

Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

Hälsoekonomiskt underlag
Bilaga

Innehåll

Inledning.....	2
Missbruk eller beroende av alkohol	4
Läkemedelsbehandling – alkohol	8
Psykologisk och psykosocial behandling – alkohol.....	12
Missbruk eller beroende av narkotika.....	18
Psykologisk och psykosocial behandling – narkotika	21

Inledning

Missbruk och beroende är förenat med stora hälsoförluster och samhällskostnader. Det innebär att de potentiella vinsterna av effektiva åtgärder är stora. Åtgärder som har effekt har därmed oftast en låg eller måttlig kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY). Detta hälsoekonomiska underlag bekräftar denna slutsats. Underlaget baseras i stor utsträckning på skattningar, eftersom det finns begränsat med hälsoekonomiska analyser inom området. Skattningarna bygger på uppgifter om hälsoförluster, samhällskostnader och kostnader för de aktuella åtgärderna. Skattningarna är mer eller mindre osäkra beroende på tillförlitligheten i underlagen om åtgärdens effekt.

Litteratursökning

Litteratursökning har gjorts i PubMed. Sökningen tog sin utgångspunkt i de sökstrategier som användes för det vetenskapliga underlaget för respektive tillstånd- och åtgärdspar. Förutom de söktermerna har följande sökbegrepp också använts:

- Cost and cost analysis
- Cost effectiveness
- Cost-benefit analysis
- Cost utility
- Life year saved
- Life years gained
- Quality adjusted life years
- QALY
- Health economics

Sökningen har kompletterats med en genomgång av referenslistor i relevanta rapporter och artiklar. I första steget granskades artiklarna på titel och abstractnivå och sedan på fulltextnivå. Artiklarna granskades med avseende på om de hade relevant underlag för att bedöma kostnadseffektivitet. Önskvärt var att artiklarna hade vunnet levnadsår eller QALY som utfallsmått. För att bedöma kvaliteten av de hälsoekonomiska analyserna användes checklistor utformade av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (se http://www.sbu.se/sv/var_metod/Granskningsmallar/).

Klassificering av kostnadseffektivitet

I nationella riktlinjer uttrycks kostnadseffektiviteten baserat på vunnit QALY eller vunna levnadsår enligt följande:

Klassificering av kostnad	Beskrivning
Låg	Under 100 000 kr per vunnit QALY eller vunna levnadsår.
Måttlig	100 000–499 999 kr per vunnit QALY eller vunnalevnadsår.
Hög	500 000–1 000 000 kr per vunnit QALY eller vunna levnadsår.
Mycket hög	Över 1 000 000 kr per vunnit QALY eller vunnalevnadsår.

Bedömning av kostnadseffektivitet

Hälsoekonomiska analyser blir aldrig säkrare än de data som de bygger på. De hälsoekonomiska bedömningarna i nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende har varit pragmatiska och översiktliga. I vissa fall har det varit uppenbart att åtgärden haft en tydlig effekt till en låg kostnad. Flera av underlagen har dock bestått av effektstudier med osäker eller kortvarig effekt. I dessa fall har det gjorts en bedömning av om det kan anses sannolikt att åtgärden kan ha låg eller måttlig kostnad per vunnit QALY. Säkerheten i de hälsoekonomiska bedömningarna har relaterats till evidensstyrkan för åtgärdens effekt.

Samhällsekonomiskt perspektiv

De bedömningar av kostnadseffektivitet som gjorts i Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende har haft ett samhällsekonomiskt perspektiv, men utgått från en konservativ skattning av samhällskostnaderna.

Diskontering av hälsovinster och kostnader

En allmänt vedertagen princip är att räkna ned (diskontera) framtida kostnader och hälsovinster. Det bygger på en uppfattning om att hälsovinster och inkomster nära i tid är värdefullare än hälsovinster långt fram i tiden. Det finns stora hälsovinster på lång sikt av att upphöra med missbruk eller beroende och då är det önskvärt att diskontera kostnader. De studier som identifierats i arbetet med nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende handlar dock i huvudsak om effekter av minskat missbruk i ett kort perspektiv, ofta under ett år, och då är det inte aktuellt att diskontera.

Missbruk eller beroende av alkohol

Som stöd för bedömning av kostnadseffektivitet är det främst studier som visar effekt på hälsa och livskvalitet som är intressanta. Få studier identifierades som hade relevans. Bedömningen av åtgärdernas kostnadseffektivitet bygger därför på en skattning baserad på potentiella besparingar om missbruket eller beroendet upphör, hälsovinster samt kostnad för respektive åtgärd.

Besparingar

I litteratursökningen identifierades femton artiklar om samhällskostnader till följd av alkoholmissbruk och alkoholberoende [1-15]. De redovisar kostnader uppdelat på sjukvård, andra samhällskostnader (mestadels från social service och rättsväsendet) och produktionsbortfall. Studierna är gjorda i 12 länder och avser olika år, ofta 10–15 år bakåt i tiden. Kostnaderna per år och invånare är i genomsnitt 543 kr för sjukvård, 706 kr för andra samhällskostnader och 1 830 kr för produktionsbortfall.

En av studierna är utförd i Sverige [9] och redovisar kostnaderna 369 kr, 808 kr respektive 2 061 kr. Den svenska studien ligger väl i linje med flertalet av de andra studierna. Studien avser såväl gynnsamma som negativa effekter av bruk av alkohol. De gynnsamma effekterna av alkohol har dock exkluderats i de hälsoekonomiska beräkningarna i riktlinjerna, beroende på att de inte är relaterade till missbruk och beroende.

För att beräkna vad kostnaden är per person med missbruk eller per person med beroende måste hänsyn tas till prevalensen. I följande beräkningar har utgångspunkten varit den statliga utredningen *Bättre insatser vid missbruk och beroende* [16]. I den gjordes en bedömning att antalet personer med beroende i den svenska befolkningen över 18 år uppgår till 330 000 (4,38 procent) och antalet med missbruk eller beroende till 780 000 (10,34 procent). I tabellen nedan redovisas vad den årliga kostnaden per person med missbruk eller beroende skulle bli:

Område	Kostnad, kr
Sjukvård	3 600
Andra samhällskostnader	7 800
Produktionsbortfall	19 900
Summa	31 300

Många av åtgärderna som ingår i nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende är riktade till personer med beroende. Eftersom det är ett allvarigare tillstånd än missbruk kan det antas att huvuddelen av samhällskostnaderna avser de med beroendetillstånd. Om vi antar att 75 procent av kostnaderna avser personer med beroende blir kostnaden, eller den potentiella besparingen om missbruket eller beroendet upphör, per person följande:

Område	Kostnad, kr
Sjukvård	6 300
Andra samhällskostnader	13 800
Produktionsbortfall	35 300
Summa	55 400

Hälsovinster

I fyra studier från fem länder finns uppgift om sjukdomsbörda till följd av missbruk och beroende av alkohol [9, 17-19]. Sjukdomsbörda beskrivs som funktionsjusterade levnadsår (disability adjusted life years, DALY) och omfattar såväl förlust i livskvalitet som livslängd. Måttet är närbesläktat med QALY. Sjukdomsbörda bygger på en förväntad livslängd, som är olika länder emellan. Räknat i sjukdomsbörda per 1 000 invånare är den årliga förlusten 2,9 DALY i Australien, 16,3 i Sverige, 0,4 i Portugal, 12,0 i Tyskland och 12,2 i USA. Skillnaderna mellan framför allt Sverige och Portugal beror troligen i första hand på beräkningsmetod och inte på prevalensen av missbruk och beroende. Beräkning av sjukdomsbörda med hänsyn tagen till prevalensen i Sverige ger följande resultat:

Tillstånd	DALY
Missbruk eller beroende	0,16
Beroende	0,28

Ovanstående visar vad minskat missbruk eller beroende ger i form av vunnen hälsa. Att dela samhällets samlade hälsoförluster med prevalensen ger en grov uppskattning av förlusten per person med missbruk och/eller beroende. Förlusten består av både livskvalitetsförlust och kortare livslängd. De som dött i förtid ingår dock inte i prevalensen. Förlorade DALY ska därmed ses som den livskvalitetsförlust som skett under det aktuella året och den genomsnittligt minskade livslängden som ett år med missbruk och/eller beroende medför.

