

Behandling av alkohol- och narkotikaproblem

Behandling av alkohol- och narkotikaproblem

En evidensbaserad kunskapssammanställning

Volym II

Augusti 2001



SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering
The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care

SBU utvärderar sjukvårdens metoder

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) är en statlig myndighet som utvärderar sjukvårdens metoder. SBU analyserar nytta och kostnader för olika medicinska metoder och jämför vetenskapens ståndpunkt med svensk vårdpraxis. Målet är ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör vilken sjukvård som ska bedrivas. Välkommen att besöka SBU:s hemsida på Internet, www.sbu.se

SBU ger ut tre serier av rapporter. I den första serien presenteras utvärderingar som utförts av SBU:s arbetsgrupper. Dessa utvärderingar åtföljs alltid av en syntes med förslag till åtgärder, utarbetade av SBU:s styrelse och råd. Denna rapportserie ges ut med *gula omslag*. I den andra serien, med *vita omslag*, presenteras aktuella kunskaper inom något område av sjukvården där behov av utvärdering kan föreligga. I samma serie ingår också svenska översättningar av kunskapssammanställningar som utförts i andra länder samt konferensrapporter. Den tredje serien, de *blå rapporterna*, är engelskspråkiga publikationer från SBU.

Denna rapport (nr 156/II) kan beställas från:

SBU, Box 5650, 114 86 Stockholm
Besöksadress: Tyrgatan 7
Telefon: 08-412 32 00 • Fax: 08-411 32 60
Internet: www.sbu.se • E-mail: info@sbu.se

Grafisk produktion av abc på mac
Tryckt av Elanders Graphic Systems, Stockholm 2001
ISBN 91-87890-73-9

Innehåll

Volym II

6. Psykosocial behandling av narkotikaberoende	11
7. Farmakologisk behandling av opioid- och kokainberoende	123
8. Graviditet, nyföddhetsperiod och missbruk	297
9. Ekonomisk utvärdering av missbrukarvård – en översikt.....	311

Appendix

I Presentation av projektgruppen och vetenskapliga granskare	397
II Checklista för kvalitet	401
III Riktlinjer för bedömning av effektstorlekar	403
IV Ordlista	407

Behandling av alkohol- och narkotikaproblem

En evidensbaserad kunskapssammanställning

SBU:s projektgrupp

Mats Berglund (ordförande)	Björn Axel Johansson
Sten Thelander (projektsamordnare)	Anna Lindgren
Sven Andréasson	Björn Lindgren
Johan Franck	Lars Nicklasson
Mats Fridell	Ulf Rydberg
Ingrid Håkanson (projektassistent)	Mikko Salaspuro
	Agneta Öjehagen

Vetenskapliga granskare

Fanny Duckert	Onni Niemelä
Lars Gunne	Barbro Westerholm
Marcus Heilig	Peter Götzsche
Matti Hillbom	

SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering
The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care

9. Ekonomisk utvärdering av missbrukarvård – en översikt

Inledning

Ekonomiska utvärderingar är ett hjälpmedel vid beslut om hur resurser ska användas; i princip ska utvärderingarna ta hänsyn till samtliga förväntade effekter av beslutet – både de positiva och de negativa konsekvenserna av resursanvändningen – oavsett vem som har nytta därav och oavsett vem som bär kostnaderna därför. Se vidare i Bilaga 1 om grunderna för och avsikterna med ekonomiska analyser samt om olika metoder för ekonomisk analys.

Syfte

Denna studies syfte är att identifiera, sammanställa samt kritiskt värdera existerande vetenskapliga studier avseende ekonomiska utvärderingar av olika strategier för behandling av människor som missbrukar alkohol och/eller droger.

Sökstrategi

Sökning av litteratur på området alkohol- och drogmissbruk gjordes i de fyra databaserna: EkonLit, Medline, PsychLit och Current Content. För att inte missa relevanta referenser användes relativt breda sökord: *“alcohol/alcoholism, substance, heroin, opiate, cannabis”* tillsammans med *“treatment”* och *“costs”*. Ur det omfattande materialet valdes därefter de studier som föreföll innehålla ekonomiska utvärderingar eller andra typer av ekonomiska analyser. Ytterligare referenser erhöles via referenslistorna i de artiklar som utvaldes. Tabell 1 nedan visar sökord och databaser samt antalet identifierade studier. Randomisering har ej använts som sökord, eftersom ekonomiska utvärderingar knutna till randomiserade studier eller helt baserade på randomiserade data är sällsynta.

Tabell 1 Resultat av sökning i olika databaser angående ekonomiska utvärderingar av behandling och vård vid alkohol- och/eller drogmissbruk.

Databas	Tidsperiod	Sökord	Antal studier
EkonLit	1969–1998 (mars)	Alcohol	269
		Substance	177
		Cocaine	33
		Heroin	22
		Opiate	2
		Cannabis	1
Medline	1966–1998 (maj)	Alcoholism/treatment/costs	129
		Substance/treat./costs	209
		Cocaine/treat./costs	20
		Heroin/treat./costs	34
		Opiate/treat./costs	14
		Cannabis/treat./costs	5
		Methadone/treat./costs	44
PsychLit	1967–1998 (mars)	Alcoholism/treatment/costs	88
		Substance/treat./costs	108
		Cocaine/treat./costs	15
		Heroin/treat./costs	13
		Opiate/treat./costs	4
		Cannabis/treat./costs	0
		Methadone/treat./costs	27
Current Content	1996–1998 (april)	Alcoholism/treatment/costs	13
		Substance/treat./costs	25
		Cocaine/treat./costs	5
		Heroin/treat./costs	1
		Opiate/treat./costs	6
		Cannabis/treat./costs	1
		Methadone/treat./costs	3

Kvalitetskriterier för bedömning av ekonomiska utvärderingar

I övriga delar av detta SBU-projekt har ett stort antal (kliniska) studier bedömts. Det primära syftet med dessa granskningar har varit (a) att dokumentera huruvida olika vård- eller behandlingsformer har effekt och (b) att bestämma storleken av denna effekt. En bedömning av

kvaliteten i och relevansen av genomförda ekonomiska utvärderingar kan inte helt göras utan att den bygger på denna information. Att det finns stöd i kliniska studier för de antaganden som måste göras om förväntade effekter av olika vård- eller behandlingsformer är en nödvändig förutsättning för den ekonomiska utvärderingens trovärdighet. Att den kliniska dokumentationen föreligger är däremot inte en tillräcklig förutsättning för den ekonomiska utvärderingens kvalitet. Det finns dessutom krav på att den ekonomiska utvärderingen i sig uppfyller bestämda kvalitetskrav.

I den här presentationen av befintliga ekonomiska utvärderingar görs en bedömning enbart av hur den ekonomiska utvärderingen i sig är genomförd. Vi följer därvid en av Drummond föreslagen checklista om tio punkter; se Appendix 1 [10,11]. Denna checklista baseras på mångåriga erfarenheter av egna och andras studier och den har visat sig vara mycket användbar. När tidskriften *British Medical Journal* för ett par år sedan publicerade rekommendationer och råd till artikelförfattare och artikelbedömare, valde man en snarlik checklista [12]. Efter genomgången har vi gett varje artikel ett av följande sammanfattande omdömen om kvaliteten i den hälsoekonomiska utvärderingen som underlag för beslut om hur knappa resurser ska användas:

- otillräcklig information för att en bedömning över huvud taget ska kunna göras
- hög kvalitet
- medelgod kvalitet
- låg kvalitet.

Vid presentationen av de olika studierna görs en indelning efter behandlings- eller vårdteknologi. Presentationen sker här översiktligt i tabellform. En mer detaljerad kritisk granskning av varje enskild studie för sig finns i Appendix 2.

Resultat

I Tabellerna 2–5 nedan redovisas det huvudsakliga innehållet i de ekonomiska utvärderingar som identifierades via litteratursökningen. Tabellerna delas in i olika grupper beroende på vilken behandlingsteknologi

som använts i studien. Av de studier som här redovisas har följande teknologier definierats: sekundärprevention, psykosocial behandling, läkemedelsbehandling samt övriga, där översiktsstudier ingår som innefattar en mix av behandlingsteknologier. Studierna baseras på data från USA, Storbritannien och Australien. I Tabell 6 redovisas en sammanfattning av studiernas kvalitet enligt Drummonds 10 punkter [10,11].

Sekundärprevention

Sekundärprevention innebär bland annat att sjukvårdspersonal rutinemässigt med hjälp av lätthanterliga frågeformulär identifierar individer med riskfylld alkoholkonsumtion. Ekonomiska utvärderingar av sekundärprevention är sällsynta. Litteratursökningen gav endast två studier (Tabell 2), varav den ena inte hade tillräckligt god kvalitet för att utvärderas [13].

I den andra studien, av hög kvalitet, finner man bl a att specialister identifierar fler individer med riskfylld alkoholkonsumtion men till högre kostnad per upptäckt, jämfört med motsvarande insatser av sjuksköterskor [41].

Psykosocial behandling

Totalt identifierades 24 studier där psykosocial behandling av alkohol- och drogproblem utvärderats ur ekonomisk synvinkel, se Tabellerna 2–5. I drygt hälften av dessa jämfördes öppen vård med sluten vård. Resultaten visar att öppen vård mycket väl kan fungera som ett alternativ till sluten vård, då kostnaderna i öppen vård ofta är lägre och effekten av vården ofta är likvärdig [29,32,2]. Chapman och medarbetare fann dock ingen betydande kostnadsskillnad mellan öppen och sluten vård men däremot ett bättre behandlingsresultat i sluten vård, vilket visar att helt säkra slutsatser angående vilken vårdform som är mest lämplig är svåra att dra [8]. Kraft och medarbetare kunde inte identifiera något entydigt samband mellan fler insatser och bättre resultat. Författarna fann exempelvis stora skillnader i "cost-effectiveness"-kvoter (marginalkvoter) mellan att införa en ytterligare åtgärd till metadonbehandling och två ytterligare, till den förras fördel [25].

Att på ett meningsfullt sätt jämföra resultaten mellan olika studier är praktiskt taget omöjligt, eftersom studierna skiljer sig åt i flera avgörande aspekter. I en av studierna ingick storkonsumenter av alkohol från lägre socialgrupper, medan två andra innefattade socialt stabila individer från medelklassen [38,29,32]. De studier som utvärderar psykosocial behandling gör detta för olika typer av drogproblem [2,25,40]. Endast en studie har bedömts ha hög kvalitet, medan fem studier bedömts ha låg kvalitet.

Läkemedelsbehandling

Här identifierades två utvärderingar vilka avser alternativa former för avgiftning, dels i öppen vård, dels i slutenvård [18,4]. I den ena studien, med hög kvalitet, fann man initialt en högre andel lyckade avgiftningar i slutenvård, men skillnaden var inte bestående vid 6-månadersuppföljningen [18]. Liknande resultat, att öppen vård ger lika goda behandlingseffekter som slutenvård vad gäller avgiftning av alkoholmissbrukare och att öppen vård är mindre kostnadskrävande, erhöles även i den andra studien [4]. I den senare studien utelämnades dock väsentliga kostnadsposter utan förklaring och den bedömdes som oanvändbar för ekonomisk utvärdering.

Mix av behandlingsmetoder samt översikter

I Tabell 5 redovisas dels studier som inkluderar flera behandlingsmetoder och dels studier som kan betecknas som översikter av behandlingslitteraturen. Vissa av studierna i denna kategori är inga egentliga utvärderingar av en viss behandlingsteknologi utan snarare kostnadsuppföljningar där författarna hämtat data från olika registerdatabaser [7,20]. Författarna har studerat hur sjukvårdsutnyttjandet förändras efter initiering av vård för individer med alkoholproblem. De huvudsakliga resultaten är att individer med alkohol- och drogproblem som fått aktiva behandlingsinsatser i ett relativt tidigt skede ofta haft lägre totala hälso- och sjukvårdskostnader än individer som inte fått sådana insatser. Studierna tyder på att aktiv behandling av alkoholmissbrukare medför ett mindre sjukvårdsutnyttjande för dessa individer efter behandlingen, vilket är ett intressant resultat i sig, men det säger inget om vilken vårdtyp som är mest lämplig. Barnett och Swindle fann lägre risk för återfall i mindre omfattande

behandlingsprogram jämfört med mer omfattande program för drogmissbrukare [3].

Kvalitetsgranskning

Tabell 6 visar bland annat att i 11 av 18 studier fanns en klart formulerad frågeställning, i 12 av 18 fall gjordes jämförelser med tidigare studiers resultat, i 3 av 18 fall inkluderades alla relevanta kostnader och konsekvenser på ett klart sätt. I endast 3 av 18 studier gjordes en analys av marginalkostnader och känslighetsanalys, dvs hur känsligt resultatet är av en förändring i viktiga variabler. Den något nedslående bild som denna granskning ger är dock inte ovanlig.

I två andra litteraturgenomgångar avseende utvärderingsmetodik och som tillämpat checklistan av Drummond har man funnit liknande resultat [10,26]. I den ena analyserades 65 studier publicerade i 6 olika läkemedelstidskrifter [10]. Den visade att endast 3 av 10 punkter i checklistan hade uppfyllts av hälften av studierna. I den andra gjordes en granskning av ekonomiska utvärderingar i olika medicinska tidskrifter [42]. Den visade att analysmetodik i ett flertal studier inte följer vare sig god ekonomisk teori eller de rekommendationer som hälsoekonomiska experter ger i litteraturen.

Diskussion

Ekonomiska utvärderingar har som syfte att fungera som ett ytterligare underlag till beslutsfattare då beslut ska fattas om användningen av knappa resurser. För att beslutsfattare ska kunna använda ekonomiska utvärderingar, krävs självklart att resultaten är hållbara, vilket förutsätter att utvärderingarna håller tillräckligt hög metodologisk kvalitet. Av Tabell 6 framgår att flertalet studier angående missbrukarvård lider av metodologiska brister: utelämnande av avgörande kostnadsposter, redovisning av genomsnittskostnader i stället för marginalkostnader, egenhändigt producerade index m m.

Värdet av patientens tid under behandling utelämnas i flera studier [38,29,34,8,24,33]. Allt man gör har en alternativkostnad, eftersom

man skulle kunna gjort något annat än man faktiskt gjorde. För att jämförelser mellan olika behandlingsprogram ska vara meningsfulla, krävs kännedom om den ytterligare kostnad ett program medför i förhållande till ett annat, dvs det krävs analyser av marginalkostnader och marginaleffekter vilka ofta är förbisedda mellan olika program. Istället redovisas genomsnittskostnader utan spridningsmått vilket gör det omöjligt att veta om två genomsnittsmått är statistiskt signifikant skilda från varandra [2,4,8].

En ytterligare metodologisk tveksamhet i vissa studier är användandet av olika slags index. I en studie skapas ett index av en expertpanel. Detta används sedan för att bedöma behandlingseffekter [9]. En annan expertpanel kan komma fram till ett annat index och därmed kasta om resultaten. Liknande tveksamheter gäller när författarna själva konstruerar ett index (byggd på antalet publikationer inom ett visst område) som sedan ligger till grund för resultatens utformning [21]. Genom att sponsra ett stort antal forskargrupper i världen skulle t ex ett läkemedelsföretag kunna påverka mängden publicerade artiklar och därmed rankingen för sitt läkemedel i den aktuella studien [21].

Flera så kallade ”cost–benefitanalyser” har också metodologiska brister, bl a att de inte inkluderar alla kostnader och alla ”benefits” [9,33,38].

De ovan refererade studierna baseras på data från studier gjorda i USA och Storbritannien. Hälso- och sjukvårdssystemen i dessa länder skiljer sig jämfört med det svenska, vilket begränsar möjligheterna att direkt överföra resultaten från dessa länder till svenska förhållanden. Hälso- och sjukvården i Storbritannien liknar den svenska i det avseendet att den offentligt producerade vården dominerar samt att all offentligt producerad vård subventioneras. Den privata sjukvården i Storbritannien finansieras helt via försäkringar och patientavgifter [14]. I USA är hälso- och sjukvården till stor del försäkringsfinansierad, medan den svenska (och den brittiska) är skattefinansierad. Detta, och olika sätt att utforma avgiftsstrukturer för patienter och ersättningsystem för läkare och andra sjukvårdsproducenter, skapar olika incitamentstrukturer för vårdgivare, vårdtagare samt vårdfinansierare i de tre länderna. Även inom länderna förekommer olika incitamentstrukturer i olika delar av hälso- och sjukvården.

I Sverige (och Storbritannien) understryks rättvisefrågor i hälsopolitiken, exempelvis i den svenska Hälso- och sjukvårdslagen. Alla individer i Sverige har rätt till lika tillgång till vård. I USA styrs tillgången till vård i princip av innehållet i den försäkring som tecknats av den enskilde individen. De mest utsatta har dock rätt till vård via Medicaid och Medicare [35]. Detta är några av de faktorer som kan påverka resultaten av en viss vård- eller behandlingsteknologi annorlunda i Sverige än i exempelvis USA eller Storbritannien. För att kunna avgöra relevansen för Sverige måste en noggrann jämförelse göras av vilka situationer som egentligen analyseras. Om exempelvis äldre amerikanska studier visar att det blir billigare med öppen vård än institutionsvård, måste man självklart undersöka hur stor andel av vården som redan flyttats över till öppen vård och hur de patienter ser ut som fortfarande vårdas på institution.

Generaliserbarheten av resultaten av denna litteraturgranskning är alltså tveksam. Slutsatser kan i flera fall endast dras för de undersökta populationerna. Studierna baseras ofta på mycket få individer. Uppföljningstiden är i flertalet studier mycket kort, under ett år. Det övervägande antalet studier är av bristfällig kvalitet vad gäller redovisning och beräkning av kostnader och behandlingseksekvenser. Implikationer för situationen i Sverige utifrån de redovisade studierna är få. Det behövs ekonomiska utvärderingar som avser svenska frågeställningar, svenska förhållanden och svenska data.

Konklusion

Missbrukarvården i Sverige tar betydande resurser i anspråk. Inga studier finns tillgängliga som visar i vilken utsträckning resurserna används effektivt. Internationella studier är få och dokumentationen om olika teknologiers och strategiers kostnader och effekter är otillräcklig. Redovisade kliniska studier använder sinsemellan olika effektmått, vilket försvårar jämförelser mellan olika resursanvändningar inom missbruksområdet. Det finns behov av att utveckla gemensamma effektmått, som kan användas för bedömningar av den relativa nyttan av olika inriktningar av missbrukarvården.

Det är angeläget att genomföra ekonomiska utvärderingar av den svenska missbruksvården, dess omfattning och inriktning. Det är huvudmännen för missbrukarvården som har ansvaret för att de resurser som skattebetalarna anförtrott dem används effektivt. Det är därför rimligt att de också tar initiativet till sådana studier.

Tabell 2 Sekundärprevention.

Studie	Beskrivning	Population/Data	Mått på resultat
Tolley & Rowland [41] 1991, UK	Identifiering av alkoholmissbrukare utförda av specialister, underläkare och sjuksköterskor.	Patienter över 16 år som besökte ett specifikt sjukhus. Mycket stor kontrollerad studie.	Sex olika mått, t ex lägst kostnad för identifiering och flest positiva identifieringar.
Fleming [13] 1995, USA	Rådgivning vid sjukhus i syfte att minska missbruk av alkohol och droger.	Patientkaraktäristika framgår ej. Ej kontrollerad studie, n=175.	Minskning i alkoholkonsumtion. Hälso- och sjukvårdsutnyttjande.

Tabell 3 Psykosocial behandling.

Studie	Beskrivning	Population/Data	Mått på resultat
Cicchinelli [9] 1978, USA	Jämförelse av 5 kohorter av patienter. Blandad behandling mellan öppen- och slutenvård.	Patientkaraktäristika framgår ej. Ej kontrollerad "före-efter"-studie, n=2 299.	Produktivitetstvinster som beräknades fram från lönenivåer före behandling.
Rundell [38] 1981, USA	Jämförelse av ett visst program för alkoholister med övriga program i delstaten Oklahoma, USA.	Lägre socialgrupper, arbetslösa och storkonsumenter. Ej kontrollerad "före-efter"-studie, n=126.	Produktivitetstvinster, hälsa, trafikolyckor, kriminalitet och rättsväsende.

