på ett strukturerat sätt. Det kan bli nödvändigt med utbildningsinsatser för att uppnå detta.

I nuläget saknas en instans för nationell standardisering av mätformulär av typen summerade skattningsskalor, som är huvudsaklig mätmetod för utvärdering av vård för psykisk ohälsa. Resultatet av detta är att olika versioner med olika direktiv för tolkning används. Inom och mellan regionerna kan det därför behöva etableras strukturer för översyn och ensning av innehåll och för informatik. Potentiellt behövs också utveckling av tekniska lösningar för att på ett smidigt sätt samla in dessa skattningsformulär och dokumentera dem i patientens journal.

Processindikatorer med kommentarer

- Andel patienter med nydiagnostiserad depression som blivit somatiskt undersökta. ([PVQ Dep 02](#))
- Andel patienter med ny diagnos depression som behandlas med antidepressiva läkemedel ([PVQ Dep 03](#))
- Andel patienter som fått psykologisk behandling vid nydiagnostiserad depression ([PVQ Dep 09](#))
- Andel patienter som har varit på återbesök eller haft annan kontakt inom sex veckor efter nyinsjuknande i depression ([Dep 04](#))

Dessa indikatorer finns redan i Primärvårdskvalitet. Förutsättningar för korrekt redovisning av indikatorerna är att man i vården dokumenterar relevanta KVÅ-koder och ICD-10-koder.

- Andel patienter med nydiagnostiserad depression som genomgått strukturerad suicidriskbedömning

Indikatorn kan fångas om KVÅ-koden AU118 registreras hos patienter med som får en strukturerad suicidriskbedömning, eller om motsvarande information kan fångas strukturerat på annat sätt. Specialistpsykiatri har genomfört ett arbete för hur suicidriskbedömningar kan dokumenteras på ett strukturerat sätt, och detta arbete skulle med fördel kunna spridas till primärvården. I Socialstyrelsens utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom [7] noterades stor skillnad i registrering av strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk regionerna emellan. Därför behöver rutiner för dokumentation av suicidriskbedömning ses över.

- Andel patienter med depression inom specialiserad psykiatrisk vård som väntat mindre än 30 dagar efter inkommen remiss från primärvården:

Indikatorn förväntas beräknas utifrån data som härrör från regionernas vårdinformationssystem. För att indikatorn ska göras rättvisa krävs att tillämpliga ICD-10-koder och MVO-koder används korrekt i vårdinformationssystemen, samt att information om patientens ordinerade läkemedel är strukturerad och tillgänglig.

2.10. Övriga konsekvenser

Majoriteten av regionerna i Sverige håller på att byta journalsystem och arbetsflöden för informatik kan vara låsta. Avstämning bör ske med experter på hälsoinformatik inom Sussa-regionerna, och i Skåne och VGR avseende övergång till Millennium.

I nuläget saknas instans för nationell standardisering av korrekta versioner av mätformulär av typen summerade skattningsskalor som är huvudsaklig mätmetod för utvärdering av vård för psykisk ohälsa. Även inom regionerna kan det saknas samordning av vilka formulär man använder, med resultat att olika versioner med olika direktiv för tolkning används, att det kan finnas ett flertal varierande sökord som egentligen borde avse ett gemensamt standardiserat formulär.

Referenser

1. Sobocki P. Health economics of depression [Internet]. 2006. Tillgänglig vid: <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/39692>
2. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
3. Wang PS, Simon G, Kessler RC. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2003;12(1):22–33.
4. Samhällskostnaden för längre sjukskrivningar: 66 miljarder kronor [Internet]. Skandia; 2021. Tillgänglig vid: <https://www.skandia.se/globalassets/pdf/press-och-media/rapporter-och-debatt/sjuknotan-2021.pdf>
5. Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser - En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år [Internet]. Försäkringskassan; 2020 [citerad 20 januari 2022]. Tillgänglig vid: <https://www.forsakringskassan.se/download/18.7fc616c01814e179a9f329/1656660446139/sjukfranvaro-i-psykiatriska-diagnoser-socialforsakringsrapport-2020-8.pdf>
6. Bandelow B, Baldwin DS, Dolberg OT, Andersen HF, Stein DJ. What is the threshold for symptomatic response and remission for major depressive disorder, panic disorder, social anxiety disorder, and generalized anxiety disorder? *J Clin Psychiatry.* september 2006;67(9):1428–34.
7. Vård vid depression och ångestsyndrom: huvudrapport med förbättringsområden : Nationella riktlinjer - utvärdering 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.

Bilaga 1. Hälsoekonomisk analys

Kostnadsberäkning av konsekvenser i samband med införande av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Depression

Syfte

Syftet med den ekonomiska analysen är att uppskatta eventuella merkostnader för insatser som kan ingå som svar på de föreslagna åtgärderna i vårdförlopp Depression hos vuxna.

Metod

Den hälsoekonomiska kostnadsanalysen har beaktat regionperspektivet, vilket innebär att de förväntade kostnadsändringar baserat på förslagen i vårdförloppet för regionerna i Sverige har inkluderats. Analysen följde metoden som föreslagits av Drummond och kollegor [1]. Den innefattade fyra steg:

- i) identifiera de relevanta utökade resurserna som kommer att användas i förhållande till vårdförloppet
- ii) kvantifiera dessa resurser i fysiska enheter
- iii) värdera de olika resurserna som används till deras möjlighetskostnader samt
- iv) hantera differentiell tidpunkt för resurser.

