

# Helseøkonomisk vurdering av kurs i mestring av depresjon

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Det er behov for helseøkonomiske vurderinger av tiltak innenfor psykisk helsevern.

**Materiale og metode.** I en randomisert studie av et kurs i mestring av depresjon var det 3,3 poeng større fremgang på Beck Depression Inventory i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. Det gjøres en verdivurdering av denne gjennomsnittlige effekten ut fra det man vet om samfunnets vektlegging av alvorlighetsgrad og behandlingseffekt ved prioritering.

**Resultater og fortolkning.** Det anslås at om ca. 200 personer gjennomgår kurset, er den samlede livskvalitetsforbedring for disse like verdifull og prioriteringsverdig som det at man for en pasient vinner et leveår. Kostnadene ved å kurse 200 personer anslås til 300 000–400 000 kroner. Dette er innenfor rammen av hva samfunnet ellers er villig til å betale over offentlige budsjetter for å vinne leveår.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

**Oppgitte interessekonflikter:**  
Se til slutt i artikkelen

**Erik Nord**

[erik.nord@fhi.no](mailto:erik.nord@fhi.no)

**Odd Steffen Dalgard**

Divisjon for psykisk helse  
Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Boks 4404 Nydalen  
0403 Oslo

Et standardisert kurs i depresjonsmestring (KiD) tilbys i en lang rekke norske kommuner av Rådet for psykisk helse i samarbeid med Kommunal Kompetanse. Kurset bygger på et amerikansk psykoedukativt gruppeprogram (1–3). Den norske versjonen er evaluert medisinsk (4). I denne artikkelen suppleres den medisinske evalueringen med en helseøkonomisk analyse. Hensikten er primært pedagogisk, dvs. å gi et eksempel på hvordan helseøkonomiske verktøy kan anvendes på psykisk helsevern. Men resultatene gir også en viss pekepinn mht. hvor god valuta for pengene det aktuelle kurset faktisk gir.

## Materiale og metode

Hvert kurs har 8–10 deltakere og går over åtte ukentlige seanser à 2,5 timer under ledelse av to personer, vanligvis to spesialopplærte psykiatriske sykepleiere. Gjennom undervisning og arbeid med skriftlige oppgaver trenes deltakerne i positiv tenkning, søking av lystbetonte aktiviteter og utvikling av sosiale relasjoner (4).

Evalueringsstudien (4) omfattet 155 personer som meldte seg på til kursdeltakelse våren 2001. De ble randomisert til kursdeltakelse i to påhverandrefølgende bølger. Deltakerne i bølge 1 utgjorde studiens intervensjonsgruppe, mens de som ble tilbudt deltakelse i bølge 2 utgjorde kontrollgruppe for bølge 1.

Medlemmene av begge grupper fylte ut Beck Depression Inventory (BDI) ved intervensjonsgruppens kursstart, ved kursavslutning etter to måneder og seks måneder etter kursstart. BDI spør om 21 symptomer, hvert med fire svaralternativer. Null problemer på alle 21 symptomer gir en sumskåre på null, mens alvorligste trinn på alle symptomer gir en sumskåre på 63 ( $21 \times 3$ ). I gjennomsnitt gikk intervensjonsgruppen frem fra sumskåre 21,8 til sumskåre 15,2 etter to måneder og 14,1 etter seks måneder. Kontrollgruppen gikk frem fra 22,7 til 18,3 etter seks måneder. Den gjennomsnittlige merforbedringen for intervensjonsgruppen var med andre ord

på 3,3 poeng (95 % KI 0,6–6,2). Estimert samsvarer godt med funn i en forutgående internasjonal studie (5, 6).

Upubliserte tall viser at intervensjonsgruppen etter 12 måneder var på samme nivå som etter seks måneder. Heller ikke den forutgående internasjonale studien viste endring i intervensjonsgruppen fra seks til 12 måneder. Videre fant man i den internasjonale studien ingen forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppen etter 12 måneder (5). Det siste avspeiler at depresjon i mange tilfeller går over også om det ikke intervensjon. Vi antar at effekten av mestringskurset er forkortet varighet av depresjons-episoder. For den helseøkonomiske analysen spesifiserer vi forkortingen til at kursdeltakerne i gjennomsnitt i et halvt års tid får oppleve å være 3,3 BDI-poeng mindre deprimeret enn de ville ha vært uten kurset.