Det finns två internationella arbeten med liknande uppskattningar av förlusten i DALY. WHO har beräknat att ”alcohol use disorders” under ett år orsakar en förlust med 0,134 DALY [20]. I en studie från Nederländerna beräknades att en person med missbruk har en årlig livskvalitetsförlust på 0,11 DALY och en person med beroende har motsvarande förlust på 0,33 DALY [21].

Kostnader för åtgärderna

En omfattande genomgång och kostnadsberäkning för psykologiska och psykosociala behandlingar gjordes inför arbetet med de tidigare nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården som publicerades 2007 [22]. Dessa kostnadsberäkningar är till stor del fortfarande aktuella, dock med cirka 25 procents prisuppräknning.

Psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder skiljer sig åt avseende längd på samtalen, antal samtal och om de sker individuellt eller i grupp. Kostnaden för behandlingarna ska ses som exempel och kan variera mycket beroende på utformning.

I beräkningarna ingår tid för samtal, förberedelse och efterarbete, semesterersättning och sociala avgifter samt beaktande av att all arbetstid inte är patientorienterat arbete. Det innebär att 30 procent av arbetstiden har antagits vara tid för samtal vid individuella samtal och drygt 20 procent av tiden gruppsamtal. Lokalkostnader och overheadkostnader ingår inte av det skälet att dessa i huvudsak inte förväntas öka. Skulle dessa kostnader inkluderas kan kostnaden stiga med upp till 50 procent.

I kostnaden för läkemedelsbehandling ingår kostnaden för läkemedlet och kostnad för besök, uppföljning och eventuell dispensär.

Bedömning av kostnadseffektivitet

Följande resonemang ligger till grund för att bedöma kostnadseffektiviteten för åtgärderna för alkoholberoende. Antal vunna QALY per person och år har skattats till 0,28 om en person med alkoholberoende blir nykter. Om en åtgärd ska ha låg kostnad per vunnet QALY (100 000 kr) innebär det att en åtgärd som leder till ett års nykterhet får kosta 28 000 kr ($0,28 \times 100\,000$ kr) för de vunna levnadsåren, lägg där till de minskade samhällskostnaderna, som skattats till 55 400 kronor per år.

Vinster	Låg kostnad per QALY, kr	Måttlig kostnad per QALY, kr
Vunna QALY 0,28	28 000	140 000
Minskade samhällskostnader	55 400	55 400
Summa	83 400	195 400

En åtgärd som leder till ett års nykterhet kan alltså totalt kosta 83 400 kr för att innebära en låg kostnad per QALY. Varje nykter dag får därmed kosta 228 kr ($83\,400 \text{ kr} / 365 \text{ dagar}$). Om exempelvis en åtgärd kostar 1 700 kronor per år behöver den leda till ungefär en veckas nykterhet ($1\,700 \text{ kr} / 228 \text{ kr per nykter dag}$) för att kostnaden per vunnet QALY ska bli låg.

Referenser

1. Bouchery, EE, Harwood, HJ, Sacks, JJ, Simon, CJ, Brewer, RD. Economic costs of excessive alcohol consumption in the U.S., 2006. *Am J Prev Med.* 2011; 41:516-24.
2. Cabinet Office. Alcohol misuse: How much does it cost? . London: Cabinet Office; 2003.
3. Collicelli, C. Income from and the costs of alcoholism: An Italian experience. *Alcologia.* 1996; 8:135-43.
4. Collins, DJ, Lapsley, HM. Counting the costs: estimates of the social costs of drug abuse in Australia in 1998-1999: Publication production unit, Commonwealth department of health and aging; 2002.
5. Fenoglio, P, Parel, V, Kopp, P. The social cost of alcohol, tobacco and illicit drugs in France, 1997. *Eur Addict Res.* 2003; 9:18-28.
6. Garcia-Sempere, A, Portella, E. Los estudios de coste del alcoholismo: marco conceptual, limitaciones y resultados en España. *Addicones.* 2002; 14:141-53.

7. Hardt, F, Grönbaek, M, Tønnesen, H, Kampman, P. De samfundsøkonomiske konsekvenser af alkoholforbrug: Sundhedsministeriet; 1999.
8. Harwood, H. Updating Estimates of the Economic Costs of Alcohol Abuse in the United States. Report prepared by The Lewin Group for the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2000. Rockville: National Institute of Health 2000.
9. Jarl, J, Johansson, P, Eriksson, A, Eriksson, M, Gerdtham, U, Hemström, Ö, et al. The societal cost of alcohol consumption: an estimation of the economic and human cost including health effects in Sweden, 2002. *Eur J Health Econ.* 2008; 9:351-60.
10. Jeanrenaud, C, Priez, F, Pellegrini, S, Chevrou-Severac, H, Vitale, S. Le cout social de L'abus d'alcool en Suisse (The social costs of alcohol in Switzerland). Neuchatel, Switzerland: Institut de recherches economiques et regionales, Universite de Neuchatel; 2003.
11. Konnopka, A, König, HH. Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany. *Pharmacoeconomics.* 2007; 25:605-18.
12. Rehm, J, Gnam, W, Popova, S, Baliunas, D, Brochu, S, Fischer, B, et al. The costs of alcohol, illegal drugs, and tobacco in Canada, 2002. *J Stud Alcohol Drugs.* 2007; 68:886-95.
13. Scarborough, P, Bhatnagar, P, Wickramasinghe, KK, Allender, S, Foster, C, Rayner, M. The economic burden of ill health due to diet, physical inactivity, smoking, alcohol and obesity in the UK: an update to 2006-07 NHS costs. *Journal of Public Health.* 2011; 33:527-35.
14. U.S. Department of Health and Human Services. Updating estimates of the economic costs of alcohol abuse in the United States: estimates, update method, and data: US Department of Health and Human Services; 2000.
15. Varney, SJ, Guest, JF. The annual societal cost of alcohol misuse in Scotland. *Pharmacoeconomics.* 2002; 20:891-907.
16. Socialdepartementet. Bättre insatser vid missbruk och beroende: Socialdepartementet; 2011.
17. Cortez-Pinto, H, Gouveia, M, dos Santos Pinheiro, L, Costa, J, Borges, M, Vaz Carneiro, A. The burden of disease and the cost of illness attributable to alcohol drinking - results of a national study. *Alcohol Clin Exp Res.* 2010; 34:1442-9.
18. Mathers, CD, Vos, T, Stevenson, E, Begg, SJ. The burden of disease and injury in Australia. *Bull World Health Organ.* 2001; 79:1076-84.
19. Rehm, J, Mathers, C, Popova, S, Thavorncharoensap, M, Teerawattananon, Y, Patra, J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet.* 2009; 373:2223-33.
20. WHO. Global burden of disease 2004 update: Disability weights for diseases and conditions. Geneva: WHO; 2004.
21. Stouthard, M, Essink-Bot, M, Bonsel, G, Barendregt, J, Kramers, P. Disability weights for diseases in the Netherlands. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus University; 1997.
22. Socialstyrelsen. Kostnader för psykosocial behandling av missbruk. Undersökning av några svenska behandlingsenheter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.

Läkemedelsbehandling – alkohol

Rad: C14

Tillstånd: Alkoholberoende

Åtgärd: Disulfiram (Antabus)

Jämförelsealternativ: Placebo

Sammanfattande bedömning

Behandling med disulfiram bedöms vara förenad med en låg kostnad per vunnet QALY.

Insatsen ökar andelen helnyktra jämfört med andra läkemedel eller placebo. Det är därför mycket sannolikt att behandlingen leder till kostnadsbesparingar och vunna kvalitetsjusterade levnadsår. Socialstyrelsen har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material. Bedömningen bygger därför på en skattning baserad på potentiella besparingar om missbruket eller beroendet upphör, hälsovinster och kostnader för åtgärden. Enligt skattningen blir kostnaden per vunnet QALY låg om behandlingen leder till en veckas nykterhet. Det bedöms som troligt att insatsen leder till det baserat på de effekter som beskrivits i det vetenskapliga underlaget. Behandlingen bedöms medföra en låg kostnad även då kostnaden för ett flertal behandlingskontakter inkluderats. Kostnadseffektivitetsberäkningen har dock inte tagit hänsyn till kostnader förenade med en eventuell övervakning av intaget av disulfiram.