Utifrån inhämtad information från personal och experter, identifierades vilka utökade respektive minskade hälsoinsatser som kan ingå för behandling av patienter i enlighet med vårdförloppet för patienter med depression. Delfimetoden har använts för att få fram data för analyser och är en systematisk prognosprocess som bland annat utgår från panelmedlemmars samlade åsikter [2]. Denna metod utvecklades ursprungligen som ett strukturerat tillvägagångssätt för att samla in åsikter om framtiden och bedöma sannolikheten för framtida händelser eller situationer [3].

Följande beräkningar av ekonomiska konsekvenser vid införande av vårdförloppet bygger på tillgängliga uppgifter från offentlig statistik, litteraturgenomgångar, expertutlåtanden och antaganden. Den hälsoekonomiska analysen syftar till att redovisa kostnader för olika vårdinsatser samt illustrera hur resursanvändning kan effektiviseras.

Beräkningarna av årliga kostnader för depression är baserade på enhetskostnader per DRG (diagnosrelaterad grupp) -kod [4]. Även för att skatta totala kostnader relaterat till depression användes DRG-koder. DRG-koderna hämtades från Socialstyrelsens statistiska databas för år 2021. Kostnaderna är beräknade genom att ta antalet vårdtillfällen multiplicerat med DRG-kostnaderna. Slutligen summerades DRG-koderna till en årlig totalkostnad för patienter med depression. Beräkningen av kostnaderna har utgått från ICD-10-kod F32 Depressiv episod respektive F33 Recidiverande depressioner. Data är hämtade från KPP -databasen (kostnad per patient) [5].

Data för primärvårdens kostnader nationellt har beräknats genom att utgå från Västra Götalandsregionens (VGR:s) data för primärvården och ICD 10-kod F32 respektive F33. Antalet patienter som registrerats med ICD-koderna F32 och F33 har inhämtats från VGR:s regionala vårddatabas VEGA och extrapolerats till den totala befolkningen i Sverige. Databasen innehåller bland annat uppgifter om vårdkontakter från Västra Götalandsregionen (VGR). Ingen begränsning av ålder har beaktats i analysen på grund av att ingen selektion gjordes vid inhämtning av data. Därmed behöver flera antaganden göras för både regionen och nationellt, vilket kan medföra felaktiga tolkningar och jämförelser.

Nettokostnaderna för primärvården både nationellt och regionalt har inhämtats från offentlig statistik [6]. Därefter har nettokostnaderna per patient multiplicerats med antalet patienter för att få ut totalkostnaderna för primärvården. Nettokostnaderna nationellt är baserade på en genomsnittlig kostnad för alla regioner och skiljer sig därav från nettokostnaden som är presenterad för VGR. En beräkning av kostnader per yrkeskategori finns inkluderad i appendix A.

Kostnader för produktionsbortfall har beräknats genom att den genomsnittliga månadslönen för personer 16–64 år dividerats med antalet dagar på en månad och sedan multiplicerats med antalet sjukskrivna som har en längre sjukskrivningsperiod än 14 dagar. Därefter har kostnaden per sjukskriven multiplicerats med det genomsnittliga antalet dagar som en person är sjukskriven. Beräkningarna tar inte hänsyn till själva kostnaden för vård samt det ekonomiska värde som går förlorat under de första 14 dagarna av sjukskrivning. De kostnaderna belastar i stället arbetsgivaren i form av sjuklön.

Sammanfattningsvis, kan man säga att kostnader för vårdförlopp i det önskade läget uppdelas i olika svårighetsgrader av individer med depression medan man får en överblick på kostnader i nuläget.

Resultat

Ingen beräkning av vårdinsatser i nuläget har inkluderats i den hälsoekonomiska analysen. I tabell 1 presenteras en beräkning av totala kostnader år 2021, utan uppdelning av kostnader i samband med olika insatser (till exempel tid för vårdpersonal) för att behandla individer med depression. För att kunna jämföra dagens kostnader med kostnader i samband med införande av det föreslagna vårdförloppet, har beräkning gjorts för en årlig kostnad för primärvården under 2021 med antagandet att det nya vårdförloppet har införts.

Primärvårdskostnader under 2021

Patienter med lindrig eller måttlig depression behandlas i regel inom primärvården medan patienter med svår depression oftast remitteras vidare till specialistpsykiatri. För året 2021 uppgick de totala kostnaderna för patienter med depression (ICD-10 F32 respektive F33) till två miljarder kronor inom primärvården och innefattar kostnader för medicinska och tekniska resurser som används vid diagnostisering och behandling av patienter. Under 2021 uppgick det totala antalet rapporterade patienter inom Västra Götalandsregionens primärvård till 70 636 och nationellt beräknas det finnas cirka 427 000 patienter totalt för ICD-koderna F32-33 (Tabell 1). För kostnader per yrkeskategori, se appendix A.

