

Hälsoekonomisk utvärdering av psykiatriska vårdinsatser

Dick Jonsson

Vi har ytterst begränsad kunskap om vilka psykiatriska behandlingsstrategier eller program som är samhälls-ekonomiskt effektiva. Såväl psykiater som hälsoekonomer är överens om betydelsen av förbättrade metoder för att mäta prestationer inom psykiatri, samt behovet av att sprida resultaten från sådan utvärderingsforskning.

Samhällseconomiska utvärderingar används alltmer för att förbättra underlaget för resursallokering inom hälso- och sjukvården. Utvärderingar av behandlingsteknologier för personer med psykisk ohälsa är speciellt värdefulla när de tillämpas på hela sjukdomsförloppet och inkluderar samtliga resursgivares insatser. Utvärderingar av psykiatriska teknologier ställer krav på tvärvetenskapligt arbete vilket också är nödvändigt för att få till stånd utvärderingar med hög kvalitet. De problem som finns vid utvärderingar av psykiatriska teknologier kan i de allra flesta fall övervinnas på samma sätt som vid utvärdering av andra teknologier som används inom hälso- och sjukvården. Det är också angeläget att utvärdera psykiatriska informationssystem, t ex patientregister, datorbaserad diagnostik och register för verksamhetsuppföljning samt möjligheterna att använda socialförsäkringsstatistiken.

Dick Jonsson är doktorand i hälsoekonomi vid Tema hälso- och sjukvården i samhället och verksam vid Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi vid universitetet i Linköping.

Att investera i psykisk hälsa

Vi vet att psykisk ohälsa är ett stort problem för den enskilde och anhöriga samt kräver betydande ekonomiska resursinsatser. En god psykisk hälsa för den enskilde är ett mål i sig som medför ökad handlingsfrihet och möjligheter att nå uppsatta mål. En god psykisk hälsa medför också positiva konsekvenser för anhöriga och samhället. Utifrån ett ekonomiskt perspektiv är insatser i syfte att förbättra befolkningens psykiska hälsa att betrakta som investeringar i hälsa. Investeringar i hälsa kan ske på flera sätt i de psykiska sjukdomarnas

naturalförlopp. Såväl primära som sekundära och tertiära insatser kan vara föremål för samhällseconomisk utvärdering. Vi har ytterst begränsad kunskap om vilka behandlingar eller program som är samhällseconomiskt effektiva. Samhällseconomiska utvärderingar framstår mot denna bakgrund som mycket angelägna.

Samhällseconomiska frågeställningar

Den hälsoekonomiska forskningen om samhällets insatser för människor med psykisk ohälsa kan belysas i fyra grundläggande samhällseconomiska frågor. Den första frågan gäller hur stora kostnaderna är för samhällets stöd och hur stödet finansieras. Utan en kartläggning av kostnader och finansiering är det inte möjligt att överblicka de alternativ som finns för förbättrat stöd. Cost of illness-analyser (1) är exempel på studier som belyser hur totala kostnaderna för psykisk sjukdom fördelar sig.

Den andra frågan berör förhållandet mellan individuella behov och tillgängliga resurser. Behoven varierar beroende på typ av sjukdom och individuella önskemål. På resurssidan är det i många fall svårt att helt tillmötesgå individuella behov. Resursbristen tvingar flertale huvudmän att tillgodose de mest elementära behoven. Ett exempel på studier som berör denna fråga är psykiatriutredningens inventering av vårdbehov och rehabiliteringsinsatser (2).

Den tredje frågan fokuserar på användandet av samhällseconomiska kalkyler, dvs studier av effektiviteten i alternativa resursanvändningar. Resurssammansättningen formuleras i termer av teknologier. Det kan röra sig om medicinska, psykiatriska eller rehabiliterande teknologier. Här finns ett spektrum av samhällseconomiska utvärderingsansatser som kan tillämpas på olika faser i sjukdomars naturalförlopp. Ett nästan klassiskt exempel är Weisbrods cost-benefitanalys av alternativa psykiatriska behandlingar (3).

Den fjärde frågan gäller allmänna samhällseconomiska aspekter på samordning av vårdinsatser, inkomstersättning, bidrag för merkostnader, sociala in-

satser samt utbildnings- och arbetsmarknadsinsatser. De samhällsekonomiska effektivitetsförluster som kan föreligga i stödet till människor med psykisk ohälsa på grund av bristande samordning består främst av att förebyggande och rehabiliterande insatser inte genomförs i tillräcklig omfattning eller alltför sent. Detta kan bli ledande till onödigt höga kostnader. Eftersom ingen har det övergripande ansvaret och ingen ser den totala samhällskostnaden finns inte den nödvändiga kunskapen och grunden för förändring. När det gäller psykiatri är området i det närmaste outforskat.

