

Rapport

Sundhedsøkonomisk undersøgelse af Collaborative Care for angst og depression i Danmark

Omkostninger på kort og mellemlangt sigt



Anders Bo Bojesen, Christine Halling & Marie Jakobsen

Sundhedsøkonomisk undersøgelse af Collaborative Care for angst og depression i Danmark – Omkostninger på kort og mellemlangt sigt

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-7119-600-9

Projekt: 210574

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Danske modeller for Collaborative Care (en variant af shared care) i behandlingen af angst og depression i almen praksis er afprøvet i Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland i perioden 2014-2017. De danske modeller for Collaborative Care indebærer, at der tilknyttes en 'Care Manager' til almen praksis (typisk en sygeplejerske med ansættelse i den regionale psykiatri), der medvirker til at sikre en aktiv og kvalificeret undervisning og behandling af patienterne i samarbejde med den praktiserende læge.

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) har gennemført en sundhedsøkonomisk undersøgelse af de afprøvede modeller, som analyserer omkostningerne ved Collaborative Care sammenlignet med standardbehandling på kort og mellemlangt sigt. Denne rapport beskriver undersøgelsen og resultaterne heraf.

Vi vil gerne takke projektledere, Care Managere m.fl. i regionerne, som har leveret data til brug for undersøgelsen.

Pia Kürstein Kjellberg
Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed
2018

Indhold

Sammenfatning	6
Baggrund og formål	6
Resultater	7
Afsluttende diskussion og konklusion	9
1 Baggrund og formål	10
1.1 Baggrund.....	10
1.2 Formål	12
2 Metode	13
2.1 Population	13
2.2 Datagrundlag fra nationale registre	17
2.3 Statistisk analyse	19
2.4 Følsomhedsanalyser.....	20
2.5 Opgørelse af interventionsomkostninger	21
2.6 Opgørelse af kvalitetsjusterede leveår (QALYs) i Region Hovedstaden.....	22
3 Beskrivelse af interventionsgruppen	24
4 Resultater for Region Hovedstaden	26
4.1 Model for Collaborative Care	26
4.2 Opgørelse af interventionsomkostninger	27
4.3 Analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe	28
4.4 Analyse med randomiseret kontrolgruppe	36
4.5 ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio).....	44
4.6 Konklusion	45
5 Resultater for Region Sjælland	47
5.1 Model for Collaborative Care	47
5.2 Opgørelse af interventionsomkostninger	47
5.3 Analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe	49
5.4 Konklusion	56
6 Resultater for Region Midtjylland	58
6.1 Model for Collaborative Care	58
6.2 Opgørelse af interventionsomkostninger	58
6.3 Analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe	59
6.4 Konklusion	65
7 Resultater for Region Nordjylland	67
7.1 Model for Collaborative Care	67
7.2 Opgørelse af interventionsomkostninger	67
7.3 Analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe	69
7.4 Konklusion	75

8	Afsluttende diskussion på tværs af regioner	77
8.1	Styrker og svagheder	77
8.2	Konklusion og videre forskning	80
	Litteratur	81
Bilag 1	Kvaliteten af matchingen	83

Sammenfatning

Baggrund og formål

Forskellige modeller for Collaborative Care (en variant af shared care) i behandlingen af angst og depression i almen praksis er afprøvet i Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland i perioden 2014-2017. De afprøvede modeller indebærer, at der tilknyttes en 'Care Manager' til almen praksis (typisk en sygeplejerske med ansættelse i den regionale psykiatri), som medvirker til at sikre en aktiv og kvalificeret undervisning og behandling af patienterne i samarbejde med den praktiserende læge. Desuden er der tilknyttet psykologer/psykiatere, som varetager supervision.

Formålet med denne undersøgelse er at opgøre meromkostningerne ved de afprøvede modeller sammenlignet med traditionelle/hitdige behandlingsformer (standardbehandling) set fra et offentligt udgiftsperspektiv med en tidshorisont på op til 9 måneder. Meromkostninger omfatter interventionsomkostninger og de omkostningsmæssige effekter af Collaborative Care i forhold til forbrug af sundhedsydelse, langvarigt sygefravær og tilknytning til arbejdsmarkedet.

Metode

Interventionsgruppen består af de personer, som har modtaget Collaborative Care i henholdsvis Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland i inklusionsperioden.

De omkostningsmæssige effekter af Collaborative Care i alle fire regioner opgøres ved at sammenligne interventionsgruppen med en statistisk konstrueret kontrolgruppe. Den statistisk konstruerede kontrolgruppe for hver region identificeres blandt alle personer med bopæl i regionen, der har fået udført en psykometrisk test hos egen læge ifølge Sygesikringsregisteret og derefter har indløst recept på antidepressiv medicin inden for 90 dage efter den psykometriske test. Herefter er der udvalgt op til tre personer fra gruppen af potentielle kontroller pr. person i interventionsgruppen ved hjælp af propensity score matching. De anvendte matchingkriterier er køn, alder, uddannelse, civilstand, bopælsstatus, beskæftigelsesstatus, forbrug af psykolog dækket af sygesikringen, forbrug af somatiske og psykiatriske sygehusydelse, lægemiddelforbrug og overførselsindkomst frem til inklusion.

Omkostninger opgøres i et offentligt udgiftsperspektiv og omfatter omkostninger forbundet med behandling på somatisk og psykiatrisk sygehus, behandling i primærsektoren, som er omfattet af sygesikringen, tilskud til receptpligtig medicin og overførselsindkomster. Med et offentligt udgiftsperspektiv menes, at omkostninger opgøres set fra det offentliges perspektiv. Det vil sige, at omkostninger for den private sektor ikke medregnes, som det gælder for samfundsøkonomiske analyser.

De omkostningsmæssige effekter af Collaborative Care opgøres over en periode på op til 9 måneder efter behandlingsstart. Effekterne opgøres for følgende tre perioder: 0-3 måneder, 4-9 måneder og 0-9 måneder. De omkostningsmæssige effekter for perioden 0-3 måneder opgøres med henblik på at belyse effekter på kort sigt, herunder behandlingsbehovet som følge af tidligere opsporing og behandling. Opgørelsen af omkostningsmæssige effekter for perioden 4-9 måneder skal belyse effekter på mellemlangt sigt, herunder behandlingsbehovet som følge af øget recovery og egenomsorg. Undersøgelsen belyser ikke effekter på langt sigt, da en opfølgingsperiode på 9 måneder er utilstrækkelig til dette formål.

De omkostningsmæssige effekter beregnes i en 'differences-in-differences'-model, hvor ændringen i træk på forskellige ydelser i interventionsgruppen over en given periode sammenlignes med ændringen i træk på samme ydelser i kontrolgruppen over samme periode.

Der gennemføres en særskilt analyse for Region Hovedstaden, hvor Collaborative Care er afprøvet i et cluster-randomiseret design. Denne analyse omfatter sammenligning af QALYs (Quality Adjusted Life Years) og omkostninger i interventionsgruppen og den randomiserede kontrolgruppe. QALYs opgøres 6 måneder efter behandlingsstart, mens omkostninger opgøres 6 og 9 måneder efter behandlingsstart.

QALYs er det gængse mål for livskvalitet i sundhedsøkonomiske analyser. Princippet er, at et leveår med perfekt helbred har en vægt på 1 og dermed tæller som et fuldt år, mens et leveår med 80 % perfekt helbred har en vægt på 0,80 og kun tæller som 0,8 kvalitetsjusterede leveår.

Resultater

Interventionsgruppen

Interventionsgruppen i den registerbaserede analyse består af 627 personer i Region Hovedstaden, 530 personer i Region Sjælland, 340 personer i Region Midtjylland og 213 personer i Region Nordjylland¹.

Størstedelen af personerne i interventionsgruppen er kvinder (64-74 %), og omkring halvdelen er under 35 år med nogen regional variation.

I Region Hovedstaden er flest personer i interventionsgruppen diagnosticeret med angst (57 %), mens godt 40 % er diagnosticeret med depression. Fordelingen skal ses i lyset af, at Collaborative Care i Region Hovedstaden er afprøvet i et randomiseret design, som var dimensioneret til at inkludere flest personer diagnosticeret med angst. I Region Sjælland er knap 50 % af interventionsgruppen diagnosticeret med angst, mens godt 40 % er diagnosticeret med depression. I Region Midtjylland og Nordjylland er flest personer i interventionsgruppen diagnosticeret med depression (ca. 65 % i begge regioner). En mindre gruppe af personer i interventionsgruppen i hver region er registreret med anden diagnose end henholdsvis angst eller depression. Denne gruppe er størst i Region Sjælland og Region Midtjylland, hvor den udgør omkring 10 %. I Region Sjælland består gruppen primært af personer, som er diagnosticeret med både depression og angst eller funktionel lidelse. Region Sjælland er den eneste region, hvor personer med funktionel lidelse er tilbudt Collaborative Care. I Region Midtjylland består gruppen primært af personer, som diagnosticeret med både depression og angst eller stress/belastningsreaktion.

Region Hovedstaden

Den sundhedsøkonomiske analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe for Region Hovedstaden viser, at Collaborative Care er forbundet med meromkostninger sammenlignet med standardbehandling inden for en tidshorisont på 9 måneder efter første konsultation i Collaborative Care-forløbet. De samlede gennemsnitlige meromkostninger er opgjort til ca. 10.900 kr. pr. patient set i et offentligt udgiftsperspektiv for hele perioden (0-9 måneder).

¹ Antallet af personer i interventionsgruppen er reduceret i forhold til antal cases i datasæt modtaget fra regionerne ved dubletter, manglende startdato og fejl i CPR-nr., som betyder, at det pågældende ikke findes i registrene mv.

I analysen med randomiseret kontrolgruppe er de samlede gennemsnitlige meromkostninger opgjort til ca. 6.600 kr. pr. patient for hele perioden (0-9 måneder). Meromkostningerne er ca. det dobbelte, hvis kun statistisk signifikante forskelle i omkostninger medregnes.

Meromkostningerne ved Collaborative Care dækker over interventionsomkostninger forbundet med tidsforbrug for Care Managere mv. tilknyttet projektet på ca. 14.500 kr. pr. patient og afledte besparelser på forbrug af sundhedsydelse og eventuelle overførselsindkomster efter opstart af behandlingen. Der har været ledig kapacitet hos Care Managerne i Region Hovedstaden på grund af færre henviste patienter end forventet, hvilket har forhøjet interventionsomkostningerne pr. patient.

I analysen med randomiseret kontrolgruppe er den gennemsnitlige sundhedsgevinst ved Collaborative Care i Region Hovedstaden opgjort til 0,025 QALYs pr. patient efter 6 måneder. For samme periode er meromkostningerne ved Collaborative Care opgjort til 10.852 kr. pr. patient. Det vil sige, at Collaborative Care koster 434.080 kr. ($10.852/0,025$) pr. vundet kvalitetsjusteret leveår (QALY) opgjort efter 6 måneder. På denne baggrund vurderes den afprøvede model for Collaborative Care i Region Hovedstaden ikke at være omkostningseffektiv inden for en tidshorisont på 6 måneder. Det udelukker ikke, at Collaborative Care kan være en omkostningseffektiv indsats på længere sigt.

Region Sjælland

Ligesom for Region Hovedstaden viser den sundhedsøkonomiske analyse for Region Sjælland, at Collaborative Care er forbundet med meromkostninger sammenlignet med standardbehandling inden for en tidshorisont på 9 måneder. De samlede gennemsnitlige meromkostninger er opgjort til ca. 9.900 kr. pr. patient set i et offentligt udgiftsperspektiv for hele perioden (0-9 måneder).

Det dækker over interventionsomkostninger forbundet med tidsforbrug for Care Managere mv. tilknyttet projektet på ca. 15.600 kr. pr. patient og afledte besparelser på forbrug af sundhedsydelse eller overførselsindkomster inden for opfølgingsperioden på 9 måneder. Disse besparelser er dog ikke statistisk signifikante. Der har ligesom i Region Hovedstaden været ledig kapacitet hos Care Managerne i Region Sjælland på grund af færre henviste patienter end forventet, hvilket har forhøjet interventionsomkostningerne pr. patient.

Region Midtjylland

Den sundhedsøkonomiske analyse for Region Midtjylland viser også, at Collaborative Care er forbundet med meromkostninger sammenlignet med standardbehandling inden for en tidshorisont på 9 måneder. De samlede gennemsnitlige meromkostninger er her opgjort til 10.750 kr. pr. patient set i et offentligt udgiftsperspektiv for hele perioden (0-9 måneder).

Ydelser leveret af Care Managere i Region Midtjylland er registreret som ambulante kontakter i psykiatrien og indgår i den registerbaserede opgørelse. Interventionsomkostninger er derfor ikke opgjort særskilt for denne region.

Region Nordjylland

Ligeledes i Region Nordjylland viser den sundhedsøkonomiske analyse, at Collaborative Care er forbundet med meromkostninger sammenlignet med standardbehandling inden for en tidshorisont på 9 måneder. De samlede gennemsnitlige meromkostninger er opgjort til ca. 9.200 kr. pr. patient set i et offentligt udgiftsperspektiv for hele perioden (0-9 måneder).

Det dækker over interventionsomkostninger forbundet med tidsforbrug for Care Managere mv. tilknyttet projektet på ca. 9.500 kr. pr. patient samt mindre afledte besparelser på forbrug af sundhedsydelse eller overførselsindkomster. De afledte besparelser er ikke statistisk signifikante.

Afsluttende diskussion og konklusion

De modeller for Collaborative Care, som er afprøvet i Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland i perioden 2014-2017, vurderes på baggrund af denne undersøgelse at være forbundet med meromkostninger sammenlignet med standardbehandling på i størrelsesordenen 10.000 kr. pr. patient set over en tidshorisont på 9 måneder.

Ifølge denne undersøgelse kan man således ikke opnå besparelser set med et offentligt udgiftsperspektiv ved at tilbyde Collaborative Care i stedet for standardbehandling på kort og mellemlangt sigt. Denne konklusion er robust – også når der tages højde for lavere caseload end forventet i nogle regioner og dermed højere interventionsomkostninger pr. patient. Det kan ikke udelukkes, at der kan opnås besparelser på længere sigt, hvis Collaborative Care mindsker behandlingsbehov og sikrer en bedre tilknytning til arbejdsmarkedet.

Opgørelsen er forbundet med usikkerhed. Der er risiko for, at interventionsgruppen og den statistisk konstruerede kontrolgruppe i hver region er forskellige på andre parametre end, hvorvidt de har modtaget Collaborative Care eller ej, og at disse forskelle kan afspejle sig i resultaterne. Dvs. at den statistisk konstruerede kontrolgruppe muligvis kan være mere eller mindre kompleks end gennemsnittet i interventionsgruppen, og opgørelsen af afledte omkostningsmæssige effekter af Collaborative Care derfor kan være skæv.

Det er desuden en væsentlig svaghed ved undersøgelsen, at followup-perioden kun er 9 måneder, da det betyder, at undersøgelsen ikke kan sige noget om effekter på langt sigt.

En anden væsentlig svaghed er, at undersøgelsen ikke belyser sundhedsgevinsterne ved Collaborative Care i alle regioner. Hvorvidt Collaborative Care er en omkostningseffektiv intervention sammenlignet med standardbehandling, afhænger af de sundhedsmæssige gevinster. Hvis sundhedsgevinsterne er tilstrækkeligt store i forhold til meromkostningerne, vil Collaborative Care være omkostningseffektiv.

Der er behov for yderligere analyser af omkostningseffektiviteten af Collaborative Care med en længere opfølgingsperiode, hvor effekten af Collaborative Care måles både i forhold til livskvalitet og sygdomsspecifikke effektmål. Det anbefales at gennemføre en sundhedsøkonomisk evaluering af Collabri Flex med minimum 2 års opfølgning. Collabri Flex er en revideret version af Collaborative Care-modellen, som p.t. afprøves i Region Hovedstaden.

1 Baggrund og formål

1.1 Baggrund

Gennem satspuljemidler er der skabt finansieringsmæssigt grundlag for udvikling og afprøvning af danske modeller for Collaborative Care i behandlingen af angst og depression i almen praksis.

Collaborative Care er en variant af shared care, der er en samlebetegnelse for forskellige former for samarbejdsmodeller på tværs af sektorer (1). Collaborative Care-modeller kan omfatte forskellige typer af interventioner (2). Forskning peger på case management som den afgørende virkningsmekanisme i Collaborative Care (ibid.). I international sammenhæng er Collaborative Care defineret som modeller, der indeholder følgende fire elementer (ibid.):

- Multi-professionel tilgang til patientbehandlingen
- Struktureret behandlingsplan
- Plan for systematisk opfølgning og monitorering
- Forstærket inter-professionel kommunikation.

De danske modeller for Collaborative Care baserer sig på case management, som rummer både en koordinerende og en behandlingsmæssig funktion (1). Modellerne indebærer, at der tilknyttes en 'Care Manager' til almen praksis (typisk en sygeplejerske med ansættelse i den regionale psykiatri). Care Manageren har specialistviden om angst og depression og medvirker til at sikre en aktiv og kvalificeret undervisning og behandling af patienterne i samarbejde med den praktiserende læge. Desuden er der tilknyttet en psykolog/psykiater, som varetager supervision.

Afprøvningen af de danske modeller for Collaborative Care er gennemført i Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland i perioden 2014-2017. Hver region har sin egen model. Region Syddanmark havde oprindeligt også planlagt at afprøve en Collaborative Care-model, men måtte trække sig fra projektet, da det ikke var muligt at indgå aftale med PLO-Syd (Praktiserende Lægers Organisation i Region Syddanmark) inden for tidsrammen.

1.1.1 Kort litteraturgennemgang

Et Cochrane-review fra 2012 har gennemgået evidensen for Collaborative Care i behandlingen af angst og depression (2). I alt er der inkluderet 79 randomiserede kontrollerede studier. Det konkluderes på denne baggrund, at der er evidens for, at Collaborative Care indebærer sundhedsgevinster i form af færre depressions- og angstsymptomer sammenlignet med standardbehandling i en periode på op til to år. Evidensen er stærkest for depression, som langt de fleste af de inkluderede studier fokuserer på. Der er tale om små effektstørrelser, og der er ikke fundet evidens for længelevende effekter (> 2 år).

En nyere litteraturgennemgang og metaanalyse fra 2016 gennemgår evidensen for Collaborative Care i behandlingen af angst (3). I alt er der inkluderet syv randomiserede kontrollerede studier. Det konkluderes, at Collaborative Care indebærer sundhedsgevinster sammenlignet med standardbehandling med små effektstørrelser for alle angstdiagnoser og moderate effektstørrelser for panikangst.

En række studier har undersøgt omkostningseffektiviteten af Collaborative Care i behandlingen af angst og depression med blandede resultater.

En international litteraturgennemgang fra 2015 identificerer 19 studier – de fleste fra USA – og konkluderer, at der er stor usikkerhed om omkostningseffektiviteten af Collaborative Care sammenlignet med standardbehandling (4). Otte af studierne estimerer omkostninger i et samfundsmæssigt perspektiv, mens 11 studier er afgrænset til omkostninger i sundhedssektoren. I 13 af de 19 studier har Collaborative Care bedre effekt end standardbehandling, men er også dyrere. QALYs (Quality Adjusted Life Years) er rapporteret som effektmål i 11 af studierne, hvoraf der rapporteres en statistisk signifikant positiv effekt af Collaborative Care sammenlignet med standardbehandling i seks af studierne. Omkostningseffektiviteten af Collaborative Care målt som omkostninger pr. vundet QALY varierer fra dominans² til 153.299 USD (2012-priser) pr. vundet QALY set fra et sundhedssektorperspektiv og fra dominans³ til 874.562 USD (2012-priser) pr. vundet QALY set fra et samfundsmæssigt perspektiv. Det er et væsentligt større spænd end rapporteret i en tidligere litteraturgennemgang fra 2010 (5). Forfatterne bemærker, at de anvendte metoder varierer væsentligt mellem studier, herunder bl.a. tidshorizonten (6-24 måneder), og at der ses en tendens til højere omkostningseffektivitet i studier med en længere tidshorizont. Kun to af studierne afrapporterer indirekte omkostninger i form af produktionstab, selvom otte studier anvender et samfundsmæssigt perspektiv – ingen af disse to studier finder en signifikant effekt på indirekte omkostninger inden for en tidshorizont på et år. Forfatterne efterlyser større studier af omkostningseffektiviteten af Collaborative Care med en tidshorizont på minimum et år set i et samfundsmæssigt perspektiv, hvor indirekte omkostninger medregnes.

Litteraturgennemgangen fra 2015 identificerer et spansk studie af Aragonès et al. fra 2014 som et studie af høj kvalitet med lille risiko for bias (6). Dette studie er baseret på data fra et cluster-randomiseret kontrolleret forsøg med Collaborative Care sammenlignet med standardbehandling af moderat depression i 20 klinikker i primærsektoren i Catalonien. Studiepopulationen omfattede 292 personer (166 i interventionsgruppen og 126 i kontrolgruppen). Ifølge dette studie giver Collaborative Care en sundhedsmæssig gevinst sammenlignet med standardbehandling med relativt lave meromkostninger. Den gennemsnitlige sundhedsmæssige gevinst er opgjort til 0,045 QALY efter 12 måneder ($p=0,017$), mens de gennemsnitlige meromkostninger er opgjort til 182,53 EUR ($p=0,000$) set fra sundhedssektorens perspektiv og 157,44 EUR ($p=0,311$) set i et samfundsperspektiv, hvor produktivitetstab medregnes. Det svarer til 4.056 EUR eller ca. 30.000 DKK pr. QALY set fra sundhedssektorens perspektiv og 3.499 EUR eller ca. 26.000 DKK pr. QALY set i et samfundsperspektiv, hvilket normalt betragtes som omkostningseffektivt.

Et nyere tysk studie fra 2018 har undersøgt omkostningseffektiviteten af Collaborative Care til patienter med depression, angst eller psykosomatiske symptomer (7). Studiet er baseret på data fra et cluster-randomiseret kontrolleret forsøg med deltagelse af 20 klinikker i primærsektoren i Hamburg, hvor Collaborative Care sammenlignes med standardbehandling. Studiepopulationen omfattede 325 patienter (134 i interventionsgruppen og 191 i kontrolgruppen). Studiet finder statistisk signifikante sundhedsgevinster ved Collaborative Care sammenlignet med standardbehandling målt på studiets primære effektmål (self-efficacy og depressions-/angstsymptomer), men ingen statistisk signifikant effekt målt på QALYs efter 12 måneder. De gennemsnitlige meromkostninger er opgjort til 2.094 EUR i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen set fra sundhedssektorens

² Inden for sundhedsøkonomi bruger man begrebet 'dominans', når en indsats både er bedre og billigere, dvs. at man opnår både sundhedsmæssige gevinster (her i form af øget livskvalitet) og økonomiske besparelser. I nogle studier er det Collaborative Care, som dominerer standardbehandling, og i andre studier er det standardbehandling, som dominerer Collaborative Care.

³ Se note ovenfor.

perspektiv svarende til ca. 15.600 DKK – forskellen er grænsesignifikant ($p=0,059$). På denne baggrund konkluderes det i studiet, at Collaborative Care ikke er omkostningseffektiv inden for en tids-horisont på 12 måneder⁴.

Der er således stor usikkerhed om omkostningseffektiviteten af Collaborative Care i behandlingen af depression og angst. Der er solid evidens for, at Collaborative Care indebærer sundhedsgevinster sammenlignet med standardbehandling, men gevinsterne er forholdsvis små, og Collaborative Care er forbundet med meromkostninger i de fleste studier. Spørgsmålet er, hvor store sundhedsgevinsterne er i forhold til meromkostningerne. Hvis sundhedsgevinsterne er store i forhold til meromkostningerne, er Collaborative Care omkostningseffektiv, mens Collaborative Care ikke er omkostnings-effektiv, hvis sundhedsgevinsterne er små i forhold til meromkostningerne.

1.2 Formål

Formålet med denne undersøgelse er at opgøre meromkostningerne ved de afprøvede modeller for Collaborative Care i Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland sammenlignet med traditionelle/hitdige behandlingsformer (standardbehandling) set fra et offentligt udgiftsperspektiv. Meromkostninger omfatter interventionsomkostninger og omkostningsmæssige effekter i forhold til forbrug af sundhedsydelser, langvarigt sygefravær og tilknytning til arbejdsmarkedet.

De omkostningsmæssige effekter af Collaborative Care opgøres ved at sammenligne interventionsgruppen med en statistisk konstrueret kontrolgruppe på følgende udfald: kontakter til privatpraktiserende sundhedsprofessionelle under sygesikringen, kontakter til sygehus og den regionale psykiatri (indlæggelser og ambulante forløb), forbrug af receptpligtige lægemidler samt udbetaling af overførselsindkomster som fx sygedagpenge og dagpenge i en periode på op til 9 måneder efter inklusion (behandlingsstart). Undersøgelsen gennemføres for Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland hver for sig, da de afprøvede modeller for Collaborative Care er forskellige.

Herudover gennemføres en særskilt analyse for Region Hovedstaden, der er den eneste region med en randomiseret kontrolgruppe. Denne analyse omfatter sammenligning af QALYs (Quality Adjusted Life Years) og omkostninger i interventionsgruppen og den randomiserede kontrolgruppe. QALYs opgøres 6 måneder efter inklusion (behandlingsstart), mens omkostninger opgøres 6 og 9 måneder efter inklusion (behandlingsstart).

⁴ I Danmark er der ikke fastsat en tærskelværdi for, hvornår en sundhedsindsats betragtes som omkostningseffektiv. Det har man gjort i fx England, hvor prioriteringsinstituttet NICE (National Institute for Health and Care Excellence) anvender en tærskelværdi på 20-30.000 GBP svarende til 200-300.000 DKK pr. QALY (8).

2 Metode

Denne undersøgelse er en registerbaseret analyse af omkostninger ved Collaborative Care sammenlignet med standardbehandling i Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland set fra et offentligt udgiftsperspektiv med en tidshorisont på 9 måneder efter behandlingsstart. Der fokuseres på omkostningssiden, da der kun i Region Hovedstaden er indsamlet data med henblik på at kunne opgøre de sundhedsmæssige effekter målt på livskvalitet og sygdomsspecifikke effektmål. Det skal således *ikke* tages som udtryk for, at effekten af Collaborative Care og standardbehandling forventes at være ens.

Undersøgelsen omfatter en opgørelse af de sundhedsmæssige effekter målt på livskvalitet i Region Hovedstaden fra baseline til 6 måneder efter behandlingsstart. For en opgørelse af de sundhedsmæssige effekter målt på sygdomsspecifikke effektmål henvises til den samlede nationale evalueringsrapport (9).

2.1 Population

2.1.1 Interventionsgruppe

Interventionsgruppen består af de personer, som har modtaget Collaborative Care i henholdsvis Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland i inklusionsperioden 2014-2017.

Regionerne har i projektperioden haft ansvaret for at registrere følgende oplysninger om personer, som er inkluderet i et Collaborative Care-forløb:

- CPR-nr.
- Diagnose
- Dato for første konsultation i Collaborative Care-forløb
- Dato for sidste konsultation i Collaborative Care-forløb
- Antal individuelle konsultationer hos Care Manager i forløbet
- Antal gruppekonsultationer hos Care Manager i forløbet
- Antal konsultationer hos praktiserende læge i forløbet
- Er forløbet afbrudt før tid?

Oplysningerne er registreret af Care Managerne. For så vidt angår diagnoser, var der følgende valgmuligheder: depression, generaliseret angst, panikangst, social fobi og andet.

Oplysningerne er efterfølgende leveret til VIVE⁵. Interventionsgruppen i den registerbaserede analyse udgør 627 personer i Region Hovedstaden inkluderet i perioden fra november 2014 til februar 2017, 530 personer i Region Sjælland inkluderet i perioden fra februar 2015 til marts 2017, 340 personer i Region Midtjylland inkluderet i perioden fra juli 2015 til marts 2017 og 213 personer i

⁵ Region Hovedstaden har leveret i alt 643 CPR-numre med tilhørende oplysninger på personer i interventionsgruppen med første konsultation i Collaborative Care-forløb i perioden fra 27. november 2014 til 1. februar 2017. Region Sjælland har leveret i alt 583 CPR-numre med tilhørende oplysninger for personer i interventionsgruppen med første konsultation i Collaborative Care-forløb i perioden fra 5. februar 2015 til 29. marts 2017. Region Midtjylland har leveret i alt 356 CPR-numre med tilhørende oplysninger på personer i interventionsgruppen med første konsultation i Collaborative Care-forløb i perioden fra 9. juli 2015 til 23. marts 2017. Region Nordjylland har leveret i alt 229 CPR-numre med tilhørende oplysninger for personer i interventionsgruppen med første konsultation i Collaborative Care-forløb i perioden fra 16. september 2015 til 31. marts 2017.

Region Nordjylland inkluderet i perioden fra september 2015 til marts 2017. Interventionsgruppen i den registerbaserede analyse er identificeret ved at koble de oplyste CPR-nr. til CPR-registeret. De personer, der er registreret med et CPR-nr., som kan genfindes i CPR-registeret, indgår i interventionsgruppen i den registerbaserede analyse. Eventuelle dubletter er slettet/samlet til en observation.⁶

Der gennemføres subgruppeanalyser for den del af interventionsgruppen, som har gennemført Collaborative Care-forløbet (dvs. at forløbet ikke er afbrudt før tid), og for interventionsgruppen uden kompetencegivende uddannelse⁷ for at undersøge, om disse subgrupper har større (eller mindre) effekt af Collaborative Care set i forhold til hele interventionsgruppen.

2.1.2 Statistisk konstrueret kontrolgruppe

I Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland er Collaborative Care afprøvet uden kontrolgruppe. Kun i Region Hovedstaden findes en randomiseret kontrolgruppe⁸, men den er lille. Derfor anvender vi propensity score matching til at konstruere en kontrolgruppe ud fra variable, som er tilgængelige i registre.

Propensity score matching er en nyere internationalt anerkendt metode til ad statistisk vej at skabe en kontrolgruppe, som ligner en gruppe af personer, som har modtaget en given indsats, så meget, at det er muligt at sammenligne outcomes for de to grupper (10-12). Fordelen ved propensity score matching sammenlignet med simpel matching er, at der kan matches på flere variable. Estimation af propensity score foregår ved, at man estimerer en sandsynlighed for deltagelse i indsatsen givet de baggrundskarakteristika, som der foreligger oplysninger om for både interventionsgruppen og den potentielle kontrolgruppe (ibid.). Som resultat fås en estimeret sandsynlighed – propensity score – for deltagelse i indsatsen, der ligger mellem 0 og 1 (ibid.). Herefter identificeres for hver patient i interventionsgruppen en eller flere patienter blandt kontrollerne, som har en propensity score, der ligger så tæt som muligt på propensity score for den pågældende patient i interventionsgruppen. Den matchede kontrolgruppe består af disse udvalgte kontroller. Effekten af indsatsen beregnes som gennemsnittet af outcome blandt de personer, der har modtaget indsatsen, minus gennemsnittet af outcome blandt personer, der ikke har modtaget indsatsen, men som har lignende propensity score⁹ (ibid.). Effektestimatet er baseret på antagelsen om, at alle væsentlige variable er observeret og indgår i modellen.

Den primære udfordring i forhold til at identificere en sammenlignelig kontrolgruppe i denne undersøgelse er, at det ikke er muligt at få adgang til CPR-nr. på personer diagnosticeret med angst eller depression i almen praksis¹⁰. Samtidig er målgruppen for Collaborative Care typisk ikke registreret

⁶ Der er i alt 14 dubletter i de fire regioner. Den ene dublet udgår, fordi dette forløb ikke har en slutdato. De øvrige 13 dubletter er samlet til én enkelt observation pr. dublet, hvor følgende oplysninger bruges: Tidligste startdato, seneste slutdato og summen af konsultationer.

⁷ Kompetencegivende uddannelse omfatter erhvervsuddannelser og videregående uddannelser.

⁸ Region Hovedstaden adskiller sig fra de øvrige regioner ved, at Collaborative Care er afprøvet i et cluster-randomiseret design, hvor der både er inkluderet patienter i en interventionsgruppe, som har modtaget Collaborative Care, og patienter i en kontrolgruppe, som har modtaget standardbehandling i almen praksis.

⁹ I praksis kan det være svært eller umuligt at finde individer med nøjagtigt samme propensity score, hvorfor der typisk anvendes et mindre strengt kriterium, nemlig at propensity scores ikke må være for forskellige (12).

¹⁰ Mulighederne for at identificere en kontrolgruppe via Sundhedsmappen.dk er undersøgt. Sundhedsmappen.dk er udviklet som et redskab til kommunikation mellem alment praktiserende læger og patienter. Redskabet er indtil videre brugt til: (1) Et pilotprojekt i Region Syddanmark vedrørende tidlig opsporing (3.500 patienter) og (2) et pilotprojekt vedrørende forløbsplaner for KOL-patienter, jf. <https://sundhedsmappen.dk/>. Dvs. Sundhedsmappen.dk indeholder ikke data om patienter med angst og depression.

med angst- eller depressionsdiagnose i psykiatrien, som ellers kan identificeres via Landspatientregisteret. Det betyder, at vi ikke umiddelbart gennem registrene kan identificere personer, som er i målgruppen for Collaborative Care.