Tabell 1. Totala kostnader för primärvården, 2021

| Primärvårdskostnader för VGR och Nationellt (2021) | |
|---|-------------------------|
| VGR | 2021 |
| Befolkning 2021 | 1 720 000 |
| Antal patienter | 70 636 |
| Nettokostnad per patient ^a | 5 118 kr |
| Totalkostnad för primärvård | 361 515 048 kr |
| Riket | 2021 |
| Befolkning 2021 | 10 400 000 |
| Antal patienter | 427 101 |
| Nettokostnad per patient ^b | 4 944 kr |
| Totalkostnad för primärvård | 2 111 589 299 kr |

^a Nettokostnader inkluderar inte läkemedelskostnader och är baserade på ett genomsnittligt mått för alla sjukdomsgrupper

Viktigt att notera är att beräkningen av kostnader för primärvårdens nettokostnader och kostnaden för yrkeskategori är beräknade med olika prisuppgifter. Kostnaderna för yrkeskategorier har en högre kostnad eftersom dessa är baserade på regionens prislista för utomlänsvård. Medan nettokostnaderna utgår från de kostnader som genomsnittligt finns för alla sjukdomar inom regionerna och nationellt. Kalkylerna visar en kostnad på omkring två miljarder kronor och på så vis indikerar analyserna att kostnadsberäkningarna troligtvis bör ligga i linje med den faktiska kostnaden för riket.

Vårdförloppets önskade läge i primärvården

För att beräkna eventuella kostnader som uppstår vid behandling av depression i primärvården, har en uppdelning mellan sjukdomsnivåer beaktats för att belysa skillnader i kostnader mellan lindrig och svår depression (Tabell 2 och 3). Estimeringen av antalet besökstimer är baserad på en episod av depression och kan variera i antal episoder per patient och år. Det önskade lägets analys baseras på det mest troliga scenariot för en patient.

I Tabell 2 redovisas kostnaderna för lindrig och måttlig depression. Beräkningarna visar att en lindrig depression har en ungefärlig sammanlagd besökstid på sju timmar inklusive administration. Psykologisk behandling uppskattas ta tre timmar till en kostnad av 964 kronor per episod. Utöver den psykologiska behandlingen kräver en lindrig depression även en bedömning och behandling av läkare, till en kostnad på 647 kronor. Den totala kostnaden för en behandlingsepisod av lindrig depression uppskattas till 2 531 kronor per patient.

Tabell 2. Kostnadsestimering av behandlingar vid lindrig och måttlig depression per episod

| Lindrig depression | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|
| Yrkeskategori och hälsoinsats | Besökstid inkl. admin (timmar) | Lönekostnad, kronor |
| Läkare (Bedömning, behandling) | 1 | 647 |
| Psykolog (Psykologbedömning) | 1 | 333 |
| Sjuksköterska (Provtagning, information, triagering, vårdsamordning, rådgivning) | 1 | 319 |
| Psykolog (Psykologisk behandling) | 3 | 964 |
| Fysioterapeut (Fysioterapi) | 1 | 268 |
| Totalt per patient (kronor) | 7 | 2 531 |
| Måttlig depression som blir färdigbehandlad på primärvårdsnivå | | |
| Yrkeskategori och hälsoinsats | Besökstid inkl. admin (timmar) | Lönekostnad, kronor |
| Läkare (Bedömning) | 2 | 1 294 |
| Sjuksköterska (Provtagning, information, triagering, rådgivning) | 1 | 319 |
| Psykolog (Psykologisk bedömning) | 1 | 333 |
| Psykolog/Psykoterapeut (Psykoterapi) | 8 | 2 572 |
| Läkare/psykolog (Uppföljning) | 2 | 807 |
| Läkare (Läkemedelsbehandling) | 2 | 807 |
| Funktioner t.ex. vårdsamordnare (Aktiv uppföljning, koordinering, samordning) - sjuksköterska | 8 | 3 030 |
| Fysioterapeut (Fysioterapi) | 1 | 268 |
| Totalt per patient (kronor) | 25 | 9 430 |

Den totala besökstiden för måttlig depression som blir färdigbehandlad på primärvårdsnivå har uppskattats till 25 timmar inklusive administration. Där flest antal timmar uppskattas att gå till den psykologiska behandlingen med tidsåtgång på åtta timmar inklusive administration, vilket utgör en kostnad på 2 572 kronor. Därefter uppskattas kostnader i form av uppföljning, koordinering och samordning att kosta omkring 3 030 kronor för åtta besökstimmar. Ett besök på en timme hos en

sjuksköterska uppskattas kosta 219 kronor. Den totala kostnaden per patient för behandling av måttlig depression inom primärvården har uppskattats till 9 430 kronor.

I Tabell 3 redovisas kostnaderna för svår depression. Beräkningarna visar bland annat att en svår depression som kräver psykiatrisk vård, har en total kostnad per patient på 2 905 kronor för primärvården med en total besökstid på fem timmar inklusive administration. Om depressionen är måttlig men är svårbehandlad eller övergår till en svårighetsgrad som behöver specialistpsykiatri, uppskattas den totala kostnaden per patient vara omkring 17 000 kronor för primärvården.

Tabell 3. Kostnadsestimering av behandlingar vid svår depression

| Yrkeskategori och hälsoinsats | Besökstid inkl. admin (timmar) | Lönekostnad, kronor |
|--|--------------------------------|---------------------|
| Läkare (bedömning) + remiss | 2 | 1 294 |
| Sjuksköterska (provtagning, information) | 1 | 319 |
| Läkare (specialistpsykiatri - bedömning) | 2 | 1 292 |
| Totalt per patient, kronor | 5 | 2 905 |