Betydningen av en symptomdemping på 3,3 poeng på BDI kan anskueliggjøres ved å sammenlikne en typisk symptomprofil for personer med en BDI-skåre på ca. 14 (gjennomsnittet i intervensjonsgruppen etter kurset) med en typisk symptomprofil for personer med en BDI-skåre på 17–18 (det nivået man kan anslå at intervensjonsgruppen i gjennomsnitt ville ha nådd hvis de ikke hadde gått på kurs). Forskjellen kan for eksempel bestå i følgende: Noe mindre tristhet, noe større interesse for andre, noe større glede av aktiviteter, noe mindre søvnproblemer. Det fremgår at en forbedring på 3,3 poeng på BDI ikke er ubetydelig.

For å komme frem til en verdsetting av den observerte medisinske effekt, har vi brukt en variant av måleenheten kvalitetsjusterte leveår (QALY) (7). Samfunnets relative verdsetting av ulike tiltak lar seg anslå i talls form på grunnlag av intervjuundersøkelser som viser hvordan folk vil prioritere mellom tiltak som



## Hovedbudskap

- Forbedringer i psykisk helse kan i prinsippet fanges opp i helseøkonomiske analyser
- Et standardisert kurs i mestring av depresjon synes å forkorte depresjonsperioder
- Kostnaden ved å forkorte depresjonsperioden hos 200 personer er lavere enn samfunnets betalingsvilje for å vinne leveår

berører forskjellige antall mennesker med ulik alvorlighetsgrad av sykdom og ulik grad av effekt av behandling. Tabell 1 gir implisitt et grovt bilde av befolkningsverdier observert i slike undersøkelser. Tallene er opprinnelig fra England (8), men har vist seg å stemme godt med norske data (7). Poenget med tabellen er ikke celleverdiene i seg selv, men forskjellene i verdi mellom ulike celler. Å vinne et leveår for en person har referanseverdien 1,0. Dette kan sammenliknes for eksempel med at en person får leve et år som frisk i stedet for i rullestol med moderat depresjon. En slik funksjonsforbedring skårer ifølge tabellen 0,32 (1,00–0,68). På tilsvarende måte kan verdien av kurset i mestring av depresjon anslås ved å bestemme hvor i tabellen den typiske merforbedringen beskrevet ovenfor hører hjemme.

## Resultater

Etter vårt skjønn kan en typisk forskjell mellom BDI-skåre 14 og 17–18 tilsvare en bevegelse på rad 2 i tabell 1 fra kolonne 3 (moderate psykiske plager, 0,973) til kolonne 2 (lette psykiske plager, 0,986), eller noe i underkant av dette. Vi runder av til en fremgang på 0,01. En forbedring i BDI-skåre fra 17–18 til 14 av et års varighet anslås dermed å være verdt i størrelsesorden en hundredel av det å vinne et leveår. For en forbedring av et halvt års varighet, som det her er snakk om, kan verdien anslås til i størrelsesorden 0,005. Det vil si at å kurse 200 personer i depresjonsmestring kan betraktes som like verdifullt som det å vinne et leveår for en person.

## Kostnader

To personer er gitt opplæring i å lære opp kursledere. Investeringen i disse to personene anslås til et månedssverk.

Til rollen som kursledere rekrutteres i første rekke psykiatriske sykepleiere. De læres opp i grupper på 10–15 elever som følger et kurs over 36 timer med én lærer. Når man regner lønnskostnader for både lærer og elever, blir samlet opplæringskostnad per kursleder ca. 10 000 kroner. I tillegg kommer kursmaterieell til en verdi av ca. 1 000 kroner per kursleder. Hvis man avskriver «investeringen» på 11 000 kroner over fem kurs i året i fem år, blir investeringskostnadene per kursleder per kurs ca. 500 kroner (avrundet). Hvert kurs ledes av to kursledere. Investeringskostnaden per kurs blir dermed ca. 1 000 kroner.

Det går med ca. fem timeverk til organisering av hvert kurs og 48 timeverk (fordelt på to personer) til selve kursledelsen. Med en timepris på 200 kroner tilsvares dette ca. 11 000 kroner.

Kursdeltakernes tidsbruk skjer enten i fritid eller i sykmeldingstid, slik at det ikke regnes produksjonstap blant disse. Bekjentgjøring av kurs skjer via primærlegekontakt eller til minimal pris via internett, og det brukes gratis lokaler i helsetjenesten.