Resultat	Utvärdering	Bedömning
Specialister hade flest upptäckta riskpatienter men till högst kostnad. Sjuksköterskor lägst kostnad per upptäckt.	Cost-effectiveness-analys.	Hög kvalitet.
Minskning i konsumtion efter 6 mån.	Kostnads-uppföljning.	Studien uppfyller för få krav för att kunna granskas enligt Drummonds punkter. Bedöms därför ej.

Resultat	Utvärdering	Bedömning
Via ett eget konstruerat värdeindex gavs ett mått på genomsnittsavkastningen på varje investerad dollar i programmet. Behandlingen resulterade i 9–10 dollar tillbaka på varje investerad.	Cost-benefit-analys.	Låg kvalitet.
Benefit-cost-kvot på 4,4:1 för det studerade behandlingsprogrammet jämfört med 2,4:1 för de övriga.	Cost-benefit-analys.	Medelgod.

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 3 fortsättning

Studie	Beskrivning	Population/Data	Mått på resultat
Longabaugh [29] 1983, USA	Patienterna delades upp i sluten- och dagvård på sjukhus. Uppföljning efter 6 månader.	Kontrollerad studie, n=174. Medelklass, socialt stabila individer.	Index: avhållsamhet, anställning, boende och välmående.
McCrary [32] 1986, USA	En ettårs-uppföljning av Longabaugh et al, (1983).	Kontrollerad studie, n=174. Medelklass, socialt stabila individer.	Som ovan samt totalkostnad per avhållsam patient.
Potamianos [34] 1986, UK	Randomiserad fördelning mellan sjukhus- och öppenvård och vård på ett aktivitetscenter. Uppföljning efter 12 månader.	Kontrollerad studie, n=115. Patientkaraktistika framgår ej.	Alkoholkonsumtion före och efter behandling.
Chapman [8] 1991, USA	Jämförelse mellan tre olika behandlingsalternativ för individer med nyupptäckta alkoholproblem.	Randomiserad fördelning av 227 individer till de olika behandlingarna. Uppföljning efter 2 år.	Som resultatmått användes 12 olika dryckesmått och 12 olika arbetsrelaterade mått. Kostnader som behandlingskostnader.

Resultat	Utvärdering	Bedömning
Totalkostnaden för behandling, inklusive avgiftning och eftervård, var lägre för dagvården än för slutenvården och lika terapeutisk bra.	Cost-effectiveness-analys.	Låg kvalitet.
Signifikant lägre kostnader samt lägre Cost-effectiveness-kvot för dagvård. Inga skillnader i värdeffekt.	Cost-effectiveness-analys.	Medelgod.
Alkoholkonsumtionen minskade mer bland patienter på aktivitetscentret. Dessutom genomfördes vården till lägre kostnad.	Cost-effectiveness-analys.	Låg kvalitet.
Inga skillnader i de arbetsrelaterade måtten, skillnader i andel avhållsamhet, fortsatt nykterhet för de som började med sjukhusvård. Totalkostnaden (inkl behandling under hela studietiden) var endast 1 200 dollar mer för sjukhusvården än för AA.	Kostnadsstudie.	Låg kvalitet.

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 3 fortsättning

Studie	Beskrivning	Population/Data	Mått på resultat
Kashner [24] 1992, USA	Jämförelse med avseende på kostnader och effekter mellan traditionell vård och specialiserad vård för äldre alkoholister.	Randomiserad fördelning av 132 manliga individer över 45 år till endera behandlingsformen.	Abstinensnivåer vid uppföljning.
Alterman [2] 1994, USA	Jämförelse mellan dagvård och slutenvård av en månads behandling av kokainmissbrukare.	Randomiserad fördelning av 111 individer (främst manliga med ett 3-årigt kokainmissbruk) till endera vårdteknologi. Uppföljning efter 7 månader.	Resultaten erhöles via ASI före och efter behandling.
O'Farrell [33] 1996, USA	Randomiserad fördelning mellan "behavioral marital therapy" (BMT) och två andra öppenvårdsformer.	Kontrollerad studie, n=34. Manliga gifta alkoholister.	Utnyttjande av hälso- och sjukvården samt rättssystemet före och efter behandling. Äktenskapssituation och alkoholkonsumtionen under studietiden.
Kraft [25] 1997, USA	Studera cost-effectiveness mellan olika stödformer i samband med metadonbehandling, tre olika grupper.	Kontrollerad studie, n=100. Individerna rekryterades från en metadonklinik.	Andel abstinensfria individer i varje grupp.

Resultat	Utvärdering	Bedömning
Behandlingen av individerna i den specialiserade vården hade mellan 1,1 och 4,4% större sannolikhet att rapportera abstinensfrihet. Kostnaderna var i stort sett samma för de båda behandlingsformerna.	Cost-effectiveness-analys.	Medelgod.
Bortfallet var ca 8%. Kostnad per lyckad behandling var 4 218 dollar och 6 898 dollar för dag- respektive slutenvård. Kostnad för rapporterad abstinens från kokain var på motsvarande sätt 2 300 dollar och 6 100 dollar.	Cost-effectiveness-analys.	Medelgod.
BMT resulterade inte i någon bättre costoffset än enbart individuell rådgivning.	Cost-effectiveness- och cost-benefit-analys.	Låg kvalitet.
Marginalanalysen visade att för varje ytterligare effekt som erhöles i grupp (ii) jämfört med (i) var kostnaden 2 289 dollar.	Cost-effectiveness-analys.	Medelgod.

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 3 fortsättning

Studie	Beskrivning	Population/Data	Mått på resultat
Svikis [40] 1997, USA	Cost-effectiveness av behandling av gravida drogmissbrukande kvinnor.	Kontrollerad studie av 100 kvinnor i behandling med 46 icke-matchade kontroller.	Hur stor andel av nyfödda som sändes till en intensivvårdsavdelning för nyfödda (NICU).

Tabell 4 Biologisk behandling av alkoholmissbruk.

Studie	Beskrivning	Population/Data	Mått på resultat
Hayashida [18] 1989, USA	Jämförelse av kostnadseffektivitet i avgiftning i öppen och slutenvård. Uppföljning efter 6 månader.	Randomiserad fördelning av patienter, n=164. Manliga veteraner från låg socialgrupp.	"Beroende-index" med avseende på vård, alkohol, sysselsättning, illegal verksamhet, sociala och psykiska förhållanden.
Bartu & Saunders [4] 1994, USA	Att jämföra avgiftning i två olika miljöer, dels i hemmet och dels på en slutenvårdsavdelning.	Grupperna bestod av vardera 20 matchade individer. Ej kontrollerad studie. Uppföljning efter 15 månader.	Antal standarddrinrar och kostnad för behandlingen vid uppföljningen.

Resultat	Utvärdering	Bedömning
<p>Kvinnorna var inte helt likvärdiga i baselinedata.</p> <p>Färre andel barn sändes till NICU från de behandlade och totalkostnaden var lägre trots behandling, 5 000 dollar, för de behandlade.</p>	<p>Cost-effectiveness-analys.</p>	<p>Medelgod.</p>

Resultat	Utvärdering	Bedömning
<p>Lyckad avgiftning för 72 respektive 95 procent i öppen- respektive slutenvård. Den senare krävde dock längre tid och kostade 9–20 gånger mer. Efter 6 månader fanns inga signifikanta skillnader i avgiftningsresultatet.</p>	<p>Cost-effectiveness-analys.</p>	<p>Hög kvalitet.</p>

<p>Hemgruppen hade en genomsnittskonsumtion om ca 18 standarddrinkar jämfört med ca 49 för slutenvårdsgruppen just före uppföljning. Kostnaden var mellan ca 4 och 9 ggr högre för slutenvårdsgruppen.</p>	<p>En kostnadsstudie och en effektstudie.</p>	<p>Låg kvalitet.</p>
--	---	----------------------

Tabell 5 Mix av behandlingsmetoder samt översikter.

Studie	Beskrivning	Population/Data	Mått på resultat
Jones & Vischi [23] 1979, USA	Översikt av 12 olika undersökningar kring inverkan av alkohol-behandling på framtida vårdutnyttjande.	Medelklass. Litteraturstudier, n=12.	Förändring av vård- utnyttjande efter behandling.
Holder [19] 1987, USA	Efterföljare till Jones & Vischi, (1979).	Blandat. Litteraturstudier, n=12.	Förändring av vård- utnyttjande efter behandling.
Luckey [30] 1987, USA	Översikt av cost– offset-studier för behandling av alkoholister	Blandat. Litteraturstudie.	Kostnadsförändringar.
Reutzel [36] 1987, USA	Hälso- och sjukvårds- kostnader 6 mån före jämfört med 6 mån efter behandling.	Medicaid-patienter. Ej kontrollerad, n=46.	Utgifter för patienterna före och efter vård.
Lessard [27] 1985, USA	Effekter av behand- lingsprogram, 6 mån före och 6 mån efter initiering av behand- ling.	Manliga medelålders individer, n = 190.	Minskad kriminalitet och vårdutnyttjande samt minskade utgifter för socialbidrag.
Blose & Holder [7] 1991, USA	Hur alkoholist- vårdens påverkan på den totala hälso- och sjukvårds- kostnaden relateras till ålder och kön.	Hälso- och sjukvårds- försäkrade behandlade alkoholister. Ej kontrollerad, n = 2 257.	Kostnadsförändringar.

Resultat	Utvärdering	Bedömning
En minskning av hälso- och sjukvårdskostnaderna med 26–69 procent. Medianminskningen var 40 procent.	Kostnadsuppföljning.	Studien behandlas ej i appendix då den endast är en översikt. Bedöms ej.
I fyra undersökningar konvergerade behandlingskostnaderna mot den för befolkningen genomsnittliga kostnaden. I två undersökningar påvisades nettobesparingar.	Kostnadsuppföljning.	Som ovan, bedöms ej.
Två offentligt finansierade behandlingsprogram fann inga bevis på kostnadsbesparingar. I övrigt tyder resultaten på cost–offset-effekt.	Kostnadsuppföljning.	Som ovan, bedöms ej.
Drygt 16 procent minskning av utgifter för patienterna 6 mån efter behandling jämfört med före.	Kostnadsuppföljning.	Studien är för kortfattat beskriven för att kunna granskas vetenskapligt. Bedöms ej.
Av investeringskostnaden för programmet betalade sig 49 procent tillbaka efter 6 månader.	Cost–benefit-analys.	Otillräcklig information. Bedöms ej.
Signifikanta kostnads-skillnader för ålder men ej för kön. För individer under 50 år minskade kostnaderna efter behandling.	Kostnadsuppföljning.	Ingen utvärdering, bedöms ej.

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 5 fortsättning

Studie	Beskrivning	Population/Data	Mått på resultat
Holder [21] 1991, USA	Översikt av 33 olika behandlingsmetoder för alkoholism.	Litteraturstudie, tar ej hänsyn till olika patientkaraktistika.	Ett av författarna eget konstruerat "vägt bevisindex". Behandlingseffekten mäts i en femgradig skala.
Holder & Blose [20] 1992, USA	Hur initiering av alkoholistvård påverkar de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Två olika analyser användes: tidsserie- och variansanalys.	Individer med hälso- och sjukvårdsförsäkring. Kontrollerad studie, n=3 068 för behandlade och n=661 för icke-behandlade.	Förändring i vårdkostnader mellan behandlade och icke-behandlade alkoholmissbrukare.
Barnett & Swindle [3] 1997, USA	Att via regressionsanalys simulera cost-effectiveness av slutenvård för drogmissbrukare.	Individer anslutna till Veterans Affairs databas. Regressionsanalys, n=38 683.	Sannolikheten för återbesök vid ett VA center inom 180 dagar efter avslutad behandling.

Resultat	Utvärdering	Bedömning
Dyra behandlingar innebär inte automatiskt bättre behandlingseffekt.	Cost-effectiveness-analys.	Låg kvalitet.
Tidsserieanalysen visar en minskning i kostnaderna med 23–55 procent medan variansanalysen visar en minskning med 24 procent för de behandlade jämfört med de obehandlade.	Kostnadsuppföljning.	Ingen utvärdering, bedöms ej.
Regressionanalysen visade att sannolikheten för återbesök var lägre då programmen var mindre omfattande, hade längre avsedd tidslängd och då anhöriga ingick som aktivt stöd i behandlingen.	Cost-effectiveness-analys.	Medelgod kvalitet.

Tabell 6 Sammanfattning av genomgången enligt Drummonds et al 10 punkter.

Studie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bedömning
Tolley & Rowland [41] 1991	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nej	ja	nej	ja	Hög
Cicchinelli [9] 1978	ja/nej	nej	ja	ja/nej	ja/nej	ja/nej	ja	nej	nej	ja/nej	Låg
Rundell [38] 1981	ja/nej	nej	ja	ja/nej	ja/nej	ja/nej	ja	nej	nej	ja	Medel
Longabaugh [29] 1983	ja	ja/nej	ja	ja/nej	ja/nej	ja/nej	nej	nej	nej	ja	Låg
McCrary [32] 1986	ja	ja	ja/nej	ja/nej	ja	ja	nej	ja/nej	ja/nej	ja	Medel
Potamianos [34] 1986	ja/nej	ja	nej	ja/nej	ja/nej	ja/nej	nej	nej	nej	ja/nej	Låg
Chapman [8] 1991	nej	ja/nej	ja	ja/nej	ja/nej	ja/nej	nej	nej	nej	ja	Låg

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 6 fortsättning

Studie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bedömning
Kashner [24] 1992	ja	ja	ja/nej	ja/nej	ja	ja/nej	ja	ja/nej	ja	ja	Medel
Alterman [2] 1994	ja	ja	ja	ja	ja/nej	ja/nej	nej	nej	nej	ja	Medel
O'Farrell [33] 1996	nej	ja/nej	ja	nej	nej	ja/nej	ja/nej	nej	nej	ja/nej	Låg
Kraft [25] 1997	ja	ja	ja	ja/nej	ja	ja/nej	ja	ja	nej	ja	Medel
Svikis [40] 1997	ja/nej	ja	ja/nej	nej	ja/nej	ja/nej	nej	nej	ja	ja	Medel
Hayashida [18] 1989	ja	ja	ja/nej	ja	ja	ja	nej	nej	ja/nej	ja	Hög
Bartu & Saunders [4] 1994	ja	ja	ja	ja/nej	ja/nej	ja/nej	nej	nej	nej	ja	Låg

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 6 fortsättning

Studie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bedömning
Holder [21] 1991	ja/nej	ja	ja	ja/nej	ja/nej	ja/nej	nej	nej	ja	ja/nej	Låg
Barnett & Swindle [3] 1997	ja	ja/nej	ja	ja/nej	ja/nej	ja/nej	nej	ja	ja/nej	ja/nej	Medel

Referenser

1. Adrian M. Social cost of alcohol. *Can J Public Health*. 1988;79:316-322.
2. Alterman A, O'Brien C, McLellan T, August D, Snider E, Droba M, Cornish J, Hall C, Raphaelson A, Schrade F. Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:157-163.
3. Barnett P, Swindle R. Cost-effectiveness of inpatient substance abuse treatment. *Health Serv Res* 1997;32:615-629.
4. Bartu A, Saunders W. Domiciliary detoxification: a cost effective alternative to inpatient treatment. *Aust J Adv Nurs* 1994; 11:12-18.
5. Bergmark A, Oscarsson L. Om behandlingsbergreppet inom alkoholvården. I: Berglund M, Andreasson S, Bergmark A, Lindström L, Oscarsson L, Ågren G, Öjehagen A, red. *Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt. Centrum för utvärdering av socialt arbete. Stockholm: Liber Utbildning, 1994:58-79.*
6. Brecht J, Poldrugo F, Schädlich P. Alcoholism. The cost of illness in the Federal Republic of Germany. *Pharmacoeconomics* 1996;10:484-493.
7. Blose J, Holder H. The utilization of medical care by treated alcoholics: longitudinal patterns by age, gender and type of care. *J Subst Abuse* 1991;1:245-253.
8. Chapman Walsh D, Hingson R, Merrigan D, Morelock Stevenson S, Cupples A, Heeren T, Coffman G, Becker C, Barker T, Hamilton S, McGuire T, Kelly C. A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. *N Engl J Med* 1991;325:775-782.
9. Cicchinelli L, Binner P, Halpern J. Output value analysis of an alcoholism treatment program. *J Stud Alcohol* 1978;39: 435-447.
10. Drummond M, Stoddart G, Torrance G. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford Medical Publications. Oxford: Oxford University Press, 1987.
11. Drummond M, O'Brien B, Stoddart G, Torrance G. *Methods for the Evaluation of Health Care Programmes*, 2nd ed. Oxford Medical Publications. Oxford: Oxford University Press, 1997.
12. Drummond M, Jefferson T. Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. *BMJ* 1996;313: 275-83.
13. Fleming M, Wilk A, Kruger J, Kropp S, Manwell L, Desnoyers P. Hospital-based alcohol and drug speciality consultation service: does it work? *South Med J* 1995; 3:275-82.
14. Garpenby P. *Hälso- och sjukvården i Storbritannien. I: Arvidsson G, Jönsson B, red. Sjukvård i andra länder. Stockholm: SNS förlag, 1991:13-57.*
15. Godfrey C. The cost-effectiveness of alcohol services: Lessons for contracting? *Yartic Occasional Paper 2. Centre for Health Economics. York: University of York, 1992.*

16. Gold M, Siegel J, Russell L, Weinstein M. Cost-effectiveness in health and medicine. Oxford and New York: Oxford University Press, 1996.
17. Gordis E. Accessible and affordable health care for alcoholism and related problems: Strategy for cost containment. *J Stud Alcohol* 1987;48:579-585.
18. Hayashida M, Alterman A, McLellan T, O'Brien C, Purtil J, Volpicelli J, Raphaelson A, Hall C. Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patient with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. *N Engl J Med* 1989;38:1371-1385.
19. Holder H. Alcoholism treatment and potential health care cost saving. *Med Care* 1987;25:52-71.
20. Holder H, Blose J. The reduction of health care costs associated with alcoholism: a 14-year longitudinal study. *J Stud Alc* 1992;53:293-302.
21. Holder H, Longabaugh R, Miller W, Rubonis A. The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation *J Stud Alcohol* 1991;52:517-40.
22. Jacobson L, Lindgren B. Vad kostar sjukdomarna? Stockholm Socialstyrelsen 1996.
23. Jones K, Vischi T. Impact of alcohol, drug abuse and mental health treatment on medical care utilization. *Med Care* 1979;17 Suppl:1-82.
24. Kashner M, Rodell D, Ogden S, Guggenheim F, Karson C. Outcomes and costs of two VA inpatient treatment programs for older alcoholic patients. *Hospital and Community Psychiatry* 1992;43:985-989.
25. Kraft K, Rothbard A, Hadley T, McLellan T, Asch D. Are supplementary services provided during methadone really cost-effective? *Am J Psychiatry* 1997;154: 1214-1219.
26. Lee J, Sanchez L. Interpretation of 'cost-effective' and soundness of economic evaluations in the pharma literature. *Am J Hosp Pharm* 1991;48:2622-2627.
27. Lessard R, Harrison P, Hoffman N. Costs and benefits of chemical dependency treatment, *Minnesota Medicine* 1985;68: 449-452.
28. Lindgren B. Cost of illness in Sweden 1965-1974. *Lund Economic Studies* 24. Department of Economics. Lund: Lund university, 1981.
29. Longabaugh R, McCrady B, Fink E, Stout R, McAuley T, Doyle C, McNeill D. Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial vs inpatient settings *J Stud Alcohol* 1983;44:1049-1071.
30. Luckey J. Justifying alcohol treatment on the basis of cost savings. *Alcohol Health Res World* 1987;12:8-15.
31. McDonnell R, Maynard A. The cost of alcohol misuse. *Br J Addict* 1985;80:27-35.
32. McCrady B, Longabaugh R, Fink E, Stout R, Beattie M, Ruggieri-Authelet A. Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial hospital versus inpatient settings after brief inpatient treatment: 12 month outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1986;54: 708-713.
33. O'Farrell T, Choquette K, Cutter H, Floyd F, Bayog R, Brown E, Lowe J, Chan A, Deneault P. Cost-benefit and cost-effectiveness analyses of behavioral marital

- therapy as an addition to outpatient alcoholism treatment. *J Subst Abuse* 1996;8: 145-166.
34. Potamianos G, North W, Meade T, Townsend J, Peters T. Randomised trial of community-based centre versus conventional hospital management in treatment of alcoholism. *Lancet*. 1986;2:797-799.
35. Rehnberg C. Hälso- och sjukvården i USA. I: Arvidsson G, Jönsson B, red. *Sjukvård i andra länder*. Stockholm: SNS förlag, 1991:161-190.
36. Reutzel T, Becker F, Sanders B. Expenditure effects of changes in Medicaid benefits coverage: an alcohol and substance abuse example. *Am J Public Health* 1987;77:503-504.
37. Robinson R. Economic evaluation and health care. What does it mean? *BMJ* 1993; 307:670-673.
38. Rundell O, Jones M, Gregory D. Practical benefit cost analysis for alcoholism programs. *Alcohol Clin Exp Res* 1981;59: 497-508.
39. Sugden R, Williams A. The principles of practical cost-benefit analysis. Oxford: Oxford University Press, 1978.
40. Svikis D, Golden A, Huggins G, Pickens R, McCaul M, Velez M, Rosendale T, Brooner R, Gazzaway P, Stitzer M, Ball C. Cost-effectiveness of treatment of drug-abusing pregnant women. *Drug Alcohol Depend* 1997;45:105-113.
41. Tolley K, Rowland N. Identification of alcohol-related problems in a general hospital setting: a cost-effectiveness evaluation. *Br J Addict* 1991;86:429-38.
42. Udvarhelyi I, Colditz G, Rai A, Epstein A. Cost-effectiveness and cost-benefit analysis in the medical literature: are methods being used correctly? *Ann Intern Med* 1992;116:238-244.
43. Weinstein M, Stason W. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *N Engl J Med* 1977;296: 716-721.