I denne undersøgelse er kontrollerne derfor udvalgt blandt alle personer, der har fået udført en psykometrisk test hos egen læge ifølge Sygesikringsregisteret **og** derefter har indløst recept på antidepressiva afgrænset ved ATC-koderne¹¹ N06AB (SSRI) eller N06AX (andre antidepressiva) inden for 90 dage efter den psykometriske test. Kriteriet om, at der skal være udført psykometrisk test hos egen læge, er fastsat, da det er et krav for personer, som henvises til tilskudsordningen for psykologbehandling med let til moderat depression, og en anbefaling for personer, som henvises til tilskudsordningen med let til moderat angst (13). Psykometriske test anvendes dog ikke kun ved diagnosticering af angst og depression i almen praksis, men også ved diagnosticering af demens¹². Da det ikke fremgår af Sygesikringsregisteret, hvad den psykometriske test anvendes til, eller hvad der er resultatet af testen, er kriteriet om psykometrisk test koblet til et kriterium om behandling med antidepressiva defineret ved ATC-koderne N06AB eller N06AX. Disse to ATC-koder er valgt, da de fleste brugere af lægemidler mod depression og angst får lægemidler inden for disse to grupper (16), og da disse lægemidler ikke har indikation til behandling af demens. Lægemidler mod demens hører under ATC-gruppen N06D. Indeksdatoen for kontrolgruppen, som skal ligne behandlingsstart i interventionsgruppen, er første ekspeditionsdato for lægemidlet med ATC-koden N06AB eller N06AX. Ved udvælgelsen af kontroller er der stillet krav om, at kontrollerne ikke har indløst recept på lægemidlet i et år op til indeksdatoen.

Vi vurderer, at der med disse kriterier for udvælgelse af den potentielle kontrolgruppe i de fleste tilfælde vil være tale om personer, som kunne være i målgruppen for Collaborative Care. I alt har godt 500.000 personer indløst recept på lægemidler med ATC-koden N06AB eller N06AX i perioden 2014-2016. Heraf opfylder knap halvdelen kriteriet om psykometrisk test hos egen læge og indgår dermed i gruppen af potentielle kontroller.

Det vil altså sige, at gruppen af potentielle kontroller kun omfatter personer, som har fået foretaget psykometrisk test i almen praksis, og som efterfølgende har indløst recept på antidepressiva defineret ved ATC-koderne N06AB eller N06AX. Til sammenligning har i gennemsnit 63 % i interventionsgruppen i de fire regioner fået foretaget psykometrisk test i almen praksis i året op til inklusion, og 36 % af interventionsgruppen har indløst recept på antidepressiva defineret ved ATC-koderne N06AB eller N06AX i perioden fra inklusion til tre måneder efter.

Den endelige kontrolgruppe er udvalgt blandt gruppen af potentielle kontroller ved propensity score matching. Som led heri er der estimeret en propensity score for alle personer i både interventionsgruppen og gruppen af potentielle kontroller. Følgende variable er brugt til at estimere propensity scoren:

- Køn
- Aldersgruppe primo inklusionsåret (under 24 år, 25-34 år, 35-44 år, 45-54 år, 55-64 år og over 65 år)

¹¹ ATC-systemet er et system til klassifikation af lægemidler efter deres indholdsstof og virkeområde. ATC står for Anatomical Therapeutic Chemical Classification System.

¹² I henhold til overenskomsten for almen praksis kan alment praktiserende læger få en tillægsydelse (2149) for 'Diagnostik, udredning og opfølgning ved anvendelse af fagligt anerkendte psykometriske tests' (14). Ifølge Lægeforeningens hjemmeside anses følgende psykometriske tests aktuelt som fagligt anerkendte og berettiger ved anvendelse til afregning af ydelse 2149: (a) Demens: MMSE test og 'urskivetest', (b) Unipolar depression: ICD10, MDI (Major Depression Inventory), Hamiltons depressionsskala og GDS (Geriatric Depression Scale), (c) Angsttilstande: ASS (Angst Symptom Spørgeskemaet) og Hamiltons Angstskaala (15). Dvs. at der aktuelt findes otte tests, der kan benyttes som psykometriske tests, heraf 2 der ikke er relevante for angst eller depression (demens).

- Højeste fuldførte uddannelse året før inklusionsåret (kort ikke-kompetencegivende, kort kompetencegivende eller mellemlang/lang uddannelse)
- Civilstand primo inklusionsåret (gift, ugift og fraskilt eller enke/enkemand)
- Bopælsstatus primo inklusionsåret (single, samboende og andet)
- Beskæftigelsesstatus primo inklusionsåret (i beskæftigelse, arbejdsløs, studerende, pensionist og andet)
- Forbrug af somatiske sygehusydelse i året op til inklusion (antal indlæggelser, antal ambulante kontakter og omkostninger).
- Forbrug af psykiatriske sygehusydelse fem år op til inklusion (antal indlæggelser, antal senge-dage, antal ambulante kontakter og skadestuekontakter i psykiatrien, omkostninger, antal kontakter med angst som aktionsdiagnose (F40-F41), antal kontakter med depression som aktionsdiagnose (F32-F33) og binære indikatorer for kontakter for hver enkelt af diagnosegrupperne F2-F6)
- Psykoterapi hos privatpraktiserende psykolog med tilskud fra sygesikringen i året op til inklusion (binær indikator)
- Forbrug af receptpligtige lægemidler ekskl. N06AB og N06AX to år op til inklusion (binære indikatorer for forbrug af lægemidler ekskl. N-gruppen, lægemidler i N-gruppen (ekskl. N06AB/X) og lægemidler i N-gruppen (ekskl. N06AB/X) stratificeret på ATC-kode på niveau 3: (N05A (antipsykotika), N01B, N02A, N02B, N02C, N03A, N04B, N05B, N05C, N06B, N07B og N07C))
- Overførselsindkomst: Binære indikatorer for modtagelse af dagpenge, sygedagpenge, kontanthjælp og førtidspension i hhv. 365 og 90 dage op til inklusion.

En mere detaljeret oversigt over matchingkriterierne findes i bilag 1. Der er matchet på forbrug af sundhedsydelse og forbrug af receptpligtig medicin ekskl. N06AB og N06AX i perioden op til inklusion for at sikre, at interventions- og kontrolgruppen er sammenlignelige med hensyn til sværhedsgraden af psykisk sygdom og mulig komorbiditet. Der er bl.a. matchet på forbrug af antipsykotika (N05A). I Region Hovedstaden er lidt over 1 % af interventionsgruppen registreret med en indlöst recept på antipsykotisk medicin i perioden to år før inklusion, mens andelen er omkring 6 % i de øvrige tre regioner. Der er ikke matchet på forbrug af antidepressiva (N06AB og N06AX), som er inklusionskriterium for kontrolgruppen.

Matchingen er stratificeret pr. region, dvs. at der udvælges en matchet kontrolgruppe for hver region, som består af personer, som ligner interventionsgruppen med hensyn til matchingkriterierne ovenfor, og som er bosiddende i den pågældende region.

Propensity score matchingen er udført ved at beregne propensity scores i en logistisk regression. Propensity scoren, som angiver den beregnede sandsynlighed for at tilhøre interventionsgruppen, er brugt til at finde op til tre kontroller for hver person i interventionsgruppen. Kontrollerne er udvalgt som de personer, der har en propensity score, som er tættest på propensity scoren for den person, som de skal være kontrol for. Der er anvendt et caliper-kriterie på 0,25 på log(odds) af propensity scoren, og kontroller er ikke genbrugt eller vægtede¹³. Caliper-kriteriet sikrer, at der kun matches, når der findes en passende kontrol (dvs. at forskellen i propensity score ikke er for stor). For nogle personer i interventionsgruppen har det ikke været muligt at finde tre kontroller, som opfylder caliper-kriteriet. Derfor opnås der ikke en fast 1:3 ratio af cases og kontroller.

¹³ Der anvendes 'nearest neighbour propensity matching' uden tilbagelægning. 0,25 svarer til ca. 0,5 standardafvigelse for den naturlige logaritme til oddsene. Sandsynligheden $0 < p < 1$ omregnes til odds ved $\left\{\frac{p}{1-p}\right\}$.

Kvaliteten af matchingen bedømmes ud fra beregninger af den absolutte standardiserede difference mellem interventions- og kontrolgruppen, for så vidt angår de anvendte matchingkriterier samt ratioen mellem variansen i interventionsgruppen og i kontrolgruppen for en given variabel. Den anvendte standardafvigelse er baseret på interventionsgruppen som reference. En absolut standardiseret difference under 10 % og en variansratio mellem 0,8 og 1,25 anses at støtte antagelsen om balance mellem grupperne (17). Den absolutte standardiserede difference på udvalgte matchingkriterier fremgår af tabellerne i resultatafsnittene. En komplet liste over alle matchingkriterier med standardiserede differencer og variansratio for hver region findes i bilag 1.

2.1.3 Randomiseret kontrolgruppe i Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden er Collaborative Care-modellen afprøvet i et cluster-randomiseret kontrolleret design. Dvs. at der her findes en randomiseret kontrolgruppe. Denne gruppe er dog mindre end forudsat, da der ikke blev henvist det forventede antal patienter til kontrolgruppen. Dette kan forekomme i et cluster-randomiseret forsøg, fordi lægerne i kontrolgruppen henviste færre patienter end lægerne i interventionsgruppen.

Region Hovedstaden har i projektperioden registreret følgende oplysninger om personer, som er inkluderet i kontrolgruppen:

- CPR-nr.
- Diagnose
- Dato for inklusion.

Disse oplysninger er leveret af Region Hovedstaden til VIVE¹⁴, som har gennemført supplerende registerbaserede analyser med den randomiserede kontrolgruppe. Den randomiserede kontrolgruppe udgør 80 personer, som er identificeret ved at koble de oplyste CPR-numre til CPR-registeret. De personer, der er registreret med et CPR-nr., som kan genfindes i CPR-registeret, indgår i den randomiserede kontrolgruppe i de supplerende analyser.

2.2 Datagrundlag fra nationale registre

Omkostninger opgøres i et offentligt udgiftsperspektiv og omfatter omkostninger forbundet med behandling på sygehus, herunder på somatiske sygehusafdelinger og i den regionale psykiatri, behandling i primærsektoren, som er omfattet af sygesikringen, tilskud til receptpligtig medicin og overførselsindkomster.

Med et offentligt udgiftsperspektiv menes, at omkostninger opgøres set fra det offentliges perspektiv. Det vil sige, at omkostninger for den private sektor ikke medregnes, herunder fx patienternes egenbetaling ved behandling hos psykolog og til receptpligtig medicin.

2.2.1 Behandling på sygehus

Kontakter til sygehus og omkostninger forbundet hermed samt diagnosekoder er baseret på data fra Landspatientregisteret (LPR og LPRPSYK), som indeholder oplysninger om alle sygehuskontakter. Både kontakter inden for det psykiatriske og somatiske område indgår.

¹⁴ Region Hovedstaden har leveret i alt 84 CPR-numre på personer i kontrolgruppen med inklusion perioden fra 11. december 2014 til 7. april 2016.

Omkostninger forbundet med behandling på sygehus prisfastsættes med det gældende års takster for sygehusindlæggelser og ambulante kontakter i henhold til Sundhedsdatastyrelsens takstvejledning for det pågældende år. Inden for psykiatrien anvendes en fast takst pr. sengedag og ambulante kontakt. Inden for somatikken anvendes DRG- og DAGS-takster, der er et vægtet korrigeret gennemsnit af de faktiske omkostninger på landsplan for den pågældende DRG-/DAGS-gruppe.

2.2.2 Behandling i primærsektoren

Kontakter til privatpraktiserende sundhedsprofessionelle under sygesikringen og omkostninger forbundet hermed er opgjort på grundlag af data fra Sygesikringsregisteret (SSSY). Alle typer af kontakter i primærsektoren med tilskud fra sygesikringen indgår. Der sondres mellem kontakter til:

- Alment praktiserende læger
- Psykologer
- Psykiatere
- Andre privatpraktiserende sundhedsprofessionelle under sygesikringen, fx fysioterapeuter, kiropraktorer, tandlæger, privatpraktiserende øre-næse-hals-læger, hudlæger mv.

Omkostninger forbundet med kontakter til privatpraktiserende sundhedsprofessionelle under sygesikringen prisfastsættes med bruttohonoraret for den givne ydelse. Honorarer for ydelser dækket af sygesikringen fastsættes ved forhandling mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og de forhandlingsberettigede organisationer (fx Praktiserende Lægers Organisation, PLO).

Omkostninger forbundet med behandling i primærsektoren, som ikke er dækket af sygesikringen, indgår ikke i undersøgelsen, da omkostningerne opgøres i et offentligt udgiftsperspektiv. Hertil kommer, at disse oplysninger ikke er tilgængelige i de nationale registre. Det gælder fx behandling hos psykolog uden tilskud fra sygesikringen.

2.2.3 Receptpligtig medicin

Forbrug af receptpligtig medicin og omkostninger forbundet hermed er opgjort på grundlag af data fra Lægemedeldatabasen (LMDB). Lægemedeldatabasen er Danmarks Statistiks version af Lægemedelstatistikregisteret, som indeholder oplysninger om salg af receptpligtige lægemidler i Danmark.

Omkostninger forbundet med forbrug af receptpligtig medicin prisfastsættes med ekspeditionsprisen minus patientens egenbetaling.

Det er kun omkostninger forbundet med medicin udleveret til privatpersoner, der medregnes som omkostninger til receptpligtig medicin. Omkostninger til medicin på sygehusene indgår som hovedregel i taksterne, som anvendes til at prisfastsætte omkostninger forbundet med behandling på sygehus, og indgår derfor i opgørelsen af disse omkostninger.

2.2.4 Overførsler

Antallet af uger på overførselsindkomst (sygedagpenge, dagpenge, kontanthjælp og førtidspension) opgøres på grundlag af data fra DREAM-databasen, som er en forløbsdatabase, der indeholder oplysninger om alle personer, som har modtaget overførselsindkomst siden 1991.

Hvis der er statistisk signifikant forskel i det gennemsnitlige antal uger på overførselsindkomst mellem interventions- og kontrolgruppen, opgøres et skøn over den gennemsnitlige meromkostning/besparelse ud fra taksten for den pågældende ydelse i 2017. Taksten for sygedagpenge og dagpenge var 4.245 kr. pr. uge i 2017 (18). Overførselsindkomster indgår normalt ikke i samfundsøkonomiske analyser, men medregnes her, da omkostningerne opgøres i et offentligt udgiftsperspektiv.

2.2.5 Kontrolvariable

Oplysninger om køn, alder, bopælsregion, civilstand og bopælsstatus er hentet fra Befolkningsregisteret (BEF) hos Danmarks Statistik, som bl.a. trækker på CPR-registeret. Alder, bopælsregion, civilstand og bopælsstatus opgøres primo inklusionsåret.

Uddannelsesoplysninger angiver højeste fuldførte uddannelse i året før inklusion og er hentet fra Danmarks Statistiks uddannelsesregister (UDDA). Uddannelse er opdelt i følgende kategorier: grundskole og adgangsgivende ungdomsuddannelse (kort ikke-kompetencegivende uddannelse); erhvervsuddannelse og kort videregående uddannelse (kort kompetencegivende uddannelse); mellem-lang og lang videregående uddannelse (mellemlang/lang uddannelse) og 'missing'.

Oplysninger om beskæftigelsesstatus er baseret på variablen SOCIO13 (Socioøkonomisk klassifikation 2013) hentet fra Danmarks Statistiks Arbejdsklassifikationsmodul (AKM) og opgøres i inklusionsåret. Der sondres mellem følgende grupper: i beskæftigelse, arbejdsløs, studerende (under uddannelse), pensionist og andet.

2.3 Statistisk analyse

De statistiske analyser er gennemført i SAS 9.4 (SAS Institute, Cary, NC) og Stata 14 (StataCorp, College Station, TX) på Danmarks Statistiks forskermaskine.

De omkostningsmæssige effekter af Collaborative Care opgøres over en periode på op til 9 måneder efter påbegyndt behandling defineret som første konsultation i Collaborative Care-forløbet. Effekterne opgøres for tre perioder: 0-3 måneder, 4-9 måneder og 0-9 måneder. De omkostningsmæssige effekter for perioden 0-3 måneder efter behandlingsstart opgøres med henblik på at belyse effekter på kort sigt, herunder behandlingsbehovet som følge af tidligere opsporing og behandling. Opgørelsen af omkostningsmæssige effekter for perioden 4-9 måneder skal belyse effekter på mellem-langt sigt, herunder behandlingsbehovet som følge af øget recovery og egenomsorg. En opfølgingsperiode på 9 måneder er utilstrækkelig til at belyse effekter på langt sigt.

I den supplerende analyse med randomiseret kontrolgruppe for Region Hovedstaden opgøres de omkostningsmæssige effekter også for perioden 0-6 måneder for at kunne sammenligne med opgørelse af vundne kvalitetsjusterede leveår (QALYs), jf. afsnit 2.6 nedenfor.

De omkostningsmæssige effekter beregnes i en 'differences-in-differences'-model, hvor ændringen i træk på forskellige ydelser i interventionsgruppen over en given periode sammenlignes med ændringen i træk på samme ydelser i kontrolgruppen i samme periode:

$$Omkostning_{DiD} = (Omkostning_t^P - Omkostning_{-1}^P) - (Omkostning_t^C - Omkostning_{-1}^C),$$

hvor:

P = patient i interventionsgruppen

C = patient i kontrolgruppen

Der er anvendt robust lineær regression, som tillader afvigelser fra antagelser om normalitet, til at undersøge forskelle i omkostninger mellem interventions- og kontrolgruppen (signifikansniveau på 5 %).

For hver testet opfølgingsperiode kontrolleres der for forbruget i den tilsvarende periode før indeksdatoen. Eksempelvis vil der i testen af forskel på de to gruppers forbrug af sygesikringsdækkede ydelser de første tre måneder efter inklusion være kontrolleret for forbruget i de tre måneder op til inklusionen. Dette sikrer, at en eventuel forskel (fald eller stigning i omkostninger), som stammer fra en ubalance mellem grupperne ved baseline, ikke tilskrives interventionen. Regressionsligningen for effektestimater har formen $y_{post} = b_0 + b_1 \text{Group} + b_2 y_{pre} + e$, hvor b_1 udtrykker forskellen mellem de to grupper på et givent outcome. Det er dette estimat, som præsenteres i resultatafsnittene.

Omkostninger er opgjort i løbende priser for de år, hvor patienterne er inkluderet (2014-2017). Der er ikke justeret for inflation, da der er tale om en forholdsvis kort periode med lav inflation, og da eventuelle konsekvenser af inflation udlignes i det kontrollerede design.

Det bemærkes, at 'differences-in-differences'-designet antager, at omkostningerne i interventions- og kontrolgruppen alt andet lige ville have udviklet sig ens (haft samme trend), hvis ikke interventionsgruppen havde fået Collaborative Care. Det er ikke muligt at teste denne antagelse i praksis, men ved at betragte udviklingen i omkostninger i interventions- og kontrolgruppen frem til inklusion vurderes det sandsynligt, at antagelsen generelt er overholdt.

2.4 Følsomhedsanalyser

Der er gennemført følsomhedsanalyser for at undersøge robustheden af de primære analyseresultater, herunder hvordan de estimerede omkostningsmæssige effekter påvirkes af kriterier for valg af kontrolgruppe. Ved at sammenholde resultater fra disse analyser med de primære analyseresultater får vi et billede af, hvorvidt resultaterne er farvede af betingelserne for udvælgelse af kontrollerne.

2.4.1 Antidepressiva

De omkostningsmæssige effekter er opgjort for den del af interventionsgruppen, som har indløst recept på antidepressiva afgrænset ved ATC-koderne N06AB (SSRI) eller N06AX (andre antidepressiva) i året op til inklusionstidspunktet. Det svarer til 13 % af interventionsgruppen i Region Hovedstaden, 35 % af interventionsgruppen i Region Sjælland, 40 % af interventionsgruppen i Region Midtjylland og 40 % af interventionsgruppen i Region Nordjylland. De sammenlignes med hele den matchede kontrolgruppe.

2.4.2 Psykometrisk test

Desuden er de omkostningsmæssige effekter opgjort for den del af interventionsgruppen, som har fået udført psykometrisk test i almen praksis i året op til inklusionstidspunktet. Det svarer til 77 % af interventionsgruppen i Region Hovedstaden, 40 % af interventionsgruppen i Region Sjælland, 64 % af interventionsgruppen i Region Midtjylland og 78 % af interventionsgruppen i Region Nordjylland. De sammenlignes med hele den matchede kontrolgruppe.

2.4.3 Personer under 50 år

Endelig er de omkostningsmæssige effekter opgjort for den del af både interventions- og kontrolgruppen, som er under 50 år, for at minimere risikoen for, at der indgår personer med demens i kontrolgruppen, jf. at psykometrisk test i almen praksis også bruges til at teste for demens.

2.5 Opgørelse af interventionsomkostninger

Opgørelsen af interventionsomkostninger omfatter meromkostninger forbundet med Collaborative Care sammenlignet med standardbehandling, som *ikke* opfanges i den registerbaserede analyse af omkostningsmæssige effekter, der er beskrevet ovenfor. Konkret indgår omkostninger forbundet med Care Managers tidsforbrug og omkostninger til almen praksis og psykolog/psykiater, som ikke fremgår af de nationale registre.

Interventionsomkostningerne omfatter kun omkostninger ved interventionen i en driftssituation. Udviklingsomkostninger indgår ikke.

Til brug for opgørelsen af interventionsomkostninger er der indsamlet oplysninger fra de enkelte regioner om antal inkluderede patienter i 2016 og omkostninger til almen praksis og psykologer/psykiatere tilknyttet projektet, som ikke fremgår af de nationale registre. Herudover har Care Managere i alle fire regioner registreret case load, antal vurderende samtaler og konsultationer med patienter samt arbejdstid fordelt på forskellige typer af opgaver mv. i en tilfældig måned (november 2016). November 2016 er valgt, da det vurderes at være en repræsentativ måned for den afprøvede model for Collaborative Care i en driftssituation i alle fire regioner.

På baggrund af tidsregistreringen har VIVE estimeret, hvor mange Care Manager-årsværk der er brugt på Collaborative Care i hver region i 2016 ud fra følgende formel:

Care Manager-årsværk = $\{T_c + T_o \times [T_c / (T_c + T_{ic})]\} / N$, hvor

T_c : Care Manager-tidsforbrug i november 2016, som er relateret til projektet Collaborative Care, antal timer

T_{ic} : Care Manager-tidsforbrug i november 2016, som *ikke* er relateret til projektet Collaborative Care, antal timer

T_o : Care Manager-tidsforbrug i november 2016 til overhead (frokost, sygdom, ferie), antal timer

N : antal arbejdstimer i november 2016 ved 37 timers arbejdsuge (162,8 timer/måned)

Det estimerede antal Care Manager-årsværk i de enkelte regioner er ganget med den gennemsnitlige årsløn (brutto) for en ikke-ledende sygeplejerske ansat i regionerne ifølge statistik fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (SIRKA, juli 2016).

Antal årsværk for psykologer/psykiatere tilknyttet projektet i 2016 er ganget med den gennemsnitlige årsløn (brutto) for en sygehuslæge ifølge statistik fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (SIRKA, juli 2016).

Omkostninger til administrative medarbejdere er ikke medregnet i opgørelsen af interventionsomkostninger, da det er vanskeligt at adskille, hvor stor en del af tidsforbruget til administrative medarbejdere er.

bejdere i projektperioden der vedrører henholdsvis drift og udvikling. Det er kun andelen, som vedrører drift, der indgår i opgørelsen af interventionsomkostninger, jf. ovenfor, og det vurderes, at denne andel er forholdsvis lille.

Omkostninger til lokaler indgår heller ikke i opgørelsen, da de er vanskelige at opgøre ensartet på tværs af regioner. Samtidig vurderes disse omkostninger at være begrænsede sammenlignet med omkostninger forbundet med tidsforbrug for Care Managere og andre sundhedsprofessionelle tilknyttet projektet.

2.6 Opgørelse af kvalitetsjusterede leveår (QALYs) i Region Hovedstaden

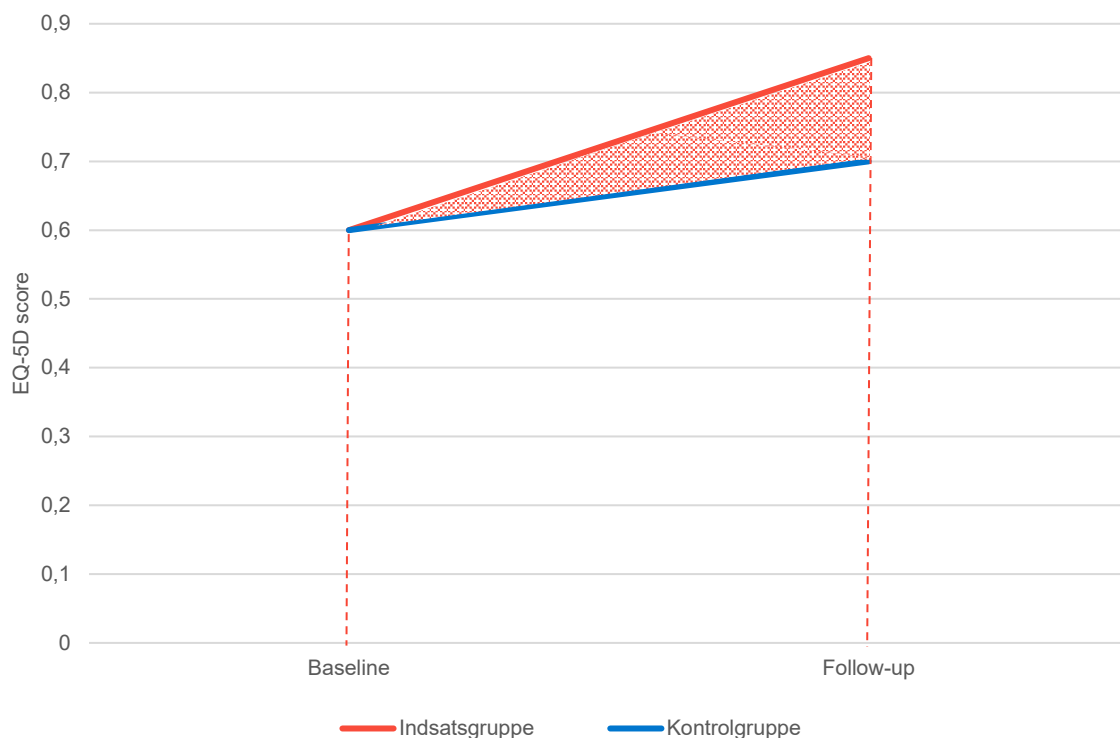
I Region Hovedstaden er der indsamlet spørgeskemadata fra personer i interventionsgruppen og den randomiserede kontrolgruppe ved inklusion og ved followup efter 6 måneder, jf. afsnit 2.1, som gør det muligt at opgøre de sundhedsmæssige effekter ved Collaborative Care i kvalitetsjusterede leveår (QALYs). Region Hovedstaden har også indsamlet spørgeskemadata ved 15 måneders follow-up, men der vurderes at være for stor usikkerhed forbundet med opgørelsen af QALYs efter 15 måneder grundet en for lille kontrolgruppe.

I sundhedsøkonomiske evalueringer måler man ofte de sundhedsmæssige effekter af indsatser i QALYs (19). Fordelen ved at anvende QALYs er, at det er muligt at sammenligne effekter og omkostningseffektivitet af indsatser på tværs af sygdomsområder. Princippet ved opgørelse af QALYs er, at et leveår med perfekt helbred har en vægt på 1 og dermed tæller som 1 QALY, mens et leveår med 80 % perfekt helbred har en vægt på 0,80 og kun tæller som 0,8 QALYs.

Der findes forskellige validerede spørgeskemaer, som kan bruges til at opgøre QALYs. I Danmark anvendes typisk spørgeskemaet EQ-5D, som måler helbredsrelateret livskvalitet med udgangspunkt i fem dimensioner: bevægelighed, personlig pleje, sædvanlige aktiviteter, smerte/ubehag og angst/depression. Region Hovedstaden har anvendt den version af EQ-5D-spørgeskemaet, som har tre svarmuligheder for hver af de fem dimensioner (EQ-5D-3L). På baggrund af besvarelserne af spørgeskemaet kan personer i interventions- og kontrolgruppen placeres i en af i alt 243 mulige sundhedstilstande ($=3^5$). Herefter kan den helbredsrelaterede livskvalitet beregnes via præferencevægte. Præferencevægtene viser, hvor meget en patient vægter de fem forskellige domæner. Danske præferencevægte er brugt (20). På denne måde kan den helbredsrelaterede livskvalitet udtrykkes ved et tal.

I resultatafsnittet afrapporteres både scoren for helbredsrelateret livskvalitet ved inklusion og efter seks måneder samt QALYs opgjort for perioden fra inklusion til 6-måneders opfølgning. Scoren for livskvalitet er et mål for livskvalitet på et givent tidspunkt, hvor QALYs er et mål for livskvalitet set over en periode. QALYs måles altså på to dimensioner: tid og livskvalitet som illustreret i Figur 2.1 nedenfor. Det skraverede areal i figuren illustrerer den potentielle gevinst i QALYs som følge af indsatsen. Det er netop dette areal, som ønskes estimeret.

Figur 2.1 Illustration af de to dimensioner i QALY: tid og livskvalitet



For hver patient beregnes QALY ud fra den helbredsrelaterede livskvalitetsscore ved baseline og 6 måneders followup. Den gennemsnitlige værdi af QALYs er justeret for forskelle i den helbredsrelaterede livskvalitet ved baseline.

Ikke alle personer har svaret ved de to målinger (baseline og 6 måneder), hvorfor vi har udført QALY-beregningerne ved hjælp af to metoder. Den første metode er ved udelukkende at inkludere personer, som har svaret på de relevante tidspunkter. Den anden metode er at erstatte manglende svar med det gennemsnitlige svar for personer med samme køn, alder og gruppe (interventions- og kontrolgruppe).

T-test er benyttet til at undersøge, om der er statistisk signifikante forskelle i helbredsrelateret livskvalitet og QALYs mellem interventions- og kontrolgruppen (95 % signifikansniveau). Det bemærkes, at standardafvigelseerne i opgørelser, hvor manglende svar erstattes med gennemsnittet for resten af gruppen, vil være mindre og dermed øge sandsynligheden for at finde statistisk signifikante forskelle.

Opgørelsen foretages for depression og angst under ét. Subgruppeanalyser fordelt på diagnoser afrapporteres ikke, da der vurderes at være for stor usikkerhed forbundet med opgørelsen grundet en for lille kontrolgruppe.

3 Beskrivelse af interventionsgruppen

Tabel 3.1 beskriver interventionsgruppen, dvs. personer, som har modtaget Collaborative Care i de fire regioner, særskilt for køn, alder, beskæftigelsesstatus, diagnose, andel af Collaborative Care-forløb, som er afbrudt før tid, antal konsultationer i Collaborative Care-forløb samt kontakter til sygehus og almen praksis i perioden efter inklusion (første konsultation i Collaborative Care-forløb).

Tabel 3.1 Beskrivelse af interventionsgruppen

		Region Hovedstaden		Region Midtjylland		Region Nordjylland		Region Sjælland		Total	
Personer		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
		627	100,0	340	100,0	213	100,0	530	100,0	1710	100,0
Køn	Kvinde	404	64,4	236	69,4	149	70,0	394	74,3	1183	69,2
	Mand	223	35,6	104	30,6	64	30,1	136	25,7	527	30,8
Alder	14-24	128	20,4	107	31,5	61	28,6	91	17,2	387	22,6
	25-34	199	31,7	104	30,6	71	33,3	100	18,7	474	27,7
	35-44	133	21,2	50	14,7	33	15,5	125	23,6	341	19,9
	45-54	93	14,8	40	11,8	32	15,0	88	16,6	253	14,8
	55-64	41	6,5	22	6,5	12	5,6	63	11,9	138	8,1
	65+	33	5,3	17	5,0	4	1,9	63	11,9	117	6,8
Beskæftigelse	Beskæftiget	372	59,3	143	42,1	106	49,8	272	51,3	893	52,2
	Arbejdsløs	53	8,5	42	12,4	30	14,1	73	13,8	198	11,6
	Studerende	129	20,6	111	32,7	63	29,6	58	10,9	361	21,1
	Pensionist	46	7,3	30	8,8	10	4,7	97	18,3	183	10,7
	Andet	27	4,3	14	4,1	4	1,9	30	5,7	75	4,4
Diagnose ¹	Angst	359	57,3	78	22,9	70	32,9	253	48,1	760	44,6
	Depression	263	42,0	223	65,6	136	63,9	219	41,6	841	49,3
Andel afbrudte forløb		124	19,8	69	20,4	93	44,3	-	-	286	24,3
Kontakter		Gns	SD	Gns	SD	Gns	SD	Gns	SD	Gns	SD
<i>Konsultationer i Collaborative Care-forløb</i>											
Gennemsnitligt antal konsultationer med Care Manager		8,76	3,9	9,42	4,3	9,47	4,1	5,46	4,1	7,96	4,4
Heraf individuelle konsultationer		8,76	3,9	5,55	2,6	9,47	4,1				
Heraf gruppekonsultationer				3,87	2,6						
<i>Sygesikring, 90 første dage</i>											
Almen praksis		4,68	4,8	5,49	5,0	9,30	5,7	5,55	4,9	5,69	5,2
Psykiolog		0,05	0,5	0,04	0,3	0,05	0,4	0,03	0,3	0,04	0,4
Psykiater		0,01	0,2	0,03	0,5	0,01	0,1	0,06	0,4	0,03	0,3
<i>Sygehusforbrug, 90 første dage</i>											
Indlæggelser		0,03	0,2	0,00	0,1	0,01	0,1	0,07	0,4	0,04	0,3
Ambulante forløb		0,20	0,6	0,08	0,3	0,15	0,5	0,28	0,8	0,20	0,6
Psyk. indlæggelser		0,01	0,1	0,01	0,1	0,00	0,0	0,02	0,2	0,01	0,1
Psyk. ambulante forløb		0,07	0,6	0,91	2,6	0,00	0,1	0,08	0,4	0,23	1,3

Note: 1: Diagnosticeringen er foretaget i psykiatrien og oplyst af de deltagende regioner.