Effekter av disulfiram

Disulfiram ökar andelen helnyktra jämfört med andra läkemedel (starkt vetenskapligt underlag) eller med placebo (måttligt starkt vetenskapligt underlag) och ger en större minskning av alkoholkonsumtion än vid placebo (starkt vetenskapligt underlag).

Övervakat intag ger större effekt än om man inte övervakar intaget. Effekten av insatsen synes avta med tid.

I bilagan *Vetenskapligt underlag* finns ytterligare information om effekten av disulfiram vid alkoholberoende.

Kostnad för disulfiram

Disulfiram kostar 1 700 kr för ett års förbrukning. Beräkningen är baserad på 1 brustablett Antabus 200 mg per dag i ett års tid. Ingen rekommenderad behandlingstid finns.

Resultat från granskning av studier

Inga studier identifierades som innehåller hälsoekonomiska analyser av disulfiram vid alkoholberoende.

Referenser

-

Rad: C15

Tillstånd: Alkoholberoende

Åtgärd: Akamprosot (Campral)

Jämförelsealternativ: Placebo

Sammanfattande bedömning

Behandling med akamprosot bedöms vara förenad med en låg kostnad per vunnet QALY. Enligt skattningar baserade på potentiella besparingar om missbruket eller beroendet upphör, hälsovinster och kostnader för åtgärden är kostnaden per vunnet QALY låg om behandling med akamprosot leder till en till två veckors nykterhet. Det bedöms som troligt att insatsen leder till det baserat på de effekter som beskrivits i det vetenskapliga underlaget. Behandlingen bedöms ha låg kostnad per vunnet QALY även då kostnaden för ett flertal behandlingskontakter inkluderats.

Skattningen stöds av det starka vetenskapliga underlaget om effekter på alkoholkonsumtion. Skattningen stöds också av fyra hälsoekonomiska analyser som visar att behandlingen sannolikt medför större besparingar än kostnader. Ingen av de hälsoekonomiska analyserna som gjorts är dock av tillräckligt god kvalitet för att ligga till grund för bedömningen av kostnadseffektiviteten.

Effekter av akamprosot

Vid alkoholberoende ger akamprosot 14 procents minskning i återgång till drickande jämfört med placebo (starkt vetenskapligt underlag) och 11 procents ökning i andel nyktra dagar jämfört med placebo (starkt vetenskapligt underlag). Däremot ger det ingen effekt på andel dagar med tungt drickande jämfört med placebo (starkt vetenskapligt underlag).

Akamprosot ger heller ingen effekt på återgång till drickande, andel nyktra dagar eller andel dagar med tungt drickande jämfört med naltrexon (starkt vetenskapligt underlag).

I bilagan *Vetenskapligt underlag* finns ytterligare information om effekten av akamprosot vid alkoholberoende.

Kostnad för akamprosot

Akamprosot kostar 2 500 kr per behandling. Beräkningen är baserad på 2–3 tabletter Campral per dag i ett års tid.

Resultat från granskning av studier

Det finns ett flertal analyser av behandling med akamprosot som redovisar besparingar till följd av behandlingen [1-4]. Dessa utgörs av 3 modellanalyser och en kohortstudie. Inga RCT med egna kostnadsdata finns. Därutöver finns två översikter som sammanfattar dessa studier och en studie på spanska [5, 6]. Ingen av studierna ger enskilt bra vetenskapligt underlag om besparingar. De modellstudier som använder ett livslångt tidsperspektiv visar främst på potentiella besparingar, inte på belagda besparingar. En av modellstudierna har ett tvåårigt perspektiv som normalt ger ett betydligt säkrare ut-

fall. Kohortstudien visar på stora skillnader i kostnader mellan de som behandlas med akamprosot och de som får sedvanlig behandling. Det finns dock en risk att de som är mest motiverade till behandling återfinns i gruppen som fick akamprosot.

Studierna visar att det är ökad nykterhet som är grunden till besparingar. De övervägande vinsterna är minskad inläggning eller kortare inläggande tid för olika sjukdomar. Övriga besparingar i hälso- och sjukvården och i övriga samhället är av mindre omfattning.

Tillsammans tyder studierna på att behandling med akamprosot leder till besparingar. För att det ska anses vara väl belagt att så är fallet krävs dock en RCT-studie med ett par års uppföljning av sjukvårdskonsumtion.

Referenser

1. Annemans, L, Vanoverbeke, N, Tecco, J, D'Hooghe, D. Economic evaluation of Campral (acamprosate) compared to placebo in maintaining abstinence in alcohol-dependent patients. *Eur Addict Res.* 2000; 6:71-8.
2. Palmer, AJ, Neeser, K, Weiss, C, Brandt, A, Comte, S, Fox, M. The long-term cost-effectiveness of improving alcohol abstinence with adjuvant acamprosate. *Alcohol and Alcoholism.* 2000; 35:478-92.
3. Rychlik, R, Siedentop, H, Pfeil, T, Daniel, D. Cost-effectiveness of adjuvant treatment with acamprosate in maintaining abstinence in alcohol dependent patients. *Eur Addict Res.* 2003; 9:59-64.
4. Schädlich, PK, Brecht, JG. The cost effectiveness of acamprosate in the treatment of alcoholism in Germany. *Pharmacoecon.* 1998; 13:719-30.
5. Poldrugo, F, Haeger, D-A, Comte, S, Walburg, J, Palmer, AJ. A critical review of pharmacoeconomic studies of acamprosate. *Alcohol and Alcoholism.* 2005; 40:422-30.
6. Popova, S, Mohapatra, S, Patra, J, Duhig, A, Rehm, J. A literature review of cost-benefit analyses for the treatment of alcohol dependence. *Int J Environ Res.* 2011; 8:3351-64.

Rad: C16

Tillstånd: Alkoholberoende

Åtgärd: Naltrexon (peroralt)

Jämförelsealternativ: Placebo

Sammanfattande bedömning

Behandling med naltrexon bedöms vara förenad med en låg kostnad per vunnit QALY.

Behandling med naltrexon ger en väsentlig och väl belagd effekt i minskat tungt drickande. Det bör medföra väsentligt minskade samhällskostnader. Studierna om minskade samhällskostnader har utgått från nykterhet, men visat att den mest avgörande faktorn för besparingar är minskad inläggning i slutenvård. Ett rimligt antagande är att minskat tungt drickande har den effekten.

Det är oklart vilken betydelse minskat tungt drickande har för ökad livskvalitet. En hälsoekonomisk analys, med begränsat bevisvärde, har beräknat kostnaden till 120 000 kr per QALY. Behandlingen bör bara pågå i tre månader och kan antas ha kortvarigare effekt än akamprosot och därmed vara mindre kostnadseffektivt. Behandlingen bedöms trots det vara förenad med en låg kostnad per vunnet QALY beroende på den låga kostnaden för läkemedlet och den minskade risken för allvarliga tillstånd under tre månader. Behandlingen bedöms ha låg kostnad per vunnet QALY även då kostnaden för ett flertal behandlingskontakter inkluderats.

Effekter av naltrexon

Vid alkoholberoende ger naltrexon 17 procents minskning i återgång till tungt drickande jämfört med placebo (starkt vetenskapligt underlag) och 4 procents minskning i återgång till drickande jämfört med placebo (starkt vetenskapligt underlag). Dessutom ger naltrexon 3,9 procents minskning i andel dryckesdagar jämfört med placebo (starkt vetenskapligt underlag).

I bilagan *Vetenskapligt underlag* finns ytterligare information om effekten av naltrexon vid alkoholberoende.

Kostnad för naltrexon

Naltrexon kostar 1 400 kr per behandling. Beräkningen är baserad på en tablett Naltrexon Vitaflo per dag i tre månader.

Resultat från granskning av studier

I en australiensisk studie har hälsovinster i form av QALY modellerats utifrån olika åtgärders effekt på alkoholkonsumtion [1]. Av relevans här är en analys av behandling med naltrexon (jämfört med placebo) [2]. Från detta har modellerats livslånga hälsoeffekter baserat på grad av drickande. Modellen bygger på en rad antaganden, varav antagande om bestående effekt är osäkrast och påverkar resultatet mest. Naltrexon beräknades ge en vinst med 0,05 QALY per fullföljande deltagare. Behandlingen med naltrexon jämfört med placebo kostade cirka 120 000 kr (12 966 AUD) per QALY.