Bilaga 1

Syftet med ekonomiska utvärderingar är att ge information som kan användas för att avgöra på vilka områden och hur resurserna ska användas för att ge det största möjliga utbytet åt människorna i ett samhälle. Analysmetodiken har utvecklats framför allt för att ge stöd till beslutsfattande i sektorer som normalt inte omfattas av marknadsekonomin, dvs den offentliga sektorn, eller vid beslut om resursanvändning då marknaderna inte fungerar tillräckligt väl av andra skäl, exempelvis vid förekomsten av så kallade externa effekter, och då marknadens funktionssätt måste förbättras. I det senare fallet kan information från den ekonomiska utvärderingen användas för att bestämma storleken på korrigerande skatter eller subventioner. Analysmetodiken förutsätter att resurserna kan användas på många olika sätt och omfattar därför alltid en jämförelse med minst ett alternativt sätt att använda samma resurser.

Det är viktigt att observera att de ekonomiska utvärderingarna ska ge information för beslut om den framtida resursanvändningen och således inte utgör någon form av uppföljning av vad konsekvenserna faktiskt blev av ett beslut som redan fattats. Betydelsen av de ekonomiska utvärderingarna som information om hur resurserna bäst ska användas framgår tydligast i de fall då många olika enheter eller sektorer påverkas av beslutet utan att dessa medverkar vid själva beslutsfattandet. Beslutar exempelvis Läkemedelsverket om att tillåta registrering av ett nytt läkemedel i Sverige, påverkas inte direkt Läkemedelsverkets ekonomi eller verksamhet; däremot kan både privatpersoner (patienter), läkare, landsting och försäkringskassa påverkas. Vid prisförhandlingar mellan läkemedelsföretaget och Riksförsäkringsverket avseende det nya läkemedlet används därför numera ofta ekonomiska utvärderingar som tar hänsyn till samtliga kostnader lika väl som samtliga positiva effekter på hälsa och ekonomi.

Missbrukarvården i Sverige använder betydande resurser. Inga studier finns tillgängliga som visar i vilken utsträckning resurserna används effektivt. Får man ut maximalt med positiva effekter av tillgängliga resurser? Skulle man genom att använda andra behandlingsformer kunna öka effektiviteten? Skulle man genom en omfördelning av resurserna mellan olika vårdformer kunna öka

effektiviteten? Är missbrukarvården under- eller överförsörjd med resurser, om den ställs i relation till all annan möjlig användning av knappa resurser i det svenska samhället och till människors alla behov och önskemål? Det är sådana frågor som de ekonomiska utvärderingarna ska försöka besvara. Svaren är av nödvändighet bundna till den tid och plats som frågorna avser. Organisationen och finansieringen av vården ser olika ut i olika länder och ändras över tiden. Samhället i övrigt ser olika ut i olika länder och kan ändras över tiden. Priser och kostnader är olika i olika länder och ändras över tiden. Alternativa behandlings- eller vårdformer är olika i olika länder och ändras över tiden. Kunskapen om alternativens kostnader och effekter kan vara olika i olika länder och kan förbättras över tiden.

Aktuella svenska studier är försvinnande få. Trots att resultaten av eller rekommendationerna från ekonomiska utvärderingar gjorda i andra länder och vid andra tidpunkter inte omedelbart kan överföras till den svenska miljön, är det viktigt att kartlägga vilken kunskap som hittills erhållits. Resultatens och rekommendationernas relevans för Sverige i början av 2000-talet får sedan avgöras från fall till fall. En kritisk genomgång av internationella studier kan också visa styrka och svagheter i fråga om metodologi, som kan utnyttjas vid planering av framtida svenska hälsoekonomiska utvärderingar.

Fyra tekniker för ekonomisk utvärdering inom hälso- och sjukvården och relaterade sektorer

Sedan cost–benefit-analysen infördes som en formell analysteknik för bedömning av stora investeringar av kollektiv karaktär, såsom byggande av broar och flygplatser, har flera olika varianter utvecklats. Numera talar man om fyra olika tekniker för ekonomiska utvärderingar¹ : cost–minimisation-analys, cost–effectiveness-analys, cost–utility-analys (speciellt utvecklad för hälsoekonomin)

¹ Vi använder oss av de engelska uttrycken för att undvika missstolkningar. Längre användes exempelvis "kostnads–nyttö-analys" som översättning av den engelska termen "cost–benefit-analys". När begreppet "cost–utility-analys" introducerades för några år sedan som en särskild sorts "cost–effectiveness-analys", var översättningen inte längre lika självklar. Vi vill också påpeka att ekonomer i det här sammanhanget ofta översätter "effectiveness" med "effekt", medan man reserverar betydelsen av ordet "effektivitet" som översättning av "efficiency". Det senare begreppet relaterar till hur väl man tar tillvara de knappa resurserna.

och cost–benefit-analys. Eftersom begreppen förekommer i den bedömda litteraturen, och eftersom analysteknikerna har olika begränsningar och tjänster – något som kan påverka bedömningen av användbarheten av en studie – finns det anledning att här presentera dem kortfattat.

I ekonomiska utvärderingar ska kostnaderna alltid mätas som alternativkostnader, dvs värdet av de använda resurserna i det bästa alternativa projekt som måste ges upp för att genomföra projektet i fråga. I behandling av missbrukare används i relativt stor utsträckning ideella arbetsinsatser som i sig inte medför några synliga finansiella utgifter. Likväl är sådana insatser en kostnad, vilken består i värdet av vad dessa insatser skulle ha kunnat resultera i på annat håll. Kostnaden är alltså de i och för sig önskvärda varor och tjänster som man måste välja bort och därigenom går miste om – inte en summa pengar [15]. Ofta, men inte alltid, kan emellertid penningssumman vara en någorlunda bra värde-mätare även på alternativkostnaden.

En anledning till att flera olika tekniker förekommer är att de ekonomiska utvärderingarna – likväl som de projekt som ska utvärderas – kräver insatser av begränsade resurser. Det gäller att tillämpa ekonomiska principer också på de ekonomiska utvärderingarna. Kan man få tillräckligt mycket information för ett beslut med hjälp av en förhållandevis enkel teknik, finns ingen orsak att välja den mer komplexa, och sannolikt mera resurskrävande, tekniken. Nedan presenteras de fyra teknikerna efter stigande komplexitet och resurskrav.

Cost–minimisation-analys kan användas som underlag för rekommendationer om hur resurserna ska användas i de fall då det visats att alternativa behandlingsmetoder leder till ett och samma behandlingsresultat. Behandlingseffekterna kan ha fastställts tidigare i kliniska studier, och den ekonomiska utvärderingens uppgift blir då att söka det minst kostsamma alternativet, något som vanligtvis kräver förhållandevis små resurser (även om genomförandet kan innehålla både teoretiska och praktiska problem). Eftersom det ofta kan vara svårt att hävda att olika behandlingsstrategier ger identiska behandlingseffekter, har emellertid cost–minimisation-analysen starkt begränsad användbarhet. Man måste då överväga andra analystekniker.

I cost–effectiveness-analysen skattas både alternativkostnaderna (“costs”) och behandlingseffekterna (“effectiveness”) för relevanta alternativa behandlings-

strategier, varvid behandlingseffekterna mäts i någon gemensam, ”fysisk”, enhet [37,16,11]. Uppgiften blir att finna den strategi som ger största programeffekt till given kostnad. Vunna levnadsår är ett vanligt effektmått som kan användas för jämförelser mellan olika program som huvudsakligen innebär skillnader i förväntad livslängd. För behandlingsprogram för missbrukare kan avhållsamma dagar vara ett användbart effektmått i vissa situationer. Ju vidare effektmått som används, desto fler blir möjligheterna till jämförelser av olika typer av program. Ju snävare mått, desto mer begränsade blir användningsmöjligheterna. Normalt kan cost-effectiveness-analysen endast användas för jämförelser av resursanvändningen inom missbrukarvården eller inom en begränsad del av missbrukarvården.

I cost-utility-analysen uttrycks behandlingseffekterna i form av antalet vunna kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs, Quality Adjusted Life Years). En korrigeringsfaktor (en ”utility”) används för att justera antalet levnadsår för deras hälsorelaterade livskvalitet. Korrigeringsfaktorn ska återspegla hur ett visst hälsotillstånd värderas på en skala från noll (”död”) till ett (”fullständig livskvalitet”). Kvalitetsjusterade levnadsår har utvecklats som ett gemensamt effektmått för helt olika användningar av resurserna inom hälso- och sjukvården. Cost-utility-analysen har därmed den fördelen att den i princip tillåter jämförelser av behandlingsprogram inom missbrukarvården med interventioner inom andra delar av hälso- och sjukvården. Uppgiften blir att finna de program som ger flest kvalitetsjusterade levnadsår inom ramen för en given hälso- och sjukvårdsbudget.

Cost-benefit-analysen är den mest omfattande analystekniken. I princip ska alla positiva och negativa välfärdsskapande effekter, inklusive alla hälsoeffekter, ingå i analysen och mätas i penningenheter. För en enskild individ är värdet av dessa effekter lika med värdet av alla andra varor och tjänster som individen som mest skulle kunna avstå från i samband med att han eller hon får tillgång till det studerade behandlingsprogrammet, dvs individens maximala ”betalningsvillighet”. Välfärdseffekten kan mätas direkt genom att individens betalningsvillighet för ett projekt skattas med ledning av intervju- eller enkätfrågor [39]. Den kan också mätas indirekt genom att man skattar effekterna på variabler som är positivt eller negativt korrelerade med individens välfärd (exempelvis konsumtionsmöjligheter respektive trafikolyckor). I fallet behandling av alkohol- och narkotikamissbrukare ska betalningsvilligheten för en

individ som deltar i en viss vårdform avspeglar välfärdsförbättringen som individen kan antas erhålla av behandlingen. Alkohol- och narkotikamissbruk medför emellertid även negativa externa effekter, dvs negativa effekter som tredje part inte kompenseras för, i form av oskyldiga offer i trafiken till följd av rattfylleri eller våld på offentlig plats. Därför bör även betalningsviljan mätas hos individer som varken konsumerar alkohol eller droger eller ännu mindre behandlas för missbruk. Eftersom icke-missbrukare även kan drabbas av andras missbruk kan de icke-missbrukande vara villiga att betala för att missbruket och därmed de negativa externa effekterna minskar (dvs mindre sannolikhet att de själva drabbas), t o m av rent egoistiska skäl. Till detta kan komma att många människor kanske dessutom bryr sig tillräckligt mycket om andra människors välfärd för att av den orsaken vara villiga att betala för behandling av missbrukare. Den sammanlagda betalningsviljan hos alla individer i samhället är ett mått på den förväntade välfärdsförbättring som genereras av den studerade behandlingsformen. Analystekniken tillåter jämförelser mellan projekt inom helt olika områden, exempelvis en viss form av missbrukarvård jämfört med motsvarande resursinsatser inom den högre utbildningen, försvaret, privata tjänster etc.

Cost–benefit-analysen skulle kunna användas för alla beslutsproblem, både sådana som rör enbart hälso- och sjukvården och sådana som rör hälso- och sjukvården i förhållande till andra sektorer i samhället. Cost–utility-analysen kan däremot endast användas för beslut som inte kräver att hälso- och sjukvårdssektorns budget ökas. Å andra sidan, medan cost–utility-analysen skulle kunna användas för alla strategiska beslut som påverkar resursanvändningen inom hälso- och sjukvården, kan cost–effectiveness-analysen endast användas för beslut som inte kräver att budgetrestriktionen utökas för en viss del av hälso- och sjukvården, exempelvis för missbrukarvården. En ny och dyrare behandlingsteknologi som är avsevärt bättre än alla tidigare kända teknologier för missbrukarvård men som samtidigt är dyrare kan inte införas inom ramen för givna resurser i missbrukarvården utan att vissa missbrukare blir utan vård eller får sämre vård. Ska man kunna argumentera för att resurser förs över från andra områden inom hälso- och sjukvården, måste man kunna visa, exempelvis genom en cost–utility-analys, att resurserna ger större nytta inom missbrukarvården; ett sådant beslut medför att andra patientgrupper inom hälso- och sjukvården får mindre resurser. För att kunna argumentera för att den nya

teknologin ska införas på bekostnad av andra angelägna ändamål i samhället måste man ha tillgång till en cost–benefit-analys.

Det kan tilläggas att det även finns betydande mätproblem vid användningen av dessa analystekniker, oavsett vilken analysteknik som principiellt är den relevanta i ett visst bestämt sammanhang.

Andra typer av ekonomisk analys

All ekonomisk analys är inte normativa utvärderingar som leder till rekommendationer om hur knappa resurser bör användas. Ekonomisk analys används också för att tolka och förklara hur resurserna faktiskt har använts och för att göra prediktioner om den framtida utvecklingen. Många av de studier som vi funnit vid vår litteratursökning är av denna typ. I efterhand (ex post) försöker man då avgöra missbrukarvårdens effekter, framför allt i form av minskade vårdkostnader och ökade produktionsmöjligheter. Sådana analyser eller kostnadsuppföljningar kan vara intressanta för att belysa vilken inverkan som ett nytt behandlingsprogram kan ha haft på utvecklingen av samhällets produktionskapacitet, sjukvårdskostnaderna i allmänhet samt sjukvårdens inriktning och sjukvårdskostnadernas fördelning mellan olika sjukdomsgrupper i synnerhet.

Ex-post-beräkningar ger emellertid inte någon information om det hälsoekonomiska värdet av planerade program. Om den ekonomiska analysen ska kunna tjäna som beslutsunderlag innan det slutliga beslutet fattas, måste analysen utformas på ett helt annat sätt. Då ska man i förväg (ex ante) försöka bestämma vilka positiva effekter, biverkningar och kostnader som kan förväntas vid olika utformningar av programmen. Då är det någon av de analystekniker som anges ovan som ska användas.

Appendix 1

Kontrollpunkter för ekonomiska utvärderingar inom hälso- och sjukvården [10,11]

1. Ställs i undersökningen en välformulerad fråga som är möjlig att besvara?
 - 1.1 Undersöks både kostnader och resultat av programmet?
 - 1.2 Gör undersökningen en jämförelse mellan olika alternativ?
 - 1.3 Anläggs någon speciell utgångspunkt för undersökningen, och är undersökningen avsedd för något speciellt beslut?

2. Ges en fullständig beskrivning av de olika alternativen i undersökningen?
 - 2.1 Är något viktigt alternativ uteslutet?
 - 2.2 Övervägs alternativet att inte göra någonting alls, eller borde det övervägas?

3. Finns det bevis för att behandlingsresultatet uppnåtts?
 - 3.1 Är resultatet bevisat med en slumpmässig, kontrollerad klinisk undersökning? Om inte, hur starka är bevisen för resultatet?
 - 3.2 Redovisas kliniska studier som fastslår effekten av behandlingen?
 - 3.3 Används antaganden för fastställandet av effekten, i så fall vad finns det för potentiell bias i resultaten?

4. Är alla viktiga och relevanta kostnader och konsekvenser identifierade för varje alternativ?
 - 4.1 Beaktades tillräckligt med aspekter för att ge möjlighet att besvara frågeställningen?
 - 4.2 Beaktar undersökningen alla relevanta alternativ?
 - 4.3 Är kapital- och driftskostnader inkluderade i undersökningen?

5. Mäts kostnader och konsekvenser i lämpliga fysiska enheter?
 - 5.1 Är det någon av de identifierade aspekterna som inte mäts? Om så är fallet, betyder det att den aspekten inte har någon betydelse i den följande analysen?
 - 5.2 Finns det några omständigheter som försvårar mätningarna? Behandlas dessa på ett lämpligt sätt?

6. Är kostnader och konsekvenser värderade på ett trovärdigt sätt?
 - 6.1 Är källorna för beräkningarna klart identifierade?
 - 6.2 Används marknadspriser för värdering av förändringar?
 - 6.3 När ett marknadsvärde saknas eller där det inte avspeglar det faktiska värdet, görs det då en justering för detta?
 - 6.4 Görs en skälig värdering av de framställda konsekvenserna? Dvs används en lämplig typ av analys ?

7. Tas hänsyn till att kostnader och konsekvenser inträffar vid olika tidpunkter?
 - 7.1 Är kostnader och konsekvenser som inträffar i framtiden diskonterade till nuvärde?
 - 7.2 Vilken motivering framställs till den använda diskonteringsräntan?

8. Görs en analys på marginalen av kostnader och konsekvenser för de olika alternativen?
 - 8.1 Görs en jämförelse av den extra kostnad ett alternativ medför i förhållande till ett annat alternativ med den ytterligare effekt som följde av den extra kostnaden?

9. Görs någon känslighetsanalys?
 - 9.1 Om data eller kostnader kommer från slumpmässiga urval, användes lämpliga statistiska metoder?
 - 9.2 Ges någon motivering till de värden som användes i känslighetsanalysen?
 - 9.3 Är resultatet från undersökningen känsligt för förändringar av viktiga värden?

10. Innehåller presentationen och diskussionen av undersökningens resultat alla följder som är intressanta för den som tar del av undersökningen?
 - 10.1 Är slutsatserna baserade på något generellt index eller på någon kvot såsom kostnaden i förhållande till någon effekt? Om så är fallet, är detta relevant eller mekaniskt tolkat?
 - 10.2 Jämförs resultatet med andra liknande undersökningar?
 - 10.3 Diskuterar undersökningen det generella i resultaten för andra vårdformer och vårdgrupper?
 - 10.4 Nämnar eller tar undersökningen hänsyn till andra viktiga faktorer i beslutsfattandet, exempelvis fördelningsaspekter?
 - 10.5 Diskuterar undersökningen genomförandet av projektet? Är det möjligt att genomföra det förordade projektet eller programmet inom existerande finansiella ramar eller andra restriktioner, och kan frigjorda resurser omdisponeras till andra program eller projekt som det finns behov av?

Appendix 2

Hälsoekonomiska utvärderingar avseende behandling av patienter med alkohol- och drogmisbruk. En detaljerad kritisk granskning av den internationella litteraturen.

Sekundärprevention av alkohol- och drogproblem [41].

Syfte: Att studera kostnaden för identifiering (screening) av patienter med alkoholproblem utförd av tre olika yrkeskategorier.

