Begränsad kostnadseffektivitet av screening för depression

Kort rapport

Göran Isacsson
psykiatriska kliniken, Huddinge
Universitetssjukhus, Huddinge

Depression innebär ett stort lidande och nedsatt funktionsnivå för den drabbade individen, med suicid som den yttersta konsekvensen. De samhälleliga kostnaderna för produktionsbortfall på grund av depression är stora. Eftersom de flesta deprimerade inte blir diagnostiserade och korrekt behandlade har olika program för att korrigera detta aktualiserats.

En aktuell amerikansk hälsoekonomisk studie undersökte kostnadseffektiviteten av screening för depression i primärvården [1]. Med hjälp av en sofistikerad så kallad icke-stationär Markovmodell jämförde man livstidskostnaderna för en hypotetisk kohort av 40-åriga patienter som screenades med hjälp av ett självadministrerat formulär respektive erhöll primärvård enligt gängse rutiner.

Merkostnaden för screeningen beräknades motsvara 6 minuter sjuksköterskетid och en minuts läkartid (5 dollar) plus kostnaden för det ökade antalet behandlingar.

»Quality-adjusted life-years«

För att beräkna nyttan av screeningen inlades ett stort antal variabler i modellen: punkt-prevalensen för åtta hälsotillstånd med avseende på depression samt den kommande årliga incidensen av egentlig depression i dessa åtta kategorier, screeninginstrumentets sensitivitet och specificitet, andelen deprimerade som blir adekvat diagnostiserade och behandlade i rutinvård, SSRI-behandlingens effektivitet, individens livskvalitet/ funktionsförmåga i respektive hälsotillstånd, förmodad sjukhusvård och risk för suicid m m. Variablernas värden erhölls via Medlinesökning av publicerade studier (n=350). Uppskattningar av värdena mättes i antalet vunna »quality-adjusted life-years« (QALY).

En intervention ansågs kostnadseffektiv om kostnaden per vunnet QALY understeg 50 000 dollar. Resultatet av analysen visade att en screening per individ och livstid var kostnadseffektiv. Återkommande screening var kostnadsmässigt motiverad bara om modellvariablerna sattes till extremt gynnsamma värden. Variablerna som mest påverkade kostnadseffektiviteten var kostnaden för administration av screeninginstrumentet, prevalensen av egentlig depression, i vilken utsträckning depressionsdiagnos leder till behandling, andelen behandlingar som leder till remission, samt hur stor höjning av funktionsnivån man antar att remissionen innebär.

Bättre behandling bättre

Författarna sammanfattar att analysen ger ett visst stöd för en screening per individ, men att program för förbättrad behandling av depressioner i andra studier visat betydligt högre kostnadseffektivitet (11 000–20 000 dollar per quality-adjusted life-year). Författarna föreslår att primärvården satsar på detta i första hand.

Man tillägger att periodisk screening skulle kunna vara kostnadseffektiv om kostnaderna för att administrera instrumentet minimerades, samt att kostnadseffektiviteten av en screening för flera psykiska sjukdomar på en gång inte kan uppskattas med hjälp av denna analys.

Kommentar

Hälsoekonomiska studier baseras på mängder av antaganden men är värdefulla och nödvändiga. Antagandena i denna studie är evidensbaserade och rimliga och analysen förefaller välgjord. Ytterligare osäkerhet tillkommer dock om slutsatserna tillämpas på svenska förhållanden. Kanske kan man till exempel i Sverige, som har högre suicidfrekvens än USA, vinna fler QALY av en sådan screening? Studien visar emellertid klart att även till synes billiga åtgärder inte nödvändigtvis är kostnadseffektiva.

I Sverige fokuseras det ofta på allmänläkarens kunskaper i diagnostisering och behandling av depression [2], och enligt denna studie synes det alltså vara rätt väg att gå. Svenska allmänläkare har blivit betydligt bättre och mer framgångsrika i diagnos och behandling av depression [3]. Detta torde avspeglas i den kraftigt ökade användningen av antidepressiva medel, och sannolikt även i den kraftigt reducerade suicidfrekvensen [4, 5].

Ökad kunskap i befolkningen

Att öka kunskapen i befolkningen om att depressiva symtom motiverar läkarbesök torde också vara en viktig strategi. I Sverige har dock även försök gjorts (med oklar framgång) att introducera screening-instrument för att underlätta för allmänläkare att upptäcka psykiska sjukdomar. Ett amerikanskt instrument, »Prime-MD« [6], screenar för de vanligaste psykiska tillstånden i primärvården, inklusive depression, och kräver minimala insatser av personal och ingen läkarinsats om inte patienten »screenar positivt«. Det borde undersökas huruvida detta kan användas på ett kostnadseffektivt sätt.

Det återstår ännu mycket innan en individ med depression på samma sätt som en individ med kroppsliga symtom kan påräkna att komma i åtnjutande av befintlig medicinsk kunskap.

Marcia Valenstein, Vijan Sandeep, John E Zeber, Kathryn Boehm, Amna Buttar. The cost-utility of screening for depression in primary care. Ann Intern Med 2001; 134: 345-360.

Referenser

1. Valenstein M, Sandeep V, Zeber JE, Boehm K, Buttar A. The cost-utility of screening for depression in primary care 2001. Ann Intern Med 2001;134:345-60.
2. Rutz W, Wålinder J, Eberhard G, et al. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. Acta Psychiatr Scand 1989;79:19-26.
3. Isacsson G, Boëthius G, Henriksson S, Jones J, Bergman U. Selective serotonin reuptake inhibitors have broadened the utilisation of antidepressant treatment in accordance with recommendations. Findings from a Swedish prescription database. J Affect Disord 1999;53:15-22.
4. Isacsson G. Suicide prevention – a medical breakthrough? Acta Psychiatr Scand 2000; 102:113-7.
5. Isacsson G. Självmordsfrekvensen ner med 25 procent. Ökad användning av antidepressiva medel sannolikt främsta orsaken. Läkartidningen 2000;97:1644-50.
6. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. JAMA 1994;272:1749-56.