Tabell 4. Kostnadsestimering av behandlingar vid måttlig depression som utvecklas till svår eller är svårbehandlad och behöver specialistpsykiatri

| Yrkeskategori och hälsoinsats | Besökstid inkl. admin (timmar) | Lönekostnad, kronor |
|--|--------------------------------|---------------------|
| Läkare (bedömning) | 3 | 1 941 |
| Psykolog (bedömning) | 3 | 998 |
| Sjuksköterska (provtagning, information) | 1 | 319 |
| Psykolog/Psykoterapeut (psykoterapi) | 12 | 3 858 |
| Läkare/psykolog (Uppföljning) | 2 | 807 |
| Läkare (läkemedelsbehandling) | 3 | 1,211 |
| Funktioner (Aktiv uppföljning, koordinering, samordning) | 13 | 4 923 |
| Läkare/psykolog (Remiss till specialistpsykiatri) | 1 | 647 |
| Läkare/psykolog (Bedömning i specialistpsykiatri) | 3 | 1 938 |

| | | |
|-----------------------------------|-----------|---------------|
| Fysioterapeut (Fysioterapi) | 1 | 268 |
| Totalt per patient, kronor | 42 | 16 910 |

Samhällsekonomiska kostnader

En depression kan leda till att en person inte längre kan arbeta och att arbetsinkomst därmed går förlorad. Denna ekonomiska förlust påverkar individen, arbetsgivaren och samhället. Därför har det förlorade värdet på grund av utebliven arbetsinkomst och sjukskrivning beräknats, för att få en uppskattning av hur stora kostnader som skulle kunnat sparas om rätt insatser gjorts inom hälso- och sjukvården. I en tidigare rapport från Skandia [7], kalkylerades förlorade samhällsekonomiska kostnader för sjukskrivning vid psykisk ohälsa. Värdet som går förlorat vid längre sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa uppgick till 31,2 miljarder under 2021 [7].

Under 2021 var ungefär 44 516 individer sjukskrivna för depression (ICD-10 F32 respektive F33) någon gång under året enligt Försäkringskassan. Andelen individer med en sjukskrivning längre än 14 dagar har antagits uppgå till 40 procent av det totala antalet individer sjukskrivna för depression. Detta medför ett antagande om att 17 806 individer under 2021 haft en sjukskrivning längre än 14 dagar (Tabell 5). Den genomsnittliga sjukskrivningslängden för depression har beräknats till 60 dagar. Den beräknade totala kostnaden för produktionsbortfall per sjukskriven individ är 101 951 kronor för de 60 dagarna som går förlorade. Skulle alla individer (n=17 806) som antas vara sjukskrivna längre än 14 dagar inkluderas i beräkningen, skulle det produktionsbortfallet uppgå till 1,8 miljarder kronor om alla hade en sjukskrivningslängd på omkring 60 dagar. Den totala kostnaden för produktionsbortfall för den andel individer som är sjukskrivna längre än 14 dagar är sannolikt överskattad eftersom alla individer troligtvis inte är sjukskrivna 60 dagar i genomsnitt. Kostnaderna är endast beräknade för personer i arbetsför ålder (16–64 år). Kostnader för personer som är pensionerade har inte beaktats i analysen. De 14 första dagarna av sjukskrivningen har inte inkluderats i beräkningarna, men vid inkludering skulle detta innebära 74 dagars sjukskrivning att ta hänsyn till.

Tabell 5. Produktionsbortfall vid tillfällig sjukdom

| Produktionsbortfall vid tillfällig sjukdom | |
|---|--------|
| Underlag för uträkning (enhet) | Antal |
| Antal individer som är sjukskrivna för depression (F32, F33) | 44 518 |
| Antal individer som är sjukskrivna för depression (F32, F33) längre än 14 dagar | 17 807 |

| | |
|--|---------------|
| Antal sjukskrivningsdagar i snitt för personer med depression (F32, F33) | 60 |
| Produktionsbortfall per individ | Kronor |
| Genomsnittlig månadslön | 50 975 |
| Genomsnittlig dagslön | 1 699 |
| Sjukskrivningskostnad | 101 951 |

Vårdförloppet önskade effekt är att minska antalet sjukskrivningar och öka fokus på rehabiliterande insatser med rätt vård i tid för att skapa de bästa förutsättningarna för patienterna. Om vi antar att antalet dagar med sjukskrivning minskade till 40, skulle produktionsbortfallet per individ vara omkring 67 967 kronor. Således är all minskning av antalet sjukdagar värdefullt oavsett om antalet sjukskrivningsdagar minskar med en eller tio dagar eftersom antalet sjukskrivna för depression är högt i jämförelse med andra sjukdomar.

Sammanfattning av resultat

Patienter med lindrig eller måttlig depression behandlas i regel inom primärvården medan patienter med svår depression oftast remitteras vidare till specialistpsykiatri. År 2021 uppgick de totala kostnaderna för patienter med depression (ICD-10 F32 respektive F33) till två miljarder kronor inom primärvården. Vid depression kan sjukdomen leda till att en person inte längre kan arbeta och att arbetsinkomst går förlorad. Denna ekonomiska förlust påverkar individen, arbetsgivaren och samhället. Den beräknade totala kostnaden för produktionsbortfall per sjukskriven individ är 101 951 kronor för de 60 dagarna som går förlorade. Skulle alla individer (n=17 806) som antas vara sjukskrivna längre än 14 dagar inkluderas i beräkningen, skulle det produktionsbortfallet uppgå till 1,8 miljarder kronor om alla hade en sjukskrivningslängd på omkring 60 dagar.

Vårdförloppet önskade läge inom primärvården uppgick den totala kostnaden för en behandlingsepisod av lindrig depression till 2 531 kronor per patient. Den totala kostnaden per patient för behandling av måttlig depression inom primärvården har uppskattats till 9 430 kronor. Vid svår depression som kräver psykiatrisk vård, har vi uppskattat en total kostnad per patient på 2 905 kronor. Om depressionen är måttlig men är svårbehandlad eller övergår till en svårighetsgrad som behöver specialistpsykiatri, uppskattas den totala kostnaden per patient vara omkring 17 000 kronor för primärvården.