Metod: Via frågeformulär intervjuades patienter över 16 år som uppsökte ett specifikt sjukhus. Tre yrkeskategorier användes vid identifieringen: (1) sjuksköterskor (37), (2) underläkare (38) och (3) 1 alkoholarbetare. Personalen uppmanades att undersöka samtliga medicinskt och ortopediskt nyintagna patienter vid Yorks distriktssjukhus, då intervjun endast tog en och en halv minut. Effektiviteten i hur varje yrkesgrupp kunde identifiera riskpatienter mättes som andelen respektive grupp undersökte relativt andelen positivt identifierade. Kostnader mättes som värdet av tidsåtgången för respektive yrkesgrupp, övriga kostnader ansågs vara konstanta och därmed inte påverka resultatet. Sex olika cost-effectiveness-mått användes. 1. Lägst kostnad per undersökning. 2. Störst antal undersökta. 3. Högst nivå av positiva identifieringar. 4. Lägst genomsnittskostnad per positiv identifiering. 5. Acceptabel marginalkostnad per ytterligare positiv identifiering. 6. Acceptabel marginalkostnad per ytterligare positivt "inträde" (admission).

Resultat: Resultaten redovisas efter de 6 resultatmått. Lägst kostnad per undersökning hade sjuksköterskor, men detta mått är inte troligt att beslutsfattare endast går efter ty det utesluter alternativen relativt effektiviteten. Sjuksköterskorna har även störst antal undersökta relativt antal mottagna patienter. Läkarnas resultat angående antal patienter som de genomförde "screening" på var endast 27 procent av samtliga mottagna. En viss motvilja att rutinmässigt undersöka patienter för alkoholproblem bland läkarna kan, enligt författarna, förmodligen vara en av förklaringarna till läkarnas låga resultat. Högst nivå av

positiva identifieringar, 12,8 procent hade specialisterna. Inga större skillnader mellan de tre grupperna vad avser genomsnittskostnad per positiv identifiering, dock dyrare att identifiera problemdrickare bland kvinnor än bland män. "Acceptabel" marginalkostnad för ytterligare positiv identifiering gäller för samtliga yrkesgrupper, vissa könsrelaterade skillnader finns dock. "Acceptabel" marginalkostnad per ytterligare positivt "inträde" hade sjuksköterskor och specialister. Läkarna hade dels färre undersökta, dels högre kostnad än sköterskorna. Författarna menar att genom studier som denna ges komplement till beslutsfattare vid val av behandlingsåtgärder av patienter med riskfyllt beteende med avseende på alkohol. Behandling kan sättas in på ett tidigt stadium och därmed förhindra dels patientrelaterade, dels samhällsrelaterade problem.

Klinisk relevans: Genom cost-effectiveness-studier angående valet av personal vid undersökning och identifiering samt den positiva effekten av att tidigt identifiera riskpatienter kan beslutsfattare på ett bättre sätt utnyttja de tillgängliga resurser som står till buds.

Drummond et al:s tio punkter [10,11]:

1. Ja. Författarna avser att jämföra cost-effectiveness mellan olika yrkeskategorier vid "screening" av patienter med alkoholproblem. Studien utgår från sjukhusledningens perspektiv.
2. Ja. Åtgärden, vilken består av intervjuer via frågeformulär, beskrivs någorlunda utförligt. Författarna nämner också att de som identifierats som positiva delas in i två grupper, dels en för behandling, dels en utan behandling.
3. Ja. Tidigare studier visar att alkoholmissbruk medför stora problem för såväl enskilda individer som samhället i stort. Tidig identifiering av alkoholmissbruk är därför positivt.
4. Ja. De enda relevanta kostnaderna i denna studie är värdet av den tidsåtgång respektive yrkesgrupp lägger på identifiering.

5. Ja. Kostnader mäts via lönenivån för respektive yrkeskategori. Konsekvenser mäts via sex olika mått angående identifiering av patienter med alkoholproblem.
6. Ja. Kostnaderna värderas via marknadslöner som kan ses som en någorlunda trovärdig approximation av den verkliga alternativkostnaden. Konsekvenserna värderas efter ett frågeformulär.
7. Nej. Ej relevant i denna studie.
8. Ja. Exempelvis var läkarnas positiva identifieringsnivå jämfört med sjuksköterskornas, 20 fall per 1000 identifierade till en kostnad av 0,65 pund per varje ny positiv identifiering.
9. Nej. Känslighetsanalys nämns inte.
10. Ja. Slutsatsen från studien är att tidig identifiering av potentiella alkoholmissbrukare har positiva effekter. Val av identifieringspersonal är upp till sjukhusledningen att avgöra. Huruvida resultaten är direkt överförbara på andra sjukhus diskuteras inte. Viss allmängiltighet torde dock gälla då de olika yrkesgrupperna borde vara någorlunda homogena mellan sjukhus och därmed också deras beteende.

Kommentarer: I studien jämförs cost-effectiveness för tre olika yrkeskategorier för att utföra "screening" och identifiering av patienter som uppsöker vård vid ett sjukhus. Policyrelevansen av en sådan här studie borde vara stor då det med relativt små medel finns chanser dels att minska sannolikheten att vissa individer faller in i ett missbruk dels att hushålla med knappa resurser. Allmängiltigheten kan dock ifrågasättas av det faktum att det endast var en specialist med i studien. Huruvida dennes förmåga är ett genomsnitt av samtliga specialister kan ej bedömas. En viss bias i dennes resultat kan inte uteslutas. Studien är slutligen ett slags exempel på hur man enkelt kan använda cost-effectiveness-analys inom ett sjukhus.

Kvalitetsbedömning: Hög kvalitet. Resultatens allmängiltighet lider dock av att det endast var en specialistläkare med i studien, men helhetsintrycket blir positivt.

Cicchinelli L, Binner P, Halpern J. Output value analysis of an alcoholism treatment program. J Stud Alcohol 1978;39:435-447 [9].

Syfte: Att, via en "output-value"-analys, illustrera en tillämpning av en utvärderingsmetod. Tillämpningen görs genom att fastställa effektivitet och duglighet av en viss behandling med fem olika patientgrupper vid Alcohol Division of Fort Logan Mental Health Center.

Metod: "Output-Value" (OV) metoden är en enklare form av cost-benefit-analys med de avvikelserna att den enbart inkluderar utskrivna patienter vid beräkning av benefits och i kostnadsberäkningen ingår enbart de direkta behandlingskostnaderna. Benefits beräknas i analysen genom att skatta hur mycket de utskrivna patienterna svarar på behandlingen plus individens ökade produktivitet. Ett OV-index skattades genom att dividera benefits med resursinsatsen. Hur individerna svarade på behandlingen mättes genom att anvisa varje patient till en av fyra olika kategorier av initialt "försämringstillstånd". En tabell skapades via de fyra försämringstillståndskategorierna och fem olika klasser av hur patienterna svarade på behandlingen. Olika vikter, mellan -1 och +1, sattes till varje kombination i matrisen, via specialisters värderingar. Exempelvis erhåller kombinationen ett initialt gravt försämrat tillstånd till en märkbar förbättring vikten 1,00 medan kombinationen ett initialt litet försämrat tillstånd till märkbar förbättring vikten 0,60. Genom att undersöka patienternas initiala hälsotillstånd vid ankomsten till behandlingscentret och sedan jämföra med resultatet vid utskrivning erhöles en vikt via matrisen. Denna vikt multiplicerades sedan med 10 000 dollar för att erhålla ett värde på hur mycket individen svarade på behandlingen. Kostnaderna för behandlingen beräknades som antal dagar i behandling multiplicerat med kostnaden per dag. I studien användes en population om 2 299 individer vilka skrivits in för första gången för behandling mellan åren 1969 till 1974.

Resultat: Behandlingsprogrammets duglighet (efficiency) som mätt via OV-index ger på varje investerad dollar ett produktionsvärde på 9,69 dollar. Författarna finner att resultatförbättringar sker främst för dem som initialt var i sämst tillstånd, vilket delvis är ett resultat av att resultatförbättringar för dem i sämst tillstånd ges störst vikt i modellen. En annan förklaring, enligt författarna, kan vara att de i redan dåligt skick har större motivation att ta till sig behandling och därmed förbättra sitt hälsotillstånd.

Klinisk relevans: Det framgår inte vilken beslutssituation som avses med studien, men resultaten borde vara intressanta för budgetplanerare då det framgår att behandlingen ger mer benefits än kostnader. Nu kan man dock inte dra några långtgående policy slutsatser av denna studie då den inte inkluderar skattningar på samtliga kostnader och benefits relaterade till behandlingen. En mer specifik analys, dvs en cost–benefit–analys som inkluderar samtliga kostnader och konsekvenser skulle ge policyrelevanta resultat.

Drummond et al:s tio punkter [10,11]:

1. Ja/Nej. Författarna avser att visa tillämpningen av en utvärderingsmetod genom att fastställa ett visst behandlingsprogramms effektivitet.
2. Nej. OV-analysen täcker inte alla kostnader och konsekvenser som i en egentlig “cost–benefit”-analys. Hur behandlingen gick till beskrivs ej i studien. Hur patienterna undersökts vid fastställandet av den initiala och slutliga graden av alkoholrelaterade skador är ej heller beskrivet. En redovisning av sammansättningen av den professionella expertisen som fastställer hälsotillstånden skulle vara av intresse att ta del av. Det framgår att det är “mental health professionals”. Är detta personal som enbart har att göra med alkoholpatienter att göra?
3. Nej. Författarna refererar ej till några tidigare studier där behandlingseffektiviteten kan bekräftas.
4. Ja/Nej. Författarna avser att göra en OV-analys där enbart de i studien inkluderade kostnaderna och konsekvenserna ingår. Det går därför inte att jämföra denna studie med en “cost–benefit”-analys, (vilket heller inte författarna gör).
5. Ja/Nej. Kostnaderna mäts enligt OV-analysen som direkta programkostnader, men det går ej att skilja mellan kostnaden per dag och antal dagar i behandling eftersom endast den totala summan för behandlingstillfället är redovisat. Konsekvenserna mäts bland annat via hur de professionella bedömarena skapade matrisen med olika vikter. Det förefaller som ett aningen osäkert mått så länge som det inte refereras till i andra studier.

6. Ja/Nej. Kostnaderna mäts som behandlingskostnader, huruvida dessa kan avses spegla marknadspriser är oklart då det ej nämns något om hur prissättningen går till vid behandlingscentret. Det monetära värdet av konsekvenserna baseras dels på vad "specialisterna" givit för vikt till varje svar-på-behandlingskombination, och dels på vad som framgår av ett behandlingsformulär som ifyllts vid utskrivningen.
7. Ja. Kostnaderna mäts i 1973-års penningvärde.
8. Nej. Det genomförs ej någon marginalanalys.
9. Nej. Det nämns överhuvudtaget inte.
10. Ja. Författarna presenterar och diskuterar sina resultat relativt utförligt. Vad som saknas är data från studien som de hänvisar till och jämför med; resultat från "the Adult Psychiatry Division". Kostnader och konsekvenser borde ha redovisats i en gemensam tabell för att underlätta för läsaren.

Kommentarer: Författarna har inte för avsikt att genomföra en "cost-benefit"-analys utan en enklare variant, en så kallad Output-Value-analys. Avsikten med studien, i den mening vad den är ämnad för, veckar lite oklar. Å ena sidan visar den resultat som tyder på samhällliga vinster med behandling av alkoholmissbrukare, å andra sidan uppfyller studien inte samtliga krav på en ekonomisk utvärdering, vilket gör resultaten aningen verkningslösa för vidare implikationer. Bakgrundsvariabler angående de studerade individerna diskuteras inte, vilket får till följd att analyser huruvida resultaten är direkt överförbara till alla sorters individer inte är möjliga. Författarnas eget skapade "OV-index" är känsligt för förändringar. Ett annat "forskarlag" skulle kunna skapa ett index med andra värden och på så sätt komma fram till helt andra resultat. Studien är dock cirka 20 år gammal och vid tidpunkten för dess genomförande var ekonomiska utvärderingar i sin begynnelse inom hälso- och sjukvårdssektorn. Metodutvecklingen har sen dess gått framåt och därför kan man inte förvänta sig att studien ska ha uppfyllt alla tio punkterna, som publicerades 10 år efter publikationen av studien.

Kvalitetsbedömning: Låg kvalitet. Det saknas för mycket i studien för att den ska vara av något egentligt värde.

Rundell O, Jones M, Gregory D. Practical benefit cost analysis for alcoholism programs, Alcohol Clin Exp Res 1981;59:497-508 [38].

Syfte: Att undersöka "costs" och "benefits" för ett behandlingsprogram av individer som missbrukar alkohol.

Metod: Studiepopulationen bestod av intagna individer i ett specifikt behandlingsprogram, program A, i delstaten Oklahoma, USA. Individerna tillhörde främst de lägre socialgrupperna och bestod främst av män i 50-årsåldern. Av de 346 patienter som initialt behandlades följdes 126 framgångsrikt upp under 6 månader. Behandlingsprogrammet genomfördes vid privata, icke vinstdrivande vårdhem. Författarna mäter benefits efter följande mått: ökad produktivitet, minskade utgifter för hälso- och sjukvård, minskade bilolyckor och kostnad för rättsväsendet. Kostnaderna skattades via dels behandlingsskostnader, dels administrativa kostnader. Behandlingsskostnaderna erhöles som värdet av ersättningen för en individs behandling som andel av den totala ersättningen från samma individs program. Denna andel multiplicerades sedan med den totala budgeten för det använda programmet. De administrativa kostnaderna beräknades genom att dividera ersättningen för en given individ med ersättningen för samtliga individer i samma behandlingsprogram. Genom att addera behandlingsskostnaden med den administrativa erhöles den totala kostnaden per patient. För program A var den i genomsnitt 321 dollar. För att få en uppfattning om program A:s "costs" och "benefits" görs en jämförelse med motsvarande uppgifter för ett genomsnitt för hela delstaten.

Resultat: Totala "benefits" efter ett år uppgick, för program A, till 1 428 dollar och motsvarande "costs" summerades till 321 dollar vilket ger en netto-benefit-effekt på 1 107 dollar per patient. Motsvarande nettoeffekt för delstatsgenomsnittet var 784 dollar. Den främsta orsaken till skillnaden är att kostnaden för det genomsnittliga programmet var knappt 250 dollar dyrare. Benefit-cost-kvoter för program A är 4,4:1 och 2,4:1 för det genomsnittliga. Kvoten för exempelvis program A, innebär att varje satsad dollar ger 4,4 dollar tillbaka. Författarna är dock medvetna om vissa brister i studien, främst vad gäller kostnadssidan, så därför bör ej långtgående policyslutsatser dras. Däremot visar den, enligt författarna, att behandling av alkoholister är, ur samhällets synvinkel, fördelaktigt.

Klinisk relevans: Enligt författarna görs studien ur samhällets synvinkel i denna “cost–benefit”-analys av alkoholistvård. Resultaten visar att varje satsad dollar ger fler tillbaka för det specifika vårdprogrammet, vilket är intressant för beslutsfattare att känna till. Bristerna i studien gör dock att resultaten inte bör generaliseras utan vidare analys.

Drummond et al:s tio punkter [10,11]:

1. Ja/Nej. Författarna uttrycker inte helt konkret något egentligt syfte med studien. De avser att undersöka, via en “cost–benefit”-analys, ett behandlingsprogramms prestanda.
2. Nej. Några alternativ diskuteras ej då studien bygger på om den undersökta behandlingen, *per se*, är befogad.
3. Ja. Det refereras till andra studier angående “cost–benefit”-analysens effektivitet vid studier av behandling av alkoholister.
4. Ja/Nej. Författarna intar samhällets synvinkel och därför måste alla “costs” och “benefits” inkluderas. Detta görs inte då författarna utelämnar de indirekta kostnaderna för vårdprogrammet, dvs förlorad inkomst under sjukhusvistelsen. Vad som inkluderas är de direkta behandlingkostnaderna, och detta görs i genomsnittstermer, vilket inte täcker in samtliga för samhället uppkomna kostnader. “Benefits” mäts främst i termer av ökad produktivitet och minskade utgifter för hälso- och sjukvård. Individernas betalningsvillighet för vården är inte inkluderad.
5. Ja/Nej. Ökad produktivitet mäts som nuvärdet av individernas lön (faktiska lön) före, och sex månader efter behandlingstillfället. Ökade hälsoeffekter mäts som nuvärdet av skillnaden i genomsnittligt antal sjukhusbesök före och efter behandling multiplicerat med den genomsnittliga sjukhuskostnaden (för samtliga sjukdomar). Kostnaderna mäts, inte som förordas via “unit-costing”, utan som beskrivits under *Metod*.
6. Ja. Marknadspriser i form av löner används som mått på produktivitet, men genomsnittliga priser används för sjukhuskostnaden, vilket inte helt

- överensstämmer med de inblandade individernas faktiska kostnad. Resultat från en annan studie används för skattning av det monetära värdet av hälsoförbättringar, vilket är en tveksam metod om inte studien i fråga anses vara av högsta kvalitet och med resultat som anses som allmänt gällande. Författarna nämner inget om detta.
7. Ja. Författarna använder sig av nuvärdesberäkningar av benefits med en diskonteringsränta på 10 procent (enligt författarna en *reasonable rate*). Kostnaderna nuvärdesberäknades ej då de endast inkluderar direkta behandlings- och administrativa kostnader.
 8. Nej. Endast ett alternativ analyserades.
 9. Nej. Genom att använda sig av beräkningar med olika diskonteringsräntor skulle författarna lätt kunna se hur resultatet är beroende på vilken diskonteringsränta som väljs.
 10. Ja. Författarna redovisar benefits och costs samt benefit–cost-kvoter för dels program A, dels för delstaten som helhet. Slutsatserna angående program A:s bättre, rent ekonomiskt, jämförelsetal gentemot delstaten i helhet kan inte uteslutas bero på patientsammansättningen. Begränsningarna med studien kommenteras, dels vad gäller olika beräkningar, dels att skillnader i vårdresultat kan bero på skillnader i patienternas förmåga att ta till sig behandlingen än behandlingen i sig.

Kommentar: Författarna skattar benefits via externa effekter, vilket kan ses som ett alternativ (om än inte så bra) till vad man egentligen är ute efter. Teoretiskt korrekta cost–benefit-analyser ska baseras på individernas betalningsvillighet [10,11] för att uppnå en viss effekt. “Benefits” i studien mäts som minskade kostnader, vilket inte är en egentlig mätning av en välfärdsförbättring. En mer korrekt beräkning av benefits skulle inkludera dels den inblandade individens egen nytta och dels alla andras nytta av behandlingen. En utförligare beskrivning av vilken typ av vård som avses vore önskvärd. “Intangible” benefits och costs saknas vilket dock är ett vanligt problem i cost–benefit-analyser. Att basera analysen av hälsoeffekter på en annan studies resultat, skapar onödiga bias i de egna resultaten.

Kvalitetsbedömning: Medelgod kvalitet. Avsaknaden av “intangible” benefits och costs samt vissa indirekta kostnader gör att bedömningen sjunker.

Longabaugh R, McCrady B, Fink E, Stout R, McAuley T, Doyle C, McNeill D. Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial vs inpatient settings six months outcomes. J Stud Alcohol 1983;44:1049-1071 [29].

Syfte: Att testa hypoteserna: (1) huruvida beteendeorienterad behandling av alkoholmissbrukare på sjukhus är lika effektivt i såväl dagvård som slutenvård och (2) huruvida dagvård är mindre kostsam än slutenvård.

Metod: Patienter som besökte Butler Hospital under perioden februari 1979 och mars 1980 och som uppfyllde sex kriterier angående alkoholmissbruk innefattas i studien. Av de 260 som medtogs i undersökningen föll 86 bort och studien baseras således på 174 individer. De matchades i två grupper, den ena befann sig på sjukhuset endast dagtid medan den andra tillbringade hela behandlingsperioden på sjukhuset. Båda grupperna erhöll samma typ av vård från samma personal. De bortfallna individerna jämfördes med de som inkluderas i studien via baseline-data och man fann inga signifikanta skillnader mellan grupperna. Patienterna delades villkorligt in slumpmässigt, villkorligt på så sätt att man tog hänsyn till antalet gifta och arbetslösa i varje grupp.