Samlede arrangørkostnader per kurs an-

**Tabell 1** Skårer for helsetilstander for beregning av verdi av helseforbedringer

| Smerte/psykisk plage    | Ingen | Lett  | Moderat | Alvorlig |
|-------------------------|-------|-------|---------|----------|
| <i>Funksjonshemning</i> |       |       |         |          |
| Ingen                   | 1,000 | 0,995 | 0,990   | 0,967    |
| Noe sosialt             | 0,990 | 0,986 | 0,973   | 0,932    |
| Alvorlig sosialt        | 0,980 | 0,972 | 0,956   | 0,912    |
| Alvorlig arbeidsmessig  | 0,964 | 0,956 | 0,942   | 0,870    |
| Arbeidsufør             | 0,946 | 0,935 | 0,900   | 0,700    |
| I rullestol             | 0,975 | 0,845 | 0,680   | 0,000    |
| Sengeliggende           | 0,677 | 0,564 | 0,000   | 0,000    |

slås dermed til 1 000 + 11 000 = 12 000 kroner. Det tilsvarer 1 200–1 500 kroner per kursdeltaker. Disse betaler i tillegg 375 kroner hver for en kursbok. Dette gir avrundet 1 500–2 000 kroner i samlede kostnader per kursdeltaker.

## Sparte utgifter

Evalueringsstudien har ikke data om eventuell nedgang i medisins- og/eller helsetjenesteforbruk. Studien antyder noe gevinst i form av redusert sykefravær, men størrelsen av gevinsten er vanskelig å anslå.

## Kostnad-nytte-brøk

Hvis man legger til grunn at å kurse 200 personer gir et utbytte omtrent ekvivalent med et vunnet leveår og at direkte kostnader per kursdeltaker ligger på 1 500–2 000 kroner, blir kostnad-nytte-brøken 300 000–400 000 kroner per vunnet leveårsekvivalent.

## Sensitivitetsanalyse

Hvis BDI-forbedringen settes til hhv. 2 eller 5 poeng, og verdsetting antas å være noenlunde proporsjonal med forbedringens størrelse, endres kostnaden ved ekvivalenten til et vunnet leveår (ekvivalentkostnaden) til hhv. ca. 550 000–700 000 og 220 000–280 000 kroner.

Hvis verdien av en BDI-forbedring på 3,3 poeng settes ned til 0,001, øker det ekvivalente antallet kursdeltakere til 1 000 og ekvivalentkostnaden til et vunnet leveår 1,5–2 millioner kroner.

Hvis innsparinger i øvrig helsetjenesteforbruk ved en BDI-forbedring på 3,3 poeng i et halvt år er i størrelsesorden 500 kroner, blir ekvivalentkostnaden 200 000–300 000 kroner.

Hvis en BDI-forbedring på 3,3 poeng innebærer noe nedgang i sykefravær, vil unngått produksjonstap lett overstige kurskostnadene, slik at kurset gir økonomisk nettogevinst for samfunnet i tillegg til den medisinske gevinst.

Hvis kurset gir varig læringseffekt som får betydning også for senere depresjonsepisoder, vil både effekt og verdi kunne bli betydelig større enn anslått ovenfor.

## Diskusjon

Som nevnt innledningsvis, er hensikten med denne artikkelen primært pedagogisk, dvs. å

gi et eksempel på hvordan helseøkonomiske verktøy kan anvendes på psykisk helsevern. Om den valgte metoden oppleves som en støtte for tanken, må leseren vurdere.

Den konkrete kostnad-nytte-vurderingen må tolkes med varsomhet. Kurskostnaden på 1 500–2 000 kroner per person virker imidlertid ikke spesielt høy i forhold til utgifter som pasienter selv eller det offentlige ellers påtar seg for å dempe symptomer og ubehag av episodisk karakter. For eksempel kan kostnader ved medisiner for å dempe symptomer hos pollenallergikere, komme opp i tilsvarende beløp. Kostnader ved medisiner for depresjon i et halvt års tid er gjerne opp i 4 000–5 000 kroner.