Referenser

1. Mortimer, D, Segal, L. Economic evaluation of interventions for problem drinking and alcohol dependence: cost per QALY estimates. *Alcohol & Alcoholism*. 2005; 6:549-55.
2. Streeton, C, Whelan, G. Naltrexone; a relapse prevention maintenance treatment of alcohol dependence. meta analysis of randomised controlled trials. *Alcohol and Alcoholism*. 2001; 36:544-52.

Psykologisk och psykosocial behandling – alkohol

Rad: D02

Tillstånd: Alkoholmissbruk eller -beroende

Åtgärd: Motivationshögjande behandling (MET)

Jämförelsealternativ: Ingen behandling

Sammanfattande bedömning

Åtgärden MET bedöms vara förenad med en låg kostnad per vunnet QALY, både i form av individuell behandling och gruppbehandling.

En hälsoekonomisk analys har beräknat kostnaden till 30 000 kr per vunnet QALY. Analysen har kompletterats med skattningar baserade på potentiella besparingar om missbruket eller beroendet upphör, hälsovinster och kostnader för åtgärden. Enligt skattningarna blir kostnaden per vunnet QALY låg om MET i form av individuell behandling leder till en månads nykterhet. För gruppbehandling krävs endast en veckas nykterhet för att kostnaden per vunnet QALY ska bli låg. Det bedöms som troligt att åtgärden leder till det baserat på de effekter som beskrivits i det vetenskapliga underlaget. MET har visat sig ha effekt i form av minskad alkoholkonsumtion i upp till ett år och bedöms därmed vara förenad med en låg kostnad per vunnet QALY.

Effekter av MET

Vid beroende och missbruk är MET mer effektiv än ingen behandling för att minska alkoholkonsumtionen vid 3–6 månaders uppföljning (måttligt starkt vetenskapligt underlag). MET är lika effektiv som andra aktiva behandlingar för att minska alkoholkonsumtionen vid 3–6 månaders uppföljning (måttligt starkt vetenskapligt underlag) och vid 12 månaders uppföljning (starkt vetenskapligt underlag).

I bilagan *Vetenskapligt underlag* finns ytterligare information om effekten av MET vid alkoholmissbruk eller alkoholberoende.

Kostnad för MET

MET som individuell behandling (fyra samtal på 90 minuter med psykolog) kostar 7 000 kr och som behandling i grupp om 10 patienter 1 000 kr per patient. Kostnaderna utgår från Socialstyrelsens beräkning 2006 (uppräknat för inflation) [1].

Resultat från granskning av studier

I en brittisk studie med 742 deltagare jämfördes SBNT med MET [2]. Ingen jämförelse gjordes med sedvanlig vård (usual care). Uppföljningstiden var 12 månader. Deltagarna i SBNT ökade i livskvalitet med 0,04 QALY och deltagarna i MET med 0,05 QALY. Båda insatserna gav alltså relativt snarlika

vinster i QALY och minskade kostnader. Ingen kontrollgrupp med sedvanlig vård fanns varför resultatet är svårtolkat.

I en australiensisk studie har hälsovinster i form av QALY modellerats utifrån olika åtgärders effekt på alkoholkonsumtion [3]. Av relevans här är en analys av MET jämfört med sedvanlig vård [4]. Från detta har modellerats livslånga hälsoeffekter baserat på grad av drickande. Modellen bygger på en rad antaganden, varav antagande om bestående effekt är osäkrast och påverkar resultatet mest. MET beräknades ge en vinst med 0,12 QALY per fullföljande deltagare. Behandling med MET i jämförelse med sedvanlig vård kostade cirka 30 000 kr per vunnet QALY (3366 AUD år 2003).

Referenser

1. Socialstyrelsen. Kostnader för psykosocial behandling av missbruk. Undersökning av några svenska behandlingsenheter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
2. UKATT Research Team. Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ*. 2005; 331:544.
3. Mortimer, D, Segal, L. Economic evaluation of interventions for problem drinking and alcohol dependence: cost per QALY estimates. *Alcohol & Alcoholism*. 2005; 6:549-55.
4. Sellman, JD, Sullivan, PF, Dore, GM, Adamson, SJ, MacEwna, I. A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*. 2001; 62:389-96.

Rad: D03

Tillstånd: Alkoholmissbruk- eller beroende

Åtgärd: Tolvstegsbehandling

Jämförelsealternativ: Ingen behandling

Sammanfattande bedömning

Tolvstegsbehandling bedöms vara förenad med en låg kostnad per vunnet QALY om den ges i grupp och en låg till måttlig kostnad om den ges individuellt eller på institution.

Socialstyrelsen har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material. Bedömningen bygger därför på en skattning baserad på potentiella besparingar om missbruket eller beroendet upphör, hälsovinster och kostnader för åtgärden. Enligt skattningen blir kostnaden per vunnet QALY låg om tolvstegsbehandling i grupp leder till fyra veckors nykterhet. Det bedöms som troligt att gruppbehandling leder till nykterhet av den omfattningen baserat på de effekter som beskrivits i det vetenskapliga underlaget.

För att individuell behandling ska ha låg kostnad per QALY behöver insatsen leda till sex månaders nykterhet och för måttlig kostnad till två till tre månaders nykterhet. Om behandling på institution leder till sju månaders nykterhet bedöms behandlingen ha låg kostnad och om den leder till tre

månaders nykterhet bedöms den vara förenad med en måttlig kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår. Individuell behandling och behandling på institution bedöms ha som högst måttlig kostnad per vunnet QALY. Det finns ett visst stöd för att tolvstegsbehandling har bättre effekt på helnykterhet än MET och kognitiv beteendeterapi (KBT). Helnykterhet har stark inverkan på kostnadseffektiviteten. Med belagd större långtidseffekt på helnykterhet är kostnaden per kvalitetsjusterade levnadsår låg.

Effekter av Tolvstegsbehandling

Vid beroende och missbruk ger tolvstegsbehandling likvärdig eller något bättre effekt på alkoholkonsumtion jämfört med sedvanlig vård, MET, KBT eller återfallsprevention (ÅP) (starkt vetenskapligt underlag). Bättre effekt ses framför allt för helnykterhet över tid. Tolvstegsbehandling ger likvärdiga eller något mindre relaterade problem jämfört med sedvanlig vård, KBT eller ÅP och MET (starkt vetenskapligt underlag). Dessutom ger den likvärdig effekt på social anpassning (lönearbete) som KBT (måttligt starkt vetenskapligt underlag).

I bilagan *Vetenskapligt underlag* finns ytterligare information om effekten av Tolvstegsbehandling vid alkoholmissbruk eller alkoholberoende.

Kostnad för Tolvstegsbehandling

Tolvstegsbehandling individuellt (25 samtal på 90 minuter med psykolog) kostar 43 000 kr och i grupp om 10 patienter 6 000 kr. Fem veckors behandling på institution kostar 50 000 kr. Kostnaderna utgår från Socialstyrelsens beräkning 2006 (uppräknat för inflation) [1].

Resultat från granskning av studier

Inga studier identifierades som innehåller hälsoekonomiska analyser av tolvstegsbehandling vid alkoholmissbruk eller alkoholberoende.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Kostnader för psykosocial behandling av missbruk. Undersökning av några svenska behandlingsenheter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.

Rad: D04

Tillstånd: Alkoholmissbruk- eller beroende

Åtgärd: Community reinforcement approach (CRA)

Jämförelsealternativ: Ingen behandling

Sammanfattande bedömning

Community reinforcement therapy (CRA) bedöms vara förenad med en låg kostnad per vunnet QALY om den ges i grupp och en måttlig kostnad om den ges individuellt.

Socialstyrelsen har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material. Bedömningen bygger därför på en skattning baserad

på potentiella besparingar om missbruket eller beroendet upphör, hälsovinst-
ter och kostnader för åtgärden. Enligt skattningen blir kostnaden per vunnet
QALY låg om CRA i grupp leder till tre veckors nykterhet. Bedömningen är
att CRA i grupp kan ge detta resultat. Om CRA i individuell form leder till
tre månaders nykterhet bedöms behandlingen medföra en låg kostnad per
vunnet QALY och om den leder till en till två månaders nykterhet bedöms
behandlingen medföra en måttlig kostnad per vunnet QALY. Bedömningen
är att CRA individuellt kan leda till det senare.