Kilde: Egne beregninger baseret på data om interventionsgruppen fra regionerne koblet til nationale registre.

Interventionsgruppen i den registerbaserede analyse består af 627 personer i Region Hovedstaden, 530 personer i Region Sjælland, 340 personer i Region Midtjylland og 213 personer i Region Nordjylland, jf. tabel 3.1.

Det fremgår af tabellen, at størstedelen af personerne i interventionsgruppen er kvinder (64-74 %), og omkring halvdelen er under 35 år med nogen regional variation. I Region Hovedstaden er andelen under 35 år omkring 50 %, i Region Midtjylland og Nordjylland er den omkring 60 %, mens kun 36 % er under 35 år i Region Sjælland. Omkring halvdelen er i beskæftigelse. I Region Midtjylland er 42 % i arbejde, mens andelen er mindst 50 % i de øvrige tre regioner. Andelen af studerende er godt 10 % i Region Sjælland, godt 20 % i Region Hovedstaden og ca. 30 % i Region Midtjylland og Nordjylland. Region Sjælland adskiller sig fra de andre regioner ved at have en større andel af pensionister i interventionsgruppen (18 % i Region Sjælland sammenlignet med 5-9 % i de øvrige tre regioner).

I Region Hovedstaden er flest personer i interventionsgruppen diagnosticeret med angst (57 %), mens godt 40 % er diagnosticeret med depression. Fordelingen skal ses i lyset af, at Collaborative Care i Region Hovedstaden er afprøvet i et randomiseret design, som var dimensioneret til at inkludere flest personer med angst. I Region Sjælland er knap 50 % af interventionsgruppen diagnosticeret med angst, mens godt 40 % er diagnosticeret med depression. I Region Midtjylland og Nordjylland er flest personer i interventionsgruppen diagnosticeret med depression (ca. 65 % i begge regioner). En mindre gruppe af personer i interventionsgruppen i hver region er registreret med anden diagnose end henholdsvis angst eller depression. Denne gruppe er størst i Region Sjælland og Region Midtjylland, hvor den udgør omkring 10 %. I Region Sjælland består gruppen primært af personer, som er diagnosticeret med både depression og angst eller funktionel lidelse. Region Sjælland er den eneste region, hvor personer med funktionel lidelse er tilbudt Collaborative Care. I Region Midtjylland består gruppen primært af personer, som er diagnosticeret med både depression og angst eller stress/belastningsreaktion.

Af tabellen fremgår også det gennemsnitlige antal konsultationer med Care Manager pr. Collaborative Care-forløb i de fire regioner. Antallet er opgjort for alle forløb, inklusive forløb afbrudt før tid. Det gennemsnitlige antal konsultationer er 9 i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Nordjylland. I Region Sjælland er det gennemsnitlige antal konsultationer hos Care Manager pr. Collaborative Care-forløb lavere, hvilket skal ses i lyset af, at forløbene er delt mellem Care Managere og alment praktiserende læger.

I Region Hovedstaden og Midtjylland bliver en femtedel af forløbene afbrudt før tid, mens andelen i Region Nordjylland er på 45 %. Andelen af afbrudte forløb er ikke oplyst for Region Sjælland. Årsagen til, at forløb afbrydes før tid, kan både være frafald/manglende effekt af behandlingen, og at patienten er blevet rask/ikke har behov for flere samtaler med Care Manager. Det gennemsnitlige antal konsultationer med Care Manager i afbrudte forløb er 5, 4 og 6 i henholdsvis Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Nordjylland.

I tabellen ses også antallet af kontakter til sygehus, herunder somatiske sygehusafdelinger og den regionale psykiatri, samt kontakter til primærsektoren for interventionsgruppen i perioden 90 dage efter inklusion (første konsultation i Collaborative Care-forløb). Data fra Sygesikringsregistret viser et jævnt og meget lavt forbrug af psykologer og psykiatere på tværs af regioner. For almen praksis er der i gennemsnit registreret 5,8 konsultationer i de tre første måneder efter indsatsens start, men tallet trækkes især op af Region Nordjylland, som har næsten 10 konsultationer hos almen praksis i gennemsnit pr. patient. Dette kan være udtryk for en anderledes registrering, eller at almen praksis i højere grad end forventet har været involveret i behandlingen. For sygehusforbruget ses lave rater af indlæggelser inden for både psykiatrien og somatikken. Der er også en ensartet og lav rate af ambulante somatiske behandlingsforløb på tværs af regioner. Men i antallet af psykiatriske ambulante behandlingsforløb ses en variation, hvor særligt Region Midtjylland stikker ud med 0,9 forløb pr. patient i de første 90 dage efter inklusionen. Denne rate er mange gange højere end i de øvrige regioner og afspejler, at ydelser i regi af Collaborative Care er registreret som ambulante kontakter i Landspatientregisteret i Region Midtjylland.

4 Resultater for Region Hovedstaden

Sammenfatning

Den sundhedsøkonomiske analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe for Region Hovedstaden viser, at Collaborative Care er forbundet med meromkostninger sammenlignet med standardbehandling inden for en tidshorisont på 9 måneder efter første konsultation i Collaborative Care-forløbet. De estimerede gennemsnitlige meromkostninger er opgjort til ca. 10.900 kr. pr. patient set i et offentligt udgiftsperspektiv for hele perioden (0-9 måneder).

I analysen med randomiseret kontrolgruppe er de estimerede gennemsnitlige meromkostninger opgjort til ca. 6.600 kr. pr. patient for hele perioden (0-9 måneder). Meromkostningerne er ca. det dobbelte, hvis kun forskelle, som er statistisk signifikante, medregnes sammen med interventionsomkostningerne.

Meromkostningerne ved Collaborative Care dækker over interventionsomkostninger forbundet med tidsforbrug for Care Managere mv. tilknyttet projektet på ca. 14.500 kr. pr. patient og afledte besparelser på forbrug af sundhedsydelser/overførselsindkomst efter opstart af behandlingen. Hvis de afledte besparelser fastholdes eller øges i efterfølgende år, vil interventionsomkostningerne tjene sig ind på længere sigt.

I analysen med randomiseret kontrolgruppe er den gennemsnitlige sundhedsgevinst ved Collaborative Care i Region Hovedstaden opgjort til 0,025 QALYs pr. patient efter 6 måneder. For samme periode er meromkostningerne ved Collaborative Care opgjort til 10.852 kr. pr. patient. Det vil sige, at Collaborative Care koster 434.080 (10.852/0,025) kr. pr. vundet kvalitetsjusteret leveår (QALY) opgjort efter 6 måneder. På denne baggrund vurderes den afprøvede model for Collaborative Care i Region Hovedstaden ikke at være omkostningseffektiv inden for en tidshorisont på 6 måneder. Det udelukker ikke, at Collaborative Care kan være en omkostningseffektiv indsats på længere sigt.

Opgørelsen er forbundet med usikkerhed. I analysen med statistisk konstrueret kontrolgruppe er der risiko for, at interventions- og kontrolgruppen er forskellige på andre parametre end, hvorvidt de har modtaget Collaborative Care eller ej, og at disse forskelle kan afspejle sig i vores udfaldsvariable. Omvendt er den randomiserede kontrolgruppe lille, hvilket reducerer den statistiske styrke og muligheden for at påvise statistisk signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolgruppe. Samtidig er der i analysen med randomiseret kontrolgruppe en risiko for, at randomiseringen er gået galt.

Følsomhedsanalyser indikerer, at den statistisk konstruerede kontrolgruppe muligvis kan være mindre kompleks end gennemsnittet i interventionsgruppen, og at analysen kan undervurdere effekter af Collaborative Care i form af reduceret forbrug af den regionale psykiatri.

Der er således behov for yderligere analyser af omkostningseffektiviteten af Collaborative Care med en større randomiseret kontrolgruppe og længere opfølgingsperiode.

4.1 Model for Collaborative Care

I Region Hovedstaden kaldes den afprøvede Collaborative Care-model for Collabri. Modellen indgik i et cluster-randomiseret studie, hvor i alt 46 lægepraksisser deltog (1). I halvdelen af praksisserne fik patienterne tilbudt Collaborative Care, og i den anden halvdel fik patienterne behandling som hidtil (ibid.). Alle deltagende praksisser forpligtede sig til at foretage opsporing af patienter med angst og depression, og alment praktiserende læger i interventionsgruppen forpligtede sig til at tilbyde Collaborative Care i samarbejde med en Care Manager (ibid.). Hver Care Manager samarbejdede med 3-4 praksisser (ibid.). Det planlagte antal patienter, som Care Manageren skulle have i forløb samtidig (case load), var 25 patienter, og disse patienter skulle have kognitiv adfærdsterapi efter en stepped care-model afhængigt af diagnose og sværhedsgrad (ibid.). De praktiserende læger havde behandlingsansvaret for patienterne og forpligtede sig til at holde ugentlige møder med Care Manageren, hvor de sammen gennemgik de patienter, som var i behandlingsforløb (ibid.). Ud over Care

Managere og alment praktiserende læger var der også tilknyttet psykiatere samt en psykolog til supervision af Care Managerne.

4.2 Opgørelse af interventionsomkostninger

Der var i alt syv Care Managere tilknyttet projektet i Region Hovedstaden med en gennemsnitlig case load på 11 patienter i november 2016, jf. tabel 4.1. Det er noget lavere end de forventede 25, jf. ovenfor, hvilket skyldes, at de alment praktiserende læger henviste færre patienter end forudsat. Care Managerne havde således kapacitet til at håndtere flere patienter. Ifølge tidsregistreringskemaer udfyldt af de syv Care Managere brugte de i alt 769 timer på opgaver relateret til projektet i november 2016. Herudover har de registreret 189 timer på opgaver, som ikke var relateret til projektet, og 186 timer som overhead (frokost, sygdom og ferie mv.).

Tabel 4.1 Case load og tidsforbrug for Care Managere i Region Hovedstaden opgjort i november 2016

	I alt	Pr. Care Manager	Pr. patient (case load)
Antal Care Managere (hoveder)	7	-	-
Case load: Antal patienter i behandling hos Care Managere, gennemsnit over måneden	80	11	-
Antal vurderende samtaler med patienter	22	3	-
Antal konsultationer med patienter	219	31	3
Tidsforbrug for Care Manager			
Tidsforbrug relateret til projektet	769	110	9,6
Vurderende samtaler med patienter i projektet	21	3	0,3
Konsultationer med inkluderede patienter	188	27	2,3
Forberedelse og opfølgning på vurderende samtaler og konsultationer	107	15	1,3
Spildtid ved udeblevne patienter eller andre forhold	63	9	0,8
Møder med praktiserende læge	47	7	0,6
Transport mellem arbejdssteder	53	8	0,7
Supervision	57	8	0,7
Administrative opgaver	132	19	1,6
Andre opgaver relateret til projektet	101	14	1,3
Tidsforbrug til opgaver, som ikke er relateret til projektet	189	27	2,3
Overhead	186	27	2,3
Frokost	65	9	0,8
Ferie/fri/kurser	102	15	1,3
Syg	4	1	0,0
Barn syg	15	2	0,2
Tidsforbrug i alt	1.144	163	14

Kilde: Egne beregninger baseret på oplysninger fra regionen om antal Care Managere og registreringer foretaget af Care Managere i november 2016.

Interventionsomkostninger forbundet med tidsforbrug for Care Managere og omkostninger til psykolog/psykiatere tilknyttet projektet, som ikke fremgår af de nationale registre, er beregnet til ca. 14.470 kr. pr. patient i Region Hovedstaden, jf. tabel 4.2. Honorering af alment praktiserende læger for konsultationer med patienter indgår i den registerbaserede opgørelse og er derfor ikke medregnet i tabellen.

Interventionsomkostningerne pr. patient havde været lavere, hvis der var henvist det forventede antal patienter til Collaborative Care, eller hvis ledig kapacitet hos Care Managere i højere grad var brugt til at løse andre opgaver, som ikke var relateret til projektet.

Tabel 4.2 Interventionsomkostninger i Region Hovedstaden (tidsforbrug for Care Managere og psykolog/psykiater, som ikke fremgår af Sygesikringsregisteret)

	I alt	Pr. inkluderet patient
Care Manager		
Tidsforbrug relateret til projektet plus andel af overhead i november 2016, timer	918	-
Fuld arbejdstid ved 37 timer om ugen (én person) i november 2016, timer	163	-
Care Manager årsværk relateret til projektet baseret på tidsregistrering for november 2016	6	-
<i>Anslået lønudgift til Care Manager på årsbasis, kr. (2018-priser)</i>	<i>2.510.485</i>	<i>10.821</i>
Psykiater		
Psykiater-årsværk relateret til projektet i 2016*	0,9	-
<i>Anslået lønudgift til psykiater på årsbasis, kr. (2018-priser)</i>	<i>812.225</i>	<i>3.501</i>
Psykolog		
Psykolog-årsværk relateret til projektet i 2016*	0,038	-
<i>Anslået lønudgift til psykolog på årsbasis, kr. (2018-priser)</i>	<i>34.294</i>	<i>148</i>
Personale i alt ekskl. administrativt personale		
<i>Anslået lønudgift relateret til projektet på årsbasis (2018-priser)</i>	<i>3.357.004</i>	<i>14.470</i>
Andre oplysninger til brug for beregninger		
Antal inkluderede patienter i 2016**	232	-

Note: *) Baseret på oplysninger fra Region Hovedstaden. Årsværk til psykolog er beregnet ud fra timer afsat til psykolog i projektet.
 **) Oplyst af Region Hovedstaden i oktober 2018.

Kilde: Egne beregninger baseret på tidsregistrering foretaget af Care Managere i november 2016 samt supplerende oplysninger fra Region Hovedstaden.

4.3 Analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe

4.3.1 Population

Interventionsgruppen i den sundhedsøkonomiske undersøgelse for Region Hovedstaden omfatter 627 patienter, som har modtaget Collaborative Care¹⁵, jf. tabel 4.3.

De 627 patienter er matchet til 1.483 kontroller. Kvaliteten af matchingen er tilfredsstillende med forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen på under 0,1 målt i standardafvigelser for de fleste matchingkriterier. Der ses dog en del flere personer i alderen 65+ i kontrolgruppen sammenlignet med interventionsgruppen, hvilket også skinner igennem på beskæftigelses- og uddannelsesstatus

¹⁵ I datasættet modtaget fra Region Hovedstaden var der i alt 643 cases, hvoraf 16 er ekskluderet (4 dubletter, 1 pga. manglende startdato, og 11, som ikke kunne findes i registrene).

(yngre generationer har typisk længere uddannelse end ældre). Nogle af de ældre personer i kontrolgruppen kan muligvis have demens, da kontrolgruppen er udvalgt blandt personer, som har fået foretaget psykometrisk test i almen praksis, der bruges til at teste for depression og angst, men også demens. Der gennemføres derfor en følsomhedsanalyse, hvor analysen afgrænses til patienter under 50 år.

Tabel 4.3 Baseline-karakteristik og balance i analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe for Region Hovedstaden

		Kontrolgruppe		Interventionsgruppe		Std.forskel ¹⁾
		n	%	n	%	
		1.483	100	627	100	
Køn	Kvinde	1.015	68,44	404	64,43	0,08
	Mand	468	31,56	223	35,57	0,08
Alder (år)	14-24	329	22,18	128	20,41	0,04
	25-34	387	26,1	199	31,74	0,12
	35-44	274	18,48	133	21,21	0,07
	45-54	214	14,43	93	14,83	0,01
	55-64	139	9,37	41	6,54	0,11
	65+	140	9,44	33	5,26	0,19
Uddannelse	Kort ikke-kompetencegivende uddannelse (grundskole og adgangsgivende sekundær)	374	25,22	134	21,37	0,09
	Kort kompetencegivende uddannelse (erhvervsuddannelse og kort videregående uddannelse)	735	49,56	297	47,37	0,04
	Mellemlang og lang uddannelse (mellemlang og lang videregående uddannelse)	332	22,39	182	29,03	0,15
	Missing	42	2,83	14	2,23	0,04
Civilstand	Ugift, dvs. aldrig gift	771	51,99	354	56,46	0,09
	Gift	482	32,5	186	29,67	0,06
	Fraskilt eller enke/enkemand	230	15,51	87	13,88	0,05
Bopælsstatus	Single	464	31,29	185	29,51	0,04
	Samboende	789	53,2	301	48,01	0,10
	Andet	230	15,51	141	22,49	0,17
Beskæftigelse	Beskæftiget	772	52,06	372	59,33	0,15
	Arbejdsløs	159	10,72	53	8,45	0,08
	Studerende	297	20,03	129	20,57	0,01
	Pensionist	191	12,88	46	7,34	0,21
	Andet	64	4,32	27	4,31	0,00

Note: 1: Den standardiserede forskel udtrykker den relative forskel mellem interventions- og kontrolgruppen målt i standardafvigelse.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

4.3.2 Effekter på forbrug af sundhedsydelser

Tabel 4.4 viser forbruget af sygesikringsdækkede ydelser for kontrolgruppen samt forskellen i forbrug af sygesikringsdækkede ydelser mellem interventions- og kontrolgruppen. Det fremgår af ta-

bellens, at interventionsgruppen har statistisk signifikant højere gennemsnitlige omkostninger til almen praksis og til øvrige sygesikringsydelser end kontrolgruppen. Omvendt har interventionsgruppen statistisk signifikant lavere omkostninger til psykologydelse. Samlet set har interventionsgruppen statistisk signifikante højere omkostninger til sygesikringsydelser i hele opfølgingsperioden (0-9 måneder) og på mellemlangt sigt (4-9 måneder).

Tabel 4.4 Omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Hovedstaden, kr. pr. person i perioden

Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen			Gennemsnitlig forskel mellem interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver lavere/højere omkostninger i interventionsgruppen)		
	0-9	0-3	4-9	0-9	0-3	4-9
Almen praksis	909,5	576,9	332,6	+872,9 (+96,0%)* ^{***}	+219,9 (+38,1%)* ^{***}	+652,9 (+196,3%)* ^{***}
Psykolog	462,9	248,5	214,4	-393,4 (-85,0%)* ^{***}	-222,4 (-89,5%)* ^{***}	-171,0 (-79,7%)* ^{***}
Psykiater	100,5	43,6	56,9	-41,0	-32,9	-8,2
Øvrige ydelser	482,8	236,2	246,6	+416,4 (+86,2%)* ^{***}	+160,4 (+67,9%)*	+256,0 (+103,8%)* ^{***}
Samlet sygesikring	1.958,8	1.107,2	851,6	+856,2 (+43,7%)* ^{***}	+125,3	+730,9 (+85,8%)* ^{***}

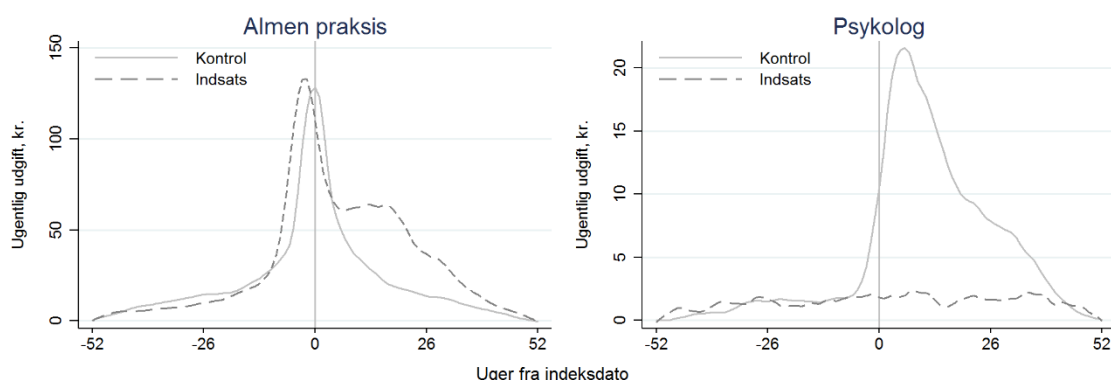
Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

Note: Kategorien af øvrige ydelser dækker primært over tandlægeydelser, blodprøver og fysioterapi. Derudover ses også en del ydelser fra vagtlæge, kiropraktik samt ydelser fra privatpraktiserende speciallæger: ørelæge, dermatologi, gynækologi, øjenlæge, reumatologi, intern medicin samt kirurgi.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Udviklingen i omkostninger til almen praksis og psykologydelse dækket af sygesikringen er illustreret i figur 4.1. Der ses et forhøjet forbrug af almen praksis i både interventions- og kontrolgruppen omkring tidspunktet for påbegyndt behandling. I interventionsgruppen ses desuden et større forbrug af almen praksis fra omkring 10 uger efter første konsultation i Collaborative Care-forløbet til ét år efter sammenlignet med kontrolgruppen. Dette modsvarer af et lavere forbrug af psykologydelse dækket af sygesikringen i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. De gennemsnitlige omkostninger til psykolog pr. patient pr. uge er dog væsentligt lavere end de tilsvarende omkostninger til almen praksis set fra et offentligt udgiftsperspektiv.

Figur 4.1 Omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser fra almen praksis og psykolog i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Hovedstaden, kr. pr. person pr. uge



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Omkostningerne til sygehusbehandling fremgår af tabel 4.5. Der er ingen signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen med hensyn til omkostninger på det somatiske område eller til ambulante psykiatriske kontakter. Til gengæld ses en signifikant reduktion i omkostningerne til psykiatriske indlæggelser i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Dette afspejler sig også i de samlede sygehusomkostninger, som er signifikant reduceret for interventionsgruppen på mellemlangt sigt (4-9 måneder). De samlede sygehusomkostninger er også reduceret for interventionsgruppen på kort sigt (0-3 måneder) og set over den samlede opfølgingsperiode (0-9 måneder), men her er forskellen mellem interventions- og kontrolgruppen ikke statistisk signifikant.

Tabel 4.5 Omkostninger til sygehusbehandling i interventionsgruppen og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Hovedstaden, kr. pr. person i perioden

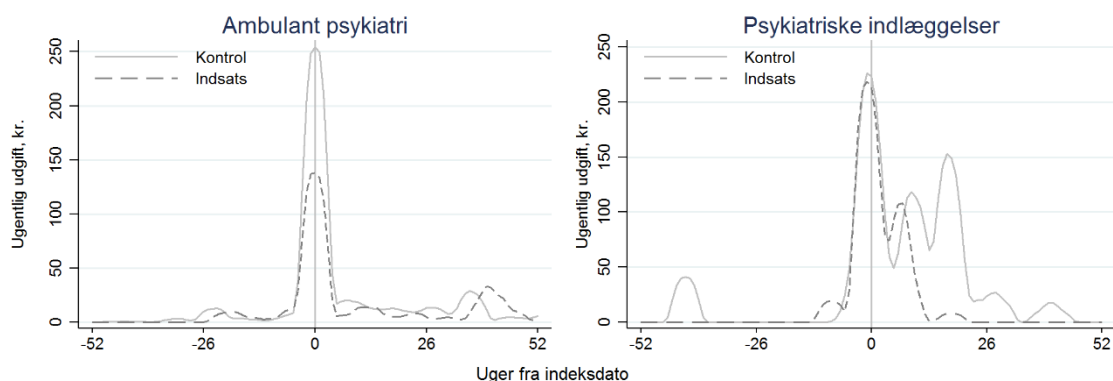
Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen			Gennemsnitlig forskel mellem interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver lavere/højere omkostninger i interventionsgruppen)		
	0-9	0-3	4-9	0-9	0-3	4-9
Ambulant, soma.	1.836,0	925,0	911,1	+264,3	+335,1	-70,9
Indlæggelse, soma.	2.604,6	1.375,3	1.229,3	-285,0	+18,7	-303,7
Ambulant, psyk.	823,8	439,7	384,1	-324,2	-153,2	-171,0
Indlæggelse, psyk.	2.255,7	1.029,7	1.226,0	-1.533,2 (-68,0%)*	-352,4	-1.180,8 (-96,3%)*
Samlet sygehus	7.519,6	3.769,2	3.750,4	-1.877,5	-151,2	-1.726,3 (-46,0%)*

Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Udviklingen i omkostningerne til psykiatrisk sygehusbehandling er illustreret i figur 4.2. Der ses forhøjede omkostninger til ambulante psykiatriske kontakter omkring tidspunktet for påbegyndt behandling i både interventions- og kontrolgruppen, men særligt for kontrolgruppen. Ellers er niveauet generelt lavt. Omkostningerne til psykiatriske indlæggelser topper for begge grupper omkring inklusionstidspunktet, men falder mere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen i opfølgingsperioden.

Figur 4.2 Omkostninger til psykiatrisk sygehusbehandling i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Hovedstaden, kr. pr. person pr. uge



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

4.3.3 Effekter på sygefravær og tilknytning til arbejdsmarkedet

Forskelle mellem interventions- og kontrolgruppens forbrug af overførselsindkomster ses i tabel 4.6. Der er en statistisk signifikant reduktion i antallet af uger på sygedagpenge i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen – både på kort sigt (0-3 måneder) og mellemlangt sigt (4-9 måneder) og for hele opfølgingsperioden (0-9 måneder). Det højeste sygedagpengebeløb var 4.245 kr. pr. uge i 2017, jf. afsnit 2.2. En gennemsnitlig reduktion i antallet af uger på sygedagpenge på 1,1, jf. tabel 4.6, svarer således til en gennemsnitlig besparelse på op til 4.670 kr. Der er desuden en svagt signifikant forskel på antallet af uger på dagpenge, men kun på kort sigt (0-3 måneder), hvor det gennemsnitlige antal uger på dagpenge er lidt højere i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. For kontanthjælp og førtidspension ses ikke statistisk signifikante forskelle.

Tabel 4.6 Forbrug af overførselsindkomster i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Hovedstaden, uger på overførselsindkomst pr. person i perioden

Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen			Gennemsnitlig forskel mellem interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver færre/flere uger i interventionsgruppen)		
	0-9	0-3	4-9	0-9	0-3	4-9
Uger på dagpenge	1,9	0,5	1,4	+0,5	+0,2 (+37,8%)*	+0,3
Uger på sygedagpenge	6,4	2,9	3,5	-1,1 (-16,7%)**	-0,3 (-11,6%)**	-0,7 (-21,0%)*
Uger på kontanthjælp	2,0	0,6	1,4	-0,3	-0,1	-0,2
Uger på førtidspension	1,4	0,5	0,9	-0,7	-0,2	-0,5

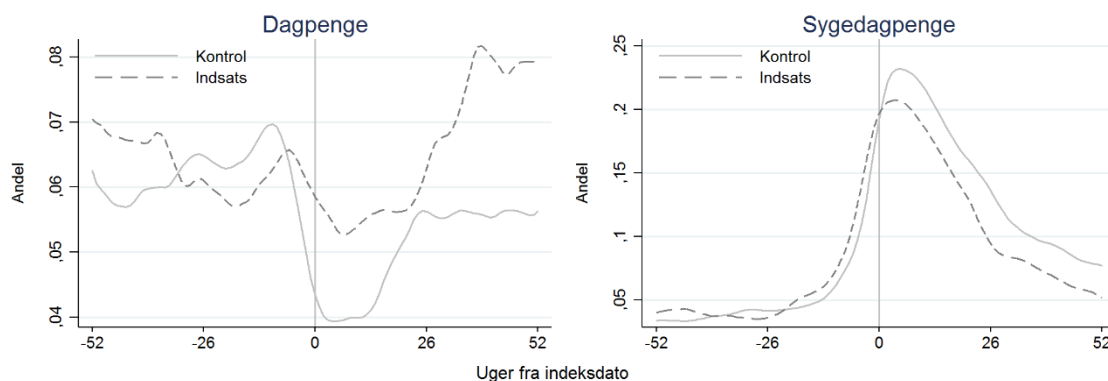
Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Andelen af dagpenge- og sygedagpengemodtagere fremgår af figur 4.3. Der ses i både interventions- og kontrolgruppen en stigning i andelen af sygedagpengemodtagere frem til lidt efter inklusionstidspunktet (behandlingsstart), hvorefter andelen falder. Andelen i kontrolgruppen når op på knap 25 %

sygedagpengemodtagere, mens interventionsgruppens top er lidt lavere med ca. 20 % sygedagpengemodtagere. Andelen af dagpengemodtagere er væsentlig lavere i begge grupper (4-8 %) med tendens til en forhøjet andel i interventionsgruppen 6-12 måneder efter inklusionstidspunktet.

Figur 4.3 Andel i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Hovedstaden, som modtager dagpenge og sygedagpenge



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

4.3.4 Forbrug af lægemidler

Omkostninger til receptpligtige lægemidler ses i Tabel 4.7 (patienternes egenbetaling indgår ikke, jf. afsnit 2.2). De gennemsnitlige omkostninger til antidepressiva defineret ved ATC-koderne N06AB/X er lidt lavere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen, hvilket ikke er overraskende, da forbrug af N06AB/X er et inklusionskriterium i kontrolgruppen. Samlet set for alle lægemidler ligger forbruget i interventionsgruppen lidt højere end kontrolgruppen. Forskellene i omkostninger til lægemidler er generelt ikke statistisk signifikante.

Tabel 4.7 Omkostninger til receptpligtige lægemidler i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Hovedstaden, kr. pr. person i perioden

Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen			Gennemsnitlig forskel mellem interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver lavere/højere omkostninger i interventionsgruppen)		
	0-9	0-3	4-9	0-9	0-3	4-9
N06AB/X	33,4	12,2	21,2	-17,3	-8,5	-8,9
Alle N* lægemidler, ekskl. N06AB/X	93,2	48,6	44,6	-37,8	-24,5 (-50,5%)*	-13,3
Alle lægemidler	335,3	161,1	174,2	-2,3	-8,5	+6,2

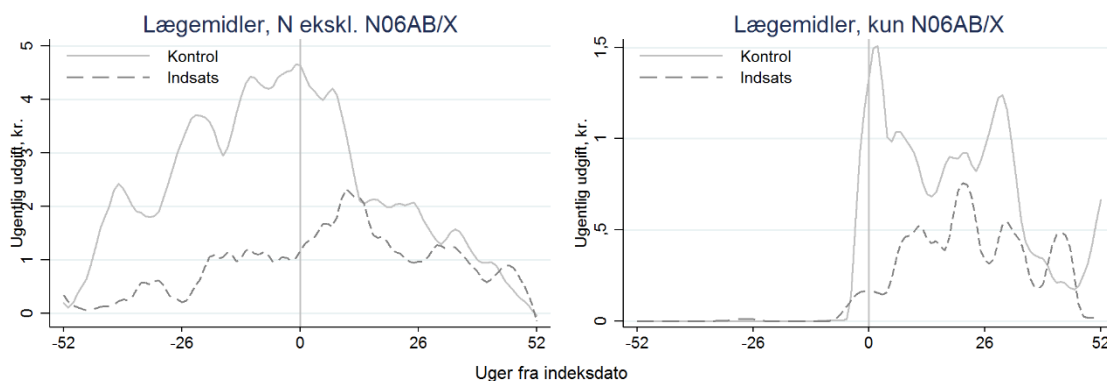
Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001. Patienternes egenbetaling indgår ikke, jf. afsnit 2.2.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Udviklingen i omkostninger til receptpligtige lægemidler i N-gruppen (lægemidler til nervesystemet) er illustreret i figur 4.4. De gennemsnitlige omkostninger i både interventions- og kontrolgruppen er på et lavt niveau med få kroner pr. uge over hele perioden. Der ses et lidt lavere niveau i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Det ses også, at både interventions- og kontrolgruppen har

meget lave gennemsnitlige omkostninger til antidepressiva defineret ved N06AB/X i året før inklusionsstidspunktet, men at kontrolgruppen naturligt – givet medicinkriteriet for inklusion – har et højere forbrug omkring inklusion og herefter.

Figur 4.4 Omkostninger til receptpligtige lægemidler i N-gruppen i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Hovedstaden, kr. pr. person pr. uge



Anm.: Patienternes egenbetaling indgår ikke, jf. afsnit 2.2.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

4.3.5 Subgruppeanalyser

Der er gennemført en subgruppeanalyse for personer i interventionsgruppen, som har gennemført hele Collaborative Care-forløbet (dvs. at forløbet ikke er afbrudt før tid). Der er ingen substantielle afvigelser i resultaterne, men høj grad af overensstemmelse med de primære resultater beskrevet ovenfor. Estimer har samme retning og størrelsesorden, og der er ingen nye signifikante fund.