Analysen ved hjelp av verdiene i tabell 1 ovenfor belyser problemstillingen på en annen måte. Å kurse 200 personer gir et utbytte omtrent ekvivalent med et vunnet leveår. Et slikt kursprogram koster 300 000–400 000 kroner. Til sammenlikning nevnes at dialysespasienter koster ca. 750 000 kroner i året og at myndighetenes norm om en betalingsvilje på 23 millioner kroner for å spare et statistisk liv i trafikken (Rune Elvik, Transportøkonomisk institutt, personlig meddelelse) tilsvarer i størrelsesorden 500 000 kroner i betalingsvilje per vunnet leveår.

Under forsiktige forutsetninger om reduksjoner i sykefravær vil kursets samfunnsmessige kostnad bli negativ, dvs. at kurset blir direkte lønnsomt i tillegg til medisinsk nyttig. For at effekten av kurset skal bli direkte «dårlig valuta for pengene», må man anta betydelig dårligere effekt enn det som ble rapportert i evalueringsstudien, og/eller betydelig lavere verdsetting. Når det gjelder effekt, har estimatet på 3,3 BDI-poeng en standardfeil på 1,4 poeng. En mulig kilde til systematisk feil kan dessuten ligge i ønsker blant de som har gått på kurs om å innfri kursarrangørenes forventninger (ikke skuffe kursarrangørene) ved å gi et mest mulig positivt bilde av seg selv etter kurset. Dette er analogt til problemet med såkalt «yea-saying» i intervjuundersøkelser generelt (9). Risikoen for slik bias fortøner seg på den annen side som mindre når man vet at den som stod for evalueringen var en annen enn de som ledet kursene.

Vi har ikke estimert kursets mulige effekt overfor pasientgrupper med andre kjenne-tegn, herunder annet symptomnivå, enn dem

som forekom i det aktuelle materialet. Vi nevner imidlertid at den observerte merforbedringen i det norske kurset samsvarer godt med gjennomsnittseffekten registrert i en internasjonal metaanalyse av 24 studier som gjaldt kurset i noe forskjellige varianter rettet for det meste mot personer med forholdsvis lette depresjoner (10).

## Konklusjon

Forbedringer i psykisk helse kan i prinsippet fanges opp i helseøkonomisk analyse. Samtidig er analysen ovenfor en påminnelse om at helseøkonomisk evaluering aldri er bedre enn de medisinske effektanslag den bygger på. I dette tilfellet er anslagene basert på en randomisert studie og støttet av tilsvarende anslag fra tidligere studier. Analysen antyder at penger brukt på kurset i mestring av depresjon er rimelig vel anvendt når man sammenlikner med hva pasienter og det offentlige ellers er villig til å betale for ekvivalente helseresultater.

*Manuskriptet ble godkjent 26.10. 2005.*

**Oppgitte interessekonflikter:** Odd Steffen Dalgard har et firma som får inntekter av salg av kursmateriell som benyttes av deltakerne på kurset. Erik Nord har ingen oppgitte interessekonflikter.

## Litteratur

1. Munoz RF, Ying YW, Bernal G et al. Prevention of depression with primary care patients: A randomized controlled trial. *Am J Community Psychol* 1995; 23: 199–222.
2. Lewinsohn PM, Munoz RF, Youngren MA et al. *Control your depression*. New York: Simon & Schuster, 1992.
3. Munoz RF, Ying YW. *The prevention of depression. Research and practice*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1993.
4. Dalgard OS. Kurs i mestring av depresjon – en randomisert, kontrollert studie. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 3043–6.
5. Dowrick C, Dunn G, Ayuso-Mateos JL et al. Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised control trial. *Br Med J* 2000; 321: 1450–4.
6. Dunn G, Maracy M, Dowrick C et al. Estimating psychological treatment effects from a randomised controlled trial with both non-compliance and loss to follow-up. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 323–31.
7. Nord E. Veiledende verditall for kostnad-nytte-analyser av helsetjenester. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 3246–9.
8. Rosser R, Kind P. A scale of valuations of states of illness: Is there a consensus? *Int J Epidemiol* 1978; 7: 347–58.
9. Moum T. Yea-saying and mood-of-the-day effects in self reported quality of life. *Soc Indic Res* 1988; 20: 117–39.
10. Kühner C. Das Gruppenprogramm 'Depression Bewältigen' und seine Varianten – eine aktualisierte Metaanalyse. *Verhaltenstherapie* 2003; 13: 254–62.