Utvärderingsmetoder

Syftet med en samhällsekonomisk kalkyl är att undersöka effektiviteten i alternativa resursanvändningar. Effektiviteten bestäms av relationen mellan måluppfyllelse och resursåtgång. Valet av metodansats beror på vilken typ av analys som eftersträvas. Det finns i stort sett fyra tillämpbara analysmetoder (4). Den enklaste metoden är kostnads-minimeringsanalys (CMA) som är aktuell när man enbart vill jämföra olika behandlingsalternativs kostnader. En förutsättning är då att resultaten eller effekterna av de olika alternativen är lika.

I kostnads-effektanalys (CEA) relateras olika behandlingsalternativs kostnader till ett effektmått, t ex symtom, social funktionsförmåga, livskvalitet, boende eller inträde på arbetsmarknaden. Det alternativ som t ex ger lägst kostnad i förhållande till det valda effektmåttet är att föredra. Kostnads-effektanalys är den metod som vunnit mest terräng och en fördel med metoden är möjligheten att välja olika endimensionella effektmått beroende på målsättning. Metoden kan tillämpas på ett brett fält teknologier, speciellt när det gäller utvärderingar som ger förändringar i både kostnader och effektmått.

Med hjälp av kostnads-nytttoanalys (CUA) kan man också jämföra alternativ med olika kostnader och effekter. Fördelen med denna metod är att effekterna inte behöver vara endimensionella. Effekterna kan uttryckas i ett vägt nyttotal som speglar den enskildes värdering av de sammanlagda effekterna mätt med olika effektmått. Det alternativ som ger lägst kostnad per nyttotal eller uttryckt i ett lågt numeriskt värde är att föredra.

Kostnads-intäktsanalys (cost-benefitanalys, CBA) är den enda metod som inte kräver ett uttalat jäm-

En teknologi för psykisk ohälsa är samhällsekoniskt lönsam om det diskonterade nuvärdet är större än noll

förelsealternativ. Det beror på att effekterna värderas i pengar vilket gör att de direkt kan jämföras med kostnaderna. En teknologi för psykisk ohälsa är samhällsekoniskt lönsam om det diskonterade nuvärdet är större än noll. Metoden är speciellt tillämplig på teknologier som minskar vårdinsatser och leder till ökad arbetsförmåga.

Valet av kalkylmetod beror huvudsakligen på ambitionsnivå och datatillgång. Sträcker sig analysen över ett år bör samtliga kostnader och effekter/intäkter deflateras och diskonteras för att korrekt spegla det ekonomiska utfallet.

Psykiatriska teknologier

En stor del av samhällets insatser för människor med psykisk ohälsa kan karaktäriseras som processteknologier. Insatserna sker i samverkan med olika resursgivare t ex landsting, kommuner, arbetsförmedling, arbetsgivare förutom medverkan från den enskilde samt anhöriga m fl. Resurssammansättningen ställer vid forskning krav på tvärvetenskapligt samarbete vilket också är nödvändigt för att få till stånd utvärderingar med hög kvalitet.

När det gäller rehabilitering av psykiskt sjuka kan tyngdpunkten i början av ett sjukdomsförlopp ligga på psykiatriska/psykologiska insatser som i många fall är direkt avgörande för det fortsatta förloppet. I senare skeden kan socialt stöd och service samt utbildnings- och arbetsmarknadsinsatser vara mera framträdande.

Samhällsekonomiska utvärderingar av behandlings-teknologier för personer med psykisk ohälsa är speciellt värdefulla när de tillämpas på hela sjukdomsförloppet och inkluderar samtliga resursgivares insatser. Det finns en risk för suboptimering när endast en del av förloppet utvärderas. Försäkringskassornas verksamhet är också av stor betydelse eftersom psykiatrisk behandling medför betydande konsekvenser för socialförsäkringen.