En supplerende subgruppeanalyse foretages også for patienter i interventions- og kontrolgruppen uden en kompetencegivende uddannelse (faguddannelse eller videregående uddannelse). Her ses afvigelser i resultaterne for overførselsindkomster. Reduktionen i forbruget af sygedagpenge, som ses for den samlede gruppe, er for subgruppen uden kompetencegivende uddannelse forsvundet. Samtidig er det estimerede merforbrug af dagpenge forstærket og statistisk signifikant for denne gruppe. Det kan være udtryk for, at gruppen uden kompetencegivende uddannelse i højere grad mister deres job under sygdomsforløbet og bliver dagpengemodtagere. Forskellene er især drevet af forskelle på mellemlangt sigt (4-9 måneder).

4.3.6 Følsomhedsanalyser

Vi har gennemført følsomhedsanalyser for at vurdere robustheden af resultaterne. Først og fremmest har vi set på betydningen af, at kontrolgruppen er afgrænset ved forbrug af N06AB/X. Det gør vi ved at gentage analysen, men efter eksklusion af patienter i interventionsgruppen, som ikke har indløst recept på N06AB/X i året op til eller efter inklusionsstidspunktet. Både interventions- og kontrolgruppen består dermed af patienter, som har brugt eller bruger denne type medicin. Der er ingen substantielle forskelle i resultater, når analysen gennemføres for denne subgruppe. Signifikante estimer har samme retning og størrelse, men enkelte estimer mister signifikans – sandsynligvis på grund af reduceret statistisk styrke.

En lignende analyse er gennemført for de patienter i interventionsgruppen, som – ligesom kontrolgruppen – har fået foretaget en psykometrisk test i almen praksis før opstart af behandling. I denne

analyse træder det reducerede forbrug af sygehusydelse i interventionsgruppen stærkere frem, således at der nu er signifikant færre omkostninger til både ambulante psykiatriske kontakter og psykiatriske indlæggelser i interventionsgruppen set over den samlede opfølgingsperiode. Subgruppen af patienter, som har modtaget Collaborative Care og fået foretaget en psykometrisk test, har således et lavere gennemsnitligt forbrug af psykiatriske sygehusydelse efter behandlingsstart end den samlede interventionsgruppe, dvs. de klarer sig i højere grad gennem behandlingsforløbet uden kontakt til den regionale psykiatri. Hvis det samme gælder for den statistisk konstruerede kontrolgruppe, som netop kun omfatter personer, der har fået foretaget psykometrisk test i almen praksis, kan denne gruppe eventuelt være mindre kompleks end gennemsnittet. Vi kan derfor ikke udelukke, at vi kan undervurdere effekter af Collaborative Care i forhold til at mindske forbruget af den regionale psykiatri.

De to ovennævnte følsomhedsanalyser adresserer specifikt risikoen for bias, som skabes, fordi puljen af mulige kontroller er defineret ud fra kriterier om brug af antidepressiva og psykometrisk test i almen praksis. Vi har desuden foretaget en følsomhedsanalyse, hvor kun personer, som er under 50 år, indgår. Der er ingen substantielle afvigelser i resultaterne. Estimer har samme retning og størrelsesorden, og der er ingen nye signifikante fund. Der er således ikke tegn på en aldersbetinget effekt eller bias relateret til kontrollers sygdom; fx som følge af, at der utilsigtet indgår personer med demens i kontrolgruppen.

4.3.7 Delkonklusion for analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe

Den sundhedsøkonomiske analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe for Region Hovedstaden viser, at Collaborative Care er forbundet med meromkostninger sammenlignet med standardbehandling inden for en tidshorisont på 9 måneder efter inklusion (første konsultation i Collaborative Care-forløbet).

De samlede gennemsnitlige meromkostninger er opgjort til ca. 10.900 kr. pr. patient set over hele perioden (0-9 måneder), jf. tabel 4.8.

Tabel 4.8 Meromkostninger ved Collaborative Care sammenlignet med standardbehandling i analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe for Region Hovedstaden, kr. pr. person for perioden (-/+ angiver lavere/højere omkostninger ved Collaborative Care)

	0-9 måneder	0-3 måneder
Omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser	856	125
Omkostninger til sygehusbehandling	-1.878	-151
Omkostninger til sygedagpenge*	-4.670	-1.274
Omkostninger til dagpenge*	2.123	849
Omkostninger til receptpligtige lægemidler	-2	-9
Interventionsomkostninger	14.470	14.470
I alt	10.899	14.010
I alt ekskl. forskelle i registeranalysen, som ikke er statistisk signifikante	10.656	14.045

Anm.: **Fed** skrift angiver statistisk signifikante forskelle i omkostninger mellem interventions- og kontrolgruppe i registeranalyse (p-værdi under 0,05).

Note: *) Skønsmæssigt beregnet ud fra maksimal dagpenge-/sygedagpengetakst.

Kilde: Egne beregninger baseret på opgørelsen af interventionsomkostninger og resultater fra registeranalysen.

4.4 Analyse med randomiseret kontrolgruppe

4.4.1 Population

Interventionsgruppen i analysen med randomiseret kontrolgruppe er den samme som i analysen med statistisk konstrueret kontrolgruppe, jf. tabel 4.9. Det er således kun kontrolgruppen, som er anderledes. Den randomiserede kontrolgruppe består af 80 personer. Antallet af patienter i kontrolgruppen er mindre end i interventionsgruppen, da der er tale om et cluster-randomiseret design. Der er balance mellem interventions- og kontrolgruppen på de fleste matchingkriterier, som er anvendt i analysen med statistisk konstrueret kontrolgruppe. Dog er der flere kvinder i kontrolgruppen sammenlignet med interventionsgruppen. Samtidig er der færre med kort ikke-kompetencegivende uddannelse, færre arbejdsløse samt flere studerende og pensionister i kontrolgruppen.

Tabel 4.9 Baseline-karakteristik og balance i analyse med randomiseret kontrolgruppe for Region Hovedstaden

		Kontrolgruppe		Interventions- gruppe		Std.forskel
		n	%	n	%	
		80	100	627	100	
Køn	Kvinde	63	78,8	404	64,4	0,30
	Mand	17	21,3	223	35,6	0,30
Alder (år)	14-24	19	23,8	128	20,4	0,08
	25-34	22	27,5	199	31,7	0,09
	35-44	17	21,3	133	21,2	0,00
	45-54	10	12,5	93	14,8	0,07
	55-64	6	7,5	41	6,5	0,04
	65+	6	7,5	33	5,3	0,10
Uddannelse	Kort ikke-kompetencegivende uddannelse (grundskole og adgangsgivende sekundær)	-	-	134	21,4	0,52
	Kort kompetencegivende uddannelse (erhvervsuddannelse og kort videregående uddannelse)	46	57,5	297	47,4	0,20
	Mellemlang og lang uddannelse (mellemlang og lang videregående uddannelse)	19	23,8	182	29,0	0,12
	Missing			14	2,2	0,15
Civilstand	Ugift, dvs. aldrig gift	48	60,0	354	56,5	0,07
	Gift	23	28,8	186	29,7	0,02
	Fraskilt eller enke/enkemand	9	11,3	87	13,9	0,08
Bopælsstatus	Single	22	27,5	185	29,5	0,04
	Samboende	39	48,8	301	48,0	0,01
	Andet	19	23,8	141	22,5	0,03
Beskæftigelse	Beskæftiget	41	51,3	372	59,3	0,16
	Arbejdsløs	-	-	53	8,5	0,30
	Studerende	23	28,8	129	20,6	0,20
	Pensionist	9	11,3	46	7,3	0,15
	Andet	-	-	27	4,3	0,21

Anm.: Enkelte celler af blanke af diskretionshensyn på grund af for få observationer.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

4.4.2 Effekter på forbrug af sundhedsydelse

Omkostningerne til sundhedsydelser dækket af sygesikringen fremgår af tabel 4.10. Der ses en stigning i omkostninger til ydelser fra almen praksis i interventionsgruppen på mellemlangt sigt (4-9 måneder). For psykologydelser ses en markant reduktion for interventionsgruppen i hele opfølgingsperioden, som også slår igennem i de samlede omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser. De samlede omkostninger er således statistisk signifikant lavere i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen for hele opfølgingsperioden (0-9 måneder) samt på kort sigt (0-3 måneder) og for det første halve år (0-6 måneder).

Tabel 4.10 Omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser i interventionsgruppe og randomiseret kontrolgruppe i Region Hovedstaden, kr. pr. person over perioden

Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen				Gennemsnitlig forskel i interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver lavere/højere omkostninger i interventionsgruppen)			
	0-9	0-3	4-9	0-6	0-9	0-3	4-9	0-6
Almen praksis	1.520,3	954,4	565,8	1.315,2	+262,1	-157,6	+419,8 (+74,2%)*	+157,6
Psykolog	734,2	330,4	403,8	597,5	-664,6 (-90,5%)*	-304,3 (-92,1%)*	-360,4 (-89,2%)*	-551,5 (-92,3%)*
Psykiater	227,8	107,6	120,3	141,8	-168,4	-96,9	-71,5	-100,9
Øvrige ydelser	1.217,7	540,5	677,2	946,8	-318,5	-143,9	-174,7	-268,8 (-28,4%)*
Samlet sygesikring	3.687,3	1.926,6	1.760,8	2.993,7	-872,3 (-23,7%)*	-694,1 (-36,0%)*	-178,2	-751,7 (-25,1%)*

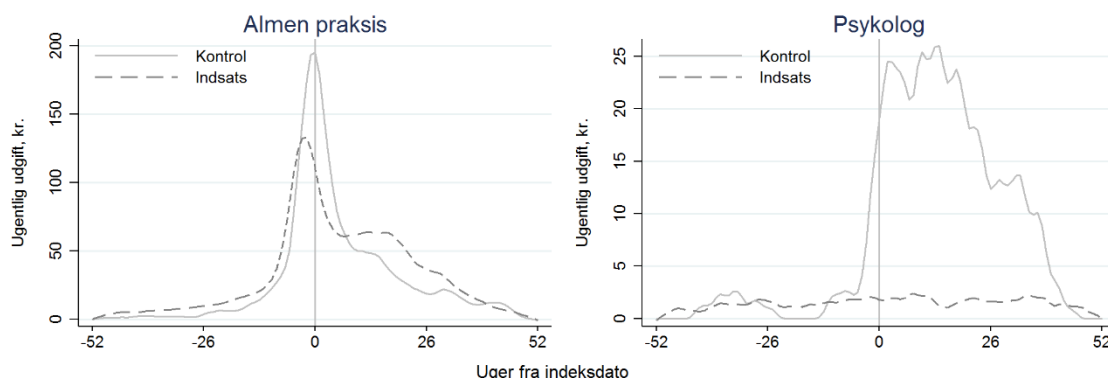
Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Note: Kategorien af øvrige ydelser dækker primært over tandlægeydelser, blodprøver og fysioterapi. Derudover ses også en del ydelser fra vagtlæge, kiropraktik samt ydelser fra privatpraktiserende speciallæger: ørelæge, dermatologi, gynækologi, øjenlæge, reumatologi, intern medicin samt kirurgi.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Figur 4.5 viser udviklingen i omkostningerne til sygesikringsdækkede ydelser til almen praksis og psykolog over tid. Her ses et lidt forhøjet forbrug af almen praksis i kontrolgruppen omkring inklusionstidspunktet, mens der i interventionsgruppen ses en stigning omkring 20 uger efter inklusion, hvor Collaborative Care-forløbet formodes afsluttet (gennemsnitlig varighed af Collaborative Care-forløb er 120 dage i Region Hovedstaden). Omkostninger til psykologydelser dækket af sygesikringen forekommer stort set kun i kontrolgruppen og aftager ret markant efter et halvt år.

Figur 4.5 Omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser fra almen praksis og psykolog i interventionsgruppe og randomiseret kontrolgruppe i Region Hovedstaden, kr. pr. person pr. uge



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Tabel 4.11 viser forskelle i omkostninger til sygehusbehandling. Der ses statistisk signifikante meromkostninger til ambulant somatisk behandling på kort sigt i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Der er ingen øvrige signifikante resultater. Samlet ses dog et markant reduceret sygehusforbrug (både somatik og psykiatri) i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Reduktionen er mest markant for omkostninger til somatiske indlæggelser. Det kan være et udtryk for manglende statistisk styrke relateret til den lille kontrolgruppe (n=80), at forskellene ikke er statistisk signifikante. Det er også muligt, at randomiseringen ikke er lykket, jf. den lille kontrolgruppe, og at det reducerede sygehusforbrug i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen skyldes andre forskelle mellem de to grupper.

Tabel 4.11 Omkostninger til sygehusbehandling i interventionsgruppe og randomiseret kontrolgruppe i Region Hovedstaden, kr. pr. person over perioden

Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen				Gennemsnitlig forskel i interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver lavere/højere omkostninger i interventionsgruppen)			
	0-9	0-3	4-9	0-6	0-9	0-3	4-9	0-6
Ambulant, soma.	3.345,6	272,1	3.073,4	1.100,0	-1.245,2	+987,9 (+363,0%)**	-2.233,2	+679,2
Indlæggelse, soma.	7.610,1	2041,8	5.568,4	6.374,7	-5.290,6	-647,9	-4.642,7	-4.355,9
Ambulant, psyk.	1.410,1	91,1	1.319,0	113,9	-910,4	+195,4	-1.105,8	+264,4
Indlæggelse, psyk.	1.891,1	524,0	1.367,1	1.891,1	-1.168,7	+153,2	-1.321,9	-1.168,7
Samlet sygehus	14.255,7	2.929,1	11.326,6	9.479,8	-8.613,5	+688,8	-9.302,4	-4.580,9

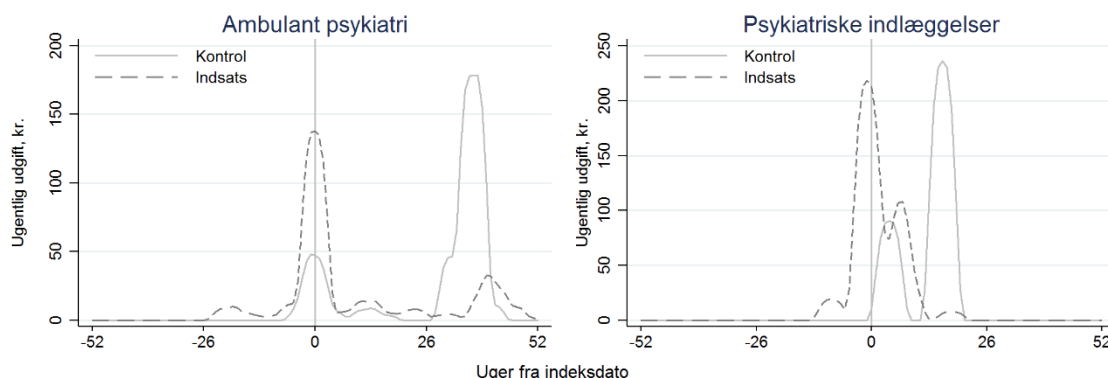
Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Figur 4.6 viser omkostningerne til psykiatrisk sygehusbehandling over tid. I den ambulante psykiatri er der flere omkostninger knyttet til interventionsgruppen lige omkring inklusionstidspunktet, men ca. et halvt år efter inklusion ses en stigning omkostninger til ambulante psykiatriske kontakter i kontrolgruppen. De psykiatriske indlæggelser forekommer meget sjældent for begge grupper med

en stigning i interventionsgruppen omkring inklusionstidspunktet og en stigning i kontrolgruppen ca. 20 uger efter inklusion.

Figur 4.6 Omkostninger til psykiatrisk sygehusbehandling i interventionsgruppe og randomiseret kontrolgruppe i Region Hovedstaden, kr. pr. person pr. uge



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

4.4.3 Effekter på sygefravær og tilknytning til arbejdsmarkedet

Tabel 4.12 viser effekter på forbruget af overførselsindkomster. Der ses ingen signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen, men en tendens til et reduceret forbrug af dagpenge og et forøget forbrug af sygedagpenge i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen.

Tabel 4.12 Forbrug af overførselsindkomster i interventionsgruppe og randomiseret kontrolgruppe i Region Hovedstaden, uger på overførselsindkomst pr. person i perioden

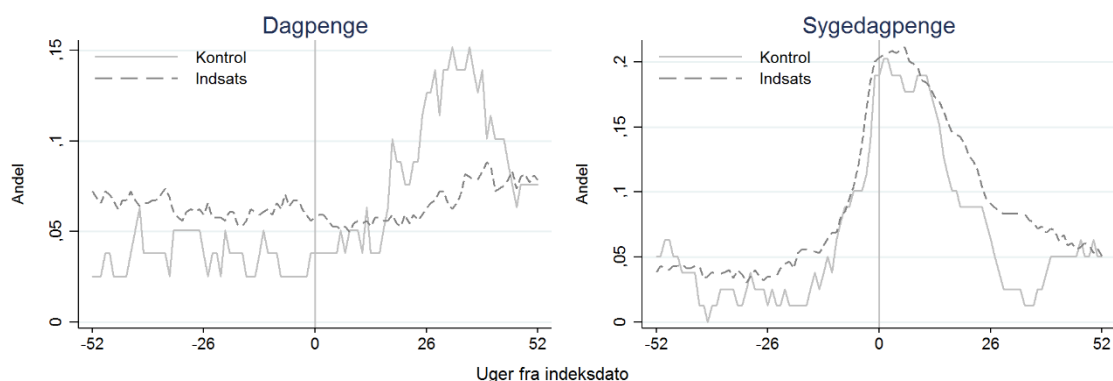
Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen				Gennemsnitlig forskel i interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver lavere/højere omkostninger i interventionsgruppen)			
	0-9	0-3	4-9	0-6	0-9	0-3	4-9	0-6
Uger på dagpenge	3,4	0,6	2,8	1,6	-1,0	+0,1	-1,1	-0,2
Uger på sygedagpenge	4,0	2,4	1,6	3,7	+1,4	+0,2	+1,2	+0,6
Uger på kontanthjælp	1,0	0,3	0,7	0,6	+0,7	+0,2	+0,5	+0,5
Uger på førtidspension	0,5	0,2	0,3	0,3	+0,2	+0,1	+0,1	+0,1

Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Figur 4.7 viser udviklingen i andelen af personer i interventions- og kontrolgruppen, som modtager sygedagpenge og dagpenge. Udviklingen i andelen af sygedagpengemodtagere følger hinanden i interventions- og kontrolgruppen, både før og efter indeksdatoen. For så vidt angår andelen af dagpengemodtagere, ses en stigning i kontrolgruppen omkring 6 måneder efter inklusionstidspunktet, mens andelen er nogenlunde konstant i interventionsgruppen. Der er dog tale om små tal uden statistisk signifikante forskelle.

Figur 4.7 Andel i interventions- og randomiseret kontrolgruppe i Region Hovedstaden, som modtager dagpenge og sygedagpenge



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

4.4.4 Forbrug af lægemidler

Tabel 4.13 viser forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen i omkostninger til receptpligtige lægemidler (patienternes egenbetaling indgår ikke, jf. afsnit 2.2). Samlet set ses en reduktion i omkostningerne til lægemidler for interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen set over hele opfølgingsperioden (0-9 måneder), men ingen forskelle er statistisk signifikante.

Tabel 4.13 Omkostninger til receptpligtige lægemidler i interventionsgruppe og randomiseret kontrolgruppe i Region Hovedstaden, kr. pr. person i perioden

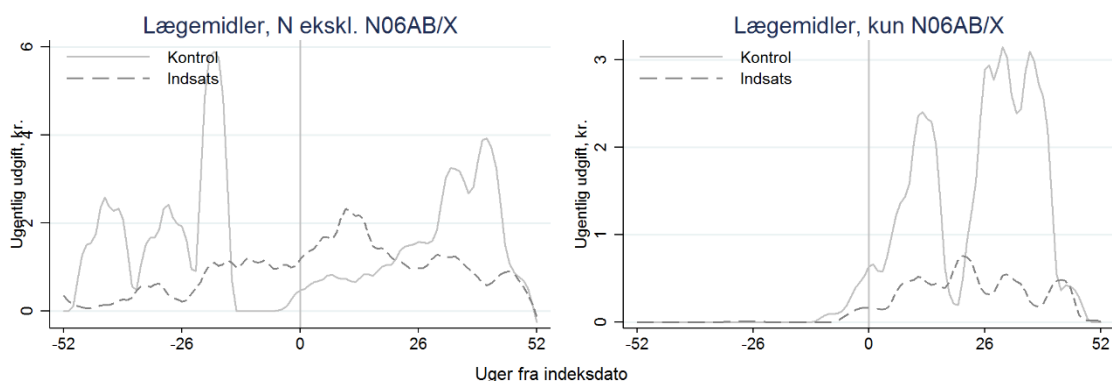
Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen				Gennemsnitlig forskel i interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver lavere/højere omkostninger i interventionsgruppen)			
	0-9	0-3	4-9	0-6	0-9	0-3	4-9	0-6
N06AB/X	74,6	22,4	52,1	33,0	-58,5	-18,7	-39,8	-21,9
Alle N*, ekskl. N06AB/X	55,1	10,3	44,8	25,6	+0,3	+13,8	-13,5	+14,5
Alle lægemidler	432,3	123,4	308,9	234,4	-99,3	+29,2	-128,5	+17,1

Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001. Patienternes egenbetaling indgår ikke, jf. afsnit 2.2.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Figur 4.8 viser omkostninger til receptpligtige lægemidler i N-gruppen for interventions- og kontrolgruppen over tid. Der ses tendens til en forøget udgift for kontrolgruppen i perioden efter inklusion, men omkostningerne er generelt små.

Figur 4.8 Omkostninger til receptpligtige lægemidler i N-gruppen i interventionsgruppe og randomiseret kontrolgruppe i Region Hovedstaden, kr. pr. person pr. uge



Anm.: Patienternes egenbetaling indgår ikke, jf. afsnit 2.2.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

4.4.5 Delkonklusion for analyse med randomiseret kontrolgruppe

Den sundhedsøkonomiske analyse med randomiseret kontrolgruppe for Region Hovedstaden viser – ligesom analysen med statistisk konstrueret kontrolgruppe – at Collaborative Care er forbundet med meromkostninger sammenlignet med standardbehandling inden for en tidshorisont på 9 måneder efter inklusion (første konsultation i Collaborative Care-forløbet).

De samlede gennemsnitlige meromkostninger er opgjort til ca. 6.600 kr. pr. patient set over hele perioden (0-9 måneder), jf. tabel 4.14. Meromkostningerne er ca. det dobbelte, hvis kun forskelle, som er statistisk signifikante, medregnes sammen med interventionsomkostningerne.

Tabel 4.14 Meromkostninger ved Collaborative Care sammenlignet med standardbehandling i analyse med randomiseret kontrolgruppe for Region Hovedstaden, kr. pr. person over perioden (-/+ angiver lavere/højere omkostninger ved Collaborative Care)

	0-9 måneder	0-3 måneder	0-6 måneder
Omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser	-872	-694	-752
Omkostninger til sygehusbehandling	-8.614	689	-4.581
Omkostninger til sygedagpenge*	5.943	849	2.547
Omkostninger til dagpenge*	-4.245	425	-849
Omkostninger til receptpligtige lægemidler	-99	29	17
Interventionsomkostninger	14.470	14.470	14.470
I alt	6.583	15.768	10.852
I alt ekskl. forskelle i registeranalysen, som ikke er statistisk signifikante	13.598	13.776	13.718

Anm.: **Fed** skrift angiver statistisk signifikante forskelle i omkostninger mellem interventions- og kontrolgruppe i registeranalyse (p-værdi under 0,05).

Note: *) Skønsmæssigt beregnet ud fra maksimal dagpenge-/sygedagpengetakst.

Kilde: Egne beregninger baseret på opgørelsen af interventionsomkostninger og resultater fra registeranalysen.

4.4.6 QALYs (Quality Adjusted Life Years)

Tabel 4.15 viser den gennemsnitlige helbredsrelaterede livskvalitet (EQ-5D-score) i interventionsgruppen og den randomiserede kontrolgruppe i Region Hovedstaden ved inklusion og ved 6-måneders followup. Beregningen omfatter kun de deltagere, som har besvaret EQ-5D-spørgeskemaet. Da ikke alle deltagere har besvaret spørgeskemaet, er populationen mindre end i den registerbaserede analyse af omkostningsmæssige effekter ovenfor. Det gælder særligt ved 6-måneders followup¹⁶.

Tabel 4.15 Helbredsrelateret livskvalitet (EQ-5D-score) i interventionsgruppe og randomiseret kontrolgruppe i Region Hovedstaden ved baseline (inklusion) og ved 6-måneders followup

	EQ-5D-score [CI]: Intervention	EQ-5D-score [CI]: Kontrol	Forskel ml. intervention og kontrol	N, intervention	N, kontrol
Baseline	0,670 [0,653-0,687]	0,646 [0,598-0,695]	0,024 [p-værdi=0,349]	578	78
6 måneder	0,833*** [0,816-0,849]	0,743** [0,679-0,806]	0,090 [p-værdi=0,000]	376	57

Anm.: Data er indsamlet i et cluster-randomiseret design. Derfor er antallet af patienter i interventionsgruppen større end i kontrolgruppen.

Note: **Fed** skrift markerer statistisk signifikant forskel mellem interventions- og kontrolgruppe med *p*-værdi under 0,05.

Stjerner er benyttet for at se på forskellen mellem opfølgningstidspunkterne: *** Signifikant forskellig fra baseline med *p*-værdi under 0,001. ** Signifikant forskellig fra baseline med *p*-værdi under 0,05. * Signifikant forskellig fra baseline med *p*-værdi under 0,01. *P*-værdier er beregnet udelukkende for personer, som både har besvaret ved baseline og opfølgning.

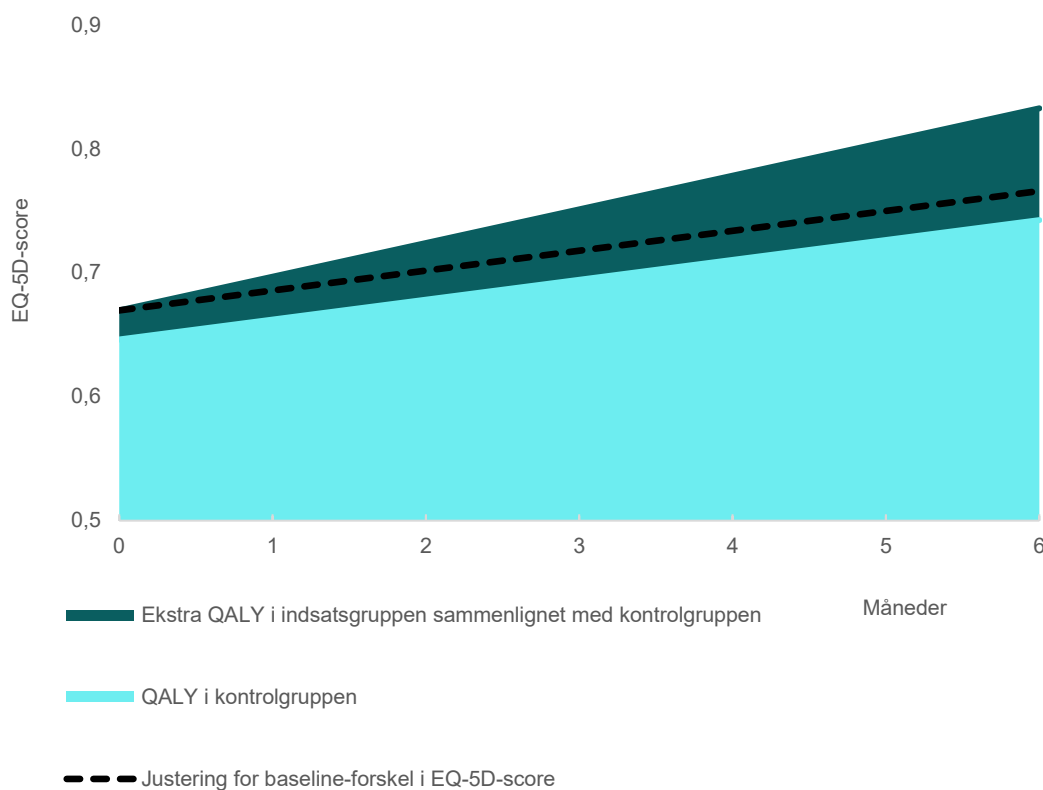
Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Region Hovedstaden og Wittrup-Jensen et al. (2009).

Ved baseline (inklusion) er der ikke statistisk signifikant forskel i den gennemsnitlige helbredsrelaterede livskvalitet (EQ-5D-score) mellem interventions- og kontrolgruppen, jf. Tabel 4.15. Den gennemsnitlige score er dog lidt højere i interventionsgruppen. Fra baseline til 6-måneders followup stiger den helbredsrelaterede livskvalitet (EQ-5D-scoren) i både interventions- og kontrolgruppen, men mest i interventionsgruppen, og ved 6-måneders followup er der en statistisk signifikant forskel på 0,09 i den gennemsnitlige score. Interventionsgruppen opnår således en højere gennemsnitlig helbredsrelateret livskvalitet end kontrolgruppen inden for en opfølgningsperiode på seks måneder.

Gennemsnitlig QALY i interventions- og kontrolgruppen beregnes på grundlag af EQ-5D-scores og samtidig inddragelse af tidsdimensionen som illustreret i figur 4.9. Det mørkegrønne areal i figuren over den stiplede linje er udtryk for den estimerede QALY-gevinst ved Collaborative Care opgjort efter 6 måneder justeret for forskel i helbredsrelateret livskvalitet ved baseline.

¹⁶ Det bemærkes endvidere, at antallet af personer i kontrolgruppen (78 patienter ved baseline) er væsentligt lavere end i interventionsgruppen (578 patienter ved baseline). Dette skal tages med i betragtning, når interventions- og kontrolgruppe sammenlignes, da der givetvis vil være større varians i kontrolgruppens besvarelser.

Figur 4.9 Illustration af QALY-gevinst for interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen ved 6-måneders followup



Anm.: QALY-estimatet for kontrolgruppen er det lyseblå areal. QALY-estimatet for interventionsgruppen er summen af det lyseblå og det mørkegrønne areal. Den stiplede linje viser, hvor kontrolgruppen er placeret, når der justeres for forskelle i helbredsrelateret livskvalitet ved baseline.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Region Hovedstaden og Wittrup-Jensen et al. (2009)

Tabel 4.16 viser QALY-estimerne for interventions- og kontrolgruppen. Den estimerede gennemsnitlige QALY-gevinst ved Collaborative Care opgjort efter 6 måneder er 0,025 pr. person, når kun komplette besvarelser medregnes, dvs. at opgørelsen alene omfatter personer, der har svaret på EQ-5D ved både baseline og 6-måneders followup (n = 433).

Det kan potentielt give en skævvridning af tallene, hvis det er bestemte typer personer, som ikke har besvaret spørgeskemaet ved 6-måneders opfølgning og derfor er udeladt. For at tjekke robustheden af ovenstående QALY-estimat har vi inkluderet alle personer ved at erstatte manglende besvarelser med det gennemsnitlige svar for personer med samme alder, køn og gruppe (intervention- eller kontrolgruppe). Det fremgår af tabellen, at resultaterne ikke ændres væsentligt. Forskellen – dvs. den estimerede QALY-gevinst ved Collaborative Care – er en smule større end tidligere (0,032) og fortsat statistisk signifikant. Konfidensintervallerne er smallere, og p-værdien er lavere, hvilket skyldes, at missing-observationer er sat lig gennemsnittet, og variationen derved er mindsket.

Tabel 4.16 Gennemsnitlig QALY i indsatsgruppe og randomiseret kontrolgruppe i Region Hovedstaden ved 6-måneders followup justeret for forskelle i helbredsrelateret livskvalitet (EQ-5D-score) ved baseline

	QALY [CI]: Intervention	QALY [CI]: Kontrol	Forskel ml. intervention og kontrol	N, intervention	N, kontrol
<i>Kun komplette besvarelser (missing=missing)</i>					
Justeret QALY# 6 måneder	0,377 [0,371-0,384]	0,352 [0,333-0,370]	0,025 [p-værdi=0,006]	376	57
<i>Inklusive ikke-komplette besvarelser (missing=gennemsnit)</i>					
Justeret QALY# 6 måneder	0,376 [0,371-0,381]	0,344 [0,329-0,359]	0,032 [p-værdi=0,000]	578	78

Anm.: Komplette besvarelser kræver, at personen har besvaret EQ-5D både ved baseline og opfølgningstidspunktet. Ikke-komplette besvarelser henfører til, at manglende besvarelser er erstattet af den gennemsnitlige værdi for den pågældende gruppe på det pågældende tidspunkt.

Note: **Fed** skrift markerer statistisk signifikant forskel mellem kontrol og interventionsgruppe med *p-værdi* under 0,05.

#Justeret for baseline forskelle.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Region Hovedstaden og Wittrup-Jensen et al. (2009)

Der er gennemført foreløbige beregninger af forskelle i helbredsrelateret livskvalitet og QALYs efter 15 måneder, men resultaterne er ikke præsenteret i denne rapport grundet meget få observationer i kontrolgruppen og derfor stor usikkerhed. Beregningerne indikerer, at forskellen i helbredsrelateret livskvalitet mellem interventions- og kontrolgruppen mindskes over perioden. Det vil sige, at interventionsgruppen hurtigere opnår en højere livskvalitet, men at kontrolgruppen haler ind på interventionsgruppen over de 15 måneder. Det kræver dog et bedre datagrundlag, før der kan drages konklusioner herom.