Effekter av CRA

Vid missbruk eller beroende ger CRA en minskning av alkoholkonsumtionen
vid sex månaders uppföljning jämfört med tolvstegsbehandling (måttligt
starkt vetenskapligt underlag).

I bilagan *Vetenskapligt underlag* finns ytterligare information om effekten
av CRA vid alkoholmissbruk eller alkoholberoende.

Kostnad för CRA

CRA kostar 5 000 kr i grupp och 27 000 kr individuellt enligt Socialstyrel-
sens beräkning 2006 (uppräknat för inflation) [1].

Resultat från granskning av studier

Inga studier identifierades som innehåller hälsoekonomiska analyser av CRA
vid alkoholmissbruk eller alkoholberoende.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Kostnader för psykosocial behandling av missbruk.
Undersökning av några svenska behandlingsenheter. Stockholm:
Socialstyrelsen; 2006.

Rad: D05

Tillstånd: Alkoholmissbruk- eller beroende

Åtgärd: Kognitiv beteendeterapi (KBT) eller
återfallsprevention (ÅP)

Jämförelsealternativ: Ingen behandling

Sammanfattande bedömning

Åtgärden KBT eller ÅP bedöms vara förenad med en låg kostnad per vunnet
QALY om den ges i grupp och en måttlig kostnad om den ges individuellt.

Socialstyrelsen har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit
något relevant material. Bedömningen bygger därför på en skattning baserad
på potentiella besparingar om missbruket eller beroendet upphör, hälsovins-
ter och kostnader för åtgärden. Enligt skattningen blir kostnaden per vunnet
QALY låg om KBT eller ÅP i grupp leder till två veckors nykterhet. Bedöm-
ningen är att KBT eller ÅP i grupp kan ge detta resultat baserat på de effekter
som beskrivits i det vetenskapliga underlaget. Om KBT eller ÅP i individuell
form leder till fyra månaders nykterhet bedöms behandlingen medföra en låg

kostnad per vunnet QALY och om den leder till två månaders nykterhet bedöms behandlingen medföra en måttlig kostnad per vunnet QALY. Bedömningen är att KBT eller ÅP individuellt kan leda till det senare.

Effekter av KBT eller ÅP

Vid missbruk eller beroende ger KBT eller ÅP en likvärdig effekt på alkoholkonsumtion som andra aktiva behandlingar (måttligt starkt vetenskapligt underlag). KBT eller ÅP ger däremot en något bättre effekt på alkoholkonsumtion jämfört med sedvanlig vård (måttligt starkt vetenskapligt underlag).

I bilagan *Vetenskapligt underlag* finns ytterligare information om effekten av KBT eller ÅP vid alkoholmissbruk eller alkoholberoende.

Kostnad för KBT eller ÅP

KBT eller ÅP individuellt (15 samtal på 90 minuter med psykolog) kostar 26 000 kr och i grupp om 10 patienter 3 600 kr [1].

Resultat från granskning av studier

Inga studier identifierades som innehåller hälsoekonomiska analyser av KBT eller återfallsprevention vid alkoholmissbruk eller alkoholberoende.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Kostnader för psykosocial behandling av missbruk. Undersökning av några svenska behandlingsenheter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.

Rad: D08

Tillstånd: Alkoholmissbruk- eller beroende

Åtgärd: Psykodynamisk eller interaktionell terapi

Jämförelsealternativ: Ingen behandling

Sammanfattande bedömning

Psykodynamisk eller interaktionell psykoterapi bedöms vara förenad med en låg kostnad per vunnet QALY om den ges i grupp och en måttlig kostnad om den ges individuellt.

Socialstyrelsen har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material. Bedömningen bygger därför på en skattning baserad på potentiella besparingar om missbruket eller beroendet upphör, hälsovinsten och kostnader för åtgärden. Enligt skattningen blir kostnaden per vunnet QALY låg om psykodynamisk eller interaktionell psykoterapi i grupp leder till tre veckors nykterhet. Bedömningen är att behandlingen i grupp kan ge detta resultat baserat på de effekter som beskrivits i det vetenskapliga underlaget. Om psykodynamisk eller interaktionell psykoterapi i individuell form leder till fem månaders nykterhet bedöms behandlingen medföra en låg kostnad per vunnet QALY och om den leder till två månaders nykterhet bedöms behandlingen medföra en måttlig kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår. Bedömningen är att behandlingen individuellt kan leda till det senare.

Effekter av psykodynamisk eller interaktionell terapi

Vid alkoholberoende ger psykodynamisk eller interaktionell terapi en minskning av alkoholkonsumtionen som är likvärdig KBT eller ÅP (begränsat vetenskapligt underlag).

I bilagan *Vetenskapligt underlag* finns ytterligare information om effekten av psykodynamisk eller interaktionell terapi vid alkoholmissbruk eller alkoholberoende.

Kostnad för psykodynamisk eller interaktionell terapi

Psykodynamisk terapi individuellt (20 samtal på 90 minuter med psykolog) kostar 34 000 kr och i grupp om 10 patienter 5 000 kr. Kostnaderna utgår från Socialstyrelsens beräkning 2006 (uppräknat för inflation) [1].

Resultat från granskning av studier

Inga studier identifierades som innehåller hälsoekonomiska analyser av psykodynamisk eller interaktionell terapi vid alkoholmissbruk eller alkoholberoende.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Kostnader för psykosocial behandling av missbruk. Undersökning av några svenska behandlingsenheter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.

Missbruk eller beroende av narkotika

Som stöd för bedömning av kostnadseffektivitet är det främst studier som visar effekt på hälsa och livskvalitet som är intressanta. Få studier identifierades som hade relevans. Bedömningen av åtgärdernas kostnadseffektivitet bygger därför på en skattning baserad på potentiella besparingar om missbruket eller beroendet upphör, hälsovinster samt kostnad för respektive åtgärd.

Besparingar

Socialstyrelsen har bedömt att samhällets kostnader för missbruk och beroende av alkohol och narkotika som helhet är 30 miljarder kr per år (avser år 2003) [1]. Uppgiften är osäker och den uppskattade kostnaden har beräknats ligga mellan 16 och 57 miljarder per år. I missbruksutredningen görs också skattningar av samhällets kostnader för missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika. Uppgiften där är att kostnaden är 150 miljarder kr varav 66 miljarder avser narkotikamissbruk [2]. Tidigare Folkhälsoinstitutet har bedömt att narkotikamissbruket kostar samhället 17 miljarder kr per år (och dessutom förlorade levnadsår) [3]. Kostnaden är tills synes svår att beräkna. I de fortsatta beräkningarna och bedömningarna har vi utgått från antagandet att samhällets kostnader för tungt narkotikamissbruk är 10 miljarder kr per år. Antalet tunga narkotikamissbrukare uppskattas vara 30 000 [2]. Det innebär en samhällskostnad på 330 000 kr per år för en tung narkotikamissbrukare.

Hälsovinster

Årligen dör 400 personer till följd av tungt narkotikamissbruk [2]. Om vi antar att 30 levnadsår förloras per dödsfall så är förlusten 12 000 levnadsår. Det innebär 0,4 levnadsår per tung narkotikamissbrukare. När en åtgärd leder till att missbruk upphör är således den preventiva effekten av åtgärden 0,4 vunna levnadsår per år förutsatt att den förväntade återstående livslängden är 30 år (marginellt lägre i QALY). Om missbruket upphör förväntas effekten på livskvalitet vara 0,25 på en skala mellan 0 och 1 [4]. Under ett år innebär det en livskvalitetsvinst med 0,25 QALY. Sammanlagt kan ett års upphörande av missbruk ge en vinst på 0,65 QALY.

Kostnad för åtgärderna

En omfattande genomgång och kostnadsberäkning för psykologiska och psykosociala behandlingar gjordes inför arbetet med de tidigare nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården som publicerades 2007 [5]. Dessa kostnadsberäkningar är till stor del fortfarande aktuella, dock med cirka 25 procents prisuppräknings.

Psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder skiljer sig åt avseende längd på samtalen, antal samtal och om de sker individuellt eller i grupp. Kostnaden för behandlingarna ska ses som exempel och kan variera mycket beroende på utformning.