Litteraturgenomgång

Metod

En del av den hälsoekonomiska analysen bygger på litteraturgenomgång av vetenskaplig litteratur för att utvärdera behandlingar, insatser och kostnader för vuxna med depression. Databasen PUBMED användes i litteratursökningen av vetenskaplig litteratur. Avgränsningar i sökningen har inneburit att endast artiklar publicerade mellan åren 2012–2022 inkluderats. Sökningen genomfördes med sökord som cost-effective, cost och depression. En första sökning resulterade i 405 artiklar, där artiklarnas titel granskades och 50 artiklar inkluderades. Därefter granskades även abstracts för att hitta artiklar som innehöll en kostnadseffektivitetsanalys eller kostnadsanalys, vilket resulterade i att 21 artiklar exkluderades och 29 artiklar lästes i full text. Av 29 artiklar var det endast tio som inkluderades (se Referenser). Tre artiklar inkluderades efter en fritextsökning på Google Scholar.

Interventionerna som är beskrivna i litteraturgenomgången kan skilja sig åt i jämförelse med den intervention som ska inkluderas i vårdförloppet. Utfallsmåtten i litteraturgenomgången inkluderar endast kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) och kostnader eftersom syftet var att undersöka kostnadseffektiviteten inom olika tester och insatser hos vuxna med diagnosen depression. I den här analysen använder vi QALY, eftersom de möjliggör jämförelser mellan behandlingsmetoder och förbättrar möjligheten att undersöka om behandlingarna leder till någon hälsoeffekt.

Vid benämning av inkrementell pratar vi om en skillnad/jämförelse. Sammanfattningsvis innebär det att kostnader och hälsoeffekter (QALY) av en behandling jämförs med en annan behandling. Resultatet (kvoten) av den inkrementella skillnaden mellan kostnader och hälsoeffekten kallas inkrementell kostnadseffektivitetskvot, på engelska benämns det som incremental cost-effectiveness ratio, "ICER".

Kvoten kan uttryckas som en kostnad per vunnet QALY, och kan tolkas som vad de kostar för ett extra levnadsår i jämförelse mellan behandlingarna. Fordelaktigt är om den nya behandlingen har en lägre kostnad och en bättre hälsoeffekt, och kommer kallas för dominant och kostnadseffektiv. Vid en högre kostnad och en lägre hälsoeffekt är den gamla behandlingen ett fortsatt bättre alternativt sett till kostnadseffektiviteten.

Resultat

Internetmedierad kognitiv beteendeterapi (IKBT)

Depression är förknippat med en hög sjukdomsburden och ökade samhällskostnader. Patienter med lindrig eller måttlig depression behandlas övervägande inom primärvården genom läkemedelsbehandling. Det finns ett kunskapsgap inom primärvården när det gäller kostnadseffektiva behandlingar. Det finns därför behov av att ta reda på hur andra behandlingar än enbart medicinering med antidepressiva läkemedel kan påverka kostnadseffektiviteten.

I synnerhet har man tidigare undersökt e-hälsointerventioner i form av internetmedierad kognitiv beteendeterapi (IKBT) som behandling för depression och ångest. Tidigare studiers resultat av interventionen visade på en sammanslagen effekt var liten i jämförelse med kontrollgruppen som enbart

fått antidepressiva läkemedel. Studiens resultat visade att behandling med antidepressiva läkemedel var mer kostnadseffektiv i jämförelse med interventionen, vilket kan bero på att IKBT kräver mer resurser än läkemedelsbehandling [8]. Resultatet visade på en sammanslagen inkrementell effekt på 0.34 QALY och en inkrementell kostnad - 6 544 kronor till fördel för IKBT.

Liknande studier inom samma område rapporterar en skillnad i hälsoeffekt (inkrementell effekt) på 0,0793 QALY samt en inkrementell kostnad på - 4 854 kronor till fördel för internetmedierad behandling [9]. I en svensk studie, undersökes kostnadseffektiviteten av IKBT i jämförelse med kognitiv beteendeterapi (KBT) [10]. Uppföljningarna vid tre, sex och tolv månader uppvisar IKBT generellt en lägre hälsoeffekt under respektive uppföljning. Den inkrementella effekten mellan IKBT och KBT uppgick till -0.05 QALY, med en inkrementell kostnad på -2 664 kronor ur både ett hälso- och sjukvårdsperspektiv och ett samhällsperspektiv. Studien rapporterade en ICER på 53 874 kronor för en QALY, men drar slutsatsen att ingen behandling kan fastställas vara bättre än den andra [10]. I andra studier har däremot IKBT visat sig vara kostnadsbesparande. Utifrån ett samhällsperspektiv, kan IKBT bespara samhället en kostnad på 4 854 kronor per patient [11]. Det har uppmärksammats i fler studier, där IKBT uppvisar en inkrementell effekt på 0,0260 QALY till fördel för interventionen efter 12 månader. Studien rapporterar en ICER på 58 140 kronor [12]. Sammanfattningsvis pekar resultatet på att internetmedierade insatser mot depression kan vara kostnadseffektiva när de tillhandahålls som en del av en behandlingsinsats och ökar tillgängligheten till behandling inom primärvården [13].