QALYs er beregnet for at belyse sundhedsgevinster af Collaborative Care-indsatsen, hvilket følger internationale standarder for sundhedsøkonomiske analyser. I enhver QALY-analyse skal konklusionerne tages med nogle forbehold. En QALY medtager ikke alle aspekter af livskvalitet. Fokus er på den helbredsrelaterede livskvalitet, men en QALY kan ikke tage højde for alle dimensioner af potentielle sundhedsgevinster. Derudover antages nogle præferencer for, hvilke dimensioner af sundhed patienterne vægter højest. I denne analyse er præferencerne estimeret ud fra data for den generelle danske befolkning.

Der har været fremført, at QALYs ikke er velegnede til at måle effekter af sundhedsindsatser rettet mod fx depression og angst, fordi spørgeskemaer som EQ-5D, der ligger til grund for beregningen af QALYs, ikke i tilstrækkeligt omfang opfanger ændringer i mentalt helbred (21). Sundhedsøkonomiske evalueringer baseret på QALYs bør derfor suppleres af analyser af ændringer i sygdomsspecifikke effektmål.

4.5 ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio)

Den gennemsnitlige sundhedsgevinst ved Collaborative Care i Region Hovedstaden er opgjort til 0,025 QALYs pr. person efter 6 måneder, jf. tabel 4.16. For samme periode er meromkostningerne ved Collaborative Care opgjort til 10.852 kr. pr. patient, jf. tabel 4.14. Det vil sige, at Collaborative Care koster 434.080 (10.852/0,025) kr. pr. vunden QALY opgjort efter 6 måneder.

De 434.080 kr. pr. vunden QALY kaldes ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio). Der er usikkerhed forbundet med beregningen af ICER som følge af usikkerhed i beregningen af meromkostninger og vundne QALYs ved Collaborative Care. Usikkerheden kan illustreres ved stokastisk følsomhedsanalyse, men det har ikke været muligt inden for rammerne af denne undersøgelse.

I Danmark har vi ikke fastsat en tærskelværdi for, hvornår en sundhedsgevinst betragtes som omkostningseffektiv. Det har man derimod i fx England, hvor indsatser, der koster mere end 200-300.000 kr. pr. vundet kvalitetsjusteret leveår (QALY), normalt ikke betragtes som omkostningseffektive (8).

På denne baggrund vurderes den afprøvede model for Collaborative Care i Region Hovedstaden ikke at være omkostningseffektiv inden for en tidshorisont på 6 måneder. Det udelukker ikke, at Collaborative Care kan være en omkostningseffektiv indsats på længere sigt.

4.6 Konklusion

Ifølge både analysen med statistisk konstrueret kontrolgruppe og analysen med randomiseret kontrolgruppe opnås *ikke* besparelser set i et offentligt udgiftsperspektiv ved at tilbyde Collaborative Care i stedet for standardbehandling *inden for en tidshorisont på 9 måneder*. Det kan ikke udelukkes, at der kan opnås besparelser på længere sigt, hvis Collaborative Care mindsker behandlingsbehov og sikrer en bedre tilknytning til arbejdsmarkedet.

Den estimerede meromkostning ved Collaborative Care i Region Hovedstaden er mellem ca. 6.600 og 10.900 kr. pr. patient set over opfølgingsperioden på 9 måneder. Det dækker over interventionsomkostninger på ca. 14.500 kr. og afledte besparelser på forbrug af sundhedsydelser og eventuel overførselsindkomst. Hvis disse besparelser fastholdes eller øges i efterfølgende år, vil interventionsomkostningerne tjene sig ind på længere sigt.

Hvorvidt Collaborative Care er en omkostningseffektiv intervention sammenlignet med standardbehandling, afhænger af de sundhedsmæssige gevinster. Hvis sundhedsgevinsterne er tilstrækkeligt store i forhold til meromkostningerne, vil Collaborative Care være omkostningseffektiv uafhængigt af, om og i givet fald hvornår interventionsomkostninger tjener sig ind.

Analysen med randomiseret kontrolgruppe viser, at Collaborative Care koster 434.080 kr. pr. vundet kvalitetsjusteret leveår (QALY) opgjort efter 6 måneder. På denne baggrund vurderes den afprøvede model for Collaborative Care i Region Hovedstaden ikke at være omkostningseffektiv med en tidshorisont på 6 måneder, men det udelukker ikke, at Collaborative Care kan være en omkostningseffektiv indsats på længere sigt.

Opgørelsen er forbundet med usikkerhed, og på nogle punkter giver analysen med statistisk konstrueret kontrolgruppe og analysen med randomiseret kontrolgruppe modstridende resultater. Analysen med statistisk konstrueret kontrolgruppe viser fx et statistisk signifikant øget forbrug af sygesikringsdækkede ydelser i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen trukket af et øget forbrug af almen praksis. Omvendt viser analysen med randomiseret kontrolgruppe et statistisk signifikant lavere forbrug af sygesikringsdækkede ydelser i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen trukket af lavere forbrug af psykolog. De to analyser har hver deres svagheder. I analysen med statistisk konstrueret kontrolgruppe er der risiko for, at interventions- og kontrolgruppen er forskellige på andre parametre end, hvorvidt de har modtaget Collaborative Care eller ej, og at disse forskelle kan afspejle sig i vores udfaldsvariable. Omvendt er den randomiserede kontrolgruppe lille, hvilket reducerer den statistiske styrke og muligheden for at påvise statistisk signifikante

forskelle mellem interventions- og kontrolgruppe. Samtidig er der i analysen med randomiseret kontrolgruppe risiko for, at randomiseringen er gået galt, og at interventions- og kontrolgruppen er forskellige på andre parametre end, hvorvidt de har modtaget Collaborative Care eller ej.

Følsomhedsanalyser indikerer, at den statistisk konstruerede kontrolgruppe muligvis kan være mindre kompleks end gennemsnittet i interventionsgruppen, og at analysen kan undervurdere effekter af Collaborative Care i form af reduceret forbrug af den regionale psykiatri.

Der er således behov for yderligere analyser af omkostningseffektiviteten af Collaborative Care med en større randomiseret kontrolgruppe og længere opfølgingsperiode.

5 Resultater for Region Sjælland

Sammenfatning

Den sundhedsøkonomiske analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe for Region Sjælland viser, at Collaborative Care er forbundet med meromkostninger sammenlignet med standardbehandling inden for en tidshorisont på 9 måneder efter første konsultation i Collaborative Care-forløbet. De samlede gennemsnitlige meromkostninger er opgjort til ca. 9.900 kr. pr. patient set i et offentligt udgiftsperspektiv for hele perioden (0-9 måneder).

Det dækker over interventionsomkostninger forbundet med tidsforbrug for Care Managere mv. tilknyttet projektet på ca. 15.600 kr. pr. patient og afledte besparelser på forbrug af sundhedsydelser eller overførselsindkomster inden for opfølgingsperioden på 9 måneder. Disse besparelser er dog ikke statistisk signifikante.

Opgørelsen er forbundet med usikkerhed. Der er risiko for, at interventions- og kontrolgruppen er forskellige på andre parametre end, hvorvidt de har modtaget Collaborative Care eller ej, og at disse forskelle kan afspejle sig i vores udfaldsvariable. Følsomhedsanalyser indikerer, at den statistisk konstruerede kontrolgruppe muligvis kan være mindre kompleks end gennemsnittet i interventionsgruppen, og at analysen kan undervurdere effekter af Collaborative Care i form af reduceret forbrug af sygesikringsydelser.

Der er behov for yderligere analyser af omkostningseffektiviteten af Collaborative Care med en længere opfølgingsperiode.

5.1 Model for Collaborative Care

I Region Sjælland kaldes den afprøvede Collaborative Care-model for Shared Care (1). Modellen er afprøvet uden kontrolgruppe. Alle deltagende alment praktiserende læger forpligtede sig til at diagnosticere patienter med angst og depression, udarbejde en behandlingsplan og koordinere behandlingsindsatsen med Care Manageren (ibid.). I modsætning til modellerne i de andre regioner var behandlingen i Region Sjælland organiseret således, at både Care Manageren og den praktiserende læge skulle behandle patienterne med kognitiv adfærdsterapi, idet Care Managerne og de praktiserende læger delte patienterne imellem sig (ibid.). Efter en vurderende samtale hos Care Manageren fik inkluderede patienter tilbudt enten 10 sessioner med kognitiv adfærdsterapi hos en Care Manager eller otte sessioner med samtaleterapi hos deres praktiserende læge (ibid.). Syv af de otte samtaler med praktiserende læge blev honoreret via landsoverenskomsten mellem PLO og Regionernes Lønnings- og Takstnævn, og den sidste samtale var en samtaleydelse, som Region Sjælland havde tilføjet (ibid.). Honorering af praktiserende læger for samtaler med patienter er således registreret i Sygesikringsregisteret og indgår i den registerbaserede opgørelse, jf. afsnit 5.3. Ud over Care Managerne og alment praktiserende læger var der også tilknyttet psykiater/psykolog til projektet (ibid.).

5.2 Opgørelse af interventionsomkostninger

Der var i alt syv Care Managerne tilknyttet projektet i Region Sjælland med en gennemsnitlig case load på 11 patienter i november 2016, jf. tabel 5.1. Ifølge tidsregistrering brugte de syv Care Managere i alt 887 timer på opgaver relateret til projektet i november 2016. Herudover har de registreret 60 timer på opgaver, som ikke var relateret til projektet, og 202 timer som overhead (frokost, sygdom og ferie mv.).

Tabel 5.1 Case load og tidsforbrug for Care Managere i Region Sjælland opgjort i november 2016

	I alt	Pr. Care Manager	Pr. patient (case load)
Antal Care Managere (hoveder)	7	-	-
Case load: Antal patienter i behandling hos Care Managere, gennemsnit over måneden	78	11	-
Antal vurderende samtaler med patienter	16	2	-
Antal konsultationer med patienter	216	31	3
<i>Tidsforbrug for Care Manager</i>			
Tidsforbrug relateret til projektet	887	127	11,3
Vurderende samtaler med patienter i projektet	27	4	0,4
Konsultationer med inkluderede patienter	191	27	2,4
Forberedelse og opfølgning på vurderende samtaler og konsultationer	118	17	1,5
Spildtid ved udeblevne patienter eller andre forhold	32	5	0,4
Møder med praktiserende læge	37	5	0,5
Transport mellem arbejdssteder	44	6	0,6
Supervision	28	4	0,4
Administrative opgaver	120	17	1,5
Andre opgaver relateret til projektet	291	42	3,7
Tidsforbrug til opgaver, som ikke er relateret til projektet	60	9	0,8
Overhead	202	29	2,6
Frokost	68	10	0,9
Ferie/fri/kurser	82	12	1,1
Syg	45	6	0,6
Barn syg	7	1	0,1
Tidsforbrug i alt	1.149	164	15

Kilde: Egne beregninger baseret på oplysninger fra regionen om antal Care Managere og registreringer foretaget af Care Managere i november 2016.

Interventionsomkostninger forbundet med tidsforbrug for Care Managere og psykolog/psykiater tilknyttet projektet, som ikke fremgår af de nationale registre, er beregnet til ca. 15.600 kr. pr. patient i Region Sjælland, jf. tabel 5.2. Honorering af alment praktiserende læger indgår i den registerbaserede opgørelse og er derfor ikke medregnet.

Tabel 5.2 Interventionsomkostninger i Region Sjælland (tidsforbrug for Care Manager og psykiater/psykolog, som ikke fremgår af Sygesikringsregisteret)

	I alt	Pr. inkluderet patient
Care Manager		
Tidsforbrug relateret til projektet plus andel af overhead i november 2016, timer	1.076	-
Fuld arbejdstid ved 37 timer om ugen (én person) i november 2016, timer	163	-
Care Manager-årsværk relateret til projektet baseret på tidsregistrering for november 2016	7	-
Anslået lønudgift til Care Manager på årsbasis, kr. (2018-priser)	2.941.814	12.413
Psykiater		
Psykiater-årsværk relateret til projektet i 2016*	0,5	-
Anslået lønudgift til psykiater på årsbasis, kr. (2018-priser)	451.236	1.904
Psykolog		
Psykolog-årsværk relateret til projektet i 2016*	0,33	-
Anslået lønudgift til psykolog på årsbasis, kr. (2018-priser)	297.816	1.257
Personale i alt ekskl. administrativt personale		
Anslået lønudgift relateret til projektet på årsbasis (2018-priser)	3.690.866	15.573
Andre oplysninger til brug for beregninger		
Antal inkluderede patienter i 2016**	237	-

Note: *) Baseret på oplysninger fra Region Sjælland for 2016.

**) Anslået ud fra oplysninger om antal inkluderede frem til og med november 2016.

Kilde: Egne beregninger baseret på tidsregistrering foretaget af Care Managere i november 2016.

5.3 Analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe

5.3.1 Population

Interventionsgruppen i den sundhedsøkonomiske undersøgelse for Region Sjælland omfatter 530 patienter, som har modtaget Collaborative Care¹⁷, jf. tabel 5.3.

De 530 patienter er matchet til 585 kontroller. Der er en rimelig balance på de fleste matchingparametre, men på nogle parametre er det ikke lykkedes at få en kontrolgruppe, der ligner interventionsgruppen tilpas meget. Ubalancerne vedrører særligt kønsfordelingen (andelen af kvinder er lavere i kontrolgruppen), andelen af unge patienter (andelen af patienter under 35 år er højere i kontrolgruppen), andelen af ugifte (andelen af ugifte er højere i kontrolgruppen) samt andelen af studerende, som er nærmest dobbelt så stor i kontrolgruppen som i interventionsgruppen. Kontrolgruppen er altså i gennemsnit yngre end interventionsgruppen og består af relativt flere mænd. Størstedelen af patienter i både interventions- og kontrolgruppen er dog kvinder (ca. 70 %), og langt de fleste patienter er under 45 år.

¹⁷ I datasættet modtaget fra Region Sjælland var der i alt 586 cases, hvoraf 56 er ekskluderet (8 dubletter, 12 pga. manglende startdato, 3, som er inkluderet før september 2014, og 32, som ikke kunne findes i registrene).

Tabel 5.3 Baseline-karakteristik og balance i analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe for Region Sjælland

		Kontrolgruppe		Interventionsgruppe		Std. forskel
		n	%	n	%	
		585	100	530	100	
Køn	Kvinde	387	66,15	394	74,34	0,19
	Mand	198	33,85	136	25,66	0,19
Alder (år)	14-24	149	25,47	91	17,17	0,22
	25-34	153	26,15	100	18,87	0,19
	35-44	119	20,34	125	23,58	0,08
	45-54	69	11,79	88	16,6	0,13
	55-64	52	8,89	63	11,89	0,09
	65+	43	7,35	63	11,89	0,14
Uddannelse	Kort ikke-kompetencegivende uddannelse (grundskole og adgangsgivende sekundær)	157	26,84	152	28,68	0,04
	Kort kompetencegivende uddannelse (erhvervsuddannelse og kort videregående uddannelse)	302	51,62	255	48,11	0,07
	Mellemlang og lang uddannelse (mellemlang og lang videregående uddannelse)	116	19,83	116	21,89	0,05
	Missing	10	1,71	7	1,32	0,03
Civilstand	Ugift, dvs. aldrig gift	321	54,87	230	43,4	0,23
	Gift	188	32,14	194	36,6	0,09
	Fraskilt eller enke/enkemand	76	12,99	106	20	0,18
Bopælsstatus	Single	168	28,72	176	33,21	0,10
	Samboende	319	54,53	291	54,91	0,01
	Andet	98	16,75	63	11,89	0,15
Beskæftigelse	Beskæftiget	294	50,26	272	51,32	0,02
	Arbejdsløs	78	13,33	73	13,77	0,01
	Studerende	123	21,03	58	10,94	0,32
	Pensionist	65	11,11	97	18,3	0,19
	Andet	25	4,27	30	5,66	0,06

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

5.3.2 Effekter på forbrug af sundhedsydelser

Tabel 5.4 viser forskellen mellem interventions- og kontrolgruppen i forhold til forbrug af sygesikringsdækkede ydelser. Der er betydeligt og statistisk signifikante reducerede omkostninger til psykologiydelser for interventionsgruppen i hele perioden (0-9 måneder), på kort sigt (0-3 måneder) og på mellemlangt sigt (4-9 måneder). Til gengæld ses der forhøjede omkostninger til øvrige sygesikringsdækkede ydelser i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen i alle tre periodeafgrænsninger. Samlet set udligner forskellene sig, så der ikke er nogen statistisk signifikante forskelle på omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser på nær på mellemlangt sigt, hvor interventionsgruppen har lidt højere omkostninger end kontrolgruppen.

Tabel 5.4 Omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Sjælland, kr. pr. person over perioden

Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen			Gennemsnitlig forskel i interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver lavere/højere omkostninger i interventionsgruppen)		
	0-9	0-3	4-9	0-9	0-3	4-9
Almen praksis	1.003,5	683,5	319,9	+127,9 (+12,7%)*	+6,8	+121,1 (+37,9%)**
Psykolog	441,8	259,1	182,7	-392,0 (-88,7%***)	-244,5 (-94,4%***)	-147,5 (-80,7%***)
Psykiater	114,9	61,9	53,0	+2,2	-14,2	+16,4
Øvrige ydelser	363,3	174,5	188,7	+292,1 (+80,4%***)	+105,7 (+60,6%**)	+186,4 (+98,7%***)
Samlet sygesikring	1.926,0	1.179,9	746,1	+36,4	-142,3	+178,6 (+23,9%)*

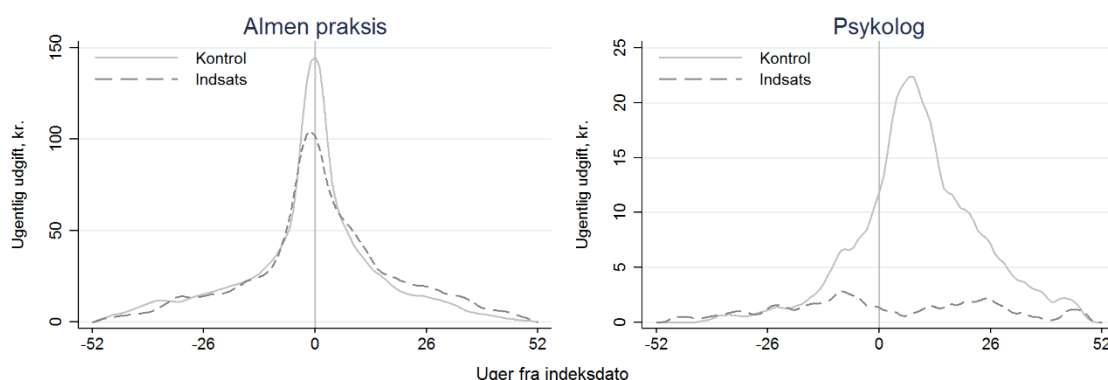
Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Note: Kategorien af øvrige ydelser dækker primært over tandlægeydelser, blodprøver og fysioterapi. Derudover ses også en del ydelser fra vagtlæge, kiropraktik samt ydelser fra privatpraktiserende speciallæger: ørelæge, dermatologi, gynækologi, øjenlæge, reumatologi, intern medicin samt kirurgi.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Figur 5.1 viser udviklingen i forbruget af sygesikringsdækkede ydelser til almen praksis og psykolog over tid i interventions- og kontrolgruppen. Forbruget af ydelser fra almen praksis ligger lidt lavere i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen omkring inklusionstidspunktet, men er ellers på niveau i de to grupper. Forbruget af psykologydelser er markant lavere i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen, hvor der ses en stor stigning i omkostningerne omkring inklusion.

Figur 5.1 Omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser fra almen praksis og psykolog i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Sjælland, kr. pr. person pr. uge



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Tabel 5.5 viser forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen i forhold til omkostninger til sygehusbehandling. Der ses signifikant reducerede omkostninger til ambulant psykiatrisk behandling på kort sigt og for den samlede opfølgingsperiode. Der ses samtidig signifikant højere omkostninger til ambulant somatisk behandling for den samlede opfølgingsperiode. Samlet set er omkostningerne til sygehusbehandling lavere i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen, men forskellen er ikke statistisk signifikant.

Tabel 5.5 Omkostninger til sygehusbehandling i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Sjælland, kr. pr. person over perioden

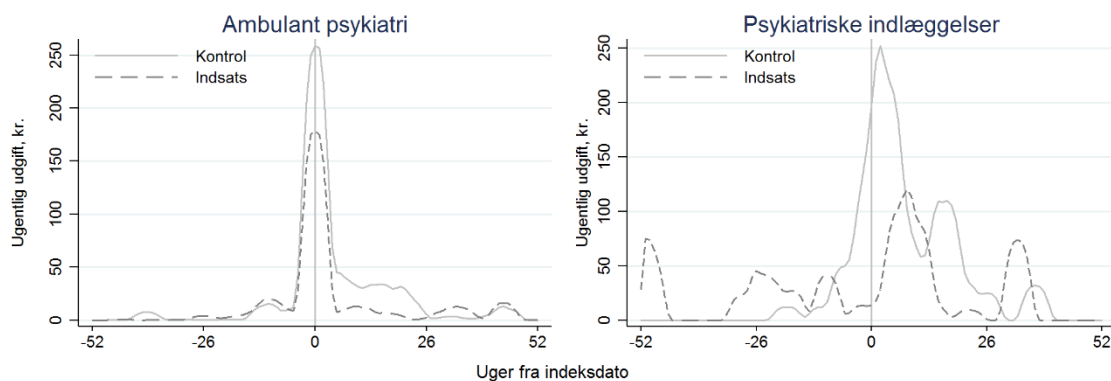
Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen			Gennemsnitlig forskel i interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver lavere/højere omkostninger i interventionsgruppen)		
	0-9	0-3	4-9	0-9	0-3	4-9
Ambulant, soma.	1.573,5	902,6	670,9	+787,0 (+50,0%)*	+486,0	+301,0
Indlæggelse, soma.	2.337,3	506,8	1.830,5	-407,8	+336,0	-743,8
Ambulant, psyk.	970,5	619,9	350,6	-551,0 (-56,8%)**	-369,2 (-59,6%)*	-181,8
Indlæggelse, psyk.	3.102,3	2.107,6	994,6	-1.490,1	-1.057,6	-432,5
Samlet sygehus	7.983,2	4.136,9	3846,3	-1.660,9	-604,6	-1.056,3

Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Figur 5.2 viser udviklingen i omkostninger til psykiatrisk sygehusbehandling over tid i interventions- og kontrolgruppen. I både interventions- og kontrolgruppen ses en stigning i omkostningerne til ambulante psykiatriske kontakter omkring inklusionstidspunktet, men mest udtalt for kontrolgruppen. Tilsvarende ses en stigning i omkostninger til psykiatriske indlæggelser i begge grupper op til/kort efter inklusion – igen mest udtalt for kontrolgruppen.

Figur 5.2 Omkostninger til psykiatrisk sygehusbehandling i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Sjælland, kr. pr. person pr. uge



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

5.3.3 Effekter på sygefravær og tilknytning til arbejdsmarkedet

Tabel 5.6

Tabel 5.6 Forbrug af overførselsindkomster i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Sjælland, uger på overførselsindkomst pr. person i perioden

viser forskelle i forbrug af overførsler mellem interventions- og kontrolgruppen. Det gennemsnitlige antal uger på sygedagpenge og dagpenge er lavere i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen, men forskellene er ikke statistisk signifikante.

Tabel 5.6 Forbrug af overførselsindkomster i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Sjælland, uger på overførselsindkomst pr. person i perioden

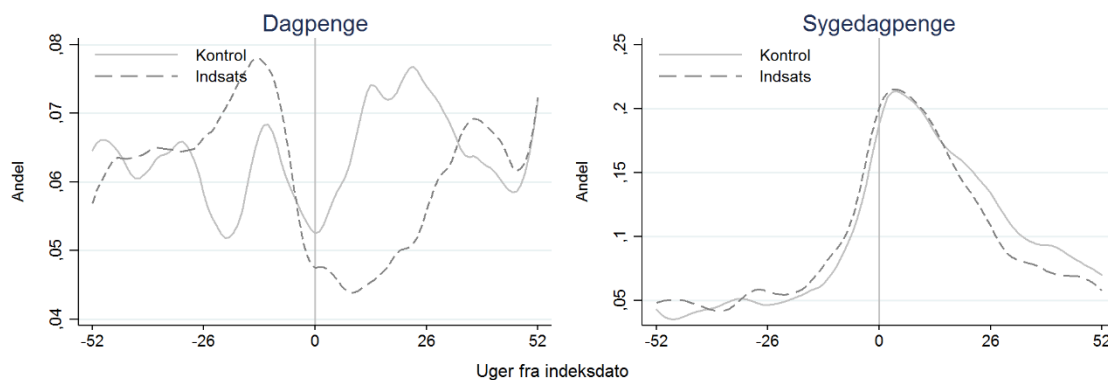
Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen			Gennemsnitlig forskel i interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver lavere/højere omkostninger i interventionsgruppen)		
	0-9	0-3	4-9	0-9	0-3	4-9
Uger på dagpenge	2,6	0,8	1,8	-0,6	-0,2	-0,4
Uger på sygedagpenge	6,0	2,6	3,4	-0,4	+0,1	-0,4
Uger på kontanthjælp	2,0	0,6	1,4	+0,9	+0,3	+0,7
Uger på førtidspension	1,4	0,5	1,0	+0,6	+0,2	+0,4

Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Figur 5.3 viser udviklingen i andelen af dagpenge- og sygedagpengemodtagere over tid i interventions- og kontrolgruppen. Der ses et fald i andelen af dagpengemodtagere i interventionsgruppen efter inklusionstidspunktet, men der er tale om små tal. Andelen af sygedagpengemodtagere udvikler sig stort set ens i de to grupper over tid – dog med en lille stigning i kontrolgruppen sammenlignet med interventionsgruppen ca. et halvt år efter inklusion.

Figur 5.3 Andel i interventions- og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Sjælland, som modtager dagpenge og sygedagpenge



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

5.3.4 Forbrug af lægemidler

Tabel 5.7 viser forskelle i omkostninger til receptpligtige lægemidler i interventions- og kontrolgruppen (patienternes egenbetaling indgår ikke, jf. afsnit 2.2). Der ses ingen forskel i forbruget af N06AB/X. I de samlede omkostninger til lægemidler ses statistisk signifikant højere omkostninger i interventionsgruppen på både kort og mellemlangt sigt samt for hele opfølgingsperioden. Denne merudgift er drevet af lægemidler uden for N-gruppen. Det kan være et udtryk for, at Collaborative Care sætter gang i en øget bevidsthed omkring eget helbred og fremmer egenomsorgen i interventionsgruppen, men det kan også være et udtryk for, at interventionsgruppen generelt har et større

forbrug af øvrige lægemidler, og at det i matchingen ikke er lykkedes at finde kontrolpatienter med samme behov for farmakologisk behandling.

Tabel 5.7 Omkostninger til receptpligtige lægemidler i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Sjælland, kr. pr. person i perioden

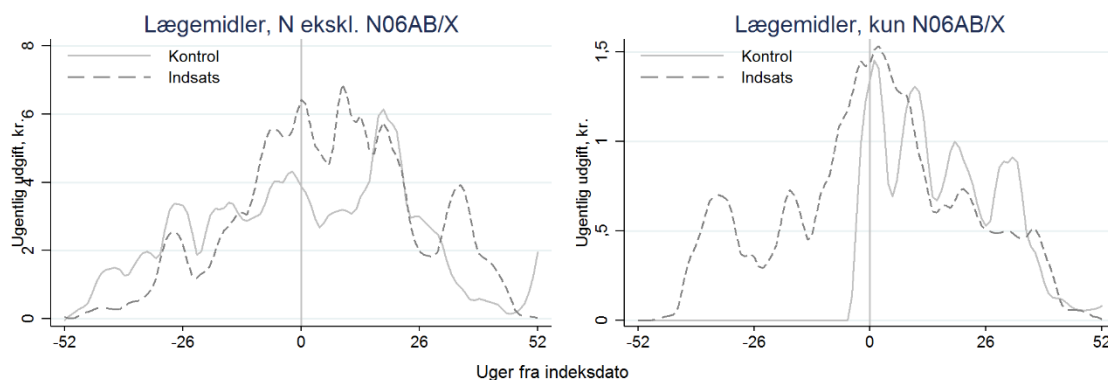
Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen			Gennemsnitlig forskel i interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver lavere/højere omkostninger i interventionsgruppen)		
	0-9	0-3	4-9	0-9	0-3	4-9
N06AB/X	30,5	12,6	17,9	+0,3	+3,6	-3,3
Alle N*, ekskl. N06AB/X	117,3	38,5	78,8	+52,0	+38,8	+13,2
Samlet lægemidler	353,2	145,4	207,8	+220,0 (+62,3%)*	+124,8 (+85,8%)**	+95,2

Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001. Patienternes egenbetaling indgår ikke, jf. afsnit 2.2.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Figur 5.4 viser udviklingen i forbruget af lægemidler i N-gruppen over tid i interventions- og kontrolgruppen. Der ses ingen markante forskelle mellem de to grupper, men en tendens til et stigende forbrug, som topper omkring inklusionstidspunktet og aftager omkring 6 måneder efter inklusionstidspunktet.

Figur 5.4 Omkostninger til receptpligtige lægemidler i N-gruppen i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Sjælland, kr. pr. person pr. uge



Anm.: Patienternes egenbetaling indgår ikke, jf. afsnit 2.2.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

5.3.5 Subgruppeanalyser

Der er foretaget en subgruppeanalyse for patienter uden en kompetencegivende uddannelse (faguddannelse eller videregående uddannelse). Denne analyse kan indikere, om der er særlige effekter af Collaborative Care relateret til patientens uddannelsesniveau. Reduktionen i omkostninger til psykiatriske indlæggelser i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen er signifikant reduceret på kort sigt for gruppen af patienter uden kompetencegivende uddannelse. Der ses også et reduceret forbrug af dagpenge i hele opfølgingsperioden (0-9 måneder). Det kan være et udtryk

for en hyppigere overgang til andre overførselsindkomster i denne gruppe. Antallet af uger på kon-tanthjælp i den samlede opfølgingsperiode er kraftigt forhøjet for denne gruppe, men stigningen er ikke statistisk signifikant.

Vi har for de øvrige regioner foretaget en subgruppeanalyse for den del af interventionsgruppen, som gennemfører Collaborative Care-forløbet (ikke afbryder forløbet før tid). Denne analyse kan ikke laves for Region Sjælland, da oplysninger om afslutning af Collaborative Care-forløb før tid ikke er tilgængelige for Region Sjælland.

5.3.6 Følsomhedsanalyser

Vi foretager følsomhedsanalyser for at vurdere betydningen af eventuelle bias. Ved at gentage ana-lyserne udelukkende for de personer i interventionsgruppen, som har indløst recept på N06AB/X i perioden på et år op til og efter inklusion, får vi et billede af, hvor meget resultaterne påvirkes af dette kriterium for inklusion af kontroller. Denne følsomhedsanalyse viser overordnet ikke nogen substantielle afvigelser i resultaterne. Den forhøjede udgift til almen praksis i interventionsgruppen bliver lidt større og signifikant, og det samme gælder for omkostninger til ambulans somatisk be-handling. Det ændrer dog hverken på de samlede omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser eller sygehusbehandling.

Vi kan undersøge betydningen af det andet kriterium for inklusion i kontrolgruppen (psykometrisk test) ved at gentage analysen udelukkende for de personer i interventionsgruppen, der har fået foretaget en psykometrisk test i almen praksis i året op til inklusion. Ved denne supplerende analyse forstærkes reduktionen i omkostninger til psykologiydelser i interventionsgruppen, samtidig med at der ses lavere omkostninger til almen praksis i interventionsgruppen sammenlignet med kontrol-gruppen (estimatet skifter fortegn uden at være statistisk signifikant). Samlet set betyder dette, at interventionsgruppen har statistisk signifikant lavere omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser end kontrolgruppen. Reduktionen er på 352 kroner svarende til -18 % af kontrolgruppens omkost-ninger på 1.952 kr. Subgruppen af patienter, som har modtaget Collaborative Care og fået foretaget en psykometrisk test, har således et lavere gennemsnitligt forbrug af sygesikringsydelse efter in-klusion end den samlede interventionsgruppe. Hvis det samme gælder for den statistisk konstrue-rede kontrolgruppe, som netop kun indeholder personer, der har fået foretaget psykometrisk test i almen praksis, kan denne gruppe eventuelt være mindre tung end gennemsnittet. Det betyder, at vi kan undervurdere effekter af Collaborative Care i forhold til at mindske forbruget af sygesikrings-dækkede ydelser.

De to ovennævnte supplerende analyser adresserer specifikt risikoen for en bias, som skabes, fordi puljen af mulige kontroller er defineret ud fra kriterierne om brug af antidepressiva og psykometrisk test. En supplerende analyse for personer i interventions- og kontrolgruppen under 50 år kan indi-kere, om der er særlige aldersmæssige effekter, eller om en eventuel forurening forekommer gen-nem utilsigtet inklusion af demenspatienter i kontrolgruppen. Der er ingen substantielle afvigelser i resultaterne for subgruppen af patienter under 50 år. Signifikante resultater har samme retning og størrelsesorden, og der forekommer ikke signifikante fund, som ikke ses i den primære analyse.

5.4 Konklusion

Den sundhedsøkonomiske analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe for Region Sjælland viser, at Collaborative Care er forbundet med meromkostninger sammenlignet med standardbe-handling inden for en tidshorisont på 9 måneder efter inklusion (første konsultation i Collaborative Care-forløb).