Datainsamling: Via intervjuer beskrivs ett tämligen omfattande index, The Butler Hospital Alcoholism Treatment Outcome Index för varje patient. Uppföljning sker via kortare månatliga telefonintervjuer och efter sex månader görs den initiala intervjun igen och därmed kan behandlingseffekten fastställas. Kostnadsdata erhöles via sjukhusräkningar, vilka innehöll totala kostnader under behandlingstiden samt alla kostnader associerade till behandlingen under uppföljningstiden.

Resultat: Såväl dag- som slutenvårdspatienterna ändrade sina dryckesvanor på ett positivt sätt efter behandlingen. Exempelvis ökade antal avhållsamma dagar från cirka 46 respektive 38 till 156 respektive 158 för slutenvårds- respektive dagvårdspatienterna. Även andra så kallade ”livsuppgifts”-variabler förbättrades. Kostnader beräknades som genomsnittskostnader för den totala vårdkostnaden

och den var 4 400 dollar för slutenvård och 2 700 dollar för dagvård. Sammantaget bekräftar resultaten, de under *syfte*, ställda hypoteserna. Författarna beskriver också begränsningarna med studien. För det första så är tidsperioden kort, 6 månader, vilket gör långsiktiga analyser omöjliga. För det andra finns det ingen kontrollgrupp för vilka resultaten kunde jämföras med och slutligen kan generaliseringar endast göras till motsvarande patienter. Den huvudsakliga slutsatsen enligt författarna är att dagvård visar sig vara åtminstone lika terapeutiskt bra samt mer “cost-effective” än slutenvård, för patienterna i denna studie.

Klinisk relevans: Författarna nämner inget om ur vilken beslutssituation som studien avser. Man kan dock tänka sig att resultatet vänder sig främst till beslutsfattare på sjukhusledningsnivå då dessa har ett stort inflytande över vilken behandling sjukhuset bör inrikta sig på. Eftersom vården som utförs är identisk mellan dag- och slutenvården finns det ingen anledning att utföra den dyrare slutenvården om det visar sig att den är mindre “cost-effective”. Författarna inkluderar enbart de faktiska vårdkostnaderna vilket innebär att de inte gör anspråk på en mer generaliserad analys ur samhällets synvinkel. En samhällslelig analys skulle dock kunna bidra med mer information och därmed bättre beslutsunderlag till beslutsfattare angående vilken typ av vårdteknologi som samhällets resurser borde satsas på.

Drummond et al:s tio punkter [10,11]:

1. Ja. Författarna ställer upp två hypoteser som testas. I undersökningen beskrivs både kostnaden och resultatet av behandlingsprogrammet för de båda grupperna. Vilken beslutssituation som studien avser beskrivs ej.
2. Ja/Nej. Författarna beskriver behandlingsprogrammet översiktligt och hänvisar till annan studie för mer detaljer.
3. Ja. Båda programmen medförde förbättrade alkoholvanor men all effekt kan inte förklaras av själva behandlingen då kontrollgrupp saknades.
4. Ja/Nej. Samtliga kostnader är beskrivna via sjukhusräkningar medan värdet av produktionsbortfallet under behandlingen inte inkluderas, ej heller

kommenteras frånvaron av desamma. Detta tyder på att studien inte görs ur samhällets synvinkel, då samtliga kostnader skulle inkluderas.

5. Ja/Nej. Det framgår inte vad som ingår i sjukhusräkningarna, vilket enkelt skulle kunna göras och som underlättar läsförståelsen. Kostnader för laboratorietest och andra åtgärder av den typen beskrivs som negligerbara och ej signifikant skilda mellan grupperna. Behandlingseffekterna mäts i sex olika variabler.
6. Ja/Nej. Resultaten av kostnaderna redovisas i genomsnittliga mått vilket endast är relevant för genomsnittspatienten, varför en mer utförlig kostnadsanalys borde innehålla den faktiska resursåtgången. Denna metod är dock mer tidskrävande vilket gör att genomsnittskostnader ofta används. Effekterna värderas efter olika utfall före och efter behandlingen, som exempelvis andel yrkesverksamma.
7. Nej. Den korta tidsperioden kräver inte det.
8. Nej. Det finns ingen sammanställning på cost-effectivenessresultaten mellan grupperna och inte heller någon marginalanalys.
9. Nej. Det skulle kunna göras via inkludering av resekostnader för dagvårdspatienterna, vilka måste resa till och från sjukhuset varje dag vilket medför transaktionskostnader. Hur detta påverkat resultatet borde inkluderas.
10. Ja. Slutsatsen är att öppenvården uppvisar en högre kostnadseffektivitet, dock kan inga slutsatser dras för längre tidsperioder. Eftersom besluts-situationen inte uttryckligen klargörs är det svårt att avgöra om alla kostnader och konsekvenser är inkluderade

Kommentar: Författarna redovisar inga cost-effectiveness-kvoter, ej heller redovisas kostnader och effekter i en gemensam tabell. Läsaren får hoppa mellan olika tabeller för att dra slutsatser om kostnadseffektiviteten. En tabell som visar en sammanställning på kostnader, effekter och "cost-effectiveness"-kvoter skulle göra framställningen bättre. Avsaknaden av kontrollgrupp gör att de positiva resultaten av vården kan bero på patienten, ej vården. Slutsatsen att dagvårdsbehandling är mer kostnadseffektiv är tveksam då bland annat rese-

kostnader för dagvårdspatienter inte är inkluderade. Vilken typ av vård som avses är inte klart beskrivet, utan författarna hänvisar till en annan studie för en mer detaljerad beskrivning.

Kvalitetsbedömning: Låg kvalitet.

McCrary B, Longabaugh R, Fink E, Stout R, Beattie M, Ruggieri-Athelet A. Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial hospital versus inpatient settings after brief inpatient treatment: 12 month outcomes. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1986;54:708-713 [32].

Syfte: Att följa upp resultaten från Longabaugh et al (1983) [29] med ytterligare 6 månader och jämföra dagvård med slutenvård i kliniska och kostnadseffektiva termer.

Metod: Samma patienter som i Longabaugh et al (1983) [29]. Från den ursprungliga populationen om 174 patienter var det 115 som fullföljde de ytterligare 6 månaderna och som denna studie baseras på. Individerna tillhör medelklass och anses som socialt stabila.

Datainsamling: Genom intervjuer månadsvis, på motsvarande sätt som i Longabaugh et al (1983) [29]. Kostnadsdata insamlades dels genom direkta kostnader via sjukhusräkningar under behandlingen samt under uppföljningsperioden och dels genom indirekta kostnader så som värdet av förlorad arbetsinkomst och extra barnomsorgsavgifter. Resekostnader till och från sjukhuset saknas.

Resultat: De positiva resultaten från de sex första månaderna i minskad alkoholkonsumtion enligt Longabaugh et al (1983) [29] består även efter 12 månader. Cost-effectiveness mättes genom att relatera kostnaderna till behandlingseffekten och att bestämma de nödvändiga kostnaderna för att åstadkomma en ytterligare förbättring i behandlingseffekten. Det visade sig att cost-effectiveness-måtten för exempelvis avhållsamma dagar per 100 dollar i behandlingskostnad var 5,4 för dagvård och 4,2 för slutenvård. Vidare var den totala behandlingsskostnaden per avhållsam patient knappt 10 000 dollar i dagvård

medan den i slutenvård uppgick till drygt 13 000 dollar. Författarnas slutsatser är bl a att det förekommer lägre behandlingstkostnader för partiell sjukhusvård jämfört med ”fullständig” och lägre cost-effectiveness-kvoter för partiell sjukhusvård. Om den senare effekten är signifikant eller ej, framgår ej. Slutligen fann man att inga skillnader förekommer i behandlingseffekter mellan vårdformerna.

Klinisk relevans: I tider av allt knappare resurser finns det skäl för att kostnader och konsekvenser av olika behandlingsalternativ ställs mot varandra. Författarna avser att jämföra två alternativ som kan användas av beslutsfattare vid prioriteringar av vårdprogram och av försäkringsbolag då beslut ska tas om vilka vårdformer som ska inkluderas i en försäkring. Specifik beslutssituation framgår ej.

Drummond et al:s tio punkter [10,11]:

1. Ja. Författarna utvecklar frågeställningen från Longabaugh et al (1983) [29] och jämför individer som följdes upp under 12 månader med de som endast deltog i 6 månader. Det uttrycks att en mer detaljerad cost-effectiveness-analys görs mellan dagvård på sjukhus och slutenvård på samma sjukhus, än i Longabaugh et al (1983) [29]. Det framgår ej vilken besluts-situation som avses.
2. Ja. En utförlig beskrivning om behandlingsprogrammet finns tillgängligt. En kontrollgrupp ingår dock ej, vilket innebär att en jämförelse med alternativet ingen behandling alls, inte görs.
3. Ja/Nej. Positiva behandlingsresultat refereras men om dessa bygger på slumpmässiga kontrollerade kliniska studier, framgår ej.
4. Ja/Nej. I denna studie, i motsats till dess föregångare Longabaugh et al (1983) [29], har författarna tagit hänsyn till såväl direkta som indirekta kostnader. De senare består dels av värdet av förlorad arbetsinkomst och dels av barnomsorgsavgifter för hemmavarande individer. Kapital- och driftskostnader har dock ej särredovisats. Resekostnader har inte inkluderats.

5. Ja. En relativt detaljerad beskrivning av kostnaderna och konsekvenserna görs, men vad som ingår i de direkta kostnaderna, dvs sjukhusräkningarna framgår ej.
6. Ja. Värdet av förlorad arbetsinkomst beräknades genom att multiplicera dagsinkomsten med antal arbetsdagar på sjukhus. Vissa individer var dock arbetslösa och värdet av deras förlorade fritid är inte medräknad. Ytterligare kostnader i form av återbesök under uppföljningsperioden beräknades också. För de kostnader som inte fanns tillgängliga, t ex kostnader i öppenvården, skattades dessa.
7. Nej. Den korta tidsperioden gör denna metod överflödig.
8. Ja/Nej. Författarna redovisar cost-effectiveness-mått, så som hur många abstinenta dagar man erhåller av 100 insatta dollar och hur mycket det kostar för en extra abstinent dag. Vad som saknas är en marginalanalys mellan behandlingsformerna. Nu görs det två marginalanalyser, en för varje behandling. Det intressanta är hur mycket en marginalförändring i effekt mellan behandlingsformerna generar i för marginalkostnad.
9. Ja/Nej. Endast för sådana kostnader som ändå inte påverkar resultatet i någon större omfattning t ex barnomsorgsavgifter och öppenvårdsbesök under uppföljningsperioden. Författarna skulle ha genomfört en känslighetsanalys på de variabler som resultaten är mest känsliga för, i detta fallet sjukhuskostnader.
10. Ja. Författarna refererar till andra studier med likvärdiga populationer, dvs medelklassindivider, där resultaten pekar åt samma håll vilket ökar generaliserbarheten i författarnas resultat. Begränsningarna med studien, t ex att 32 procent av de initiala individerna inte deltog i 12-månadersuppföljningen och på så sätt skapar en viss osäkerhet huruvida resultatet skulle påverkas om de i stället fullföljt, diskuteras.

Kommentar: Kostnaderna gäller endast för det specifika sjukhuset. Det spekuleras i att kostnaderna för motsvarande vård vid något specifikt behandlingscenter för alkoholister kan vara billigare. Dock nämns inget om huruvida prissättningen på andra privata icke-vinstdrivande sjukhus är likvärdig. Författarna

inkluderar indirekta kostnader som förlorad arbetstid och barnomsorgsavgifter. Kostnader till och från sjukhuset inkluderas dock ej. Jämförelsen mellan dagvård och slutenvård blir som i fallet i Longabaugh et al (1983) [29], haltande då det saknas en kontrollgrupp som inte behandlas alls. Vi vet nu inte hur mycket som individerna skulle ha blivit hjälpta den naturliga vägen och hur mycket i förbättringarna som kan tillskrivas vården, detta är dock ett vanligt problem i dylika studier. Författarna redovisar medelvärde och standardavvikelser i Tabell 4, för respektive behandling och en enkel beräkning av t-värden, som författarna borde ha gjort, visar att hypotesen att behandlingarna är signifikant skilda från varandra, förkastas. Det går alltså inte att konkludera att det med säkerhet finns någon skillnad i de uppnådda resultaten mellan behandlingarna. Med ett större material skulle skillnaderna, om de finns, bättre kunna belysas.

Kvalitetsbedömning: Medelgod kvalitet. Bättre än föregångaren då fler kostnadsposter inkluderats och cost-effectiveness-kvoter redovisats. Policyrelevansen är dock fortfarande tveksam, främst pga att det material som studerats är så litet.

**Potamianos G, North W, Meade T, Townsend J, Peters T.
Randomised trial of community-based centre versus conventional hospital
management in treatment of alcoholism. Lancet 1986;2:797-799) [34].**

Syfte: Att beskriva effektiviteten vid ett aktivitetscenter för alkoholistvård jämfört med öppen- och slutenvård vid ett allmänt sjukhus utan särskilda avdelningar för vård av alkoholister.

Metod: Patienter med alkoholproblem rekryterades till studien från ett specifikt sjukhus. Individerna som uppfyllde tre specifika krav, exempelvis att de är mellan 18 och 60 år och att de konsumerar 80 g ethanol under högkonsumtionsperioder, innefattas i studien. Patienterna delades slumpmässigt in i antingen sjukhusvård eller vård vid aktivitetscentret. Det förra innehåller öppen- och slutenvård samt besök hos Anonyma Alkoholister. Patienterna följdes upp under ett år samt utvärderades via intervjuer två gånger under tiden. Såväl alkoholkonsumtion som vårdutnyttjande beskrevs. Kostnaderna beskrevs via genomsnittskostnader per slutenvårdsdag, 85 pund, genomsnittskostnad per öppenvårdsbesök, 22 pund, och genom besök hos allmänläkare vid rådgivning, 4,60 pund.

Resultat: Randomiseringen av fördelningen mellan grupperna resulterade tillfredsställande förutom att patienterna vid aktivitetscentret hade en högre alkoholkonsumtion, men detta beaktades vid analysen. Vid studiens slut hade 79 procent av de initialt 155 individerna följts upp. Båda behandlingsformerna medförde positiva effekter på alkoholkonsumtionen. Totalt minskade alkoholkonsumtionen med 37 procent för sjukhuspatienterna och med 55 procent för patienterna vid aktivitetscentret. Genomsnittskostnaden per patient för behandlingsformerna var 498 pund vid aktivitetscentret och 687 pund för sjukhusgruppen. Författarnas slutsats är att vård vid aktivitetscentret sker till lägre kostnad samt är likvärdig med sjukhusvård.

Klinisk relevans: Författarna menar att resultaten av studien visar att vård vid aktivitetscentret har en roll att spela vid vård av alkoholister på distriktsjukhus, och om kostnadsanalysen gjordes mer ingående borde såväl vårdgivare som finansärer ha nytta av studien.

Drummond et al:s tio punkter [10,11]:

1. Ja/Nej. Författarna har en allmän formulering för att beskriva effektiviteten vid olika behandlingsinstitutioner. Utgångspunkten är att jämföra ett lokalt inrättat aktivitetscenter med vanlig sjukhusvård. Ingen besluts-situation anges.
2. Ja. En någorlunda fullständig beskrivning om hur behandlingen går till beskrivs. Vad som sker i öppen- och slutenvården framgår dock inte. Alternativet att inte göra något inkluderas inte.
3. Nej. Författarna refererar ej till tidigare kliniska studier angående behandlingseffekter av alkoholmissbrukare.
4. Ja/Nej. Kostnaderna beskrivs via genomsnittskostnader vilka i sig inte ger en helt fullständig bild av den faktiska resursåtgången. Kostnader som exempelvis värdet av förlorad arbetsinkomst inkluderas inte.
5. Ja/Nej. Konsekvenserna mäts via olika mått, varav den viktigaste är förändring i alkoholkonsumtion, men kostnaderna är inte relevant beskrivna.

6. Ja/Nej. Genomsnittskostnaderna baseras på vad vårdgivarna debiterat. Effekter mäts som exempelvis alkoholkonsumtion före och efter behandling men indirekta mäts inte alls.
7. Nej. Tidsperioden medför att det inte behövs.
8. Nej. Författarna gör ingen marginalanalys, inte heller beskrivs några cost-effectiveness-kvoter.
9. Nej. Författarna beskriver endast förändringen i alkoholkonsumtionen och den totala kostnaden per patient för respektive behandlingsform.
10. Ja/Nej. Författarna diskuterar den positiva effekten av vård vid aktivitetscentret samt dess relativt låga kostnad. De anser därför att denna vårdform bör inkluderas i framtida vårdformer av alkoholmissbrukare. Någon diskussion relaterad till tidigare studier görs ej vilket försvårar tolkningen av författarnas egna resultat.

Kommentar: Avsaknaden av relevant information, t ex bortfallsanalys, känslighetsanalys av kostnadsvariablerna gör att resultaten blir svårtolkade. Är kostnadsskillnaderna signifikanta? Hur mycket kostar likvärdig vård vid andra aktivitetscentra? Dessa icke besvarade frågor minskar trovärdigheten i resultaten. Referenser till tidigare studier skulle, på ett enkelt sätt, kunna förstärka trovärdigheten i resultaten. Författarna gör inte anspråk på att göra en cost-effectiveness-studie, men ändå hävdar de att aktivitetscentret är likvärdigt med avseende på behandlingseffekten och billigare än sjukhusvården. Att basera slutsatser för policyimplikationer på den information som ges i studien är vanskligt. Författarna uttrycker dock inte att deras avsikt är att göra en ekonomisk utvärdering av olika vårdformer och därför kan man inte förvänta sig att Drummonds punkter ska vara uppfyllda, författarna uttrycker i stället att de ska värdera en ny vårdform. Å andra sidan blir värdet av en studie av olika vårdformer lågt med nuvarande metod.

Kvalitetsbedömning: Låg kvalitet.

Chapman Walsh D, Hingson R, Merrigan D, Morelock Stevenson S, Cupples A, Heeren T, Coffman G, Becker C, Barker T, Hamilton S, McGuire T, Kelly C. A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. The New England Journal of Medicine 1991;325:775-782 [8].

Syfte: Att jämföra effekten av behandling i obligatorisk sjukhusvård med olika former av ”självhjälps-behandling”.

Metod: Randomiserad fördelning av individer som nyligen upptäckts ha alkoholbesvär på jobbet till tre olika rehabiliteringsformer. Den första innebar en initial behandling på sjukhus följt av deltagande hos Anonyma Alkoholisters (AA:s) gruppmöten under ett år. Den andra innebar behandling enligt AA under hela perioden (minst ett år) och den tredje gick ut på att individerna själva fick välja vårdform (sjukhusvård, AA, öppenvård, m fl). Individerna valdes ut via data från ett stort företag i USA, där individerna nyligen upptäckts som alkoholmissbrukare och därför kommit i kontakt med ett “employee-assistance program” (EAP). Av de 371 individer som kontaktade (EAP) mellan åren 1982 och 1987 var 243 möjliga att inkludera i studien, varav 16 föll bort. Totalt fördelades 227 individer slumpmässigt till de olika behandlingsformerna. Baseline-data samlades in via intervjuer och genomfördes 5 gånger ytterligare under uppföljningstiden. Den typiske individen var en vit man i 30-årsåldern med ett yrkesutbildat- eller ”semi”-yrkesutbildat arbetaryrke. Kostnadsdata var enbart behandlingskostnader. Resultatmätt gjordes för 12 olika dryckesmått och 12 olika arbetsrelaterade mått.

Resultat: Av de 227 individer som deltog föll 27 bort under den tvååriga uppföljningstiden. Samtliga individer som deltog uppvisade förbättringar i de arbetsrelaterade resultatmåten, förutom de 31 som avskedades. Bland de 12 arbetsrelaterade måten uppvisades inga signifikanta skillnader mellan de tre olika behandlingsformerna. Resultaten enligt dryckesmåtten var förbättringar med viss avtagande effekt över tiden. I bl a antalet dagliga drinkar var det inga signifikanta skillnader mellan grupperna, men för exempelvis andel avhållsamhet och fortsatt nykterhet under tidsperioden uppvisade de som började med sjukhusvård ett bättre resultat än individerna i de andra två grupperna. Kostnaderna skattades enbart som sannolikheten för sjukhusvård för alla individer i de tre grupperna under tidsperioden, multiplicerat med kostnaden per dag

(400 dollar). Kostnaderna för hela tidsperioden visade att AA var endast 1 200 dollar (eller 10 procent) billigare än sjukhusvården. Sjukhusvården var bättre men inte mycket dyrare menar författarna.