I utvärderingen gäller det att rekonstruera teknologin så att sambandet mellan resursinsatser och effekter framgår. Samtliga parter resursinsatser i teknologin bör medtagas. I flera fall tvingas man dock avgränsa sig till de mest betydelsefulla kostnadsposterna. Viktiga kostnader för resursinsatser är bl a löner för psykiater/

Syftet med en samhällsekonomisk kalkyl är att undersöka effektiviteten i alternativa resursanvändningar

läkare, psykologer, kuratorer och sjuksköterskor m fl. Andra viktiga kostnader är utrustning och fasta kostnader för lokaler samt omkostnader t ex administration och förvaltning. Till dessa kan läggas kostnader för pedagogiska insatser, t ex vuxenutbildning, arbetsmarknadsutbildning och arbetsmarknadsinsatser av olika slag samt kostnader för personal i mer skiftande verksamhet, t ex i rättssystem och kriminalvård. Dessutom kan det tillkomma kostnader för personliga och arbetstekniska hjälpmedel, läkemedel, insatser i boendet t ex i form av gruppbostad och hemtjänst samt inom transport och kommunikation, t ex färdtjänst. Till dessa resursinsatser kan också läggas den enskildes kostnader och anhöriginsatser men också tidsåtgång t ex i form av resor. När det gäller behandlingsresultatet ska den eller de effekter man vill uppnå kartläggas och värderas. Det kan t ex röra sig om symtom, social funktionsförmåga, arbetsrehabilitering, livskvalitet eller nytta.

För att höja värdet av samhällsekonomiska utvärderingar är det önskvärt att också beakta de finansiella effekter som uppstår. En beskrivning av teknologins kostnader fördelade på olika resursgivare är värdefull, speciellt mot bakgrund av resursgivarnas budgetrestriktioner. Det gäller speciellt mot bakgrund av de anse- nliga socialförsäkringsbelopp som utbetalas i form av inkomst- och merkostnadsersättningar m m. Dessutom är det viktigt att beskriva förändringar i den enskildes sociala och ekonomiska situation. Informationsvärdet kan också höjas, i den mån det är möjligt, genom att generalisera resultaten till nationell nivå.

Det finns tre problem som i varierande omfattning förekommer vid teknologiutvärderingar. Problemen bör uppmärksammas för att undvika svårigheter. När det gäller psykiatriska teknologier kan problemen i de flesta fall övervinnas på samma sätt som vid utvärdering av andra teknologier som används inom hälso- och sjukvården. Det första problemet är att vissa teknologier inte är lätta att standardisera, dvs att resursinsatserna är så pass unika för varje patient att man inte kan tala om en enhetlig behandlingsstrategi. Problemet ska inte överdrivas. Det finns till och med försök i USA som tyder på

Samhällsekonomiska utvärderingar av behandlingsteknologier för personer med psykisk ohälsa är speciellt värdefulla när de tillämpas på hela sjukdomsförloppet och inkluderar samtliga resursgivares insatser

För att utvärderingar av psykiatriska teknologier ska kunna användas vid hälsopolitiskt beslutsfattande bör utvärderingarna i första hand baseras på longitudinella individdata

att terapeutiska insatser går att standardisera (manualbunden terapi). Det andra problemet är att behandlingsresultaten till stor del är individberoende. Det är ofta på det sättet med de flesta behandlingar. Den bästa lösningen för att undvika problemet är att använda ett tillräckligt stort patienturval inom ramen för en randomiserad prospektiv studie. Dessutom bör stor vikt läggas på en diskussion om studiens inklusionskriterium. Det tredje problemet är att behandlingsresultaten inte är mätbara. Problemet berör frågan om det är önskvärt med en utvärdering över huvudtaget men också frågorna om vad som ska mätas och hur det ska mätas. Dessa problem diskuteras ingående i ett flertal studier (5,6,7).

För att utvärderingar av psykiatriska teknologier ska kunna användas vid hälsopolitiskt beslutsfattande bör utvärderingarna i första hand baseras på longitudinella individdata för två avgränsade alternativa teknologier. För att kunna renodla orsakssambanden bör man eftersträva randomiserade försök. Prospektiva studier är att föredra av flera skäl men i många fall tvingas man till en före- och efterstudie helt eller delvis baserad på retrospektiva data. Det kan vara svårt att åstadkomma ett randomiserat försök eller till och med en före/efterstudie. En möjlighet är då att tillämpa en kontrafaktisk design dvs jämföra en teknologi i förhållande till skattningar av ett hypotetiskt alternativ. Den kontrafaktiska undersökningen har dock bristen att lämna kasualitetsproblemet i öppen dager.