De samlede meromkostninger pr. patient er opgjort til ca. 9.900 kr. pr. person set i et offentligt udgiftsperspektiv for hele perioden (0-9 måneder), jf. tabel 5.8. Meromkostningerne øges med ca. 50 %, hvis kun statistisk signifikante forskelle i omkostninger i registeranalysen medregnes.

Tabel 5.8 Meromkostninger ved Collaborative Care sammenlignet med standardbehandling i analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe for Region Sjælland, kr. pr. patient over perioden (-/+ angiver lavere/højere omkostninger ved Collaborative Care)

	0-9 måneder	0-3 måneder
Omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser	36	-142
Omkostninger til sygehusbehandling	-1.661	-605
Omkostninger til sygedagpenge*	-1.698	425
Omkostninger til dagpenge*	-2.547	-849
Omkostninger til receptpligtige lægemidler	220	125
Interventionsomkostninger	15.573	15.573
I alt	9.923	14.527
I alt ekskl. forskelle i registeranalysen, som ikke er statistisk signifikante	15.793	15.698

Anm.: **Fed** skrift angiver statistisk signifikante forskelle i omkostninger mellem interventions- og kontrolgruppe i registeranalyse (p-værdi under 0,05).

Note: *) Skønsmæssigt beregnet ud fra maksimal dagpenge-/sygedagpengetakst.

Kilde: Egne beregninger baseret på opgørelsen af interventionsomkostninger og resultater fra registeranalysen.

Det vil sige, at man ifølge denne analyse *ikke* kan opnå besparelser set med et offentligt udgiftsperspektiv ved at tilbyde Collaborative Care i stedet for standardbehandling *inden for en tidshorisont på 9 måneder*. Det kan ikke udelukkes, at der kan opnås besparelser på længere sigt, hvis Collaborative Care mindsker behandlingsbehov og sikrer en bedre tilknytning til arbejdsmarkedet.

Hvorvidt Collaborative Care er en omkostningseffektiv intervention sammenlignet med standardbehandling, afhænger af de sundhedsmæssige gevinster. Hvis sundhedsgevinsterne er tilstrækkeligt store i forhold til meromkostningerne, vil Collaborative Care være omkostningseffektiv.

Opgørelsen er forbundet med usikkerhed. I analysen med statistisk konstrueret kontrolgruppe er der risiko for, at interventions- og kontrolgruppen er forskellige på andre parametre end, hvorvidt de har modtaget Collaborative Care eller ej, og at disse forskelle kan afspejle sig i vores udfaldsvariable. Følsomhedsanalyser indikerer, at den statistisk konstruerede kontrolgruppe muligvis kan være mindre kompleks end gennemsnittet i interventionsgruppen, og at analysen kan undervurdere effekter af Collaborative Care i form af reduceret forbrug af sygesikringsydelser.

Der er behov for yderligere analyser af omkostningseffektiviteten af Collaborative Care med en længere opfølgingsperiode.

6 Resultater for Region Midtjylland

Sammenfatning

Den sundhedsøkonomiske analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe for Region Midtjylland viser, at Collaborative Care er forbundet med meromkostninger sammenlignet med standardbehandling inden for en tidshorisont på 9 måneder efter første konsultation i Collaborative Care-forløbet. De samlede gennemsnitlige meromkostninger er opgjort til 10.750 kr. pr. patient set i et offentligt udgiftsperspektiv for hele perioden (0-9 måneder).

Ydelser leveret af Care Managere er registreret som ambulante kontakter i psykiatrien i Region Midtjylland og fremgår således af registrene. Tilsvarende gælder honorering af alment praktiserende læger. Det vurderes på denne baggrund, at der ikke er væsentlige interventionsomkostninger, der ikke allerede indgår i den registerbaserede opgørelse.

Opgørelsen er forbundet med usikkerhed. Der er risiko for, at interventions- og kontrolgruppen er forskellige på andre parametre end, hvorvidt de har modtaget Collaborative Care eller ej, og at disse forskelle kan afspejle sig i vores udfaldsvariable. Følsomhedsanalyser indikerer dog, at resultaterne er robuste over for ændrede kriterier for udvælgelse af den statistisk konstruerede kontrolgruppe.

Der er behov for yderligere analyser af omkostningseffektiviteten af Collaborative Care med en længere opfølgingsperiode.

6.1 Model for Collaborative Care

I Region Midtjylland blev Collaborative Care afprøvet med deltagelse af alment praktiserende læger i Aarhus, Viborg og Skive Kommuner (1). Modellen er afprøvet uden kontrolgruppe. Alle deltagende alment praktiserende læger forpligtede sig til at rekruttere patienter med angst og depression til projektet og deltage i fælleskonsultationer med Care Manager og patient samt informationsmøder (ibid.). Den alment praktiserende læge opsporede og udredte indledningsvist patienten (ibid.). Efter visitation i ambulatoriet startede et behandlingsforløb med en fælles konsultation mellem Care Manager, den alment praktiserende læge og patienten (ibid.). Herefter deltog patienten i seks gange psykoedukation i gruppe (ibid.). Psykoedukation i gruppe blev ledet af Care Manageren sammen med en psykolog (ibid.). Ud over de seks gange psykoedukation i gruppe fik patienten omkring seks samtaler a 30 minutter med Care Manageren ude i praksis, hvoraf første og sidste samtale var sammen med den praktiserende læge (ibid.). Ud over Care Managere, alment praktiserende læger og psykologer var der også tilknyttet psykiatere til projektet (ibid.).

Region Midtjylland oplyser, at alle ydelser leveret af Care Manager i forbindelse med projektet (opstart- og slutkonsultation, individuelle samtaler og gruppeforløb) er registreret i Landspatientregisteret som ambulante ydelser i psykiatrien, dvs. at de indgår i den registerbaserede opgørelse, jf. afsnit 6.3. Ydelser leveret af alment praktiserende læger i forbindelse med projektet (start- og slutkonsultation mv.) er registreret i Sygesikringsregisteret i overensstemmelse med den § 2-aftale, som er indgået.

6.2 Opgørelse af interventionsomkostninger

Ydelser leveret af Care Managere er som nævnt ovenfor registreret som ambulante kontakter i psykiatrien i Region Midtjylland og fremgår således af registrene. Tilsvarende gælder honorering af

alment praktiserende læger. Det vurderes på denne baggrund, at der ikke er væsentlige interventionsomkostninger, der ikke allerede indgår i den registerbaserede opgørelse, jf. afsnit 6.3.

6.3 Analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe

6.3.1 Population

Interventionsgruppen i den registerbaserede analyse for Region Midtjylland omfatter 340 patienter, som har modtaget Collaborative Care¹⁸, jf. tabel 6.1.

De 340 patienter er matchet til 555 kontroller. De standardiserede forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen for matchingkriterierne ligger overvejende på et acceptabelt niveau. Der er dog nogle variable, hvor en tilfredsstillende balance ikke er opnået, dvs. at det i nogle tilfælde er svært at identificere passende kontroller til interventionsgruppen i regionen. Det gælder særligt i forhold til uddannelse og beskæftigelse, hvor en større andel af kontrolgruppen har en mellemlang eller lang videregående uddannelse og er i beskæftigelse, jf. tabel 6.1. Herudover ses det, at 69 og 75 % af patienterne i henholdsvis interventions- og kontrolgruppen er kvinder. Mere end tre fjerdedele er i begge grupper under 45 år, og dermed er gruppen af patienter i Region Midtjylland i gennemsnit yngre end i andre regioner.

Tabel 6.1 Baseline-karakteristik og balance i analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe for Region Midtjylland

		Kontrolgruppe		Interventionsgruppe		Std.forskel
		n	%	n	%	
		555	100	340	100	
Køn	Kvinde	418	75,32	236	69,41	0,13
	Mand	137	24,68	104	30,59	0,13
Alder (år)	14-24	148	26,67	107	31,47	0,10
	25-34	194	34,95	104	30,59	0,09
	35-44	115	20,72	50	14,71	0,17
	45-54	55	9,91	40	11,76	0,06
	55-64	28	5,05	22	6,47	0,06
	65+	15	2,7	17	5	0,11
Uddannelse	Kort ikke-kompetencegivende uddannelse (grundskole og adgangsgivende sekundær)					0,10
	Kort kompetencegivende uddannelse (erhvervsuddannelse og kort videregående uddannelse)	234	42,16	174	51,18	0,18
	Mellemlang og lang uddannelse (mellemlang og lang videregående uddannelse)	220	39,64	84	24,71	0,35
	Missing					0,12
Civilstand	Ugift, dvs. aldrig gift	385	69,37	215	63,24	0,13
	Gift	111	20	91	26,76	0,15
	Fraskilt eller enke/enkemand	59	10,63	34	10	0,02
	Single	174	31,35	101	29,71	0,04

¹⁸ I datasættet modtaget fra Region Midtjylland var der i alt 356 cases, hvoraf 16 er ekskluderet (4 dubletter og 12, som ikke kunne findes i registrene).

		Kontrolgruppe		Interventionsgruppe		Std.forsk. fel
		n	%	n	%	
Bopælsstatus	Samboende	244	43,96	167	49,12	0,10
	Andet	137	24,68	72	21,18	0,09
Beskæftigelse	Beskæftiget	285	51,35	143	42,06	0,19
	Arbejdsløs	53	9,55	42	12,35	0,09
	Studerende	171	30,81	111	32,65	0,04
	Pensionist	24	4,32	30	8,82	0,16
	Andet	22	3,96	14	4,12	0,01

Anm.: Enkelte celler af tomme af diskretionshensyn på grund af for få observationer.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

6.3.2 Effekter på forbrug af sundhedsydelser

Tabel 6.2 viser de estimerede forskelle i omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser mellem interventions- og kontrolgruppen i Region Midtjylland. Interventionsgruppen har statistisk signifikant højere omkostninger til almen praksis sammenlignet med kontrolgruppen på både kort sigt (0-3 måneder), mellemlangt sigt (4-9 måneder) og set over hele perioden (0-9 måneder). Der ses samtidig statistisk signifikant lavere omkostninger til psykologiydelser i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen på kort sigt (0-3 måneder) og for den samlede opfølgingsperiode (0-9 måneder). Samme mønster gør sig gældende for omkostningerne til ydelser fra privatpraktiserende psykiatere, hvor interventionsgruppen har statistisk signifikant lavere omkostninger end kontrolgruppen i alle tre sammenligningsperioder. For sygesikringsdækkede ydelser samlet set har interventionsgruppen statistisk signifikant lavere omkostninger på kort sigt (0-3 måneder) og statistisk signifikant højere omkostninger på mellemlangt sigt (4-9 måneder) sammenlignet med kontrolgruppen. For hele opfølgingsperioden er der ikke signifikant forskel mellem interventions- og kontrolgruppen.

Tabel 6.2 Omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Midtjylland, kr. pr. person over perioden

Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen			Gennemsnitlig forskel i interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver lavere/højere omkostninger i interventionsgruppen)		
	0-9	0-3	4-9	0-9	0-3	4-9
Almen praksis	760,2	525,5	234,7	+742,4 (+97,7%)***	+172,4 (+32,8%)*	+570,0 (+242,8%)***
Psykolog	337,1	214,7	122,4	-218,2 (-64,7%)***	-192,2 (-89,6%)***	-26,0
Psykiater	642,9	427,5	215,4	-582,1 (-90,5%)***	-399,8 (-93,5%)***	-182,3 (-84,7%)***
Øvrige ydelser	465,6	220,3	245,4	+95,1	-0,8	+95,9
Samlet sygesikring	2.210,8	1.390,2	820,6	+38,1	-419,7 (-30,2%)***	+457,9 (+55,8%)***

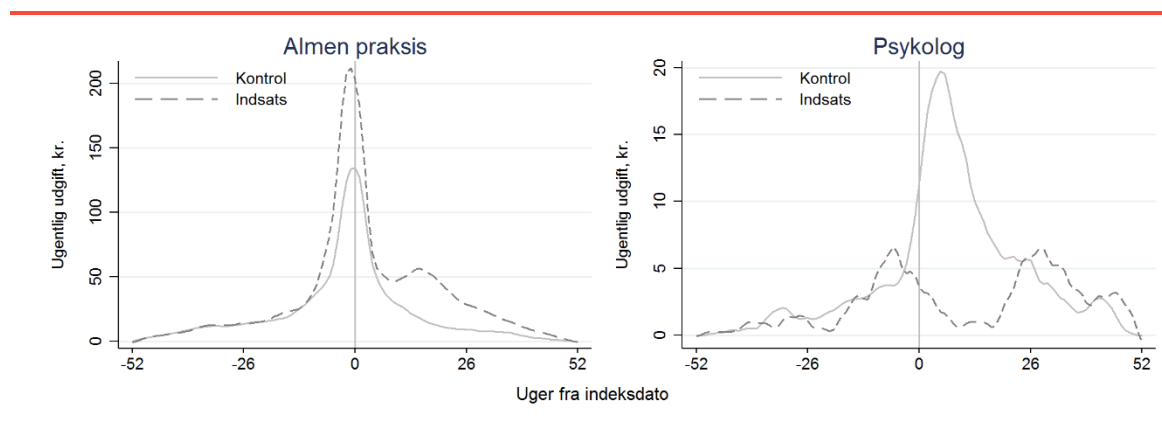
Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Note: Kategorien af øvrige ydelser dækker primært over tandlægeydelser, blodprøver og fysioterapi. Derudover ses også en del ydelser fra vagtlæge, kiropraktik samt ydelser fra privatpraktiserende speciallæger: ørelæge, dermatologi, gynækologi, øjenlæge, reumatologi, intern medicin samt kirurgi.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Figur 6.1 viser udviklingen i sygesikringsdækkede omkostninger til almen praksis og psykolog i interventions- og kontrolgruppen over tid. Der ses forhøjede omkostninger til almen praksis i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen, både omkring inklusion og i den efterfølgende periode. Omvendt ses der et markant lavere omkostninger til psykologydelse i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen efter inklusion.

Figur 6.1 Omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser fra almen praksis og psykolog i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Midtjylland, kr. pr. person pr. uge



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Tabel 6.3 viser forskellen i omkostninger til sygehusbehandling mellem interventions- og kontrolgruppen i Region Midtjylland. Der ses en signifikant og meget betydelig merudgift til ambulante psykiatri i interventionsgruppen. Dette smitter af i de samlede omkostninger til sygehusbehandling på mellemlangt sigt (4-9 måneder) og for den samlede opfølgingsperiode (0-9 måneder).

Tabel 6.3 Omkostninger til sygehusbehandling i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Midtjylland, kr. pr. person over perioden

Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen			Gennemsnitlig forskel i interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver lavere/højere omkostninger i interventionsgruppen)		
	0-9	0-3	4-9	0-9	0-3	4-9
Ambulant, soma.	1.504,3	768,2	736,2	+360,6	+292,3	+68,3
Indlæggelse, soma.	2.596,4	1.780,1	816,3	-1.397,3	-1.563,0	+165,7
Ambulant, psyk.	2.433,3	1.127,7	1.305,6	+12.008,9 (+493,5%)*	+1.383,8 (+122,7%)*	+10.625,1 (+813,8%)*
Indlæggelse, psyk.	4.223,9	3.468,0	755,9	-2.595,8	-3.172,7	+576,9
Samlet sygehus	10.758,0	7.144,1	3.613,9	+8.377,4 (+77,9%)*	-3.059,2	+11.436,5 (+316,5%)*

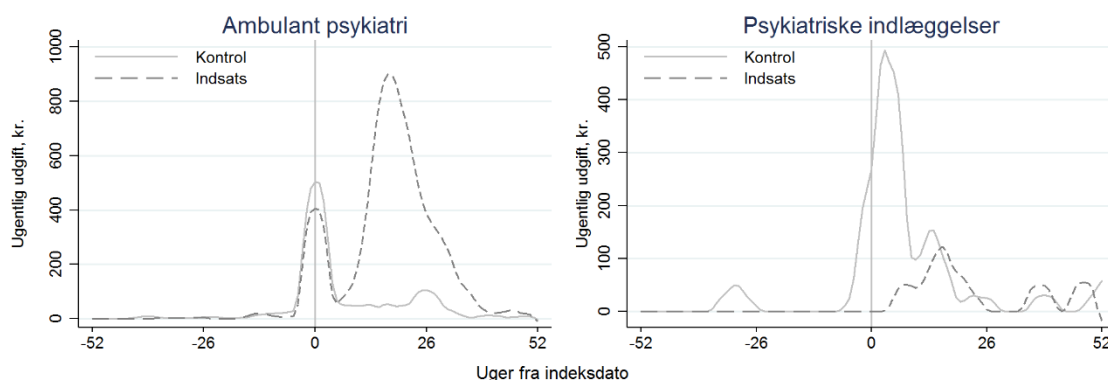
Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Figur 6.2 viser udviklingen i omkostninger til psykiatrisk sygehusbehandling i interventions- og kontrolgruppen over tid. Der ses et generelt meget lavt forbrug af psykiatrisk sygehusbehandling før inklusion (opstart af behandlingen). For ambulante kontakter ses et meget tydeligt merforbrug hos

interventionsgruppen omkring 20 uger efter indeksdatoen sammenlignet med kontrolgruppen. Dette forbrug dækker primært over forløbene i Collaborative Care, som typisk afsluttes 10-20 uger efter inklusion. Ydelsen registreres ved afslutningen af det ambulante forløb. Region Midtjylland adskiller sig fra de øvrige regioner ved at registrere ydelserne i Collaborative Care-forløb som ambulante kontakter i Landspatientregisteret, jf. afsnit 6.1. Der ses desuden forhøjede omkostninger til psykiatriske indlæggelser i kontrolgruppen sammenlignet med interventionsgruppen lige efter inklusion.

Figur 6.2 Omkostninger til psykiatrisk sygehusbehandling i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Midtjylland, kr. pr. person pr. uge



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

6.3.3 Effekter på sygefravær og tilknytning til arbejdsmarkedet

Tabel 6.4 viser de gennemsnitlige antal uger på overførselsindkomst for interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Interventionsgruppen har i gennemsnit færre uger på dagpenge, men flere uger på sygedagpenge end kontrolgruppen. Forskellene er dog ikke statistisk signifikante. Der er til gengæld statistisk signifikante forskelle i antal uger på kontanthjælp, hvor gennemsnittet er lavere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. Det er kun i Region Midtjylland, at der er fundet statistisk signifikante forskelle i antal uger på kontanthjælp, og det kan skyldes tilfældig statistisk variation.

Tabel 6.4 Forbrug af overførselsindkomster i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Midtjylland, uger på overførselsindkomst pr. person i perioden

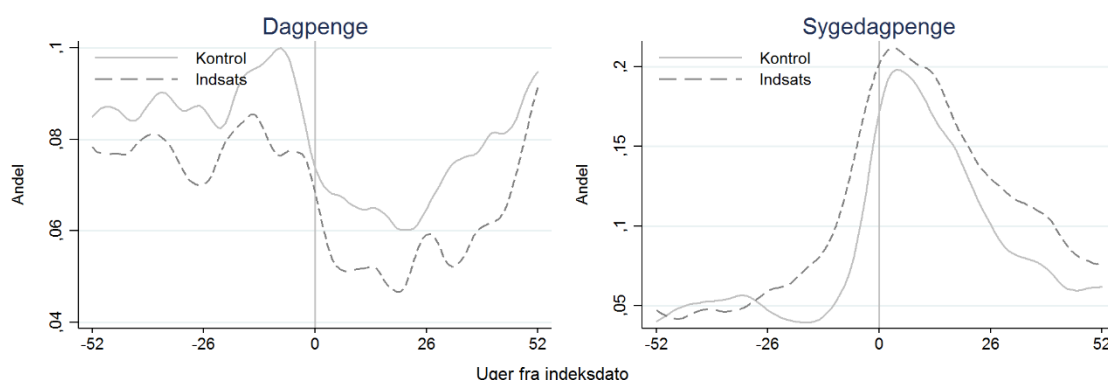
Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen			Gennemsnitlig forskel i interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver lavere/højere omkostninger i interventionsgruppen)		
	0-9	0-3	4-9	0-9	0-3	4-9
Uger på dagpenge	2,6	0,9	1,7	-0,5	-0,2	-0,3
Uger på sygedagpenge	5,2	2,5	2,8	+1,0	+0,2	+0,8
Uger på kontanthjælp	1,8	0,7	1,2	-1,1 (-58,5%)**	-0,3 (-51,6%)**	-0,7 (-62,4%)**
Uger på førtidspension	0,5	0,2	0,3	+0,9	+0,3	+0,6

Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Figur 6.3 viser udviklingen i andelen af personer i interventions- og kontrolgruppen, som modtager dagpenge og sygedagpenge. Der ses ingen markante forskelle mellem de to grupper. Der er omkring 20 % sygedagpengemodtagere omkring inklusionstidspunktet i begge grupper, som aftager kraftigt i løbet af opfølgingsperioden. Dette modsvarer til dels af en stigning i andelen af dagpengemodtagere i den sidste del af opfølgingsperioden for begge grupper.

Figur 6.3 Andel i interventions- og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Midtjylland, som modtager dagpenge og sygedagpenge



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

6.3.4 Forbrug af lægemidler

Tabel 6.5 viser forskelle i omkostninger til receptpligtige lægemidler i interventions- og kontrolgruppen (patienternes egenbetaling indgår ikke, jf. afsnit 2.2). Der ses et generelt højere forbrug af lægemidler i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen, men ingen statistisk signifikante forskelle.

Tabel 6.5 Omkostninger til receptpligtige lægemidler i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Midtjylland, kr. pr. person i perioden

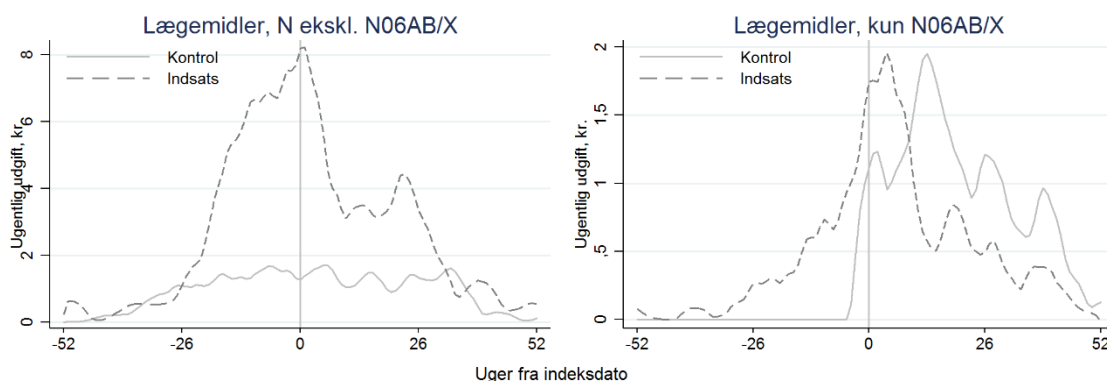
Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen			Gennemsnitlig forskel i interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver lavere/højere omkostninger i interventionsgruppen)		
	0-9	0-3	4-9	0-9	0-3	4-9
N06AB/X	42,6	17,5	25,1	-10,2	+1,7	-11,9
Alle N*, ekskl. N06AB/X	49,4	16,5	32,9	+80,9	+49,1	+31,8
Alle lægemidler	245,8	117,4	128,4	+212,6	+75,9	+136,7

Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001. Patienternes egenbetaling indgår ikke, jf. afsnit 2.2.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Figur 6.4 viser udviklingen i omkostninger til N06AB/X samt øvrige lægemidler i N-gruppen for interventions- og kontrolgruppen. Overordnet ligger omkostningerne på et meget lavt niveau med få kroner pr. uge. Der ses for interventionsgruppen et forhøjet forbrug af N-lægemidler (ekskl. N06AB/X) op til inklusionsdatoen, som efterfølgende aftager til niveauet for kontrolgruppen. Der ses et ensartet forbrug af N06AB/X for interventions- og kontrolgruppen med tendens til tidligere opstart og afslutning af behandling i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen.

Figur 6.4 Omkostninger til receptpligtige lægemidler i N-gruppen i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Midtjylland, kr. pr. person pr. uge



Anm.: Patienternes egenbetaling indgår ikke, jf. afsnit 2.2.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

6.3.5 Subgruppeanalyser

Vi har foretaget subgruppeanalyser med hensyn til compliance og uddannelse. Når analysen gentages uden de 20 % af patienterne i Region Midtjylland, som afbryder forløbet før tid, ses enkelte afvigelse i resultaterne. Omkostningerne til ambulans somatisk behandling stiger signifikant på mellem- og langt sigt for denne subgruppe. Det smitter af på estimatet for omkostningerne til ambulans somatisk behandling for hele opfølgingsperioden, som øges og opnår signifikans. Det kan være en indikation på, at de, som gennemfører, i højere grad er præget af somatisk komorbiditet. Det kan også være et tegn på, at de, som gennemfører, i højere grad bliver opmærksomme på øvrige sygdomme/opnår øget egenomsorg og i højere grad opsøger somatisk behandling end de patienter, der afbryder forløbet før tid.

Den anden subgruppeanalyse fokuserer på den del af personerne i både interventions- og kontrolgruppen, som ikke har en kompetencegivende uddannelse (erhvervsuddannelse eller videregående uddannelse). Her ses færre signifikante estimater, hvilket kan skyldes reduceret statistisk styrke. Der er ingen substantielle forskelle, når resultaterne sammenlignes med de primære analyseresultater. Der er således ikke tegn på, at indsatsen har forskellig effekt på tværs af patienter med forskellig uddannelsesbaggrund.

6.3.6 Følsomhedsanalyser

Der er gennemført følsomhedsanalyser, som skal afdække robustheden af resultaterne over for kriterier anvendt til identifikation af kontrolgruppen.

I den ene følsomhedsanalyse afgrænses interventionsgruppen, sådan at den alene består af personer, der har indløst recept på N06AB/X i perioden et år før eller et år efter inklusion. Her ses ingen substantielle afvigelse i resultaterne. Enkelte nye signifikante fund opstår, mens andre ikke genfindes. Disse forskelle har samme fortegn og omtrent samme størrelse. De gælder desuden kun for dele af opfølgingsperioden og ikke for samlede omkostninger til hverken sygesikringsdækkede ydelser, sygehusbehandling, receptpligtige lægemidler eller for antal uger på overførselsindkomst.

I den anden følsomhedsanalyse afgrænses interventionsgruppen, sådan at den – ligesom kontrolgruppen – kun omfatter personer, der har fået foretaget en psykometrisk test hos alment praktiserende læge i året op til inklusionsdatoen. Denne analyse viser heller ikke substantielle afvigelser i resultaterne i forhold til de primære analyseresultater.

Konsekvenser af eventuel utilsigtet inklusion af demenspatienter i kontrolgruppen vurderes ved, at vi gentager analyserne for patienter under 50 år og sammenligner resultaterne med de primære analyseresultater. Denne analyse viser heller ingen substantielle forskudninger i resultaterne.

6.4 Konklusion

Den sundhedsøkonomiske analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe for Region Midtjylland viser, at Collaborative Care er forbundet med meromkostninger sammenlignet med standardbehandling inden for en tidshorisont på 9 måneder efter inklusion (første konsultation i Collaborative Care forløb).

De samlede meromkostninger pr. patient er opgjort til 10.750 kr. pr. person set over hele perioden (0-9 måneder), jf. tabel 6.6. Interventionsomkostningerne er medregnet i registeranalysen. Meromkostningerne reduceres til ca. 8.400 kr., hvis kun statistisk signifikante forskelle i omkostninger medregnes.

Tabel 6.6 Meromkostninger ved Collaborative Care sammenlignet med standardbehandling i analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe for Region Midtjylland, kr. pr. patient over perioden (-/+ angiver lavere/højere omkostninger ved Collaborative Care)

	0-9 måneder	0-3 måneder	4-9 måneder
Omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser	38	-420	458
Omkostninger til sygehusbehandling	8377	-3059	11437
Omkostninger til sygedagpenge*	4245	849	3396
Omkostninger til dagpenge*	-2123	-849	-1274
Omkostninger til receptpligtige lægemidler	213	76	137
I alt	10750	-3403	14154
I alt ekskl. forskelle i registeranalysen, som ikke er statistisk signifikante	8377	-420	11895

Anm.: **Fed** skrift angiver statistisk signifikante forskelle i omkostninger mellem interventions- og kontrolgruppe i registeranalyse (p-værdi under 0,05).

Note: *) Skønsmæssigt beregnet ud fra maksimal dagpenge-/sygedagpengetakst.

Kilde: Egne beregninger baseret på opgørelsen af interventionsomkostninger og resultater fra registeranalysen (kun statistisk signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolgruppe i registeranalysen er medregnet).

Det vil sige, at man ifølge denne analyse *ikke* kan opnå besparelser set med et offentligt udgiftsperspektiv ved at tilbyde Collaborative Care i stedet for standardbehandling *inden for en tidshorisont på 9 måneder*. Det kan ikke udelukkes, at der kan opnås besparelser på længere sigt, hvis Collaborative Care mindsker behandlingsbehov og sikrer en bedre tilknytning til arbejdsmarkedet.

Hvorvidt Collaborative Care er en omkostningseffektiv intervention sammenlignet med standardbehandling, afhænger af de sundhedsmæssige gevinster. Hvis sundhedsgevinsterne er tilstrækkeligt store set i forhold til meromkostningerne, vil Collaborative Care være omkostningseffektiv.

Opgørelsen er forbundet med usikkerhed. Der er risiko for, at interventions- og kontrolgruppen er forskellige på andre parametre end, hvorvidt de har modtaget Collaborative Care eller ej, og at disse forskelle kan afspejle sig i vores udfaldsvariable. Følsomhedsanalyser indikerer dog, at resultaterne er robuste over for ændrede kriterier for udvælgelse af den statistisk konstruerede kontrolgruppe.

Der er behov for yderligere analyser af omkostningseffektiviteten af Collaborative Care med en længere opfølgingsperiode.

7 Resultater for Region Nordjylland

Sammenfatning

Den sundhedsøkonomiske analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe for Region Nordjylland viser, at Collaborative Care er forbundet med meromkostninger sammenlignet med standardbehandling inden for en tidshorisont på 9 måneder efter første konsultation i Collaborative Care-forløbet. De samlede gennemsnitlige meromkostninger er opgjort til ca. 9.200 kr. pr. patient set i et offentligt udgiftsperspektiv for hele perioden (0-9 måneder).

Det dækker over interventionsomkostninger forbundet med tidsforbrug for Care Managere mv. tilknyttet projektet på ca. 9.500 kr. pr. patient samt mindre afledte besparelser på forbrug af sundhedsydelser eller overførselsindkomster. De afledte besparelser er ikke statistisk signifikante.

Opgørelsen er forbundet med usikkerhed. Der er risiko for, at interventions- og kontrolgruppen er forskellige på andre parametre end, hvorvidt de har modtaget Collaborative Care eller ej, og at disse forskelle kan afspejle sig i vores udfaldsvariable. Følsomhedsanalyser indikerer dog, at resultaterne er robuste over for ændrede kriterier for udvælgelse af den statistisk konstruerede kontrolgruppe.

Der er behov for yderligere analyser af omkostningseffektiviteten af Collaborative Care med en længere opfølgingsperiode.

7.1 Model for Collaborative Care

I Region Nordjylland kaldes den afprøvede Collaborative Care-model for Shared Care (1). Modellen er afprøvet uden kontrolgruppe. Alle deltagende alment praktiserende læger forpligtede sig til at diagnosticere patienter med angst og depression, udarbejde en behandlingsplan og koordinere behandlingsindsatsen med Care Manageren (ibid.). Når patienter blev henvist til modellen af den alment praktiserende læge, fik Care Manageren besked og kontaktede patienten telefonisk (ibid.). Herefter fik patienten ca. 11 sessioner med kognitiv adfærdsterapi ved Care Manageren (ibid.). Det forventede case load var 20 patienter pr. Care Manager. Der var i en kortere periode på ca. ½ år tilknyttet en psykiater til projektet ca. 20 timer om ugen med henblik på supervision af Care Managere. Efterfølgende fik Care Managerne supervision af ekstern privatpraktiserende psykolog med speciale i kognitiv adfærdsterapi.

I modsætning til de andre regioner blev der ikke indgået en § 2-aftale med de praktiserende læger i Region Nordjylland, men en projektaftale, som indebærer, at der blev afregnet pr. gennemført patientforløb (1), dvs. at honorering af almen praksis i forbindelse med projektet ikke fremgår af Sygesikringsregisteret og derfor ikke indgår i den registerbaserede opgørelse, jf. afsnit 7.3. Honorering af almen praksis indgår i stedet i opgørelsen af interventionsomkostninger, jf. afsnit 7.2.

7.2 Opgørelse af interventionsomkostninger

Der var i alt to Care Managere tilknyttet projektet i Region Nordjylland med en gennemsnitlig case load på 26 patienter i november 2016, jf. tabel 7.1. Ifølge tidsregistreringen brugte de to Care Managere i alt 287 timer på opgaver relateret til projektet i november 2016. Herudover har de registreret 1 time på opgaver, som ikke var relateret til projektet, og 37 timer som overhead (frokost, sygdom og ferie mv.).