Klinisk relevans: Studiens relevans ligger i att den jämför kostnader och konsekvenser för tre olika program som borde kunna generera information till beslutsfattare på sjukhusledningsnivå såväl som på hälso- och sjukvårdsnivå om prioriteringar mellan olika vårdteknologier.

Drummond et al:s tio punkter [10,11]:

1. Nej. Författarna missar att konkretisera ett speciellt syfte med studien. De talar om tidigare studiers resultat om hur mycket vård som bör läggas på alkoholmissbrukare, ”i studien undersöker vi frågan genom en randomiserad fördelning av...”. Beslutssituation framgår ej.
2. Ja/Nej. Det framgår inte riktigt vad som sker på sjukhuset, vilken typ av personal som används, mer än att individerna är på möten hos AA.
3. Ja. Författarna hänvisar till andra studiers resultat som jämfört olika behandlingsalternativ.
4. Ja/Nej. De enda kostnaderna som inkluderats är behandlingskostnader för sjukhusvården under den tvååriga studietiden. Författarna nämner att vissa kostnader inte inkluderats men inte varför. Det sägs också att mötena var gratis hos AA, vilket sannolikt betyder inga patientavgifter. Icke desto mindre påtvingar de en kostnad för lokaler som använts och de individer som var där skulle ha kunnat göra annat under tiden de var på mötena. Författarna verkar ha missat detta synsätt. Konsekvenserna identifierades emellertid på ett rimligt sätt, bl a via självrapporterad konsumtion vid baseline och under uppföljningsperioden.
5. Ja/Nej. Kostnaden på sjukhuset mäts som dygnskostnad. Detta är rimligt men som läsare skulle man vilja veta vad som är inkluderat i form av lokaler, administrativ personal och övriga så kallade overhead-kostnader. Att säga att mötena på AA betingar noll i kostnad är en felaktig bedöm-

- ning, även om patientavgiften är noll så uppkommer en kostnad för lokaler och personal och patienter som skulle kunnat göra annat i stället för att vara på just det mötet. Konsekvenserna mättes på ett rimligt sätt.
6. Ja/Nej. Behandlingskostnaderna mäts enligt antagandet om en kostnad på 400 dollar per dag. Vad detta mått härrör ifrån framgår ej. Att mötena på AA har en nollkostnad är felaktigt. Alternativkostnaden för de som var där skulle ha kunnat ha mätts som exempelvis förlorad arbetstid.
 7. Nej. Det nämns inget om diskontering under perioden, ett sjukhusbesök som gjordes tidigt i perioden kan inte antas ha samma kostnad som ett som gjordes sent. En vanlig diskonteringsränta är 3–5 procent. Eftersom sjukhusgruppen har sina besök i början och de andra har sina besök i senare delen av perioden skulle AA-gruppens och den valfria gruppens kostnad minska sammanlagt.
 8. Nej. Marginalanalys nämns överhuvudtaget inte.
 9. Nej. Känslighetsanalys nämns inte.
 10. Ja. Författarna redovisar effekterna och kostnaderna i olika tabeller och figurer. För läsarens del (åtminstone om man gör en ekonomisk utvärdering) skulle en tabell som samtidigt visar både effekter och kostnader vara av nytta. Man skulle på så sätt lättare kunna avgöra om en viss vårdtyp var förenlig med både bättre effekt och lägre kostnad. Diskussionen går igenom svagheter med studien, framför allt det lilla urvalet, (runt 80 i varje grupp minus bortfall vid uppföljning). Fördelning av individerna var slumpmässig och tvångsmässig, individerna var dock medvetna om detta innan, men att tvångsmässigt gå till möten hos AA kan generera skilda resultat än om individerna gjorde det frivilligt.

Kommentar: Studien analyserar tre olika behandlingsformer av alkoholistvård. Frågan som ställdes i inledningen var hur mycket vård som är tillräckligt. Tillräckligt för vad, kan man då fråga sig. Resultaten från studien visar att det inte nödvändigtvis är så att slutet sjukhusvård är sämre och/eller dyrare, vilket, framför allt vad gäller det senare, den ofta anses vara. När författarna skattar kostnaderna gör de det enkelt för sig, då de endast inkluderar antal förväntade

dagar på sjukhus under uppföljningsperioden. Det visade sig att de som initialt erhöll sjukhusvård hade nästan lika många dagar på sjukhus under perioden som de övriga grupperna, dvs minst behov av återbesök. Författarna gör ingen marginalanalys som skulle kunna visa vad en ytterligare abstinert patient kostar i exempelvis den valfria gruppen som hade en lägre effekt men en lägre kostnad. Denna analys är intressant eftersom ingen vårdform dominerar en annan, dvs är både billigare och bättre.

Kvalitetsbedömning: Låg kvalitet.

Kashner M, Rodell D, Ogden S, Guggenheim F, Karson C. Outcomes and costs of two VA inpatient treatment programs for older alcoholic patients. Hospital and Community Psychiatry 1992;43:985-989 [24].

Syfte: Att undersöka "outcome" och kostnader för behandling av äldre alkoholister enligt ett speciellt program riktad till denna åldersgrupp, "older alcoholic rehabilitation" (OAR).

Metod: Behandling enligt OAR jämfördes med traditionell vård, och tre hypoteser testades. (1) att abstinensnivåerna skulle vara högre i OAR, (2) att skillnaden i abstinens skulle öka då äldre patienter i de två behandlingsformerna jämfördes och (3) att behandlingen enligt OAR skulle vara mer "produktiv". "Produktiviteten" av alkoholismbehandlingen mättes som förändringen i sannolikheten av att rapportera abstinens per slutenvårdsdag, eller per gruppterapiomgång, per öppenvårdsbesök eller utgifter per behandling. Studiepopulationen bestod av män 45 år eller mer, som skrevs in för avgiftning vid ett medicinskt center mellan den 1 juli 1987 och den 1 juni 1989 och som bodde i Arkansas. Av de 332 individer som var kvalificerade deltog 137 i studien som varade i drygt ett år. Dessa individer fördelades slumpmässigt till endera behandlingsform. Båda grupperna genomgick initialt en avgiftningskur, sedan ett 3–4 veckors slutenvårdsprogram följt av en ettårig öppenvårdsbehandling (efterbehandling). Behandlingen skilde sig åt såtillvida att i OAR var behandlingen anpassad speciellt för äldre individers behov så som mindre fysisk terapi och mindre konfrontation. Data erhöles via intervjuer före och efter behandlingen samt en gång i mitten av öppenvårdsperioden. Kostnaden för behandlingsprogrammet erhöles via sjukhusregistret.

Resultat: Bortfallet var 10 procent i OAR och 5 procent i den traditionella behandlingen, vilket innebar att resultaten baseras på 126 individer. Ingen av de tre hypoteserna som ställdes initialt förkastades. Patienterna i OAR hade med 95 procents säkerhet mellan 1,1 och 4,4 procents större sannolikhet att efter 12 månader rapportera abstinens än de som deltog i den traditionella behandlingen. Patienterna i OAR hade för varje tioårig åldersperiod en större sannolikhet mellan 1,3 och 7,6 procent att rapportera abstinens än de i den traditionella. Slutligen uppvisades även en statistisk säkerställd skillnad vad gäller högre produktivitet för OAR än för den traditionella vården. Kostnaderna var i stort sett samma för de båda behandlingsformerna.

Klinisk relevans: Att studera effekterna av att matcha patienter med olika behov till olika behandlingar torde vara av högt värde för beslutsfattare. Således erhålls information om hur man kan förändra viss alkoholismbehandling mot att försöka fördela individer till särskilda vårdformer efter deras behov. Alla individer kan självklart inte erhålla en behandling som är skraddarsydd för dem, men studien visar vikten av att fördela rätt patienter till rätt vård.

Drummond et al:s tio punkter [10,11]:

1. Ja. Frågeställningen är dock lite svävande, den kunde skrivits mer direkt, men tre klara hypoteser ställs upp i inledningen som sedan provas. Besluts-situation framgår ej.
2. Ja. Behandlingsformerna beskrivs, och det framgår att OAR innebär en mer anpassad vård för äldre individer.
3. Ja/Nej. Diskussionen är aningen vag i inledningen huruvida det finns skäl för att speciellt anpassad vård för äldre har visat sig vara mer effektiv än traditionell vård.
4. Ja/Nej. Författarna nämner inget om huruvida det är en kostnad för individerna att delta i vården överhuvudtaget, eller ej. Eftersom patienterna använde sig av ett ungefärligt lika antal gruppstillfällen och slutenvårdsdagar skulle kostnaden för förlorad inkomst vara likvärdig och därmed inte påverka resultatet i någon avgörande mening.

5. Ja. Kostnaden mättes enligt sjukhusets register angående programkostnaden och antalet sessioner och slutenvårdsdagar per patient multiplicerades med denna uppgift. Effekterna mäts enligt flera olika relevanta mått.
6. Ja/Nej. Uppgifterna baseras på intervjuer med patienterna vilket det finns delade meningar om huruvida detta är ett bra sätt. Intervjuer med anhöriga (om sådana finns) skulle ha kunnat komplettera och förstärka värdet av de självrapporterade uppgifterna.
7. Ja. Priserna mättes i 1989 års priser.
8. Ja/Nej. Författarna skattar exempelvis produktiviteten mellan programmen som skillnaden i odds-ratio per insatta 1 000 dollar. OAR uppvisade här en större effekt per insatta medel i de flesta produktivetsmått. Vad en förändring av att gå från den traditionella vården till OAR kostar per effektenhet, analyserades däremot inte.
9. Ja. Författarna skattar konfidensintervall som visar inom vilket intervall som skillnaden mellan behandlingsformerna med 95 procents säkerhet ligger.
10. Ja. Författarna beskriver sina resultat med olika informativa tabeller och är medvetna om begränsningarna med deras analys. Dels vad gäller de självrapporterade uppgifterna och dels det lilla urvalet. Individerna i studien konsumerade förmodligen mer alkohol än individer vid en öppenvårdsenhet, vilket gör att resultaten har en begränsad generaliseringsgrad.

Kommentar: Författarna gör inte anspråk på att göra en formell ekonomisk utvärdering. Detta är synd, då de med vissa tillägg skulle ha kunnat göra en sådan, vilken i sin tur skulle kunna generera mer värdefull information för beslutsfattare att beakta. För att beslutsfattare ska kunna ta till sig dylika resultat är det nödvändigt att studier görs på liknande sätt. Den aktuella studien har en del poänger som att konfidensintervall beräknas av odds-ratio, vilket ger en mer nyanserad bild av resultaten än en enda punktskattning. Vad som saknas är en diskussion om varför inte individernas förlorade tid värderats då de genomgick behandlingen. Ett vanligt sätt är att värdera denna förlust som värdet av den förlorade inkomst som uppstår vid behandlingen.

Kvalitetsbedömning: Medelgod kvalitet.

Alterman A, O'Brien C, McLellan T, August D, Snider E, Droba M, Cornish J, Hall C, Raphaelson A, Schrade F. Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation. The Journal of Nervous and Mental Disease 1994;182:157-163 [2].

Syfte: Att mäta behandlingseffekter och kostnader för en månads psykosocial behandling av kokainmissbruk i dagvård och slutenvård.

Metod: Individer som uppsökte vård vid Philadelphia Veterans Affairs Medical Center's (PVAMC) Addiction Recovery Unit rekryterades till studien. Mellan åren 1988 och 1990 undersöktes olika individer och ett av inklusionskraven var att patienterna skulle vara kvalificerade för dagvård. Sammanlagt var 136 individer kvalificerade för studien, men efter diverse bortfall var det 111 som slutligen studerades. Dessa fördelades slumpmässigt till de båda behandlingsteknologierna. Vården genomfördes under ungefär 1 månads tid. Dagvården bestod av 27 timmars behandling per vecka medan patienterna i slutenvården genomgick schemalagd behandling vid ett annat sjukhus under 48 timmar per vecka. Uppföljning av resultaten gjordes efter 7 månader, och då jämfördes uppgifter via intervjuer enligt ASI. Urinprov genomfördes för att bekräfta uppgifter om kokainintag. Kostnaderna delades in i direkta programkostnader som exempelvis personalkostnader, mediciner (för slutenvård) och i indirekta programkostnader som exempelvis vissa lönekostnader, administration och "overhead". Patientkostnader skattades också, då som (faktisk) förlorad inkomst.

Resultat: Baseline-information visade att den genomsnittlige patienten var en 34-årig "afro-american" med 12 års utbildning och ogift som använt kokain regelbundet i ungefär 3 år. Inga signifikanta skillnader uppvisades mellan grupperna (dagvård och slutenvård) vad gäller individernas socio-ekonomiska status. Efter 7 månader erhöles data från 92 procent av individerna (varav 14 procent var i reducerad omfattning). Förbättringar redovisades för båda grupperna, men endast i ett fåtal fall märktes signifikanta skillnader vad gäller effekter mellan grupperna. Slutenvårdskostnaden (6 146 dollar) var dock – som väntat – signifikant skild från dagvårdskostnaden (2 260 dollar). Beroende

på vilket resultatmått som användes erhöles olika cost-effectiveness-kvoter; för kostnad per lyckad behandling var kvoten 4 218 dollar för dagvård och 6 898 dollar för slutenvård, medan den var 2 300 dollar respektive 6 100 dollar abstinens från kokain vid uppföljningen för dagvård respektive slutenvård.

Klinisk relevans: Studier angående effekter av behandling av kokainmissbruk är fåtaliga, och inkludering av kostnadsskattningar i dylika studier är än färre. Därför borde en sådan studie vara av intresse i olika beslutssituationer. För beslutsfattare på sjukvårdsledningsnivå som måste prioritera olika vårdteknologier framför andra är studier som belyser såväl effekter som kostnader av högt värde.

Drummond et al:s tio punkter [10,11]:

1. Ja. Författarna avser att redovisa resultat från en klinisk studie, där de bl a ställer frågan huruvida den ena behandlingsformen är mer effektiv än den andra med avseende på fyra olika effektmått. Beslutssituation framgår ej.
2. Ja. Det framgår tydligt vad som sker inom respektive behandlingsform. Slutenvården är mer omfattande, men det framgår inte om patienterna övernattar på sjukhuset eller ej.
3. Ja. Tidigare studier som bekräftar effekten av olika vårdteknologier finns hänvisade till i studien. Det har visat sig att effekterna är relativt lika mellan dagvård och slutenvård vad gäller kokainbehandling.
4. Ja. Effekterna redovisas enligt ASI där patienterna intervjuades före behandling och vid studiens slut. Kostnaderna bestod främst i vad behandlingen kostade.
5. Ja/Nej. Den faktiska kostnaden för vad som användes skattades i studien och patientens kostnad i form av förlorad inkomst inkluderades. Patienterna erhöles ersättning för daglig reskostnad, men det verkar inte som om författarna inkluderade denna kostnad. Eftersom den inte var samma för de båda grupperna borde även denna ha inkluderats i studien.

6. Ja/Nej. Patienternas förlorade inkomst baserades på vad de faktiskt tjänade under perioden före behandlingen. Ett lämpligare alternativ borde varit att skatta en genomsnittlig inkomst för individerna. Om det faktiska lönebortfallet används leder det till att kostnaderna skiftar beroende på vem som behandlas! (Så är det i studien, även om kostnaden för patienternas förlorade inkomst endast är en liten del av den totala kostnaden). Effekterna värderades enligt ASI men intervjuerna kompletterades inte med information från anhöriga.
7. Nej. Studien genomfördes under två och ett halvt år och därför borde kostnaderna justerats till ett och samma år.
8. Nej. Ingen marginalanalys genomfördes.
9. Nej. Det nämns inget om känslighetsanalys.
10. Ja. Författarna börjar med att beskriva svårigheterna med dylika studier vilket förhindrar studien från att ge svar på frågan om vilken vård som generellt är mer effektiv. För det första kan resultaten endast överföras till liknande individer (vilket förstärks av att den faktiska lönekostnaden används) och för det andra var fördelningen inte helt slumpmässig. Författarna försvarar sin korta uppföljningstid, 7 månader, med att de flesta återfallen infaller efter 6 månader. Eftersom det inte var några dramatiska skillnader i effektmått mellan grupperna anser författarna att det finns fog för att använda den billigare dagvården.

Kommentar: Författarna studerar effekterna och kostnaderna för två olika vårdteknologier, vilket är relevant då knappa resurser ska fördelas mellan olika användningsområden. Studien kunde på ett relativt enkelt sätt göras mer informativ genom att redovisa kostnader och effekter efter 7 månader i en gemensam tabell och där göra en marginalanalys som på ett bättre sätt skulle informera diverse beslutsfattare om vårdteknologiernas olika värde. Genom att benämna studien som "Effectiveness and costs..." i stället för exempelvis "Cost-effectiveness of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation" verkar det som om författarna gärna vill genomföra en utvärdering men ändå inte.

Kvalitetsbedömning: Medelgod kvalitet.

O’Farrell T, Choquette K, Cutter H, Floyd F, Bayog R, Brown E, Lowe J, Chan A, Deneault P. Cost-benefit and cost-effectiveness analyses of behavioral marital therapy as an addition to outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse* 1996;8:145-166 [33].

Syfte: Att via cost–benefit- och cost–effectiveness-analyser undersöka kostnads-implikationerna av att lägga till “behavioral marital therapy” (BMT) till öppenvårdsverksamheten för behandling av alkoholism.

Metod: Till studien rekryterades 36 manliga alkoholister med respektive icke-alkoholiserad maka, där männen inte hade något gravt drogmissbruk eller psykopatologiska problem för närvarande. Ursprungligen deltog 63 gifta par i en screening-undersökning inför studien men endast 36 par valde att delta i den fortsatta studien av vilka sedan 2 par föll bort, och därför baseras studien på 34 manliga alkoholister. Dessa fördelades slumpmässigt på tre olika behandlingsformer (BMT med individuell rådgivning, individuell rådgivning (I) och interaktionsbehandling samt enbart individuell rådgivning (II)) som sedan utvärderades. Effektmåtten avsåg bl a förhållanden i äktenskapet; “Marital Adjustment Test”, som andelen dagar som paret levt separat till följd av alkoholmissbruk och/eller äktenskapskonflikt under studietiden (2 år). Även effektmått som avser dryckesvanor användes: dels standardiserad intervju enligt “Time-Line Follow Back” som inkluderade information angående dryckesmönstret 12 månader före behandling och under den tvååriga uppföljningsperioden. Ett annat sådant mått var andelen dryckesfria dagar och andelen alkoholrelaterade fängelsedagar registrerades och analyserades. Behandlingskostnader för respektive åtgärd samt kostnad för fängelsedagar beräknades. Cost–benefit-analysen baserades på skillnader i kostnader för hälso- och sjukvårdskostnaden och rättssystemet före och efter behandlingen. Cost–effectiveness-analysen baserades på den uppnådda förbättringen per 100 dollar.

Resultat: Randomiseringen mellan grupperna blev tillfredsställande förutom en sned åldersfördelning. Analyserna visade att patienterna som behandlades enligt BMT hade en högre cost–offset än I men samma som i II. Det visade sig att BMT inte tillförde något i vare sig cost–offset eller i cost–benefit i jämförelse

med enbart individuell rådgivning. Cost–effectiveness-analysen hade ungefär motsvarande resultat; individuell rådgivning genererade mest effekt per insatta medel.

Klinisk relevans: En utvärdering av en ny behandlingsform, BMT, fyller en viktig funktion för beslutsfattare vid resursfördelning. Författarna nämner inget om ur vilken synvinkel studien var ämnad, men beslutsfattare på sjukvårdsledningsnivå borde vara intresserade av dylika studier, samt behandlingspersonal inom alkoholområdet som ges information om värdet av denna vårdteknologi.