I beräkningarna ingår tid för samtal, förberedelse och efterarbete, semesterersättning och sociala avgifter samt beaktande av att all arbetstid inte är patientorienterat arbete. Det innebär att 30 procent av arbetstiden har antagits vara tid för samtal vid individuella samtal och drygt 20 procent av tiden vid gruppsamtal. Lokalkostnader och overheadkostnader ingår inte av det skälet att dessa i huvudsak inte förväntas öka. Skulle dessa kostnader inkluderas kan kostnaden stiga med upp till 50 procent.

Bedömning av kostnadseffektivitet

Utifrån ovanstående underlag kan ett nyckeltal beräknas för vad ett år med drogfrihet får kosta för att ha låg respektive måttlig kostnad per QALY. Kostnad per QALY definieras, som tidigare nämnts, som låg om kostnaden per vunnet QALY är under 100 000 kr. Motsvarande siffror för måttlig QALY är 100 000-499 999 kr. Antal vunna levnadsår per person som upphör med narkotikamissbruk har skattats till 0,4. Om en åtgärd får kosta maximalt 100 000 kr per vunnet QALY innebär det att en åtgärd som leder till ett års drogfrihet får kosta 40 000 kr ($0,4 \times 100\,000$ kr) för de vunna levnadsåren och 25 000 kr ($0,25 \times 100\,000$ kr) för den ökade livskvaliteten, lägg där till de minskade samhällskostnaderna (se tabellen nedan).

Vinster	Låg kostnad per QALY, kr	Måttlig kostnad per QALY, kr
Vunna levnadsår med 0,4 QALY	40 000	200 000
Ökad livskvalitet med 0,25 QALY	25 000	125 000
Minskade samhällskostnader	330 000	330 000
Summa	395 000	655 000

En åtgärd som leder till ett års drogfrihet kan alltså totalt kosta 395 000 kr för att innebära en låg kostnad per QALY och 665 000 kr för en måttlig kostnad per QALY. Varje dag med drogfrihet får därmed kosta 1 080 kr ($395\,000$ kr/365 dagar) respektive 1 800 kr. Detta är grova beräkningar baserat på osäkra data. Uppenbart är dock att vinsterna är mycket stora av minskat tungt narkotikamissbruk. Det rimligt att anta att åtgärder som leder till ökad drogfrihet i normalfallet är förenade med en låg eller måttlig kostnad per QALY.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Kostnader för alkohol och narkotika. Beräkning av samhällets kostnader 2003. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
2. Socialdepartementet. Bättre insatser vid missbruk och beroende: Socialdepartementet; 2011.

3. Statens folkhälsoinstitut. Ekonomiska beräkningar och bedömningar. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
4. WHO. Global burden of disease 2004 update: Disability weights for diseases and conditions. Genova: WHO; 2004.
5. Socialstyrelsen. Kostnader för psykosocial behandling av missbruk. Undersökning av några svenska behandlingsenheter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.

Psykologisk och psykosocial behandling – narkotika

Rad: D14

Tillstånd: Cannabismissbruk- eller beroende

Åtgärd: Kort intervention med motiverande samtal (MI) eller annan samtalsmetod

Jämförelsealternativ: Ingen behandling

Sammanfattande bedömning

Åtgärden kort intervention bedöms vara förenad med en låg kostnad per QALY.

Socialstyrelsen har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit några analyser med QALY som effektmått. Bedömningen bygger därför på en skattning baserad på potentiella besparingar om missbruket eller beroendet upphör, hälsovinster och kostnader för åtgärden. Enligt skattningen kan insatser för att bryta tungt narkotikamissbruk och beroende kosta 1 080 kr per drogfri dag för att medföra en låg kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår. Det är dock ett mycket grovt nyckeltal.

Vad gäller cannabis är det rimligt att anta att kostnaden per drogfri dag inte kan vara lika hög som för annan narkotika, men kostnaden per QALY bedöms ändå vara låg. Kort intervention är en behandling som kostar relativt lite att genomföra. Effekten är dock liten och evidensen för effekten måttligt stark. Den hälsoekonomiska beräkningen är därmed något osäker. Sammanfattningsvis blir bedömningen att om det föreligger en effekt i minskat missbruk av kort intervention är metoden förenad med en låg kostnad per vunnet QALY.

Effekter av kort intervention

Vid cannabismissbruk eller -beroende ger kort intervention liten till måttlig effekt på cannabisanvändning vid 4 månaders uppföljning jämfört med väntelista (måttligt starkt vetenskapligt underlag).

I bilagan *Vetenskapligt underlag* finns ytterligare information om effekten av kort intervention vid missbruk eller beroende av cannabis.

Kostnad för kort intervention

Kostnaden för kort intervention har baserats på kostnaderna för MET. Det vill säga individuell behandling (fyra samtal på 90 minuter med psykolog) kostar 7 000 kr och som behandling i grupp om 10 patienter 1 000 kr per patient. Kostnaderna utgår från Socialstyrelsens beräkning 2006 (uppräknat för inflation) [1].

Resultat från granskning av studier

Inga studier identifierades som innehåller hälsoekonomiska analyser av kort intervention vid missbruk eller beroende av cannabis.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Kostnader för psykosocial behandling av missbruk. Undersökning av några svenska behandlingsenheter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.

Rad: D15

Tillstånd: Cannabismissbruk- eller beroende

Åtgärd: Kognitiv beteende terapi (KBT) eller återfallsprevention (ÅP) med tillägg av motiverande samtal (MI) eller motivationshöjande behandling (MET)

Jämförelsealternativ: Ingen behandling

Sammanfattande bedömning

Åtgärden KBT eller ÅP med tillägg av MI eller MET bedöms vara förenad med en låg kostnad per QALY om den ges i grupp och sannolikt även om den ges individuellt.

Socialstyrelsen har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit några analyser med QALY som effektmått. Bedömningen bygger därför på en skattning baserad på potentiella besparingar om missbruket eller beroendet upphör, hälsovinster och kostnader för åtgärden. Enligt skattningen kan insatser för att bryta tungt narkotikamissbruk och beroende kosta 1 080 kr per drogfri dag för att medföra en låg kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår. Det är dock ett mycket grovt nyckeltal. Vad gäller cannabis är det rimligt att anta att kostnaden per drogfri dag inte kan vara lika hög som för annan narkotika, men kostnaden per QALY bedöms ändå vara låg.

Effekter av KBT eller ÅP med tillägg av MI eller MET

Vid missbruk eller beroende av cannabis ger KBT eller ÅP med tillägg av MI eller MET en måttlig effekt på cannabisanvändning jämfört med väntelista eller enbart MI eller MET under behandling eller vid behandlingsslut (måttligt starkt vetenskapligt underlag). KBT eller ÅP med tillägg av MI eller MET ger en liten effekt på cannabisanvändning jämfört med väntelista vid 6–7 månaders uppföljning (begränsat vetenskapligt underlag).

I bilagan *Vetenskapligt underlag* finns ytterligare information om effekten av KBT eller ÅP med tillägg av MI eller MET vid missbruk eller beroende av cannabis.

Kostnad för KBT eller ÅP med tillägg av MI eller MET

KBT eller ÅP individuellt (15 samtal på 90 minuter med psykolog) kostar 26 000 kr och i grupp om 10 patienter 3 600 kr. Kostnaden för MI eller MET

som individuell behandling (fyra samtal på 90 minuter med psykolog) är 7 000 kr och som behandling i grupp om 10 patienter 1 000 kr per patient. Kostnaderna utgår från Socialstyrelsens beräkning 2006 (uppräknat för inflation) [1].

Resultat från granskning av studier

Inga studier identifierades som innehåller hälsoekonomiska analyser av KBT eller ÅP med tillägg av MI eller MET med QALY som utfall. Däremot finns det två studier som har viss relevans och eftersom studierna jämfört flera av de åtgärder som ingår i riktlinjerna kan de ge en bild av hur de olika åtgärderna förhåller sig till varandra baserat på samma jämförelsemått (det vill säga kostnad per drogfri dag).