Behov av utvärderingar

Såväl psykiatrer som hälsoekonomer är överens om betydelsen av förbättrade metoder för att mäta prestationer inom psykiatrin, samt behovet av att sprida resultaten från sådan utvärderingsforskning (8). Samhällsekonomiska metoder används alltmer för att förbättra underlaget för resursallokering inom hälso- och sjukvården. Utvärderingar av psykiatriska teknologier i syfte att studera alternativa resursanvändningar kan grovt sett delas in i fyra kategorier. Den enklaste formen av teknologiutvärdering är jämförelser av alternativa modifieringar av en behandling. Det kan gälla optimal dos läkemedel eller optimal terapeutisk insats. En mer ambitiös typ av

Vid utvärdering av psykiatriska insatser är värdet av centrala patientregister, datorbaserad diagnostik och register för verksamhetsuppföljning samt möjligheterna att använda socialförsäkringsstatistiken stort

utvärdering gäller jämförelser av konkurrerande behandlingsalternativ. Ett exempel är utvärdering av alternativa antipsykotiska läkemedel och ett annat exempel är utvärdering av alternativa psykospsykoterapeutiska insatser. Den tredje typen av utvärderingar gäller jämförelser av alternativa behandlingsprogram, t ex med rötter i olika ideologier. Det kan t ex röra sig om jämförelser mellan antipsykotiska läkemedel och psykoterapi. Den fjärde typen av utvärdering innebär jämförelser av kombinationer av alternativa behandlingsprogram. Dessa utvärderingar är sannolikt mera intressanta än föregående eftersom de kan skapa klarhet om vilken kombination av resursinsatser, oberoende av ideologi, som är mest effektiv att satsa på. Det kan inte uteslutas att det föreligger synnergieffekter, dvs att vissa resursinsatser inom ramen för olika behandlingsprogram förstärker varandra i en kombinerad behandling med förhöjt behandlingsresultat som följd.

I stort sett är samtliga behandlingsstrategier inom den sektoriserade psykiatrin med samhällsekonomiska konsekvenser lämpliga för utvärdering. Det kan t ex gälla behandlingsstrategier som minskar antalet återinskrivningar på sjukhus. En kontinuerlig öppenvårdskontakt medför ett färre antal korta vårdtillfällen vilket innebär att antalet svängdörrspatienter kan hållas på en låg nivå. Det kan också röra sig om strategier för en effektivare öppenvård och primärvård. Behandlingsstrategier för att förhindra social isolering, alkohol- och drogmissbruk samt kriminalitet är också lämpliga för utvärdering. Det samma gäller strategier som reducerar höga samhällskostnader till följd av bristande samordning mellan kliniker, kommuner och anhöriga m fl.

Några exempel på områden med betydande samhällsekonomiska konsekvenser som är lämpliga för utvärdering är rehabilitering av psykotiska patienter, t ex vid terapirefraktär schizofreni. Behandlingsalternativen

kan vara antipsykotiska läkemedel, psykospsykoterapi och socialt stöd eller kombinationer av dessa. Andra exempel är behandling av depressioner, personlighetsstörda patienter och behandling vid antisocial personlighetsstörning bl a i kriminalvården samt metadonbehandling vid narkomani. I en rapport från Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik ges bl a förslag på ytterligare områden lämpliga för utvärdering (9).

Det finns också andra områden som pockar på en lösning när det gäller utvärderingar av psykiatriska insatser. Det gäller värdet av centrala patientregister, datorbaserad diagnostik och register för verksamhetsuppföljning samt möjligheterna att använda socialförsäkringsstatistiken. Registerstudier och riktade utvärderingsstudier både konkurrerar med och kompletterar varandra beroende på typ av problemställning. I dagsläget finns det inte information som gör det möjligt att ta ställning till vad som ger bästa avkastning i förhållande till gjorda resursinsatser

REFERENSER

1. *Herzman P*: Mentalsjukdomarnas samhällsekonomiska betydelse. IHE-Meddelande 3, Lund, 1982.
2. Socialstyrelsen: Befolkningen och psykiatrin del I, januari, 1992.
3. *Weisbrod B A*: Benefit-Cost Analysis of a controlled experiment; Treating the mentally ill. *Journal of Human Resources* 16, 523, 1981.
4. *Drummond M F et al*: Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford Medical Publications, Oxford, 1987.
5. *Thomas L*: Notes of biology-watcher; The Technology of Medicine. *New England Journal of Medicine* 24, 1366-68, 1971.
6. *Rosenthal G*: Anticipating the costs and benefits of new technology: A typology for policy. I: Altman, S H och Blandon R (eds) *Medical Technology; The Culprit Behind Health Care Costs? Proceedings of the 1977 Sun Valley Forum on National Health*, DHEW publ No (PHS) 79-3216, Washington, 1977.
7. OTA: Assessing the Efficacy and Safety of Medical Technologies - Office of Technology Assessment Congress, US Government Printing Office, 1978.
8. *Allgulander C*: Behov av utvärdering inom psykiatrin. *Läkartidningen* 1993;90:1963-93.
9. SBU: Behov av utvärdering i psykiatrin. SBU, Stockholm 1992.