Kostnadseffektivitet av behandlingen kognitiv beteendeterapi (KBT)

Under 2014 genomfördes en studie som jämförde skillnaden mellan kognitiv beteendeterapi (KBT) och behandling med antidepressiva läkemedel [14]. Den genomsnittliga kostnaden för KBT per patient var 9 767 kronor, och den inkrementella kostnaden uppgick till 9 123 kronor. Den inkrementella skillnaden i QALY uppgick till 0,057 och gav en ICER på 160 038 kronor per QALY. Sammanfattningsvis uppgavs behandlingen som utmanande för patienter men visade ändå på en kostnadseffektivitet i jämförelse med behandling med antidepressiva läkemedel [14]. I en senare studie under 2017, har KBT visat sig ge förbättringar av ångest och depressiva symtom i jämförelse med en standardbehandling [15]. Författarna nämner däremot inte vad en standardbehandling innebär och det blir därför svårt att jämföra behandlingarna med varandra. De totala kostnaderna för båda behandlingarna var likartade under en femårsperiod, för KBT uppgick de totala kostnaderna till 85 694 kronor. Den inkrementella effekten uppgick till 0,011 QALY:s med en inkrementell kostnad på - 1 828 kronor till fördel för KBT med en ICER på - 166 010 kronor [15]. KBT-behandlingen medför en ökad resursförbrukning och därmed ökade kostnader i jämförelse med annan behandling såsom antidepressiva läkemedel, men kan enligt studier medföra högre hälsoeffekter. Exempelvis har behandling med antidepressiva läkemedel och KBT jämförts med IKBT, där resultatet visar att KBT bör erbjudas som en kombinerad behandling med antidepressiva läkemedel mot depression [13].

Kostnadseffektivitet av behandling med antidepressiva läkemedel

En av de behandlingsmetoder som undersökts är behandling med antidepressiva läkemedel. Tidigare studier har undersökt olika behandlingskombinationer och visar att vid en allvarligare depression gav en

kombinationsbehandling större effekt än om en behandling endast inkluderade antidepressiva läkemedel [16]. Vid svår depression blir kostnaden för ett vunnet kvalitetsjusterat levnadsår 275 288 kronor och vid en lindrig depression uppgår kostnaden för ett vunnet kvalitetsjusterat levnadsår till 734 100 kronor [16]. I flertalet kostnadsanalyser jämförs KBT och IKBT med läkemedelsbehandling och tyder på att antidepressiva läkemedel är ett effektivt sätt att behandla patienter med depression, framför allt genom den låga resursförbrukningen och kostnaden. Studier visar att kostnaden för antidepressiva läkemedel uppgår till 3 714 kronor och medför en förbättrad hälsoeffekt av 0.24 QALY efter tolv månader [13].

Kostnadseffektivitet av vårdsamordnare

En kostnadseffektivitetsanalys som undersökte effektiviteten av vårdsamordnar-intervention visade en höggradig kostnadseffektivitet på samhällsnivå samt en minskning av kostnader för sjukskrivning som uppgick till cirka tio gånger mer än primärvårdens kostnad per patient [17]. Även om kostnaden för interventionen mestadels bestod av kostnader för utbildning av personal, så förekom dessa kostnader främst vid interventionens implementering och det kan därför förväntas att kostnadseffektiviteten kommer att öka med åren [17].

Några år senare genomfördes en ny studie av samma forskare, där syftet var att undersöka effektiviteten av att implementera en vårdsamordnare för patienter med mild till medelsvår depression inom primärvården [18]. Interventionen syftar till att erbjuda en vårdsamordnare som ansvarar för att patienter med vanliga psykiska problem, ska få vård av hög kvalitet. Samordnaren ska bland annat underlätta och skapa samverkan med patienten och ömsesidig förståelse angående den vårdplan som ska ges efter den enskildes behov. Kontinuerlig kontakt med patienten ska erbjudas för att utvärdera och följa upp behandling och symtom [18]. Resultatet visar att under tolv månaders uppföljning, hade patienter med en vårdsamordnare en högre hälsoeffekt (0.73 QALY) i jämförelse med standardbehandlingen utan vårdsamordnare (0.70 QALY). Den inkrementella kostnader uppgick till – 38 887 kronor till fördel för interventionen. Utifrån ett samhällsperspektiv, är interventionen med en vårdsamordnare associerat med en lägre kostnad och en dominant inkrementell kostnadseffektivitet (ICER) [18].

Litteraturgenomgången visar att det finns kostnadseffektiva insatser vid depression, som ingår i vårdförloppet, såsom KBT, IKBT, antidepressiv behandling och vårdsamordnarfunktion, men det är svårt att bedöma om det föreslagna vårdförloppet blir kostnadseffektivt.

Referenser

1. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford: Oxford University Press; 2015.
2. Nasa P, Jain R, Juneja D. Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. *World journal of methodology*. 2021;11(4):116-29.