Tabel 7.1 Case load og tidsforbrug for Care Managere i Region Nordjylland opgjort i november 2016

	I alt	Pr. Care Manager	Pr. patient (case load)
Antal Care Managere (hoveder)	2	-	-
Case load: Antal patienter i behandling hos Care Managere, gennemsnit over måneden	52	26	-
Antal vurderende samtaler med patienter	9	4,5	-
Antal konsultationer med patienter	125	62,5	2
<i>Tidsforbrug for Care Manager</i>			
Tidsforbrug relateret til projektet	287	144	5,5
Vurderende samtaler med patienter i projektet	8	4	0,2
Konsultationer med inkluderede patienter	128	64	2,5
Forberedelse og opfølgning på vurderende samtaler og konsultationer	35	18	0,7
Spildtid ved udeblevne patienter eller andre forhold	25	13	0,5
Transport mellem arbejdssteder	1	1	0,0
Supervision	4	2	0,1
Administrative opgaver	55	27	1,0
Andre opgaver relateret til projektet	32	16	0,6
Tidsforbrug til opgaver, som ikke er relateret til projektet	1	0	0,0
Overhead	37	18	0,7
Frokost	23	11	0,4
Ferie/fri/kurser	7	3	0,1
Syg	8	4	0,1
Barn syg	0	0	0,0
Tidsforbrug i alt	325	162	6

Kilde: Egne beregninger baseret på oplysninger fra regionen om antal Care Managere og registreringer foretaget af Care Managere i november 2016

Interventionsomkostninger forbundet med tidsforbrug for Care Managere, alment praktiserende læger og psykolog/psykiater tilknyttet projektet, som ikke fremgår af de nationale registre, er beregnet til ca. 9.500 kr. pr. patient i Region Nordjylland, jf. tabel 7.2.

Tabel 7.2 Interventionsomkostninger i Region Nordjylland (tidsforbrug for Care Managere og psykiater/psykolog samt omkostninger til almen praksis, der ikke fremgår af Sygesikringsregisteret)

	I alt	Pr. inkluderet patient
Care Manager		
Tidsforbrug relateret til projektet plus andel af overhead i november 2016, timer	324	-
Fuld arbejdstid ved 37 timer om ugen (én person) i november 2016, timer	163	-
Care Manager-årsværk relateret til projektet baseret på tidsregistrering for november 2016	2	-
Anslået lønudgift til Care Manager på årsbasis, kr. (2018-priser)	885.540	6.150
Almen praksis		
Omkostninger til almen praksis i 2016, som ikke fremgår af Sygesikringsregisteret, kr. (2018-priser)*	253.039	1.757
Psykiater		
Psykiater-årsværk relateret til projektet i 2016*	0,25	-
Anslået lønudgift til psykiater på årsbasis, kr. (2018-priser)	225.618	1.567
Psykolog		
Psykolog-årsværk relateret til projektet i 2016*	0	-
Anslået lønudgift til psykolog på årsbasis, kr. (2018-priser)	0	0
Personale i alt ekskl. administrativt personale		
Anslået lønudgift relateret til projektet på årsbasis (2018-priser)	1.364.197	9.474
Andre oplysninger til brug for beregninger		
Antal afsluttede patienter i 2016*	144	-

Note: *) Baseret på oplysninger fra Region Nordjylland.

Kilde: Egne beregninger baseret på tidsregistrering foretaget af Care Managere i november 2016.

7.3 Analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe

7.3.1 Population

Interventionsgruppen i den registerbaserede analyse for Region Nordjylland omfatter 213 patienter, som har modtaget Collaborative Care i perioden frem til marts 2017¹⁹, jf. tabel 7.3.

De 213 patienter er matchet til 483 kontroller. Der er generelt en rimelig balance på de viste matching-parametre, men på enkelte parametre er forskellen mærkbar. Det drejer sig især om civilstand, hvor en større andel af interventionsgruppen er ugifte sammenlignet med kontrolgruppen, mens en større andel af kontrolgruppen er fraskilt eller enke/enkemand. Der er også mærkbare forskelle med hensyn til bopælsstatus, hvor en større andel af kontrolgruppen falder under kategorien andet, og med hensyn til beskæftigelsesstatus, hvor en mindre andel af kontrolgruppen er studerende sammenlignet med interventionsgruppen. Forskellene skal ses i lyset af, at interventionsgruppen i gennemsnit er yngre end kontrolgruppen. Langt hovedparten er dog under 45 år i begge grupper, ligesom størstedelen er kvinder (henholdsvis 71 og 70 % i kontrol- og interventionsgruppen).

¹⁹ I datasættet modtaget fra Region Nordjylland var der i alt 263 cases, hvoraf 50 er ekskluderet (35 inkluderet efter 31/3 2017, 1 pga. manglende startdato, 3 doubletter og 11, som ikke kunne findes i registrene).

Tabel 7.3 Baseline-karakteristik og balance i analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe for Region Nordjylland

		Kontrolgruppe		Interventionsgruppe		Std. for- skel
		n	%	n	%	
		483	100	213	100	
Køn	Kvinde	342	70,81	149	69,95	0,02
	Mand	141	29,19	64	30,05	0,02
Alder (år)	14-24	114	23,6	61	28,64	0,11
	25-34	132	27,33	71	33,33	0,13
	35-44	106	21,95	33	15,49	0,18
	45-54	81	16,77	32	15,02	0,05
	55-64	40	8,28	12	5,63	0,11
	65+	10	2,07	4	1,88	0,01
Uddannelse	Kort ikke-kompetencegivende uddannelse (grundskole og adgangsgivende sekundær)	-	-	-	-	0,10
	Kort kompetencegivende uddannelse (erhvervsuddannelse og kort videregående uddannelse)	245	50,72	99	46,48	0,09
	Mellemlang og lang uddannelse (mellemlang og lang videregående uddannelse)	126	26,09	54	25,35	0,02
	Missing	-	-	-	-	0,08
Civilstand	Ugift, dvs. aldrig gift	265	54,87	146	68,54	0,29
	Gift	147	30,43	50	23,47	0,16
	Fraskilt eller enke/enkemand	71	14,7	17	7,98	0,25
Bopæls-status	Single	152	31,47	77	36,15	0,10
	Samboende	242	50,1	115	53,99	0,08
	Andet	89	18,43	21	9,86	0,29
Beskæftigelse	Beskæftiget	262	54,24	106	49,77	0,09
	Arbejdsløs	72	14,91	30	14,08	0,02
	Studerende	94	19,46	63	29,58	0,22
	Pensionist	33	6,83	10	4,69	0,10
	Andet	22	4,55	4	1,88	0,20

Anm.: Enkelte celler af tomme af diskretionshensyn på grund af for få observationer.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

7.3.2 Effekter på forbrug af sundhedsydelser

Tabel 7.4 viser forskelle i omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser mellem interventions- og kontrolgruppen. Der ses statistisk signifikant forhøjede omkostninger til almen praksis i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen på både kort sigt (0-3 måneder) og mellemlangt sigt (4-9 måneder) samt for den samlede opfølgingsperiode (0-9 måneder). Der er også en signifikant merudgift til øvrige sygesikringsydelser i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen for den samlede opfølgingsperiode. Omkostningerne til psykolog og psykiater er omvendt signifikant lavere i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Reduktionen er dog ikke nok

til at opveje de øgede omkostninger til almen praksis. Samlet set er omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser derfor signifikant forhøjede for interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen.

Tabel 7.4 Omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Nordjylland, kr. pr. person over perioden

Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen			Gennemsnitlig forskel i interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver lavere/højere omkostninger i interventionsgruppen)		
	0-9	0-3	4-9	0-9	0-3	4-9
Almen praksis	721,7	501,0	220,6	+797,6 (+110,5%) ^{***}	+525,2 (+104,8%) ^{***}	+272,3 (+123,4%) ^{***}
Psykolog	262,1	160,4	101,7	-171,0 (-65,2%)*	-137,4 (-85,7%) ^{***}	-33,6
Psykiater	266,3	144,2	122,1	-204,3 (-76,7%)*	-137,6 (-95,4%)*	-66,7 (-54,6%)*
Øvrige ydelser	436,0	214,0	222,1	+179,0 (+41,0%)*	+79,0	+100,0
Samlet sygesikring	1.691,7	1.022,7	669,0	+611,2 (+36,1%) ^{***}	+334,6 (+32,7%) ^{***}	+276,6 (+41,3%)*

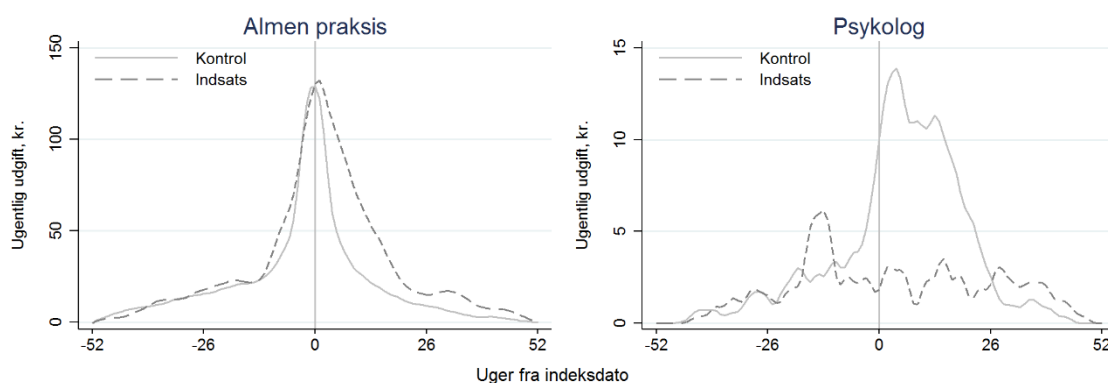
Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Note: Kategorien af øvrige ydelser dækker primært over tandlægeydelser, blodprøver og fysioterapi. Derudover ses også en del ydelser fra vagtlæge, kiropraktik samt ydelser fra privatpraktiserende speciallæger: ørelæge, dermatologi, gynækologi, øjenlæge, reumatologi, intern medicin samt kirurgi.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Figur 7.1 viser udviklingen i omkostninger til ydelser fra almen praksis og psykolog dækket af sygesikringen for interventions- og kontrolgruppen over tid. Der ses hos interventionsgruppen forhøjede omkostninger til almen praksis i månederne efter behandlingsstart sammenlignet med kontrolgruppen. For psykologydelser ses omvendt et mindre forbrug i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen, hvor kontrolgruppen har et markant forhøjet forbrug af psykologydelser omkring indeksdatoen.

Figur 7.1 Omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser fra almen praksis og psykolog i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Nordjylland, kr. person pr. uge



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Tabel 7.5 viser forskelle i omkostninger til sygehusbehandling mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen. Der ses markante og statistisk signifikant forøgede omkostninger til ambulante somatisk behandling i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen for den samlede opfølgingsperiode (0-9 måneder), der er drevet af forøgede omkostninger på kort sigt (0-3 måneder). Det kan være en indikation på, at interventionsgruppen i højere grad er præget af somatisk komorbiditet og/eller i højere grad bliver opmærksomme på øvrige sygdomme/opnår øget egenomsorg og i højere grad opsøger somatisk behandling end kontrolgruppen. Omvendt ses der statistisk signifikant lavere omkostninger til psykiatriske indlæggelser i interventionsgruppen. De to effekter udligner hinanden, sådan at der samlet set ikke er statistisk signifikante forskelle på omkostningerne til sygehusbehandling mellem interventions- og kontrolgruppen.

Tabel 7.5 Omkostninger til sygehusbehandling i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Nordjylland, kr. pr. person over perioden

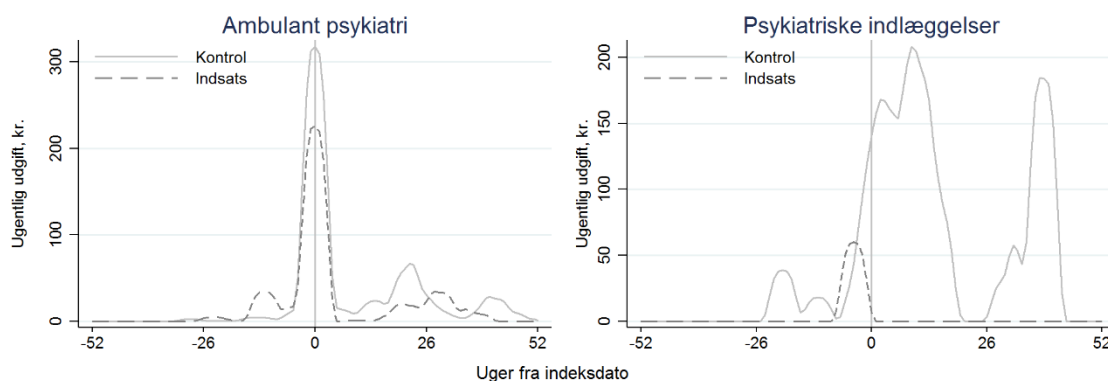
Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen			Gennemsnitlig forskel i interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver lavere/højere omkostninger i interventionsgruppen)		
	0-9	0-3	4-9	0-9	0-3	4-9
Ambulant, soma.	1.179,6	669,6	510,0	+3670,2 (+311,1%)*	+3679,2 (+549,5%)*	-9,1
Indlæggelse, soma.	1.535,8	602,9	932,9	-471,0	-362,1	-109,0
Ambulant, psyk.	975,2	296,0	679,2	-244,2	-31,3	-213,0
Indlæggelse, psyk.	3.107,1	2.212,7	894,4	-3107,1 (-100,0%)**	-2212,7 (-100,0%)*	-894,4
Samlet sygehus	6.797,5	3.781,3	3.016,3	-152,9	+1.072,7	-1.225,6

Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Figur 7.2 viser udviklingen i omkostninger til psykiatrisk sygehusbehandling i interventions- og kontrolgruppen over tid. Omkostningerne til ambulante psykiatriske kontakter stiger omkring inklusionstidspunktet i både interventions- og kontrolgruppen, men mest i kontrolgruppen. I kontrolgruppen ses desuden øgede omkostninger til psykiatriske indlæggelser efter inklusion.

Figur 7.2 Omkostninger til psykiatrisk sygehusbehandling i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Nordjylland, kr. pr. person pr. uge



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

7.3.3 Effekter på sygefravær og tilknytning til arbejdsmarkedet

Tabel 7.6 viser forskelle i forbrug af overførselsindkomst mellem interventions- og kontrolgruppen. Interventionsgruppen har et lavere forbrug af sygedagpenge sammenlignet med kontrollerne, men forskellen er kun statistisk signifikant på kort sigt (0-3 måneder). Samtidig har interventionsgruppen et højere forbrug af dagpenge end kontrolgruppen, men forskelle er ikke statistisk signifikante.

Tabel 7.6 Forbrug af overførselsindkomster i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Nordjylland, uger på overførselsindkomst pr. person i perioden

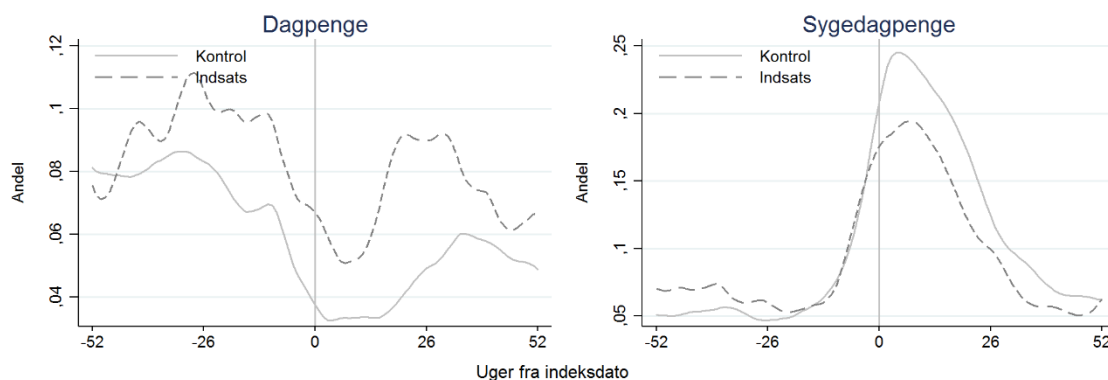
Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen			Gennemsnitlig forskel i interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver lavere/højere omkostninger i interventionsgruppen)		
	0-9	0-3	4-9	0-9	0-3	4-9
Uger på dagpenge	1,6	0,4	1,2	+1,2	+0,3	+0,9
Uger på sygedagpenge	6,5	3,1	3,4	-1,4	-0,6 (-20,5%)*	-0,8
Uger på kontanthjælp	2,4	0,8	1,6	-0,1	0,0	-0,1
Uger på førtidspension	1,5	0,5	1,0	-0,4	-0,1	-0,2

Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Figur 7.3 viser andelen af dagpenge- og sygedagpengemodtagere i interventions- og kontrolgruppen over tid. Der ses et svagt forhøjet andel af dagpengemodtagere i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen over hele perioden. Der er dog tale om små tal (ca. 0,5 %), og der tages højde for forskellen i de to gruppers udgangspunkt i analysen. Andelen af sygedagpengemodtagere er stort set ens i de to grupper frem til omkring inklusionstidspunktet, hvor den stiger mere i kontrolgruppen end i interventionsgruppen. Andelen af sygedagpengemodtagere stiger til ca. 25 % i kontrolgruppen sammenlignet med ca. 20 % i interventionsgruppen. Der er således flere personer i kontrolgruppen, som er på sygedagpenge under behandlingsforløbet.

Figur 7.3 Andel i interventions- og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Nordjylland, som modtager dagpenge og sygedagpenge



Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

7.3.4 Forbrug af lægemidler

Tabel 7.7 viser forskelle i omkostninger til receptpligtige lægemidler mellem interventions- og kontrolgruppen (patienternes egenbetaling indgår ikke, jf. afsnit 2.2). Der er ingen signifikante forskelle i omkostninger til lægemidler i N-gruppen (lægemidler til nervesystemet), men der ses statistisk signifikante meromkostninger for alle lægemidler i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Disse meromkostninger er drevet af lægemidler uden for N-gruppen.

Tabel 7.7 Omkostninger til receptpligtige lægemidler i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Nordjylland, kr. pr. person i perioden

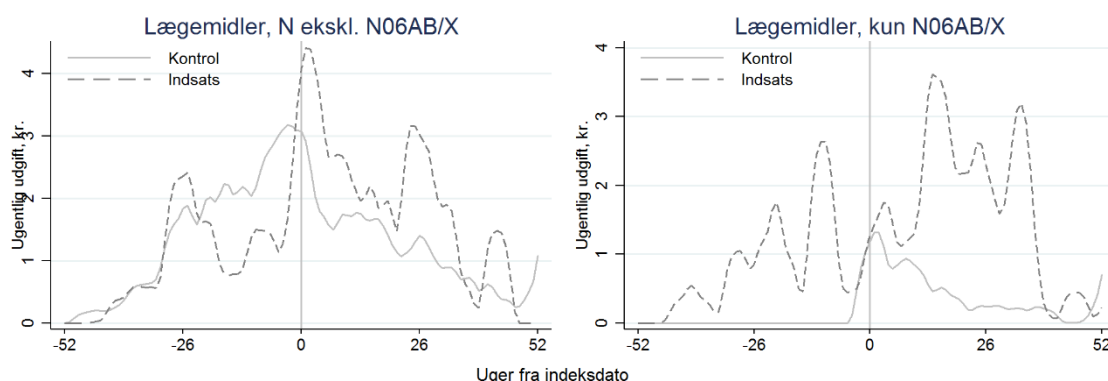
Periode (måneder)	Gennemsnit i kontrolgruppen			Gennemsnitlig forskel i interventions- og kontrolgruppen (-/+ angiver lavere/højere omkostninger i interventionsgruppen)		
	0-9	0-3	4-9	0-9	0-3	4-9
N06AB/X	18,9	11,5	7,4	+65,7	+8,9	+56,9
Alle N*, ekskl. N06AB/X	51,0	21,9	29,1	+42,9	+23,7	+19,2
Alle lægemidler	178,2	100,0	78,2	+150,6 (+84,5%)*	+66,1 (+66,1%)*	+84,5

Anm.: * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001. Patienternes egenbetaling indgår ikke, jf. afsnit 2.2.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

Figur 7.4 viser udviklingen i omkostninger til N06AB/X samt øvrige lægemidler i N-gruppen for interventions- og kontrolgruppen over tid. Der ses et rimeligt ensartet forbrug af øvrige lægemidler i N-gruppen, mens omkostningerne til N06AB/X er højere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. Forbrug af N06AB/X efter psykometrisk test i almen praksis er et kriterium for udvælgelse af kontrolgruppen, men kontrolgruppen må ikke have indløst recept på N06AB/X et år før inklusion. Omvendt har ca. 40 % af interventionsgruppen i Region Nordjylland indløst recept på N06AB/X et år før inklusion, mens ca. 45 % har indløst recept på N06AB/X tre måneder efter inklusion. Figuren indikerer, at kontrolgruppen bruger billigere præparater eller bruger mindre af N06AB/X sammenlignet med de personer i interventionsgruppen, som får disse lægemidler. Der er dog tale om små tal.

Figur 7.4 Omkostninger til receptpligtige lægemidler i N-gruppen i interventionsgruppe og statistisk konstrueret kontrolgruppe i Region Midtjylland, kr. pr. person pr. uge



Anm.: Patienternes egenbetaling indgår ikke, jf. afsnit 2.2.

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra nationale registre.

7.3.5 Subgruppeanalyser

Der er gennemført subgruppeanalyser for patienter i interventionsgruppen, som gennemfører hele Collaborative Care-forløbet (ikke afslutter forløbet før tid), og for patienter uden en kompetencegivende uddannelse med henblik på at belyse, om compliance og uddannelsesbaggrund har betydning for effekterne af Collaborative Care.

I analysen, hvor kun patienter, som ikke har afsluttet Collaborative Care-forløbet før tid, indgår, ses ingen substantielle afvigelser fra de primære analyseresultater. Kun for estimater for henholdsvis omkostninger til ambulant psykiatrisk sygehusbehandling og samlede sygehusomkostninger opstår for denne gruppe nye signifikante fund med samme retning og omtrentlige størrelse som i de primære analyseresultater.

For subgruppen af patienter uden kompetencegivende uddannelse ses der flere forskelle i forhold til de primære analyseresultater med hensyn til forbrug af overførselsindkomster. For denne subgruppe ses et signifikant lavere forbrug af sygedagpenge, men et signifikant højere forbrug af dagpenge. Det gælder både for den samlede opfølgingsperiode (0-9 måneder) og på mellemlangt sigt (4-9 måneder). Dette kan være udtryk for, at gruppen uden kompetencegivende uddannelse i højere grad mister deres job under sygdomsforløbet og bliver dagpengemodtagere.

7.3.6 Følsomhedsanalyser

Vi har foretaget følsomhedsanalyser for at vurdere resultaternes robusthed over for ændrede kriterier for udvælgelse af kontrolgruppen. Først gentager vi analysen, men kun med de patienter i interventionsgruppen, som har indløst recept på N06AB/X i året før eller efter inklusion. Derefter anvendes samme procedure for patienter i interventionsgruppen, som ligesom kontrolgruppen har fået foretaget en psykometrisk test i almen praksis. Eventuelle diskrepanser mellem resultater fra disse analyser og de primære analyser ovenfor kan indikere, at kontrolgruppen ikke i tilstrækkeligt omfang ligner interventionsgruppen, og at dette kan have påvirket resultaterne. Derudover foretager vi en analyse, hvor kun patienter under 50 år medtages med henblik på at belyse, hvorvidt eventuelle demenspatienter i kontrolgruppen kan have en påvirkning på resultaterne.

I analysen, som kun inkluderer patienter, der har indløst recept på N06AB/X, ses ingen mærkbare forskydninger i resultaterne i forhold til de primære analyseresultater. Det samme gør sig gældende for analysen, hvor kun patienter i interventionsgruppen med en forudgående psykometrisk test i almen praksis er inkluderet. Der er i begge tilfælde ingen nye signifikante fund, men kun forskelle, som ikke længere er signifikante.

For subgruppen af patienter i begge grupper under 50 år ses heller ingen substantielle afvigelser i resultaterne. Forskellen i antallet af uger på dagpenge er nu signifikant, men i samme retning som for de samlede resultater. Estimatet for antallet af uger på sygedagpenge er ligeledes øget en smule og har også opnået statistisk signifikans.

7.4 Konklusion

Den sundhedsøkonomiske analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe for Region Nordjylland viser, at Collaborative Care er forbundet med meromkostninger sammenlignet med standardbehandling inden for en tidshorisont på 9 måneder efter inklusion (første konsultation i Collaborative Care forløb).

De samlede meromkostninger pr. patient er opgjort til ca. 9.200 kr. pr. person set over hele perioden (0-9 måneder), jf. tabel 7.8. Meromkostningerne over hele perioden øges med ca. 1.000 kr., hvis kun statistisk signifikante forskelle i omkostninger medregnes.

Tabel 7.8 Meromkostninger ved Collaborative Care sammenlignet med standardbehandling i analyse med statistisk konstrueret kontrolgruppe for Region Nordjylland, kr. pr. patient over perioden (-/+ angiver lavere/højere omkostninger ved Collaborative Care)

	0-9 måneder	0-3 måneder
Omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser	611	335
Omkostninger til sygehusbehandling	-153	1.073
Omkostninger til sygedagpenge*	-5.943	-2.547
Omkostninger til dagpenge*	5.094	1.274
Omkostninger til receptpligtige lægemidler	151	66
Interventionsomkostninger	9.474	9.474
I alt	9.234	9.675
I alt ekskl. forskelle i registeranalysen, som ikke er statistisk signifikante	10.236	7.328

Anm.: **Fed** skrift angiver statistisk signifikante forskelle i omkostninger mellem interventions- og kontrolgruppe i registeranalyse (p-værdi under 0,05).

Note: *) Skønsmæssigt beregnet ud fra maksimal dagpenge-/sygedagpengetakst.

Kilde: Egne beregninger baseret på opgørelsen af interventionsomkostninger og resultater fra registeranalysen (kun statistisk signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolgruppe i registeranalysen er medregnet).

Det vil sige, at man ifølge denne analyse *ikke* kan opnå besparelser set med et offentligt udgiftsperspektiv ved at tilbyde Collaborative Care i stedet for standardbehandling *inden for en tidshorisont på 9 måneder*. Det kan ikke udelukkes, at der kan opnås besparelser på længere sigt, hvis Collaborative Care mindsker behandlingsbehov og sikrer en bedre tilknytning til arbejdsmarkedet på længere sigt.

Hvorvidt Collaborative Care er en omkostningseffektiv intervention sammenlignet med standardbehandling, afhænger af de sundhedsmæssige gevinster. Hvis sundhedsgevinsterne er tilstrækkeligt store i forhold til meromkostningerne, vil Collaborative Care være omkostningseffektiv.

Opgørelsen er forbundet med usikkerhed. Der er risiko for, at interventions- og kontrolgruppen er forskellige på andre parametre end, hvorvidt de har modtaget Collaborative Care eller ej, og at disse forskelle kan afspejle sig i vores udfaldsvariable. Følsomhedsanalyser indikerer dog, at resultaterne er robuste over for ændrede kriterier for udvælgelse af den statistisk konstruerede kontrolgruppe.

Der er behov for yderligere analyser af omkostningseffektiviteten af Collaborative Care med en længere opfølgingsperiode.

8 Afsluttende diskussion på tværs af regioner

Denne undersøgelse viser, at de afprøvede modeller for Collaborative Care i alle fire regioner (Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland) er forbundet med meromkostninger sammenlignet med standardbehandling set i et offentligt udgiftsperspektiv og inden for en tidshorisont på 9 måneder efter første konsultation i Collaborative Care-forløb.

De estimerede meromkostninger i analysen med statistisk konstrueret kontrolgruppe er ca. 10.000 kr. pr. patient i alle fire regioner. I analysen med randomiseret kontrolgruppe i Region Hovedstaden er meromkostningerne lavere svarende til ca. 6.600 kr. pr. patient. Opgørelsen er forbundet med usikkerhed.

Den overordnede konklusion om, at Collaborative Care er forbundet med meromkostninger sammenlignet med standardbehandling inden for en tidshorisont på 9 måneder, er i overensstemmelse med den internationale litteratur. De fleste eksisterende sundhedsøkonomiske studier af Collaborative Care publiceret i videnskabelige tidsskrifter viser således, at Collaborative Care er dyrere end standardbehandling med en opfølgingsperiode på et år eller derunder, jf. afsnit 1.1.

Undersøgelsen viser desuden, at Collaborative Care indebærer sundhedsgevinster i form af øget livskvalitet sammenlignet med standardbehandling. I analysen for Region Hovedstaden med en randomiseret kontrolgruppe er den gennemsnitlige sundhedsgevinst opgjort til 0,025 QALYs pr. person efter 6 måneder. For samme periode er meromkostningerne ved Collaborative Care opgjort til 10.852 kr. pr. patient. Det vil sige, at Collaborative Care koster 434.080 kr. ($10.852/0,025$) pr. vundet kvalitetsjusteret leveår (QALY) opgjort efter 6 måneder. På denne baggrund vurderes den afprøvede model for Collaborative Care i Region Hovedstaden ikke at være omkostningseffektiv inden for en tidshorisont på 6 måneder. Det udelukker ikke, at Collaborative Care kan være en omkostningseffektiv indsats på længere sigt.

Generelt efterlyses der i den internationale litteratur studier med en længere opfølgingsperiode. I Danmark har vi gode muligheder for at bidrage med sådanne studier, da vi kan følge patienterne via de nationale registre, men det forudsætter, at interventionsgruppen er tilstrækkelig stor, og at der kan identificeres en sammenlignelig kontrolgruppe.

8.1 Styrker og svagheder

Det er en styrke, at undersøgelsen dækker fire regioner med forskellige modeller for Collaborative Care. Det giver mulighed for at sammenligne resultater på tværs af regioner. Konklusionen om, at man *ikke* kan opnå besparelser set med et offentligt udgiftsperspektiv ved at tilbyde Collaborative Care i stedet for standardbehandling *inden for en tidshorisont på 9 måneder*, gælder for alle fire regioner og vurderes derfor at være robust over for forskelle i model for Collaborative Care og implementering.

Det er desuden en styrke, at interventionsgruppen i de fire regioner sammenlignes med en kontrolgruppe, som ligner interventionsgruppen. Der gennemføres således analyser med en statistisk konstrueret kontrolgruppe udvalgt ved propensity score matching for alle fire regioner. For Region Hovedstaden gennemføres også en analyse med en randomiseret kontrolgruppe.

Endvidere er det en styrke ved undersøgelsen, at omkostningsestimater beregnes ved en 'differences-in-differences'-model, hvor omkostninger i interventionsgruppen efter inklusion minus omkostningerne i en periode før inklusion sammenlignes med ændringen i omkostninger i kontrolgruppen i samme periode. På denne måde korrigeres der for yderligere forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen, som ikke skyldes Collaborative Care-forløbet.

I analyserne med statistisk konstrueret kontrolgruppe er det kun muligt at matche på karakteristika, som kan observeres i registrene. Det vil sige, at der er tale om et observationelt design, som er placeret længere nede i evidenshierakiet end et randomiseret kontrollet design, der er *gold standard* for effektstudier.

Målgruppen for Collaborative Care er patienter, som diagnosticeres med let til moderat angst eller depression i almen praksis. Den statistisk konstruerede kontrolgruppe bør derfor omfatte patienter diagnosticeret med let til moderat angst eller depression i almen praksis, som modtager standardbehandling, men denne gruppe kan ikke direkte identificeres i de nationale registre, da de ikke indeholder oplysninger om diagnoser i almen praksis. Vi har derfor brugt psykometrisk test og recepter på antidepressiva (SSRI/SNRI) som proxy-variable til at identificere kontrolgruppen. Meget tyder på, at denne metode fungerer hensigtsmæssigt sammen med propensity score matching. Der er et stort overlap i de observerbare baggrundsforhold (inklusive sygdomshistorik) samt en ensartet udvikling i de to gruppers forbrug af forskellige sundhedsydelser op til behandlingsstart.

På trods af en tæt matching vil der dog altid være risiko for bias (residual confounding) i observationelle studier, dvs. ikke-observerbare forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen, som kan påvirke udfaldsvariable.

Følsomhedsanalyser for Region Hovedstaden og Region Sjælland indikerer, at den statistisk konstruerede kontrolgruppe muligvis kan være mindre kompleks end gennemsnittet i interventionsgruppen, og at analysen kan undervurdere afledte effekter af Collaborative Care i form af fx reduceret forbrug af sygesikringsydelser og regionale psykiatrydelser. Et lignende problem vil gælde, i det omfang kontrollerne består af patienter, som ikke ville være egnede til at inkludere i Collaborative Care. Det kan fx være patienter, som bliver behandlet med SSRI eller SNRI af andre årsager end angst eller depression, fx OCD eller bulimi. Vi vurderer dog, at denne type forurening af kontrolgruppen er meget begrænset. Både blandt cases og de matchede kontroller er meget få registreret med en F5x- eller F1x-diagnose i året op til inklusion. I det omfang disse sygdomme fremgår af registrene, vil en eventuel confounding være udlignet af matchingen. Matchingtilgangen kan dog ikke direkte tage højde for forhold, som ikke er målt eller indikeret i registrene. Der kan være uobserverede elementer i den alment praktiserende læges beslutning om inklusion i Collaborative Care eller opstart af behandling med SSRI/SNRI, som også hænger sammen med efterfølgende sundhedskostninger, og som derved vil bringe slør i resultaterne.