En av studierna inkluderar ungdomar med cannabisbruk. Deltagarna randomiserades till fyra olika behandlingsalternativ där en var individuell KBT [2]. Övriga åtgärder bestod av funktionell familjeterapi, en kombination av familjeterapi och individuell KBT samt psykoedukativ- och färdighetstränande behandling i grupp. Ingen sedvanlig vård gavs. Kostnadseffektiviteten var uttryckt som kostnad i relation till andel dagar utan cannabisbruk. Behandling i grupp (psykoedukativ) var billigast och kostade 885 US-dollar (kostnad per vecka i medeltal multiplicerat med medianlängden i behandling), individuell KBT 1 278 US-dollar, funktionell familjeterapi 1 625 US-dollar medan den kombinerade behandlingen var dyrast (2 546 US-dollar). Minskningen i cannabisbruk vid 7 månader var likvärdig för alla åtgärder, vilket betyder att utifrån en kostnadsminimeringsanalys så är den åtgärd som har lägst kostnader mest kostnadseffektiv. Författarna poängterar emellertid att studien har vissa metodologiska brister som gör att den mer är konceptuell än empirisk.

Den andra studien som har viss relevans jämförde sedvanlig vård (drug counselling), sedvanlig vård med tillägg av CoM, MET och KBT, och MET och KBT med tillägg av CoM bland personer med cannabisberoende [3]. Kostnadseffektiviteten var uttryckt som skillnaden i kostnad dividerat med skillnaden i andel dagar utan missbruk, där sedvanlig vård var jämförelsealternativ. Kostnadseffektiviteten för MET och KBT var 102 US-dollar, för sedvanlig vård med tillägg av CoM 1104 US-dollar och för MET och KBT med tillägg av CoM 1333 US-dollar.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Kostnader för psykosocial behandling av missbruk. Undersökning av några svenska behandlingsenheter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
2. French, MT, Zavala, SK, McCollister, KE, Waldron, HB, Turner, CW, Ozechowski, TJ. Cost-effectiveness analysis of four interventions for adolescents with substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2008; 34:272-81.
3. Olmstead, TA, Sindelar, JL, Easton, CJ, Carroll, KM. The cost-effectiveness of four treatments for marijuana dependence. *Addiction*. 2007; 102:1443-53.

Rad: D16

Tillstånd: Cannabismissbruk- eller beroende

Åtgärd: Contingency Management (CoM) som tillägg till kognitiv beteendeterapi (KBT) eller återfallsprevention (ÅP) och motivationshöjandebehandling (MET)

Jämförelsealternativ: Ingen behandling

Sammanfattande bedömning

Åtgärden CoM som tillägg till KBT eller ÅP med MET bedöms vara förenad med en låg kostnad per QALY.

Socialstyrelsen har inte funnit några hälsoekonomiska analyser med QALY som effektmått. Däremot finns flera analyser som visar på minskat missbruk till relativt låg kostnad. Kostnaden för insatsen varierar starkt beroende på utformning, men flera hälsoekonomiska analyser visar god kostnadseffektivitet uttryckt i kostnad per drogfri dag. De hälsoekonomiska analyserna indikerar att kostnaden per QALY är låg.

Effekter av CoM som tillägg till KBT eller ÅP och MET

Vid missbruk eller beroende av cannabis ger CoM som tillägg till KBT eller ÅP och MET en liten effekt på cannabisanvändning jämfört med enbart KBT eller ÅP och MET under behandling, vid behandlingsslut eller vid 6-12 månaders uppföljning (måttligt starkt vetenskapligt underlag).

I bilagan *Vetenskapligt underlag* finns ytterligare information om effekten av CoM som tillägg till KBT eller ÅP och MET vid missbruk eller beroende av cannabis.

Kostnad för CoM som tillägg till KBT eller ÅP och MET

CoM som tillägg till sedvanlig vård finns kostnadsberäknat i två hälsoekonomiska analyser [1, 2] och CoM som tillägg till KBT eller ÅP och MET i en analys [3]. Komponenten CoM har en likartad utformning i studierna och beräknas kosta cirka 3 000 kr per patient. KBT eller ÅP individuellt (15 samtal på 90 minuter med psykolog) kostar 26 000 kr och i grupp om 10 patienter 3 600 kr. Kostnaden för MI eller MET som individuell behandling (fyra samtal på 90 minuter med psykolog) är 7 000 kr och som behandling i grupp om 10 patienter 1 000 kr per patient. Kostnaderna för KBT eller ÅP samt MI eller MET utgår från Socialstyrelsens beräkning 2006 (uppräknat för inflation) [4].

Resultat från granskning av studier

En studie identifierades som innehåller hälsoekonomiska analyser av CoM som tillägg till KBT eller ÅP och MET [3]. Dessutom finns det två studier som jämför CoM som tillägg till sedvanlig vård med enbart sedvanlig vård vid centralstimulantiberoende [1, 2]. Studierna har dock begränsat värde i och med att ingen har beräknat kostnadseffektivitet baserat på QALY.

CoM som tillägg till KBT eller ÅP har jämförts med sedvanlig vård (drug counselling), sedvanlig vård med tillägg av CoM och MET och KBT bland

personer med cannabisberoende [3]. Kostnadseffektiviteten var uttryckt som skillnaden i kostnad dividerat med skillnaden i andel dagar utan missbruk, där sedvanlig vård var jämförelsealternativ. Kostnadseffektiviteten för MET och KBT var 102 US-dollar, för sedvanlig vård med tillägg av CoM 1104 US-dollar och för MET och KBT med tillägg av CoM 1333 US-dollar.

Referenser

1. Olmstead, TA, Petry, NM. The cost-effectiveness of prize-based and voucher-based contingency management in a population of cocaine- or opioid-dependent outpatients. *Drug and Alcohol Dependence*. 2009; 102:108-15.
2. Olmstead, TA, Sindelar, JL, Petry, NM. Cost-effectiveness of prize-based incentives for stimulant abusers in outpatient psychosocial treatment programs. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007; 87:175-82.
3. Olmstead, TA, Sindelar, JL, Easton, CJ, Carroll, KM. The cost-effectiveness of four treatments for marijuana dependence. *Addiction*. 2007; 102:1443-53.
4. Socialstyrelsen. Kostnader för psykosocial behandling av missbruk. Undersökning av några svenska behandlingsenheter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.

Rad: D21

Tillstånd: Missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat (kokain eller amfetamin)

Åtgärd: Community Reinforcement Approach (CRA) med tillägg av Contingency Management (CoM)

Jämförelsealternativ: Ingen behandling

Sammanfattande bedömning

Åtgärden CRA med tillägg av CoM bedöms vara förenad med en låg QALY levnadsår.

Socialstyrelsen har inte funnit några hälsoekonomiska analyser med QALY som effektmått, men flera analyser visar på minskat missbruk till relativt låg kostnad. Kostnaden för insatsen varierar starkt beroende på utformning. Om behandlingen leder till tre-fyra veckors drogfrihet bedöms kostnaden per QALY att vara låg. Denna effekt bedöms kunna uppnås av behandlingen.

Effekter av CRA med tillägg av CoM

Vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat ger CRA med tillägg av CoM en större andel drogfria jämfört med KBT eller tolvstegsbehandling under behandlingstiden (begränsat vetenskapligt underlag). Dessutom ger CRA med CoM en större andel drogfria jämfört med enbart CRA eller CRA med belöning utan krav på drogfrihet under behandlingstiden (begränsat vetenskapligt underlag).

Kostnad för CRA med tillägg av CoM

Community reinforcement approach individuellt (24 samtal på 60 minuter med psykolog) kostar 27 000 kr och om det går att utföra i grupp om 10 patienter 4 000 kr per patient [1]. CoM enbart finns kostnadsberäknat i två hälsoekonomiska analyser [2, 3]. Åtgärderna har en likartad utformning i de båda studierna och beräknas kosta cirka 3 000 kr per patient.

Resultat från granskning av studier

Inga studier identifierades som innehåller hälsoekonomiska analyser av CRA med tillägg av CoM. Däremot finns det två studier som har viss relevans som jämförde CoM som tillägg till sedvanlig vård med enbart sedvanlig vård [2, 3]. Studierna har däremot begränsat värde i och med att ingen har beräknat kostnadseffektivitet baserat på QALY.

I studierna där CoM som tillägg till sedvanlig vård jämfördes med enbart sedvanlig vård gav tillägget av CoM en ökad drogfrihet hos personer med centralstimulantiberoende [2, 3]. Studierna visade att kostnadseffektiviteten, uttryckt som skillnaden i kostnad dividerat med skillnaden i andel dagar utan missbruk där sedvanlig vård var jämförelsealternativ, var 166–258 US-dollar. Kostnadsintervallet är bland annat beroende av vilken typ av förstärkningsmetod som används.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Kostnader för psykosocial behandling av missbruk. Undersökning av några svenska behandlingsenheter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
2. Olmstead, TA, Petry, NM. The cost-effectiveness of prize-based and voucher-based contingency management in a population of cocaine- or opioid-dependent outpatients. *Drug and Alcohol Dependence*. 2009; 102:108-15.
3. Olmstead, TA, Sindelar, JL, Petry, NM. Cost-effectiveness of prize-based incentives for stimulant abusers in outpatient psychosocial treatment programs. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007; 87:175-82.