Drummond et al:s tio punkter [10,11]:

1. Nej. Frågeställningen är formulerad som att studera kostnadsimplikationerna av ett tillägg till befintlig vårdteknologi. Sedan görs enligt författarna både en cost–benefit- och en cost–effectiveness-analys. Beslutssituation framgår ej.
2. Ja/Nej. Beskrivningen av vad behandlingen går ut på är väldigt knapphändig, framför allt hur lång tid som patienterna tar i anspråk för varje behandlingstillfälle, vilket troligen varierar mellan patienterna.
3. Ja. Författarna beskriver tidigare studiers resultat som visar på positiva effekter av alkoholistvård samt de positiva effekterna av BMT.
4. Nej. Kostnaderna beräknas som behandlingskostnader och kostnader för antalet dagar i fängelse. “Benefits” i cost–benefit-analysen baseras på kostnadsminskning i utnyttjandet av hälso- och sjukvård samt rättsystemet före och efter behandling, och analysen kan därför snarare anses som en undermålig cost–offset-analys eftersom inget nämns om patientens tidskostnad eller betalningsvilja.
5. Nej. De kostnader som inkluderats, dvs behandlingskostnader och kostnader för rättssystemet värderas enligt bäst möjliga metod, men effekterna i cost–benefit-analysen är felaktigt värderade. Dessa ska baseras på betalningsviljan för samhället, både patienternas och övriga individers i samhäl-

let, de senare pga alkoholens externa effekter, för att vården ska genomföras.

6. Ja/Nej. Effekterna baserades på, enligt tidigare studier, goda instrument vad gäller validitet och reliabilitet. Kostnaderna baserades delvis på själv-rapporterat nyttjande av hälso- och sjukvård, vilket kan skapa en bias.
7. Ja/Nej. Författarna använde 1992 års priser på alla kostnader, men ingen diskontering genomfördes vilket var befogat då studien baserades på data över två år.
8. Nej. Det nämns överhuvudtaget inget om marginalanalys.
9. Nej. Ingen känslighetsanalys genomfördes vilket dock skulle påverka resultatet väldigt mycket, då inte mycket mer än 10 observationer ingick i varje behandlingsalternativ i studien.
10. Ja/Nej. Författarna diskuterar resultatet från båda analyserna redovisar resultaten på ett tydligt och enkelt sätt i olika tabeller, men i cost-effectiveness-analysen inkluderas inte en marginalanalys, vilket är det centrala i en sådan. Författarna diskuterar även studiens resultat i jämförelse med tidigare studiers. Begränsningarna med studien går igenom – till viss del. Författarna nämner att vissa kostnadsposter inte inkluderats, men inte på vilka grunder. Då endast 34 individer deltog borde detta inte innebära en alltför stor börda med tanke på att resultatet då skulle bli av högre värde.

Kommentar: Författarnas syfte är att genomföra dels en cost-benefit-analys, dels en cost-effectiveness-analys. De misslyckas dock med båda. De refererar inte till någon artikel eller bok som behandlar metodologin för hälsoekonomiska utvärderingar. De jämför kostnaderna (i form av utnyttjande av hälso- och sjukvården och rättssystemet) före och efter behandlingen och ingenting annat. Av resultaten att döma har BMT inte någon ytterligare effekt, jämfört med enbart individuell rådgivning, något som inte framhålls tillräckligt. En framträdande svaghet är antalet observationer; resultaten baseras endast på drygt 10 observationer i varje behandlingsteknologi.

Kvalitetsbedömning: Låg kvalitet.

Kraft K, Rothbard A, Hadley T, McLellan T, Asch D. Are supplementary services provided during methadone really cost-effective? American Journal of Psychiatry 1997;154:1214-1219 [25].

Syfte: Att jämföra cost-effectiveness för tre olika psykosociala stödformer i samband med metadonbehandling, med särskild inriktning på de långsiktiga resultaten.

Metod: Försökspersoner till studien, (N=100), rekryterades från metadonklinikerna på Philadelphia Veterans Affairs Medical Center under 1991. Dessa individer fördelades slumpmässigt på tre olika stödformer: (i) minimum-metadonbehandling, (ii) rådgivning plus metadonbehandling och (iii) omfattande metadonbehandling. Individerna bibehöll denna vårdform under 6 månader. Sedan återgick alla till vårdform (ii) under 6 månader, varefter resultaten analyserades. Cost-effectiveness mättes baserat på fyra olika variabler: 1) löner och andra anställningsförmåner för de anställda, 2) genomsnittlig direkt och indirekt kontakttid per behandlingstillfälle, 3) antal och typ av behandlingskontakt och 4) behandlingsresultat mätt som andel abstinenta individer.

Resultat: Inga signifikanta skillnader mellan individerna i baseline-data kunde urskiljas. Vid 6-månadsuppföljningen hade patienterna i gruppen med omfattande metadonbehandling de mest gynnsamma resultaten enligt Alcohol Severity Index (ASI) och urinprov. Vid 12-månadsuppföljningen var det enbart i heroinabstinensgruppen som den mest omfattande behandlingen var signifikant skild från de övriga. Cost-effectiveness-kvoter (incremental) visade att behandlingsform (ii) var den med lägst cost-effectiveness-kvot vad gäller andel abstinenta individer. En förflyttning från (i) till (ii) skulle innebära en kostnad på 2 289 dollar per effekt, medan en förflyttning från (ii) till (iii) skulle innebära en markant dyrare vård per ytterligare effekt. Författarna menar därför att behandlingsalternativet rådgivning plus metadonbehandling är det mest gynnsamma.

Klinisk relevans: Tre olika grader av behandlingsintensitet jämförs i studien, vilket är av stort intresse för beslutsfattare på olika nivåer. För sjukhus och sjukvårdsvårdsledningen i distriktet och för politiker som fördelar resurser är det viktigt att få tillhanda studier som beslutsbakgrund i stället för att få ta beslut baserade på egenintressen från diverse påtryckargrupper. Studien visar att

mer behandling inte alltid är bättre vilket torde glädja såväl beslutsfattare som patienter.

Drummond et al:s tio punkter [10,11]:

1. Ja. Författarna avser att avgöra vilken av tre olika behandlingsformer som har det bästa långtidsutfallet med avseende på kostnader och behandlings-effekter. Ingen beslutssituation anges.
2. Ja. Behandlingsalternativen beskrivs utförligt.
3. Ja. Författarna hänvisar till tidigare gjorda studier som visar att metadon-behandling bör kompletteras med någon ytterligare vårdform.
4. Ja/ Nej. Författarna baserar kostnaderna på en uppskattning av en expert-panel om hur mycket tid som läggs på behandling (direkt) och administra-tion (indirekt) per patient. "Overhead"-kostnader inkluderades ej i analy-sen, då dessa, enligt författarna, inte skulle påverka resultatet i någon större omfattning. Författarna inkluderar ej heller de indirekta kostnaderna för patienterna, dock utan motivering. Hur dessa skulle ha påverkat resultaten blir läsarens sak att avgöra. Resultatmåttan baserades på en medförfattares tidigare analys.
5. Ja. Cost-effectiveness-måttan baserades på kostnad per abstinens av heroin och kokain.
6. Ja/Nej. Effekterna baserades på ASI, men det står inget om kontakter med anhöriga som skulle kunnat förhöja validiteten i resultaten. Kostnaderna baserades på faktiskt utnyttjande av behandlingar.
7. Ja. Kostnaderna mättes i 1993 års priser.
8. Ja. Författarna redovisar en marginal analys, men läsaren själv får räkna ut hur författarna erhållit dessa resultat. En sammanfattande tabell skulle ha underlättat för läsaren.

9. Nej. Det görs dock en indirekt känslighetsanalys då tre outliers från den ena gruppen exkluderas för att se vad som händer med resultatet. I marginalanalysen görs det dock ej.
10. Ja. Författarna gör en utförlig analys där resultaten går igenom tillsammans med tidigare studiers resultat. Studiens begränsningar tas även upp, dels den fåtaliga populationen, drygt 30 individer i varje grupp och dels effektmåttet, abstinens. Ett annat effektmått skulle ha kunnat ge andra cost-effectiveness-resultat.

Kommentar: Författarna gör en studie som torde ha ett relativt högt värde hos beslutsfattare. Kostnader och konsekvenser redovisas på ett någorlunda korrekt sätt, vilket gör att värdet av resultaten stiger. Generaliserbarheten är dock tveksam då populationen är liten och kostnaderna baseras på antaganden från en expertgrupp. Förmodligen var detta den bästa metod som fanns att tillgå. Författarna gör en marginalanalys, vilket höjer studiens värde jämfört med många andra ekonomiska utvärderingar. Det skulle dock ha varit bra, om marginalanalysen redovisats i tabellform, i stället för som nu, löpande i texten.

Kvalitetsbedömning: Medelgod kvalitet.

Svikis D, Golden A, Huggins G, Pickens R, Mccaul M, Velez M, Rosendale T, Brooner R, Gazzaway P, Stitzer M, Ball C. Cost-effectiveness of treatment of drug-abusing pregnant women. Drug and Alcohol Dependence 1997;45:105-113 [40].

Syfte: Att studera cost-effectiveness av behandling av drogmisbrukande gravida kvinnor.

Metod: En multidisciplinär behandling jämfördes med ingen behandling alls med avseende på andel inskrivningar av nyfödda till en intensivvårdsavdelning, (NICU). Studiegruppen bestod av 100 av 288 drogmisbrukande gravida kvinnor som frivilligt sökt vård på Centre for Addiction and Pregnancy, medan kontrollgruppen utgjordes av 46 drogmisbrukande kvinnor som var patienter på ett närliggande sjukhus, men som för närvarande inte genomgick någon vård för drogmisbruket. De senare fick ingen behandling för sitt drogmisbruk

under studietiden. Behandlingen av de 100 kvinnorna bestod av 1 veckas slutenvård följt av intensiv öppenvård tills nedkomsten. Individerna skilde sig inte åt vad gäller ras, civil status eller försäkringsstatus. Gruppen som genomgick behandling var dock, i genomsnitt, 3 år äldre och hade en längre utbildningstid än kontrollgruppen. De behandlade kvinnorna hade en högre grad av kokainmissbruk än kontrollgruppen. Samtliga kvinnor som deltog i studien var aktiva drogmissbrukare. Data angående drogmissbruket erhöles via ASI och urinprov. Kostnaderna per dag för NICU var mellan 750 dollar och 1 750 dollar. Behandlingskostnaderna för kvinnorna inhämtades via sjukhusräkningar.

Resultat: Andelen kvinnor som använde droger vid förlossningen var högre hos kontrollgruppen (68 procent) än i behandlingsgruppen (37 procent) enligt urinprov. Barn till mödrarna i behandlingsgruppen hade bättre kliniska resultat såsom högre födelsevikt och högre havandeskapsålder. Incidensen för låg födelsevikt var 2,6 gånger högre hos kontrollgruppen, och sannolikheten för de nyfödda att hamna på NICU var dubbelt så stor då mödrarna inte genomgått någon behandling. Av de studerade individerna var det 10 procent av de behandlade kvinnorna som måste låta sina nyfödda läggas in på intensivvårdsavdelningen, medan motsvarande andel hos kontrollgruppen var 26 procent. Grupperna skilde sig åt främst vad avser andelen barn som låg inne på NICU mer än 17 dagar; 1 procent för behandlingsgruppen jämfört med 17 procent för kontrollgruppen. Den genomsnittliga behandlingskostnaden var 6 639 dollar per individ och den genomsnittliga NICU-kostnaden per barn (beräknat på samtliga barn) var 900 dollar för behandlingsgruppen och 12 183 dollar för kontrollgruppen. Den totala kostnaden blev således 7 539 dollar för behandlingsgruppen och 12 183 dollar för kontrollgruppen. Skillnaden var 4 644 dollar till fördel för de behandlade individerna.

Klinisk relevans: Då vård på intensivvårdsavdelningen för nyfödda tar betydande resurser i anspråk, finns det skäl att studera huruvida det går att förebygga orsakerna till denna vård. Den aktuella studien har goda intentioner och borde vara av visst värde för diverse beslutsfattare, eftersom vård av missbrukande gravida kvinnor har positiv effekt på barnen och därmed tar mindre resurser i anspråk efter födseln.

Drummond et al:s tio punkter [10,11]:

1. Ja/Nej. Författarna skulle ha kunnat vara tydligare i sin frågeställning. De konstaterar att "cost-effectiveness"-studier angående drogmissbrukande kvinnors barn har varit litet studerat tidigare, och gör därför en jämförelse mellan två grupper. I stället hade de kunnat skriva ett rakare och tydligare syfte, som exempelvis "syftet med denna studie är att jämföra 'cost-effectiveness' mellan en viss form av behandling av kvinnor med en kontrollgrupp".
2. Ja. Alternativen beskrivs relativt noggrant, den ena gruppen fick en mängd olika behandlingar i diverse former, medan den andra inte erhöll någon vård alls.
3. Ja/Nej. Det framgår inte direkt om vård av gravida drogmissbrukande kvinnor har någon effekt på deras avkommor, endast att missbruket leder till fler nyfödda på NICU och att vården är kostsam.
4. Nej. Författarna tar enbart upp de direkta programkostnaderna medan de tidskostnader som drabbar de behandlade kvinnorna i form av förlorad fritid och kostnader för sjukskrivning osv, inte inkluderas. Då dessa torde vara högre för de behandlade individerna än för kontrollgruppen borde dessa ha inkluderats.
5. Ja/Nej. Effekterna mäts som andel NICU-dagar hos respektive grupp medan de kostnader som inkluderats mäts enligt sjukhusräkningar. Vad som ingår i dessa räkningar är inte helt självklart och borde ha nämnts i studien.
6. Ja/Nej. Det framgår ej vad som är inkluderat i sjukhusräkningarna. Effekterna är enkla att validera då dessa mäts som andel intagna på NICU. Drogkonsumtionen hos mödrarna mättes via urinprov och ASI.
7. Nej. Den korta tidsperioden kräver ingen tidsjustering av priserna.
8. Nej. Det nämns inget om någon marginalanalys.

9. Ja. Osäkerheten beaktades via tre olika kostnadsmått, minimum, maximum och genomsnitt.
10. Ja. Författarna beskriver hur behandlingen genomfördes och hur studien genomfördes. De diskuterar ganska omfattande begränsningarna med studien och därmed resultatens validitet. De är helt medvetna om svårigheten att jämföra resultat mellan olika grupper på olika sjukhus och att patienternas bakgrund inte är helt liktydig. Vad som egentligen styr resultaten blir då osäkert.

Kommentar: Författarna ger sig i kast med något som inte många tidigare studerat, nämligen att göra en "cost-effectiveness"-studie av behandling av gravida drogmissbrukande kvinnor. Att det inte gjorts tidigare är förmodligen ingen slump. Osäkerheten i resultaten är betydande. Studien har dock sina begränsningar, dels i studiepopulationen, och dels i den metod som använts. Studiepopulationen och kontrollgruppen är inte matchade, de individer som fanns att tillgå studerades och de båda grupperna har inte samma karakteristiska i form av grad av missbruk och ålder. Kostnadsdata är inte helt korrekta, då patienternas tidskostnad inte inkluderats. Detta kan tyckas oväsentligt, då studien gäller drogmissbrukare som vanligen har lägre sysselsättningsgrad och därmed inte påverkar den totala produktiviteten i samhället. Icke desto mindre begränsas dessa individers fritid eller arbete (för de som jobbar) under behandlingen av missbruket, något som borde inkluderas som en kostnad för individerna i behandlingsgruppen. Formellt gäller detta eftersom den är noll för individerna i kontrollgruppen, vilket utgör en viss om än inte helt avgörande skillnad mellan grupperna.

Kvalitetsbedömning: Medelgod kvalitet.

Biologisk behandling av alkoholmissbruk

Hayashida M, Alterman A, McLellan T, O'Brien C, Purtill J, Volpicelli J, Raphaelson A, Hall C. Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxication of patient with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. New England Journal of Medicine 1989;38:1371-1385 [18].

Syfte: Att jämföra effekter, säkerhet och kostnader för avgiftning i öppen- och slutenvård av alkoholmissbrukare.

Metod: Av 403 patienter som ansökt om avgiftning vid Philadelphia Veterans Administration Medical Center Alcoholism Treatment Unit rekryterades 164 individer till denna studie. Studiepopulationen består av manliga "krigs-veteraner" från lägre socialgrupper. Patienterna fördelades slumpmässigt via slumptabell till endera vårdform och följdes upp under 6 månader. Ett vägt "beroendeindex" med avseende på vård, alkohol, droger, sysselsättning, legal verksamhet samt sociala och psykiska förhållanden användes för att jämföra grupperna vid intagningen. Direkta kostnader beräknades som genomsnitts- och marginalkostnader för behandlingsprogrammen. Alternativkostnader för sjukhuset beräknades samt även värdet av förlorad tid för patienterna. Kostnaderna beräknades via dels genomsnittliga programkostnader, dels marginalkostnader för att behandla ytterligare en individ. För båda kostnaderna beräknades variationen mellan lägsta och högsta kostnad.

Resultat: En jämförelse mellan studiepopulationen och en icke-studiegrupp gjordes initialt baserat på sociodemografiska- och alkoholkonsumtionsvariabler. Inga signifikanta skillnader kunde konstateras. Tidsåtgången för avgiftning mellan öppen- och slutenvård var 6,5 respektive 9,2 dagar (signifikant skillnad). Kostnaderna skilde sig också signifikant åt. Den genomsnittliga totala kostnaden per slutenvårdspatient varierade mellan 3 139 dollar och 3 665 dollar för avgiftning. Motsvarande kostnad i öppenvården var mellan 175 dollar och 388 dollar. Förklaringen är delvis den längre tidsåtgången i slutenvården. Effekten av vården varierade inte mellan behandlingsformerna. Författarna menar att avgiftning i öppenvård är ett effektivt, säkert och kostnadsbesparande alternativ för patienter med alkoholmissbruk jämfört med motsvarande vård i sluten regi.

Klinisk relevans: För beslutsfattare är det av stor betydelse att ha kännedom om kostnader och konsekvenser av olika vårdformer. Studien presenterar resultat som tyder på att avgiftning i öppenvård kan vara ett fullvärdigt alternativ till avgiftning i slutenvård. Relevansen för sådana resultat är stor för dels beslutsfattare på försäkringsbolag som avgör vilken vårdteknologi som ska inkluderas i en viss försäkring, dels lokala beslutsfattare som avgör vad resurser ska allokeras för att göra bäst nytta för alla individer i området.

Drummond et al:s tio punkter [10,11]:

1. Ja. Författarna avser jämföra effekter och kostnader av olika behandlingsformer av alkoholmissbruk. Vilken beslutssituation som analysen avser beskrivs ej.
2. Ja. Beskrivningen av vårdprogrammen är detaljerad, dels beskrivs målen med avgiftningen, dels de olika programmen. Alternativet ingen behandling inkluderas inte.
3. Ja/Nej. Författarna hänvisar till studier som tyder på att den mest förekommande vården sker som slutenvård, men att det finns studier som visar att missbrukarvård även kan ske i öppenvård. Det nämns inget om huruvida effekten av vårdformerna skulle vara likvärdiga.
4. Ja. Det ges en grundlig beskrivning angående vilka kostnader och konsekvenser som ingår.
5. Ja. Kostnaderna redovisas som genomsnitts- och marginalkostnader medan konsekvenserna redovisas som andel av de behandlade som var i behov av återbehandling efter 1 och 6 månader.
6. Ja. Kostnaderna värderas som vad vårdgivarna debiterar i behandlingskostnader och värdet av patienternas förlorade tid som tillbringas på sjukhuset, mäts via genomsnittlig lön multiplicerat med antal dagar på sjukhus.
7. Nej. Tidsperioden kräver ej det.

8. Nej. Marginalanalys med avseende på kostnaderna för ytterligare en behandlad patient vid varje vårdform utförs, men vad t ex en extra behandling i slutenvården kostar i förhållande till öppenvården jämfört med den ytterligare effekt som detta för med sig, diskuteras ej.
9. Ja/Nej. Det görs inte uttryckligen men kostnaderna beräknas i intervall, där den låga skattningen inkluderar genomsnittskostnaden för exempelvis öppenvården för samtliga besök vid enheten medan den höga skattningen inkluderar kostnader avsedda för behandling av alkoholmissbrukare vid samma enhet.
10. Ja. Slutsatsen av studien är att öppenvården erbjuder ett fullvärdigt alternativ för avgiftning av individer med "mild-to-moderate" alkoholproblem, till slutenvården. Författarna beskriver utförligt hur vården utförs och redovisar "base-line"-data där läsaren får en uppfattning vilka personer som ingår i studien. Cost-effectiveness-kvoter visas inte explicit men en diskussion kring resultaten görs. Även begränsningar, bl a att data är självrapporterad och därmed kan skapa bias i resultaten, beskrivs.