3. Niederberger M, Spranger J. Delphi Technique in Health Sciences: A Map. *Frontiers in public health*. 2020;8:457-.
4. Socialstyrelsen. DRG-koder och text socialstyrelsen 2021 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/drg/drg-koder-och-definitioner/>].
5. Sveriges Kommuner och Regioner. KPP databas 2022 [Available from: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/kostnadperpatientkpp/kppdatabas.46722.html>].
6. Sveriges Kommuner och Regioner. Vården i siffror 2022 [Available from: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientinflytande/tillganglighetivardenvardgarantin/vardenisiffror.46740.html>].
7. Skandia. Samhällskostnaden för längre sjukskrivningar: 66 miljarder kronor 2022 [Available from: <https://www.skandia.se/globalassets/pdf/press-och-media/rapporter-och-debatt/sjuknotan-2021.pdf>].
8. Massoudi B, Holvast F, Bockting CLH, Burger H, Blunker MH. The effectiveness and cost-effectiveness of e-health interventions for depression and anxiety in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2019;245:728-43.
9. Romero-Sanchiz P, Nogueira-Arjona R, García-Ruiz A, Luciano JV, García Campayo J, Gili M, et al. Economic evaluation of a guided and unguided internet-based CBT intervention for major depression: Results from a multi-center, three-armed randomized controlled trial conducted in primary care. *PLoS One*. 2017;12(2):e0172741.
10. Holst A, Björkelund C, Metsini A, Madsen JH, Hange D, Petersson EL, et al. Cost-effectiveness analysis of internet-mediated cognitive behavioural therapy for depression in the primary care setting: results based on a controlled trial. *BMJ Open*. 2018;8(6):e019716.
11. Jolstedt M, Wahlund T, Lenhard F, Ljótsson B, Mataix-Cols D, Nord M, et al. Efficacy and cost-effectiveness of therapist-guided internet cognitive behavioural therapy for paediatric anxiety disorders: a single-centre, single-blind, randomised controlled trial. *The lancet child & adolescent health*. 2018;2(11):792-801.
12. Richards D, Enrique A, Eilert N, Franklin M, Palacios J, Duffy D, et al. A pragmatic randomized waitlist-controlled effectiveness and cost-effectiveness trial of digital interventions for depression and anxiety. *NPJ Digit Med*. 2020;3:85.
13. Solomon D, Proudfoot J, Clarke J, Christensen H. e-CBT (myCompass), Antidepressant Medication, and Face-to-Face Psychological Treatment for Depression in Australia: A Cost-Effectiveness Comparison. *J Med Internet Res*. 2015;17(11):e255.
14. Wiles N, Thomas L, Abel A, Barnes M, Carroll F, Ridgway N, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-

- resistant depression in primary care: the CoBaIT randomised controlled trial. *Health Technol Assess.* 2014;18(31):1-167, vii-viii.
15. Tyrer P, Salkovskis P, Tyrer H, Wang D, Crawford MJ, Dupont S, et al. Cognitive-behaviour therapy for health anxiety in medical patients (CHAMP): a randomised controlled trial with outcomes to 5 years. *Health Technol Assess.* 2017;21(50):1-58.
 16. Abbaoui S, Bååth C. Vad kostar ett vunnet kvalitetsjusterat levnadsår? 2015.
 17. Holst A, Ginter A, Björkelund C, Hange D, Petersson EL, Svenningsson I, et al. Cost-effectiveness of a care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: economic evaluation of a pragmatic randomised controlled study. *BMJ Open.* 2018;8(11):e024741.
 18. Holst A, Labori F, Björkelund C, Hange D, Svenningsson I, Petersson EL, et al. Cost-effectiveness of a care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: 12-month economic evaluation of a pragmatic randomised controlled trial. *Cost Eff Resour Alloc.* 2021;19(1):52.

Appendix. Kostnader för primärvården baserat på yrkeskategori för patienter med depression

Antal vårdkontakter och kostnader för dessa i VGR och nationellt, 2021

| Yrkeskategori | VGR | | Riket | |
|--|---------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| | Antal vårdkontakter | Kostnader (kronor) | Antal vårdkontakter | Kostnader (kronor) |
| Arbetsterapeut | 5 002 | 3 301 320 | 30 245 | 19 961 470 |
| Barnmorska | 5 | 3 720 | 30 | 22 493 |
| Biomedicinsk analytiker | 18 | 13 392 | 109 | 80 975 |
| Dietist | 64 | 43 264 | 387 | 261 596 |
| Fotvårdsspecialist | 18 | 13 392 | 109 | 80 975 |
| Fysioterapeut /Sjukgymnast | 9212 | 6 319 432 | 55 700 | 38 210 519 |
| Kurator | 12 659 | 16 709 880 | 76 543 | 101 036 484 |
| Legitimerad psykoterapeut - ej läkare | 6 260 | 8 263 200 | 37 851 | 49 963 535 |
| Logoped | 10 | 13 200 | 60 | 79 814 |
| Läkare | 149 624 | 271 866 808 | 904 703 | 1 643 845 816 |
| Psykolog | 39 593 | 52 262 760 | 239 400 | 316 007 386 |
| Sjuksköterska m fl | 39 961 | 29 730 984 | 241 625 | 179 768 740 |
| Undersköterska m fl | 446 | 331 824 | 2 697 | 2 006 378 |

| | | | | |
|-------------------|----------------|--------------------|------------------|----------------------|
| Annan vårdgivare | 1 347 | 1 002 168 | 8 145 | 6 059 620 |
| Totalsumma | 264 219 | 389 875 344 | 1 589 459 | 2 351 326 180 |