Rad: D31

Tillstånd: Opioidmissbruk eller - beroende

Åtgärd: Contingency Management (CoM) inom ramen för läkemedelsassisterad behandling

Jämförelsealternativ: Ingen behandling

Sammanfattande bedömning

Åtgärden CoM som tillägg till läkemedelsassisterad behandling bedöms vara förenad med en låg kostnad per QALY.

Socialstyrelsen har inte funnit några hälsoekonomiska analyser med QALY som effektmått, men flera analyser visar på minskat missbruk till relativt låg kostnad. Kostnaden för insatsen varierar starkt beroende på utform-

ning, men flera hälsoekonomiska analyser visar god kostnadseffektivitet uttryckt i kostnad per drogfri dag, vilket indikerar att kostnaden per vunnet QALY är låg.

Effekter av CoM inom ramen för läkemedelsassisterad behandling

Vid missbruk eller beroende av opioider har CoM inom ramen för läkemedelsassisterad behandling en liten till måttlig effekt på användning av opioider och andra droger jämfört med sedvanlig vård eller med annan form av förstärkning (måttligt starkt vetenskapligt underlag).

I bilagan *Vetenskapligt underlag* finns ytterligare information om effekten av CoM inom ramen för läkemedelsassisterad behandling vid missbruk eller beroende av opioider.

Kostnad för CoM inom ramen för läkemedelsassisterad behandling

CoM enbart finns kostnadsberäknat i två hälsoekonomiska analyser [1, 2]. Åtgärderna har en likartad utformning i de båda studierna och beräknas kosta cirka 3 000 kr per patient.

Resultat från granskning av studier

Inga studier identifierades som innehåller hälsoekonomiska analyser av CoM inom ramen för läkemedelsassisterad behandling. Däremot finns det två studier som har viss relevans som jämförde CoM som tillägg till sedvanlig vård med enbart sedvanlig vård vid centralstimulantiberoende [1, 2]. Studierna har dessutom begränsat värde i och med att ingen har beräknat kostnadseffektivitet baserat på QALY.

I studierna där CoM som tillägg till sedvanlig vård jämfördes med enbart sedvanlig vård gav tillägget av CoM en ökad drogfrihet hos personer med centralstimulantiberoende [1, 2]. Studierna visade att kostnadseffektiviteten, uttryckt som skillnaden i kostnad dividerat med skillnaden i andel dagar utan missbruk där sedvanlig vård var jämförelsealternativ, var 166–258 US-dollar. Kostnadsintervallet är bland annat beroende av vilken typ av förstärkningsmetod som används.

Referenser

1. Olmstead, TA, Petry, NM. The cost-effectiveness of prize-based and voucher-based contingency management in a population of cocaine- or opioid-dependent outpatients. *Drug and Alcohol Dependence*. 2009; 102:108-15.
2. Olmstead, TA, Sindelar, JL, Petry, NM. Cost-effectiveness of prize-based incentives for stimulant abusers in outpatient psychosocial treatment programs. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007; 87:175-82.

Rad: G02

Tillstånd: Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år

Åtgärd: Motivationshöjande behandling (MET) och kognitiv beteendeterapi (KBT)

Jämförelsealternativ: Ingen behandling

Sammanfattande bedömning

Åtgärden MET och KBT bedöms vara förenad med en låg kostnad per QALY om den ges i grupp och sannolikt även om den ges individuellt.

Socialstyrelsen har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit några analyser med QALY som effektmått. Bedömningen bygger därför på en skattning baserad på potentiella besparingar om missbruket eller beroendet upphör, hälsovinster och kostnader för åtgärden. Enligt skattningen kan insatser för att bryta tungt narkotikamissbruk och beroende kosta 1 080 kr per drogfri dag för att medföra en låg kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår. Det är dock ett mycket grovt nyckeltal. Vad gäller cannabis är det rimligt att anta att kostnaden per drogfri dag inte kan vara lika hög som för annan narkotika, men kostnaden per QALY bedöms ändå vara låg.

Effekter av MET och KBT

Vid missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika ger MET och KBT liten effekt på antalet nyktra dagar jämfört med andra aktiva behandlingar som Family support network (FSN), adolescent community reinforcement approach (ACRA), multidi-mensional family therapy (MDFT), chestnut bloomington outpatient (CBOP), CBOP + assertive continuing care (ACC) eller MET och KBT med tillägg av ACC (begränsat vetenskapligt underlag).

I bilagan *Vetenskapligt underlag* finns ytterligare information om effekten av MET och KBT vid missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungsomar.

Kostnad för MET och KBT

Kostnadsberäkningarna bygger på kostnader för MET och KBT för vuxna. Den aktuella åtgärden som utvärderats för ungdomar innefattar färre antal tillfällen och kan därmed antas ha en lägre kostnad.

För vuxna har följande kostnader skattats: KBT individuellt (15 samtal på 90 minuter med psykolog) kostar 26 000 kr och i grupp om 10 patienter 3 600 kr. Kostnaden för MET som individuell behandling (fyra samtal på 90 minuter med psykolog) är 7 000 kr och som behandling i grupp om 10 patienter 1 000 kr per patient. Kostnaderna utgår från Socialstyrelsens beräkning 2006 (uppräknat för inflation) [1].

Resultat från granskning av studier

Inga studier identifierades som innehåller hälsoekonomiska analyser av MET och KBT med QALY som utfall. Däremot finns det två studier som har viss relevans och eftersom studierna jämfört flera av de åtgärder som ingår i riktlinjerna kan de ge en bild av hur de olika åtgärderna förhåller sig till varandra baserat på samma jämförelsemått (det vill säga kostnad per drogfri dag).

En av studierna inkluderar ungdomar med cannabisbruk. Deltagarna randomiserades till fyra olika behandlingsalternativ där en var individuell KBT [2].

Övriga åtgärder bestod av funktionell familjeterapi, en kombination av familjeterapi och individuell KBT samt psykoedukativ- och färdighetstränande behandling i grupp. Ingen sedvanlig vård gavs. Kostnadseffektiviteten var uttryckt som kostnad i relation till andel dagar utan cannabisbruk. Behandling i grupp (psykoedukativ) var billigast och kostade 885 US-dollar (kostnad per vecka i medeltal multiplicerat med medianlängden i behandling), individuell KBT 1 278 US-dollar, funktionell familjeterapi 1 625 US-dollar medan den kombinerade behandlingen var dyrast (2 546 US-dollar). Minskningen i cannabisbruk vid 7 månader var likvärdig för alla åtgärder, vilket betyder att utifrån en kostnadsminimeringsanalys så är den åtgärd som har lägst kostnader mest kostnadseffektiv. Författarna poängterar emellertid att studien har vissa metodologiska brister som gör att den mer är konceptuell än empirisk.

Den andra studien som har viss relevans jämförde sedvanlig vård (drug counselling), sedvanlig vård med tillägg av CoM, MET och KBT, och MET och KBT med tillägg av CoM bland vuxna med cannabisberoende [3]. Kostnadseffektiviteten var uttryckt som skillnaden i kostnad dividerat med skillnaden i andel dagar utan missbruk, där sedvanlig vård var jämförelse-alternativ. Kostnadseffektiviteten för MET och KBT var 102 US-dollar, för sedvanlig vård med tillägg av CoM 1104 US-dollar och för MET och KBT med tillägg av CoM 1333 US-dollar.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Kostnader för psykosocial behandling av missbruk. Undersökning av några svenska behandlingsenheter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
2. French, MT, Zavala, SK, McCollister, KE, Waldron, HB, Turner, CW, Ozechowski, TJ. Cost-effectiveness analysis of four interventions for adolescents with substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2008; 34:272-81.
3. Olmstead, TA, Sindelar, JL, Easton, CJ, Carroll, KM. The cost-effectiveness of four treatments for marijuana dependence. *Addiction*. 2007; 102:1443-53.