Kommentarer: Författarna redovisar stora kostnadsskillnader mellan vårdformerna medan effekten av vården inte skiljer sig på ett signifikant sätt. Huruvida detta resultat kan generaliseras till andra populationer, t ex socialt stabila individer, diskuteras ej. Det saknas även en diskussion om behandlingseffekten i tidigare studier. Vården gick i huvudsak ut på intagandet av benzodiazepinen oxazepam tillsammans med olika slags terapier. Författarna redovisar ej några cost-effectiveness-kvoter utan beskriver kostnader och effekter var för sig.

Kvalitetsbedömning: Hög kvalitet.

Bartu A and Saunders W. Domiciliary detoxification: a cost effective alternative to inpatient treatment. The Australian Journal of Advanced Nursing 1994;11:12-18 [4].

Syfte: Att jämföra "effectiveness" och "costs" av avgiftning av individer med abstinensproblem i två olika fall, dels avgiftning i hemmet under överseende av sjuksköterskor, dels på en slutenvårdsavdelning.

Metod: Hemgruppen bestod av de första 20 individerna som var möjliga för avgiftning i hemmet enligt Western Australian Drug and Alcohol Authority Community Nursing Service, och slutenvårdsgruppen bestod av 20 individer som genomgått avgiftning vid myndighetens slutenvårdsavdelning. Individerna jämfördes via initialt gamma glutamyl transpeptidase (GGT) och red cell mean corpuscular volume (MCV) mått vad gäller alkoholkonsumtion och dessa mått visade inga signifikanta skillnader mellan grupperna. Genomsnittlig besökstid per hembesök var 1 timme och det genomsnittliga antalet besök per individ var 5,4. Slutenvårdstiden var i genomsnitt 10 dagar. Uppföljningsintervjuer genomfördes med individerna efter drygt 15 månader, 4 föll bort till uppföljningen. Två erfarna kliniker värderade sedan olika resultatmått som graderades från 1 (dålig) till 10 (bra). Kostnaderna värderades som kostnad för slutenvård vid kliniken; 128 dollar/dygn, och för hemgruppen som dels en tredjedel av sköterskans tid under en tvåveckorsperiod; 330 dollar och dels som den tid som tagits i anspråk för besöken; restid + (besökstid x antal besök) x timlön.

Resultat: Resultaten visade att det fanns signifikanta skillnader i antal konsumerade standarddrinkar (= normala pub-mått) veckan före uppföljningsintervjun; genomsnittet var 17,9 för hemgruppen och 48,9 för slutenvårdsgruppen. I övrigt fanns signifikanta skillnader endast i de subjektiva måtten förbättrade relationer med sambo samt hälsostatus, båda till fördel för hemgruppen. Kostnaden för hemgruppen var 154,4 dollar respektive 330 dollar beroende på vilket kostnads-mått som användes. För slutenvårdsgruppen var kostnaden 1 280 dollar per individ. Slutligen redovisas "cost-benefit-kvoten" mellan hemgruppen och slutenvårdsgruppen på mellan 3,9 och 8,3 till fördel för hemgruppen.

Klinisk relevans: För beslutsfattare är det av vikt att ha kunskap huruvida vård med hjälp av olika vårdteknologier för missbrukare ger olika resultat och vilka kostnader som är associerade med behandlingen. Den aktuella studiens värde ligger i jämförelsen mellan två avgiftningsteknologier, vilket är relevant för sjukvårdsledningen vid prioriteringsbeslut i området.

Drummond et al:s tio punkter [10,11]:

1. Ja. Författarna avser att jämföra kostnaden och effektiviteten i två olika vårdformer av alkoholmissbrukare. Beslutssituation framgår dock ej.

2. Ja. Det framgår att individerna i hemmet besöks av en sköterska och att vården innefattade medicinering, samtal och rådgivning, och att slutenvårdsgruppen erbjöds en vård i varierande form.
3. Ja. Tidigare studier har visat att avgiftning i öppenvård och icke-medicinska institutioner ger avsedd effekt och är säkra.
4. Ja/Nej. Författarna använder enbart behandlingskostnader för slutenvårdsgruppen. Patientens förlorade tid borde ha inkluderats, då en 10-dagarsperiod på sjukhus inte kan antas vara förknippad med noll kostnad för individen. För hemgruppen används två alternativ, där en tredjedel av sköterskans tid under en tvåveckorsperiod verkar vara den mest rimliga, eftersom varianten med besökstid och restid inte inkluderar någon administrativ tid under tider då sköterskan inte reser eller besöker patienten. Effekterna mäts som antal standarddrinkar veckan före uppföljningsintervjun, vilket verkar rimligt.
5. Ja/Nej. Det framgår inte vad som är inkluderat i behandlingkostnaden. Därför är det svårt att avgöra om den kostnaden är korrekt värderad. Att en sköterska spenderar en tredjedel av sin tid på en hemgruppspatient under en tvåveckorsperiod får vi veta, men inte förklarat varför det tar just den tiden i anspråk och vad som är inkluderat. Vidare redovisas inga spridningsmått på kostnader, vilket omöjliggör hypotesprövningar.
6. Ja/Nej. Löner för sköterskor användes men det framgår ej om det var sköterskorna på den avdelningen eller om det var lönerna för sjuksköterskor i genomsnitt för hela landet. Vad priserna för slutenvården baseras på är heller ej klart, dvs hur prissättningen går till (detta är dock inte ofta beskrivet i de studier som vi studerar).
7. Nej. Det nämns inget om diskontering, det är ett gränsfall om det ska inkluderas då uppföljningsintervjun genomfördes efter 15 månader.
8. Nej. Det nämns inte.
9. Nej. Det nämns inte.

10. Ja. Författarna diskuterar resultaten som inte stämmer med den första hypotesen som författarna ställde upp; att effekterna är likvärdiga. De konstaterar även att deras urval förmodligen inte var representativt och huruvida det är möjligt att dra slutsatser baserat på studiens resultat borde diskuterats mer.

Kommentar: Författarna avser att studera kostnader och effekter av två typer av avgiftningsmetoder för alkoholmissbrukare. I studien inkluderas enbart behandlingskostnader för slutenvårdsgruppen utan kommentar till varför patientens förlorade tid inte inkluderats. Ett tio dagars besök på sjukhus borde ha värderats för att avspegla patientens alternativkostnad av själva vården. För det sammanlagda resultatets del skulle detta innebära att avgiftning i hemmet skulle bli än mer fördelaktigt. Att patientens förlorade tid inte inkluderats i hemgruppen kan möjligen förbigås, då det endast tog 5,4 timmar per klient i genomsnitt. Författarna nämner visserligen att två erfarna kliniker genomförde en värdering av de huvudsakliga resultatmåten, men resultaten finns inte redovisade i artiklen. Då de av författarna använda effektmåten baserades på dessa uppgifter lämnas läsaren utan vägledning i denna viktiga fråga. Författarna redovisar vad de kallar för en cost-benefit-kvot. I själva verket anger kvoten endast förhållandet mellan kostnaden för slutenvårdsgruppen och hemgruppen. Det verkar som om författarna inte riktigt varit medvetna om vad de gjort eller tänkt göra, och hur det i så fall skulle gjorts.

Kvalitetsbedömning: Låg kvalitet.

Mix av behandlingsmetoder och översikter

Holder H, Longabaugh R, Miller W, Rubonis A. The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. Journal of Studies on Alcohol 1991;52:517-40 [21].

Syfte: Att studera frågor angående kostnader och effekter av olika former av behandling av alkoholmissbrukare.

Metod: Tre olika databaser användes för att erhålla nödvändig information: (1) tidigare kliniska studier, (2) behandlingskostnader via olika vårdgivare och

(3) rekommendationer från expertpersonal om vilken behandling som borde användas. Endast kontrollerade studier används. Kostnader beräknas endast som direkta angående resursåtgång sett ur producenternas perspektiv. Värdet av patientens förlorade tid vid behandling inkluderas ej, vilket även nämns i texten. Kostnaden erhålls genom att en beräknad ”lågsta” genomsnittskostnad för en viss behandlingstyp per vård dag, besök i öppenvård etc multipliceras med antalet minst möjliga vård dagar etc som kan krävas för behandling. Som positivt behandlingsresultat räknar författarna om studien redovisar någon form av förbättring vad gäller emotionell och fysisk hälsa, familjerelationer och/eller livsfunktioner i allmänhet – som indikator används ofta reducerad alkoholkonsumtion. Författarna mäter effektiviteten via ett eget konstruerat ”vägt-bevis-index” (WEi [Weight Evidence index]). Genom att söka efter positiva och negativa studier angående viss typ av behandling sammanställs WEi. Detta görs genom att subtrahera antalet negativa studier från antalet positiva studier och sedan addera en extra poäng för varje positivt fynd större än två. ”Evidence” anges med hjälp av en fem-gradig kvalitativ skala som går från ”otillräckliga bevis” till ”goda bevis”.

Resultat: Översikten visar att ingen av de behandlingar som klassificerats som ”goda bevis på effektiv behandling” finns i de medelhöga och höga kostnads-kategorierna. Vidare så visar sig t ex psykoterapi vara såväl dyr som ineffektiv. Slutsatsen är att dyrare vård inte nödvändigtvis leder till effektivare vård. Billig vård är i många fall minst lika effektiv.

Klinisk relevans: Dyrare, mer specialiserad vård kan enligt denna studie inte förknippas med bättre och mer effektiv vård än billigare och enklare. Detta budskap kan användas av diverse beslutsfattare som fördelar knappa resurser. Det framgår ej vilken beslutssituation som författarna avser.

Drummond et al:s tio punkter [10,11]:

1. Ja/Nej. Författarna avser att undersöka cost-effectiveness av olika behandlingsmetoder för alkoholister. Någon direkt frågeställning framgår dock ej, det nämns heller inget om vilken analytisk synvinkel som avses med studien.

2. Ja. Varje behandlingsalternativ beskrivs kortfattat.
3. Ja. Positiva effekter av behandling av individer med alkoholproblem fastslås via hänvisning till tidigare studier.
4. Ja/Nej. De viktigare konsekvenserna beskrivs men författarna har valt att utelämna vissa kostnader, så som värdet av produktionsbortfallet under behandlingen, utan motivering.
5. Ja/Nej. Kostnaderna mäts som genomsnittskostnader vilket inte inkluderar den faktiska resursåtgången. Konsekvenserna mäts via författarnas egna tolkningar av tidigare studiers resultat.
6. Ja/Nej. Kostnaderna inkluderar vad vårdgivarna debiterar. Konsekvenserna värderas genom författarnas eget konstruerade index (WEi). Det är inte säkert att andra forskare skulle komma fram till samma resultat vid en motsvarande genomgång.
7. Ja. Författarna använder 1987 års prisnivå.
8. Nej. Ingen marginalanalys utförs.
9. Ja. Författarna nämner att de utför en känslighetsanalys via ett oviktat alternativ till deras Wei, vilket resulterar i få förändringar. De redovisar dock inte vare sig beräkningarna eller resultatet.
10. Författarna beskriver utförligt hur en idealisk studie ska genomföras, men begränsningar avseende gemensamma outcome mått etc omöjliggör en sådan. I studien beskrivs också de behandlingsalternativ som resultaten bygger på. Eftersom författarna kombinerar kostnaderna med effekterna utan några cost-effectivenesskvoter som exempelvis hur många abstinenta dagar man får av 100 insatta dollar, kan studien knappast anses representera en cost-effectiveness-studie. Det görs heller ingen marginalanalys där det exempelvis framgår att en behandling ger x abstinenta dagar till samma kostnad som en annan behandling.

Kommentar: Författarna redovisar en översikt baserad på data från tre olika källor. Härur kombineras sedan resultat som visar olika behandlingsformers kostnad och effekt. Via tolkningen av tidigare studiers resultat skapar författarna ett ”vägt-bevisindex” som visar en behandlingsmetods positiva resultat i förhållande till de negativa. Författarna redovisar alltså inte effekterna av en behandlingsmetod utan om det finns bevis för att metoden har effekt. Detta innebär att författarna inte gör en “cost–effectiveness”-analys; de konstaterar inte att en viss vårdform exempelvis ökar antalet avhållsamma dagar för en given kostnad. Likaså rangordnas metoderna efter en värdeskala, skapad av författarna själva. För att öka trovärdigheten i dessa egna skalor skulle referenser till expertkonsultation kunna adderas. Tveksamt om man kan använda data från tre olika oberoende källor och på så sätt skapa data för att göra en cost–effectiveness-studie. Läsaren har inte möjlighet att bedöma data från de använda studierna. Författarna diskuterar studiens starka och svaga sidor på ett bra sätt, och ger förslag till framtida forskning.

Kvalitetsbedömning: Låg kvalitet.

Barnett P och Swindle R, Cost-effectiveness of inpatient substance abuse treatment, Health Services Research 1997;32:615-629 [3].

Syfte: Att analysera “cost–effectiveness” av slutenvård för drogmissbrukare. Målet är att identifiera de karakteristika inom denna vård som ger ”mest effekt till lägsta kostnad”.

Metod: Författarna använde sig av regressionsanalys för att bestämma hur patientkarakteristika och behandlingsprogram påverkade dels sannolikheten för återfall 180 dagar efter behandlingens slut, dels kostnaden för vården. Tre olika källor för inhämtandet av data användes. Den ena var en databas med patientregister från behandlingar vid Veterans Affairs, där diagnoser, vårdtidens längd m m finns registrerade, den andra var en enkät till olika administratörer av behandlingar som delgav information om de olika behandlingarnas tidslängd, vilka metoder som använts i behandlingarna och vilken personal som ingick i varje behandling och den tredje var ett register vid Veterans Affairs medicinska center angående kostnader. Behandlingskostnaden för en patient beräknades genom att multiplicera antalet slutenvårdsdagar med den genomsnittliga

vårdningskostnaden. Studien baseras på 98 av 155 olika behandlingsprogram som finns tillgängliga i de båda databaserna. Inklusionskriterier var att data skulle kunna matchas från informationskällorna. Totalt behandlades 38 683 individer under det år som studien omfattar. Behandlingen ansågs vara lyckad om patienten inte uppsökte vård vid någon Veterans Affairs-mottagning i USA för avgiftning, missbruksrehabilitering eller psykvård inom 180 dagar efter utskrivning.

Resultat: Regressionsanalysen visade att ju mer personal per patient och ju längre vårdtid desto högre kostnad. Sannolikheten för återfall var mindre då programmen var mindre, hade längre avsedd tidslängd, hade fler tvångshändertagna och då nära anhöriga ingick som aktivt stöd i behandlingen. De behandlingsprogram som hade mer personal per patient hade inte en lägre sannolikhet för återbesök. Den genomsnittliga behandlingskostnaden var 3 754 dollar och hade en 75 procents sannolikhet att lyckas, dvs att inte medföra några återbesök vid ett VA-center inom 180 dagar. Cost-effectiveness-kvoten per behandlad med lyckat utfall blir således drygt 5 000 dollar vilket används som referens (alternativkostnad) vid jämförelser med alternativa (hypotetiska) behandlingar. Författarna simulerade alternativa behandlingar genom att förändra vissa behandlingsvariabler. Det visade sig att den avsedda tidslängden på programmet spelade en viktig roll för behandlingskostnaden men inte för effektiviteten. Den marginella (incremental) "cost-effectiveness"-kvoten mellan ett 21-dagarsprogram och ett 28-dagarsprogram var 26 450 dollar, vilket kan jämföras med den genomsnittliga på drygt 5 000 dollar.

Klinisk relevans: En utvärdering angående slutenvårdsbehandling av missbrukare borde vara av intresse för beslutsfattare i sjukvårdsledningen, då behandling i slutenvården tar en stor mängd resurser i anspråk. Det kan finnas skäl att se över tidslängden på behandlingen för att uppnå ett bättre utnyttjande av de befintliga resurserna.

Drummond et al:s tio punkter [10,11]:

1. Ja. Författarna avser att identifiera de karakteristika som är förknippade med en kostnadseffektiv slutenvårdsbehandling av missbruk. Besluts-situationen framgår inte direkt, men författarna nämner att beslutsfattare avgör hur de beräknade "cost-effectiveness"-kvoterna ska behandlas.
2. Ja/Nej. Eftersom författarna använder sig av databaser för att erhålla information angående olika slutenvårdbehandlingar, beskrivs inte enskilda behandlingar.
3. Ja. Tidigare studier har visat att kostnaden för slutenvården ökar med vårdtiden men hur behandlingseffekten påverkas med tiden är mer osäkert.
4. Ja/Nej. Författarna erhöll information från tre håll och fick sedan matcha dessa data på bästa sätt. Definitionen av effekten av behandlingen sattes aningen smal, då patienter mycket väl kunnat söka vård på en annan institution än ett VA-center. Det är svårt för läsaren att få en bild av hur vanligt det är att söka vård på andra ställen. Kostnaderna beräknades som enbart programkostnader. Det nämns inget om vad som ingår i dessa och även inget om övriga kostnader som patienternas alternativkostnad under behandlingen.
5. Ja/Nej. Kostnaderna mäts som genomsnittskostnad per behandling och det nämns att datakällorna inte alltid är korrekta men inte på vilket sätt. Det görs även en alternativ kostnadsberäkning via personallöner och information från en enkät till berörd personal.
6. Ja/Nej. Effekterna baserades på återbehandlingar inom 180 dagar på ett VA-center, vilket var det som fanns att tillgå. Kostnaderna validerades genom att jämföra kostnaderna mellan de olika metoderna (enkät och registerdata) och det var inga större skillnader.
7. Nej. Kostnaderna inhämtades under en ettårsperiod och därför ett gränsfall.

8. Ja. Författarna redovisar en simulerad incremental analys, mellan ett 21- och ett 28 dagarsprogram.
9. Ja/Nej. Författarna gör två olika kostnadsanalyser som känslighetsanalys men den visar inte så mycket hur förändringar på vissa känsliga variabler förändrar det huvudsakliga resultatet, snarare validiteten på den ordinarie kostnadsinformationen.
10. Ja/Nej. Författarna beskriver ganska kort i såväl indelningen som i diskussionen hur tidigare studiers resultat varit och hur dessa skiljer sig åt från deras. Eftersom författarna använder sig av regressionsanalys som utvärderingsverktyg vilket inte är standard inom ekonomiska utvärderingar, skulle en diskussion om skillnaderna mellan metoderna varit fruktbar för studiens styrka.

Kommentarer: Författarna använder sig av en alternativ utvärderingsmetod, regressionsanalys, i studien. De gör en cost-effectiveness-studie baserad på registerdata om slutenvård i allmänhet och inte en analys eller jämförelse mellan två eller flera alternativa behandlingsmetoder. Marginalanalysen baseras på en simulering genom att skatta fram hur kostnaden och effekten skiljer sig åt mellan två program med olika tidslängd, (om behandlingen anses likvärdig framgår ej). Resultatet visar att den extra effekten som de 7 extra dagarna ger kostar drygt 20 000 dollar vilket torde anses som aningen dyrt för beslutsfattare att acceptera. Författarna menar att detta kan vara skäl nog för att inrikta vården på 21-dagarsprogram och då kunna ta emot fler patienter och därmed uppnå en högre effektivitet av insatta medel. Det finns dock en del problem med användningen av resultaten. För det första är effektmåttet smalt, det borde nämnas något om hur vanligt det är att patienter som behandlats på VA-center i allmänhet söker vård på andra inrättningar inom 180 dagar. Det skulle kunna vara så att detta görs regelbundet, och då är författarnas mått på effektivitet aningen verkningslöst. Så länge det inte nämns något om detta är resultaten svårtolkade. Då förste författaren uppges vara hälsoekonom kan man tycka att en liten diskussion om ekonomiska utvärderingar i studien inte vore att slösa med resurser.

Kvalitetsbedömning: Medelgod kvalitet.