Hertil kommer, at matchingen ikke formår at udligne alle observerbare forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen på inklusionstidspunktet. De matchede kontroller i Region Hovedstaden ligner i høj grad interventionsgruppen på de anvendte matchingkriterier. Der ses kun en væsentlig ubalance i andelen af ældre patienter og pensionister, som er højere i kontrolgruppen end i interventionsgruppen. For Region Sjælland ses efter matching stadig væsentlige ubalancer på køn, alder, civilstand samt andelen af studerende mellem interventions- og kontrolgruppen. Det betyder fx, at hvis behandling af depression hos ældre patienter generelt er mere omkostningstungt, så vil vi overvurdere omkostninger til Collaborative Care-indsatsen, da patienterne i gennemsnit er ældre i interventionsgruppen. Det omvendte vil være tilfældet, hvis behandling af depression hos ældre patienter er mindre omkostningstungt. Hvis de gennemsnitlige omkostninger til behandling af depression ikke afhænger af alder, vil resultaterne ikke være påvirket. For den matchede kontrolgruppe

i Region Midtjylland ses væsentlige ubalancer på både uddannelsesniveaue og beskæftigelsesstatus. For Region Nordjylland ses væsentlige ubalancer mellem interventions- og kontrolgruppe for så vidt angår civilstand, bopælsstatus og andelen af studerende, hvilket skal ses i lyset af en lavere gennemsnitsalder i interventionsgruppen. Samlet set kan disse ubalancer resultere i skæve resultater, hvor vi enten over- eller undervurderer meromkostningerne ved Collaborative Care. Vi forventer dog ikke, at eventuel bias vil kunne flytte væsentligt på konklusionen, da ubalancerne er på et let til moderat niveau.

En væsentlig svaghed ved undersøgelsen er, at followup-perioden kun er 9 måneder. Followup-perioden er afgrænset til 9 måneder, da de sidste personer i interventionsgruppen blev inkluderet ultimo marts 2017, og da der kun har været adgang til registerdata frem til ultimo 2017 til brug for undersøgelsen. En opfølgingsperiode på 9 måneder er utilstrækkelig til at belyse effekter på langt sigt, herunder behandlingsbehovet som følge af øget recovery og egenomsorg samt tilknytning til arbejdsmarkedet. Vi kan derfor ikke belyse de langsigtede effekter af indsatsen.

En anden væsentlig svaghed ved undersøgelsen er, at den ikke omfatter en opgørelse af sundhedsgevinsterne ved Collaborative Care målt i livskvalitet på nær for Region Hovedstaden, hvor der er en randomiseret kontrolgruppe. Det er ikke muligt at opgøre sundhedsgevinster målt i livskvalitet i analyserne med statistisk konstrueret kontrolgruppe, da det kræver, at der indsamles spørgeskemadata fra både interventions- og kontrolgruppen. QALYs er det gængse mål for livskvalitet i sundhedsøkonomiske evalueringer, omend det har været fremført, at QALYs ikke er velegnet til at måle effekter af sundhedsindsatser rettet mod fx depression og angst, fordi det ikke i tilstrækkeligt omfang opfanger ændringer i mentalt helbred (21).

Undersøgelsen omfatter omkostninger forbundet med behandling og rehabilitering på sygehus, behandling i primærsektoren, receptpligtig medicin og overførsler i et offentligt udgiftsperspektiv. Omkostninger for andre sektorer, herunder patienternes egenbetaling indgår ikke. Omkostninger forbundet med almindeligt sygefravær og nedsat effektivitet, når man er på arbejde, indgår heller ikke i denne undersøgelse. Det betyder, at vi ikke kan vurdere de samlede, samfundsøkonomiske effekter af indsatsen.

Det er en styrke ved undersøgelsen, at omkostningsestimater er baseret på nationale registerdata. Priserne, der danner grundlag for analysen, bruges også internt til afregningsformål og har dermed en høj datamæssig kvalitet. Omkostningerne er dog opgjort på basis af gennemsnitlige takster, der kan afvige fra det faktiske ressourceforbrug. For så vidt angår takster for kontakter til den regionale psykiatri, anvendes én takst for henholdsvis en ambulante kontakt og en sengedag. Det kan have betydning, hvis behandling af patienterne i Collaborative Care generelt lægger beslag på færre eller flere ressourcer end en gennemsnitlig sammenlignelig patient.

Interventionsomkostninger for Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Nordjylland er opgjort på baggrund af bl.a. tidsregistrering foretaget af Care Managere i en repræsentativ måned (november 2016). Hvis der har været ledig kapacitet hos Care Managerne på grund af færre henviste patienter end forventet, som ikke er kanaliseret til andre opgaver uden for projektet, vil det trække interventionsomkostningerne pr. patient op i den pågældende region. Der er henvist færre patienter end forventet i Region Hovedstaden og Region Sjælland, som har højere interventionsomkostninger end Region Nordjylland. I Region Midtjylland er ydelser leveret af Care Managere registreret som ambulante kontakter i psykiatrien og fremgår således af den registerbaserede opgørelse.

Et sidste opmærksomhedspunkt i fortolkningen handler om multiple test. Der foretages 51 forskellige statistiske test pr. region i de primære analyser med statistisk konstrueret kontrolgruppe. Dertil kommer subgruppeanalyser og følsomhedsanalyser. Den teoretiske rate af type-1 fejl ligger på 5 %.

Dermed vil en del af de signifikante fund sandsynligvis være udtryk for en tilfældig variation og ikke en 'sand' sammenhæng. Vi har ikke lavet en teknisk korrektion for multiple test, men ved kun at basere konklusionerne på de samlede omkostninger til sygesikringsdækkede ydelser, sygehusbehandling, receptpligtige lægemidler og overførsler (dagpenge og sygedagpenge) i den samlede opfølgingsperiode har vi reduceret antallet af betydningsfulde test pr. region. De øvrige test for omkostninger inden for forskellige kategorier (fx specifikke lægemidler) og for dele af opfølgingsperioden (fx 0-3 måneder) har således primært et deskriptivt formål.

8.2 Konklusion og videre forskning

Ifølge denne undersøgelse kan man ikke opnå besparelser set med et offentligt udgiftsperspektiv ved at tilbyde Collaborative Care i stedet for standardbehandling inden for en tidshorizont på 9 måneder. Denne konklusion er robust – også efter korrektion for lavere caseload end forventet i nogle regioner og dermed højere interventionsomkostninger pr. patient. De modeller for Collaborative Care, som er afprøvet i Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland i perioden 2014-2017, vurderes på baggrund af denne undersøgelse at være forbundet med meromkostninger sammenlignet med standardbehandling på i størrelsesordenen 10.000 kr. pr. patient set over hele opfølgingsperioden (0-9 måneder).

Det er en væsentlig svaghed ved undersøgelsen, at followup-perioden kun er 9 måneder. Det kan ikke udelukkes, at der kan opnås besparelser på længere sigt, hvis Collaborative Care mindsker behandlingsbehov og sikrer en bedre tilknytning til arbejdsmarkedet.

En anden væsentlig svaghed er, at undersøgelsen ikke belyser sundhedsgevinsterne ved Collaborative Care for alle regioner. Hvorvidt Collaborative Care er en omkostningseffektiv intervention sammenlignet med standardbehandling, afhænger af de sundhedsmæssige gevinster. Hvis sundhedsgevinsterne er tilstrækkeligt store i forhold til meromkostningerne, vil Collaborative Care være omkostningseffektiv.

Der er behov for yderligere analyser af omkostningseffektiviteten af Collaborative Care med en længere opfølgingsperiode, hvor effekten af Collaborative Care måles både i forhold til livskvalitet og sygdomsspecifikke effektmål. Det anbefales at gennemføre en sundhedsøkonomisk evaluering af Collabri Flex med minimum 2 års opfølgning. Collabri Flex er en revideret version af Collaborative Care-modellen, som i 2018-2019 afprøves i et randomiseret design med deltagelse af 29 lægepraksisser i Region Hovedstaden.

Litteratur

- (1) Davidsen AS, Kousgaard MB, Overbeck G. Collaborative care for angst og depression - En undersøgelse af de sundhedsprofessionelles erfaringer med implementeringen af en ny model for organiseringen af det tværsektorielle samarbejde. In press.
- (2) Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Oct 17;10:CD006525.
- (3) Muntingh AD, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HW, Spinhoven P, van Balkom AJ. Collaborative care for anxiety disorders in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract* 2016 Jun 2;17:62-016-0466-3.
- (4) Grochtdreis T, Brettschneider C, Wegener A, Watzke B, Riedel-Heller S, Harter M, et al. Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of depressive disorders in primary care: a systematic review. *PLoS One* 2015 May 19;10(5):e0123078.
- (5) van Steenberg-Weijnenburg KM, van der Feltz-Cornelis CM, Horn EK, van Marwijk HW, Beekman AT, Rutten FF, et al. Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of major depressive disorder in primary care. A systematic review. *BMC Health Serv Res* 2010 Jan 19;10:19-6963-10-19.
- (6) Aragonés E, Lopez-Cortacans G, Sanchez-Iriso E, Pinol JL, Caballero A, Salvador-Carulla L, et al. Cost-effectiveness analysis of a collaborative care programme for depression in primary care. *J Affect Disord* 2014 Apr;159:85-93.
- (7) Grochtdreis T, Zimmermann T, Puschmann E, Porzelt S, Dams J, Scherer M, et al. Cost-utility of collaborative nurse-led self-management support for primary care patients with anxiety, depressive or somatic symptoms: A cluster-randomized controlled trial (the SMADS trial). *Int J Nurs Stud* 2018 Apr;80:67-75.
- (8) Jakobsen M, Holm-Petersen C. Sundhedsøkonomi. In: Dau S, Nielsby U, editors. *Klinisk lederskab - en grundbog i sygeplejen*. 1. udg. København: FADL's Forlag; 2018. p. 253-278.
- (9) Epløv LF, Poulsen CH, Curth NK, Vinding R. Evaluering af collaborative care i Danmark - samlet national evalueringsrapport. In press.
- (10) Roenbaum PR, Rubin DB. Constructing a Control Group Using Multivariate Matched Sampling Methods That Incorporate the Propensity Score. *The American Statistician* 1985;39(1):33-38.
- (11) Stuart EA. Matching methods for causal inference: A review and a look forward. *Stat Sci* 2010 Feb 1;25(1):1-21.
- (12) Søndergaard NM, Jacobsen RH. Hvordan isolerer vi sammenhængen mellem indsats og resultat? Propensity score matching som metode i effektevaluering. København: Danmarks Evalueringsinstitut (EVA), *Evalueringsnyt* 2010;25.
- (13) Retsinformation.dk. Bekendtgørelse om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper, BEK nr. 264 af 25/03/2018. 2018; Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=200363>. Accessed Oktober, 2018.
- (14) læger.dk. Honorartabel - Dagtid. Overenskomst om almen praksis. 1. april 2018 til 30. september 2018. 2018; Available at: https://www.laeger.dk/sites/default/files/01-10_honorartabel_2018_april_uden_farve.pdf. Accessed Oktober, 2018.

- (15) laeger.dk. FAQ om ydelser i almen praksis, psykometriske tests. 2018; Available at: <https://www.laeger.dk/faq-om-ydelser-i-almen-praksis>. Accessed Oktober, 2018.
- (16) Sundhedsstyrelsen. Udviklingen i forbruget af lægemidler mod depression og angst - Fra januar 2011 til december 2012. Notat. 2013. København: Sundhedsstyrelsen.
- (17) Austin PC. An Introduction to Propensity Score Methods for Reducing the Effects of Confounding in Observational Studies. *Multivariate Behav Res* 2011 May;46(3):399-424.
- (18) Dansk Industri. Nye satser for sygedagpenge, g-dage mm. 2017. 2017; Available at: <https://di.dk/personale/personalejura/nyheder/nyhederomsatser/satserforg-dage-dagpenge-sygedagpengemv/pages/nye-satser-for-sygedagpengegdage-2017.aspx>. Accessed Oktober, 2018.
- (19) Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford: Oxford University Press; 2015.
- (20) Wittrup-Jensen K, Lauridsen J, Gudex C, Pedersen KM. Generation of a Danish TTO value set for EQ- 5D health states. *Scand J Public Health* 2009;37(5):459-466.
- (21) Knapp M, Mangalore R. "The trouble with QALYs...". *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2007;16(4):289-293.

Bilag 1 Kvaliteten af matchingen

Dette bilag viser detaljer om matchingen for de enkelte regioner. Nogle celler er tomme af diskretionshensyn. Antallet af sygehuskontakter vises som gennemsnit, men variablene er brugt kategorisk i matchingen (0, 1-2, 3-4, 5+). Det samme gælder for kontakter til sygehus med angst eller depression som aktionsdiagnose. ICD-10-diagnoser, kontakt til psykolog via sygesikringen samt recepter er binære indikatorer. Sygehusomkostninger er numeriske variable i kroner.

Region Hovedstaden

Bilagstabel 1.1 Matchingfaktorer og balance for Region Hovedstaden

		Kontrol		Indsats		Std.for- skel	Varians- ratio
		n	%	n	%		
	N	1483	100	627	100		
Køn	Kvinde	1015	68,44	404	64,43	0,08	0,97
	Mand	468	31,56	223	35,57	0,08	0,97
Alder (år)	14-24	329	22,18	128	20,41	0,04	1,03
	25-34	387	26,1	199	31,74	0,12	0,94
	35-44	274	18,48	133	21,21	0,07	0,95
	45-54	214	14,43	93	14,83	0,01	0,99
	55-64	139	9,37	41	6,54	0,11	1,18
	65+	140	9,44	33	5,26	0,19	1,31
Uddannelse	Grundskole og adgangsgivende sekundær	374	25,22	134	21,37	0,09	1,06
	Erhvervsuddannelse og kort videregående	735	49,56	297	47,37	0,04	1,00
	MVU og LVU+	332	22,39	182	29,03	0,15	0,92
	Missing	42	2,83	14	2,23	0,04	1,12
Civilstand	Ugift	771	51,99	354	56,46	0,09	1,01
	Gift	482	32,5	186	29,67	0,06	1,03
	Fraskilt eller enke	230	15,51	87	13,88	0,05	1,05
Bopælsstatus	Single	464	31,29	185	29,51	0,04	1,02
	Samboende	789	53,2	301	48,01	0,10	1,00
	Andet	230	15,51	141	22,49	0,17	0,87
Beskæftigelse	Beskæftiget	772	52,06	372	59,33	0,15	1,02
	Arbejdsløs	159	10,72	53	8,45	0,08	1,11
	Studerende	297	20,03	129	20,57	0,01	0,99
	Pensionist	191	12,88	46	7,34	0,21	1,28
	Andet	64	4,32	27	4,31	0,00	1,00
Overførsler	Dagpenge et år før inklusion	234	15,78	105	16,75	0,03	0,98
	Dagpenge 90 dage før inklusion	143	9,64	60	9,57	0,00	1,00
	Sygedagpenge et år før inklusion	421	28,39	178	28,39	0,00	1,00
	Sygedagpenge 90 dage før inklusion	354	23,87	141	22,49	0,03	1,02
	Kontanthjælp et år før inklusion	89	6	31	4,94	0,05	1,10
	Kontanthjælp 90 dage før inklusion	78	5,26	26	4,15	0,06	1,12
	Førtidspension et år før inklusion	52	3,51	11	1,75	0,13	1,40
Førtidspension 90 dage før inklusion	52	3,51	11	1,75	0,13	1,40	
Kontakter til sygehus	Somatisk indlæggelse et år før inklusion	211	14,23	89	14,19	0,00	1,00

		Kontrol		Indsats		Std.forskel	Variansratio
		n	%	n	%		
	Ambulant somatisk kontakt et år før inklusion	734	49,49	315	50,24	0,02	1,00
	Psykiatrisk indlæggelse fem år før inklusion	34	2,29	11	1,75	0,04	1,14
	Psykiatrisk ambulant kontakt fem år før inklusion	145	9,78	56	8,93	0,03	1,04
	Angst som aktionsdiagnose fem år før inklusion	42	2,83	26	4,15	0,07	0,83
	Depression som aktionsdiagnose fem år før inklusion	171	11,53	43	6,86	0,18	1,26
	F1-diagnose fem år før inklusion	9	0,61	8	1,28	0,06	0,69
	F2-diagnose fem år før inklusion					0,01	
	F3-diagnose fem år før inklusion	37	2,49	11	1,75	0,06	1,19
	F4-diagnose fem år før inklusion	68	4,59	37	5,9	0,06	0,89
	F5-diagnose fem år før inklusion					0,09	
	F6-diagnose fem år før inklusion	17	1,15	5	0,8	0,04	1,20
Forbrug af medicin	N01B-recept to år før inklusion					0,06	
	N02A-recept to år før inklusion	179	12,07	60	9,57	0,08	1,11
	N02B-recept to år før inklusion	391	26,37	134	21,37	0,12	1,07
	N02C-recept to år før inklusion	65	4,38	29	4,63	0,01	0,97
	N03A-recept to år før inklusion	80	5,39	23	3,67	0,09	1,20
	N04B-recept to år før inklusion	20	1,35	4	0,64	0,09	1,45
	N05B-recept to år før inklusion	170	11,46	60	9,57	0,06	1,08
	N05C-recept to år før inklusion	211	14,23	74	11,8	0,08	1,08
	N06B-recept to år før inklusion	19	1,28	4	0,64	0,08	1,41
	N07B-recept to år før inklusion	20	1,35	13	2,07	0,05	0,81
	N07C-recept to år før inklusion					0,03	
	N05A-recept to år før inklusion	44	2,97	9	1,44	0,13	1,42
Kontakter til psykolog	Kontakt til psykolog via sygesikring	52	3,51	18	2,87	0,04	1,10
Omkostninger til sygehuskontakter		Mean	SD	Mean	SD		
	Samlede omkostninger til somatisk sygehus et år før inklusion	7696,91	21937,3	7325,5	21050,7	0,02	1,04
	Samlede omkostninger til ambulant psykiatrisk sygehus et år før inklusion	300,56	2685,8	210	2034,4	0,04	1,32
	Samlede omkostninger til psykiatriske indlæggelser et år før inklusion	1677,46	23383,5	1508,18	29142,3	0,01	0,80

Region Sjælland

Bilagstabel 1.2 Matchingfaktorer og balance for Region Sjælland

		Kontrol		Indsats		Std.forskel	Variansratio
		n	%	n	%		
	N	585	100	530	100		
Køn	Kvinde	387	66,15	394	74,34	0,19	1,08
	Mand	198	33,85	136	25,66	0,19	1,08
Alder (år)	14-24	149	25,47	91	17,17	0,22	1,16
	25-34	153	26,15	100	18,87	0,19	1,12
	35-44	119	20,34	125	23,58	0,08	0,95
	45-54	69	11,79	88	16,6	0,13	0,87
	55-64	52	8,89	63	11,89	0,09	0,88
	65+	43	7,35	63	11,89	0,14	0,81
Uddannelse	Grundskole og adgangsgivende sekundær	157	26,84	152	28,68	0,04	0,98
	Erhvervsuddannelse og kort videregående	302	51,62	255	48,11	0,07	1,00
	MVU og LVU+	116	19,83	116	21,89	0,05	0,96
	Missing	10	1,71	7	1,32	0,03	1,14
Civilstand	Ugift	321	54,87	230	43,4	0,23	1,00
	Gift	188	32,14	194	36,6	0,09	0,97
	Fraskilt eller enke	76	12,99	106	20	0,18	0,84
Bopælsstatus	Single	168	28,72	176	33,21	0,10	0,96
	Samboende	319	54,53	291	54,91	0,01	1,00
	Andet	98	16,75	63	11,89	0,15	1,15
Beskæftigelse	Beskæftiget	294	50,26	272	51,32	0,02	1,00
	Arbejdsløs	78	13,33	73	13,77	0,01	0,99
	Studerende	123	21,03	58	10,94	0,32	1,31
	Pensionist	65	11,11	97	18,3	0,19	0,81
	Andet	25	4,27	30	5,66	0,06	0,87
	Overførsler	Dagpenge et år før inklusion	110	18,8	86	16,23	0,07
	Dagpenge 90 dage før inklusion	63	10,77	57	10,75	0,00	1,00
	Sygedagpenge et år før inklusion	165	28,21	155	29,25	0,02	0,99
	Sygedagpenge 90 dage før inklusion	132	22,56	127	23,96	0,03	0,98
	Kontanthjælp et år før inklusion	33	5,64	45	8,49	0,10	0,83
	Kontanthjælp 90 dage før inklusion	29	4,96	39	7,36	0,09	0,83
	Førtidspension et år før inklusion	23	3,93	28	5,28	0,06	0,87
	Førtidspension 90 dage før inklusion	23	3,93	28	5,28	0,06	0,87
Kontakter til sygehus	Somatisk indlæggelse et år før inklusion	78	13,33	113	21,32	0,20	0,83
	Ambulant somatisk kontakt et år før inklusion	276	47,18	296	55,85	0,17	1,01
	Psykiatrisk indlæggelse fem år før inklusion	11	1,88	21	3,96	0,11	0,70
	Psykiatrisk ambulant kontakt fem år før inklusion	79	13,5	89	16,79	0,09	0,91
	Angst som aktionsdiagnose fem år før inklusion	11	1,88	36	6,79	0,20	0,54
	Depression som aktionsdiagnose fem år før inklusion	64	10,94	42	7,92	0,11	1,16
	F1-diagnose fem år før inklusion	4	0,68	7	1,32	0,06	0,72
	F2-diagnose fem år før inklusion					0,03	
	F3-diagnose fem år før inklusion	27	4,62	29	5,47	0,04	0,92
	F4-diagnose fem år før inklusion	27	4,62	57	10,75	0,20	0,68

	Kontrol		Indsats		Std.forskel	Variansratio	
	n	%	n	%			
F5-diagnose fem år før inklusion	4	0,68	0	0	-		
F6-diagnose fem år før inklusion	8	1,37	13	2,45	0,07	0,75	
Forbrug af medicin	N01B-recept to år før inklusion				0,02		
	N02A-recept to år før inklusion	78	13,33	83	15,66	0,06	0,94
	N02B-recept to år før inklusion	163	27,86	176	33,21	0,11	0,95
	N02C-recept to år før inklusion	24	4,1	25	4,72	0,03	0,94
	N03A-recept to år før inklusion	25	4,27	43	8,11	0,14	0,74
	N04B-recept to år før inklusion					0,09	
	N05B-recept to år før inklusion	37	6,32	73	13,77	0,22	0,71
	N05C-recept to år før inklusion	85	14,53	77	14,53	0,00	1,00
	N06B-recept to år før inklusion	10	1,71	5	0,94	0,08	1,34
	N07B-recept to år før inklusion	6	1,03	8	1,51	0,04	0,83
	N07C-recept to år før inklusion					0,06	
	N05A-recept to år før inklusion	22	3,76	31	5,85	0,09	0,81
Kontakter til psykolog	Kontakt til psykolog via sygesikring	31	5,3	24	4,53	0,04	1,08
Omkostninger til sygehus-kontakter		Mean	SD	Mean	SD		
	Samlede omkostninger til somatisk sygehus et år før inklusion	7129,73	19352,5	11730,1	31427,2	0,15	0,62
	Samlede omkostninger til ambulant psykiatrisk sygehus et år før inklusion	375,58	2883,9	458,5	2164,1	0,04	1,33
	Samlede omkostninger til psykiatriske indlæggelser et år før inklusion	814,57	8760,6	1339,25	12604,3	0,04	0,70

Region Midtjylland

Bilagstabel 1.3 Matchingfaktorer og balance for Region Midtjylland

		Kontrol		Indsats		Std.forskel	Variansratio
		n	%	n	%		
	N	555	100	340	100		
Køn	Kvinde	418	75,32	236	69,41	0,13	0,94
	Mand	137	24,68	104	30,59	0,13	0,94
Alder (år)	14-24	148	26,67	107	31,47	0,10	0,95
	25-34	194	34,95	104	30,59	0,09	1,03
	35-44	115	20,72	50	14,71	0,17	1,14
	45-54	55	9,91	40	11,76	0,06	0,93
	55-64	28	5,05	22	6,47	0,06	0,89
	65+	15	2,7	17	5	0,11	0,74
Uddannelse	Grundskole og adgangsgivende sekundær					0,10	
	Erhvervsuddannelse og kort videregående	234	42,16	174	51,18	0,18	0,99
	MVU og LVU+	220	39,64	84	24,71	0,35	1,13
	Missing					0,12	
Civilstand	Ugift	385	69,37	215	63,24	0,13	0,96
	Gift	111	20	91	26,76	0,15	0,90
	Fraskilt eller enke	59	10,63	34	10	0,02	1,03
Bopælsstatus	Single	174	31,35	101	29,71	0,04	1,02
	Samboende	244	43,96	167	49,12	0,10	0,99
	Andet	137	24,68	72	21,18	0,09	1,06
Beskæftigelse	Beskæftiget	285	51,35	143	42,06	0,19	1,01
	Arbejdsløs	53	9,55	42	12,35	0,09	0,89
	Studerende	171	30,81	111	32,65	0,04	0,98
	Pensionist	24	4,32	30	8,82	0,16	0,72
	Andet	22	3,96	14	4,12	0,01	0,98
Overførsler	Dagpenge et år før inklusion	120	21,62	69	20,29	0,03	1,02
	Dagpenge 90 dage før inklusion	78	14,05	38	11,18	0,09	1,10
	Sygedagpenge et år før inklusion	141	25,41	97	28,53	0,07	0,96
	Sygedagpenge 90 dage før inklusion	106	19,1	79	23,24	0,10	0,93
	Kontanthjælp et år før inklusion	35	6,31	10	2,94	0,20	1,44
	Kontanthjælp 90 dage før inklusion	30	5,41	10	2,94	0,15	1,34
	Førtidspension et år før inklusion	8	1,44	13	3,82	0,12	0,62
	Førtidspension 90 dage før inklusion	8	1,44	12	3,53	0,11	0,65
Kontakter til sygehus	Somatisk indlæggelse et år før inklusion	92	16,58	34	10	0,22	1,24
	Ambulant somatisk kontakt et år før inklusion	255	45,95	139	40,88	0,10	1,01
	Psykiatrisk indlæggelse fem år før inklusion					0,19	
	Psykiatrisk ambulant kontakt fem år før inklusion	132	23,78	59	17,35	0,17	1,12
	Angst som aktionsdiagnose fem år før inklusion	72	12,97	20	5,88	0,30	1,43
	Depression som aktionsdiagnose fem år før inklusion	149	26,85	165	48,53	0,43	0,89
	F1-diagnose fem år før inklusion					0,13	
	F2-diagnose fem år før inklusion					0,02	
F3-diagnose fem år før inklusion	57	10,27	20	5,88	0,19	1,29	

		Kontrol		Indsats		Std.for- skel	Varians- ratio
		n	%	n	%		
	F4-diagnose fem år før inklusion	93	16,76	25	7,35	0,36	1,43
	F5-diagnose fem år før inklusion					0,02	
	F6-diagnose fem år før inklusion	13	2,34	0	0	-	
Forbrug af medicin	N01B-recept to år før inklusion					0,02	
	N02A-recept to år før inklusion	61	10,99	50	14,71	0,11	0,88
	N02B-recept to år før inklusion	119	21,44	96	28,24	0,15	0,91
	N02C-recept to år før inklusion	25	4,5	14	4,12	0,02	1,04
	N03A-recept to år før inklusion	26	4,68	18	5,29	0,03	0,94
	N04B-recept to år før inklusion					0,11	
	N05B-recept to år før inklusion	55	9,91	28	8,24	0,06	1,09
	N05C-recept to år før inklusion	80	14,41	54	15,88	0,04	0,96
	N06B-recept to år før inklusion					0,11	
	N07B-recept to år før inklusion					0,15	
	N07C-recept to år før inklusion					0,05	
	N05A-recept to år før inklusion	11	1,98	22	6,47	0,18	0,57
Kontakter til psykolog	Kontakt til psykolog via sygesikring	23	4,14	17	5	0,04	0,91
Omkostninger til sygehus- kontakter		Mean	SD	Mean	SD		
	Samlede omkostninger til somatisk sygehus et år før inklusion	7687,13	18271,7	7100,55	26226,1	0,02	0,70
	Samlede omkostninger til ambulant psykiatrisk sygehus et år før inklusion	756,05	2783,2	380,29	2095,4	0,18	1,33
	Samlede omkostninger til psykiatriske indlæggelser et år før inklusion	1169,49	9942,9	0	0	-	

Region Nordjylland

Bilagstabel 1.4 Matchingfaktorer og balance for Region Nordjylland

		Kontrol		Indsats		Std.forskel	Variansratio
		n	%	n	%		
	N	483	100	213	100		
Køn	Kvinde	342	70,81	149	69,95	0,02	0,99
	Mand	141	29,19	64	30,05	0,02	0,99
Alder (år)	14-24	114	23,6	61	28,64	0,11	0,94
	25-34	132	27,33	71	33,33	0,13	0,95
	35-44	106	21,95	33	15,49	0,18	1,14
	45-54	81	16,77	32	15,02	0,05	1,05
	55-64	40	8,28	12	5,63	0,11	1,20
	65+	10	2,07	4	1,88	0,01	1,05
Uddannelse	Grundskole og adgangsgivende sekundær					0,10	
	Erhvervsuddannelse og kort videregående	245	50,72	99	46,48	0,09	1,00
	MVU og LVU+	126	26,09	54	25,35	0,02	1,01
	Missing					0,08	
Civilstand	Ugift	265	54,87	146	68,54	0,29	1,07
	Gift	147	30,43	50	23,47	0,16	1,09
	Fraskilt eller enke	71	14,7	17	7,98	0,25	1,31
Bopælsstatus	Single	152	31,47	77	36,15	0,10	0,97
	Samboende	242	50,1	115	53,99	0,08	1,00
	Andet	89	18,43	21	9,86	0,29	1,30
Beskæftigelse	Beskæftiget	262	54,24	106	49,77	0,09	1,00
	Arbejdsløs	72	14,91	30	14,08	0,02	1,02
	Studerende	94	19,46	63	29,58	0,22	0,87
	Pensionist	33	6,83	10	4,69	0,10	1,19
	Andet	22	4,55	4	1,88	0,20	1,53
	Overførsler	Dagpenge et år før inklusion	86	17,81	49	23	0,12
	Dagpenge 90 dage før inklusion	50	10,35	35	16,43	0,16	0,82
	Sygedagpenge et år før inklusion	165	34,16	59	27,7	0,14	1,06
	Sygedagpenge 90 dage før inklusion	123	25,47	41	19,25	0,16	1,11
	Kontanthjælp et år før inklusion	32	6,63	16	7,51	0,03	0,94
	Kontanthjælp 90 dage før inklusion	29	6	12	5,63	0,02	1,03
	Førtidspension et år før inklusion	19	3,93	7	3,29	0,04	1,09
	Førtidspension 90 dage før inklusion	19	3,93	6	2,82	0,07	1,17
Kontakter til sygehus	Somatisk indlæggelse et år før inklusion	80	16,56	26	12,21	0,13	1,14
	Ambulant somatisk kontakt et år før inklusion	242	50,1	87	40,85	0,19	1,02
	Psykiatrisk indlæggelse fem år før inklusion	10	2,07	5	2,35	0,02	0,94
	Psykiatrisk ambulant kontakt fem år før inklusion	73	15,11	38	17,84	0,07	0,94
	Angst som aktionsdiagnose fem år før inklusion	33	6,83	9	4,23	0,13	1,25
	Depression som aktionsdiagnose fem år før inklusion	62	12,84	22	10,33	0,08	1,10
	F1-diagnose fem år før inklusion					0,01	
	F2-diagnose fem år før inklusion					0,01	
	F3-diagnose fem år før inklusion	17	3,52	12	5,63	0,09	0,80
	F4-diagnose fem år før inklusion	47	9,73	21	9,86	0,00	0,99
F5-diagnose fem år før inklusion					0,01		

		Kontrol		Indsats		Std.forskel	Variansratio
	F6-diagnose fem år før inklusion	11	2,28	6	2,82	0,03	0,90
Forbrug af medicin	N01B-recept to år før inklusion					-	
	N02A-recept to år før inklusion	75	15,53	20	9,39	0,21	1,24
	N02B-recept to år før inklusion	133	27,54	54	25,35	0,05	1,03
	N02C-recept to år før inklusion	28	5,8	12	5,63	0,01	1,01
	N03A-recept to år før inklusion	36	7,45	5	2,35	0,34	1,73
	N04B-recept to år før inklusion					0,03	
	N05B-recept to år før inklusion	52	10,77	23	10,8	0,00	1,00
	N05C-recept to år før inklusion	58	12,01	27	12,68	0,02	0,98
	N06B-recept to år før inklusion	4	0,83	5	2,35	0,10	0,60
	N07B-recept to år før inklusion	4	0,83	5	2,35	0,10	0,60
	N07C-recept to år før inklusion					-	
	N05A-recept to år før inklusion	27	5,59	12	5,63	0,00	1,00
Kontakter til psykolog	Kontakt til psykolog via sygesikring	19	3,93	9	4,23	0,01	0,97
Omkostninger til sygehus-kontakter		Mean	SD	Mean	SD		
	Samlede omkostninger til somatisk sygehus et år før inklusion	7822,4	18158,3	6447,96	16550,6	0,08	1,10
	Samlede omkostninger til ambulant psykiatrisk sygehus et år før inklusion	234,66	939,6	989,07	6345,5	0,12	0,15
	Samlede omkostninger til psykiatriske indlæggelser et år før inklusion	911,77	8512,2	1179,15	11522,7	0,02	0,74