IKBT

| Författare och år | Beskrivning av program och kontroll | Land | Tidshorisont Perspektiv | Inkrementell effekt ¹ | Inkrementell kostnad ^{1,2,3,4} |
|-----------------------------|---|------------------|--|----------------------------------|---|
| Massoudi et al., 2019 | E-hälsa kontrastandardbehandling | Flertalet länder | Samhällsperspektiv 1 år | 0,34 QALY | - 6 544 kronor |
| Holst et al., 2018 | Internetmedierad kognitiv beteendeterapi (IKBT) kontra standardbehandling | Sverige | Samhällsperspektiv och hälso- och sjukvårdsperspektiv 1 år | -0,05 QALY | 53 874 kronor |
| Richard et al., 2020 | Internetmedierad KBT kontra väntelista | England | Samhällsperspektiv | 0,026 QALY | 1 208 kronor |
| Romero-Sanchiz et al., 2017 | Internetmedierad KBT kontra antidepressiva | Spanien | Samhällsperspektiv | 0,0793 QALY | -4 824 |
| Jolstedt et al., 2018 | IKBT kontra Internetmedierad behandling (inriktning föräldraprogram) | Sverige | Samhällsperspektiv 1 år | 0.02 QALY | - 4 854 kronor |
| Solomon et al., 2020 | (1) IKBT kontra antidepressiva (2) IKBT kontra KBT | Australien | Samhällsperspektiv | 1) -0.02 QALY 2) 0.03 QALY | 1) 1171 kronor 2) 14 695 kronor |

1. Inkrementell är skillnaden mellan två olika behandlingsalternativ i antingen kostnad eller effekt.

2. Alla kostnadsuppgifter från litteraturen är omräknade till svenska kronor år 2022

3. Inkrementell kostnad är kostnader kopplat till programmen, direkta medicinska samt indirekta kostnader såsom produktionsbortfall. Vilka kostnader som tas med varierar mellan studierna och val av ekonomiskt perspektiv.

4. Valutan är beräknad för respektive års växelkurs.

KBT

| Författare och år | Beskrivning av program och kontroll | Land | Tidshorisont Perspektiv | Inkrementell effekt ¹ | Inkrementell kostnad ^{1,2,3,4} |
|----------------------|---|------------|----------------------------|----------------------------------|---|
| Wiles et al., 2014 | Kognitiv beteendeterapi (KBT) kontra standardbehandling | England | Samhällsperspektiv 1 år | 0.057 QALY | 9 123 kronor |
| Tyrer et al., 2017 | KBT kontra standardbehandling | England | Samhällsperspektiv 5 år | 0.011 QALY | - 1 828 kronor |
| Solomon et al., 2020 | (1) IKBT kontra antidepressiva (2) IKBT vs KBT | Australien | Samhällsperspektiv | 1) -0.02 QALY 2) 0.03 QALY | 1) 1171 kronor 2) 14 695 kronor |

1. Inkrementell är skillnaden mellan två olika behandlingsalternativ i antingen kostnad eller effekt.
2. Alla kostnadsuppgifter från litteraturen är omräknade till svenska kronor år 2022
3. Inkrementell kostnad är kostnader kopplat till programmen, direkta medicinska samt indirekta kostnader såsom produktionsbortfall. Vilka kostnader som tas med varierar mellan studierna och val av ekonomiskt perspektiv.
4. Valutan är beräknad för respektive års växelkurs.

Antidepressiva

| Författare och år | Beskrivning av program och kontroll | Land | Tidshorisont Perspektiv | Inkrementell effekt ¹ | Inkrementell kostnad ^{1,2,3,4} |
|----------------------|---|------------|----------------------------|---|--|
| Abbaoui & Bååt, 2015 | Svår depression = Kombinerad behandling kontra antidepressiva Lindrig depression = Kombinerad behandling kontra antidepressiva | Sverige | Samhällsperspektiv | Svår 0,08 QALY Lindrig 0,03 QALY | Svår 22 023 kronor Lindrig: 22 023 kronor |
| Solomon et al., 2020 | (1) IKBT kontra antidepressiva (2) IKBT kontra KBT | Australien | Samhällsperspektiv | 1) -0.02 QALY 2) 0.03 QALY | 1) 1 171 kronor 2) 14 695 kronor |

1. Inkrementell är skillnaden mellan två olika behandlingsalternativ i antingen kostnad eller effekt.
2. Alla kostnadsuppgifter från litteraturen är omräknade till svenska kronor år 2022
3. Inkrementell kostnad är kostnader kopplat till programmen, direkta medicinska samt indirekta kostnader såsom produktionsbortfall. Vilka kostnader som tas med varierar mellan studierna och val av ekonomiskt perspektiv.
4. Valutan är beräknad för respektive års växelkurs.

Vårdsamordnare

| Författare och år | Beskrivning av program och kontroll | Land | Tidshorisont Perspektiv | Inkrementell effekt ¹ | Inkrementell kostnad ^{1,2,3,4} |
|--------------------|---------------------------------------|---------|--|----------------------------------|---|
| Holst et al., 2018 | Vårdsamordnare kontra kontrollgrupp | Sverige | Samhällsperspektiv och hälso- och sjukvårdsperspektiv 1 år | 0.018 QALY | - 11 531 kronor |
| Holst et al., 2021 | Vårdsamordnare vs. standardbehandling | Sverige | Samhällsperspektiv och hälso- och sjukvårdsperspektiv 1 år | 0.03 QALY | - 38 887 kronor |

1. Inkrementell är skillnaden mellan två olika behandlingsalternativ i antingen kostnad eller effekt.
2. Alla kostnadsuppgifter från litteraturen är omräknade till svenska kronor år 2022
3. Inkrementell kostnad är kostnader kopplat till programmen, direkta medicinska samt indirekta kostnader såsom produktionsbortfall. Vilka kostnader som tas med varierar mellan studierna och val av ekonomiskt perspektiv.
4. Valutan är beräknad för respektive års växelkurs.