

Nationella riktlinjer 2024

Bilaga: Hälsoekonomiskt underlag

Vård vid ätstörningar

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, maj 2024

Förord

Socialstyrelsen har i detta dokument samlat det hälsoekonomiska underlaget för de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid ätstörningar.

Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har tillsammans identifierat vilka av åtgärderna som det var lämpligt att söka hälsoekonomisk litteratur för. Huvudsakligen söktes efter frågeställningar som rörde manualbaserade behandlingsåtgärder. Det hälsoekonomiska underlaget har sammanställts utifrån en systematisk litteratursökning i vetenskapliga databaser.

De fullständiga riktlinjerna finns publicerade på myndighetens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Dokumentet har inte korrekturlästs, det kan därför finnas vissa språkliga och andra formmässiga fel.

Sofia von Malortie
Enhetschef
Nationella riktlinjer och screening

Innehåll

Förord	3
Helhetssyn och samarbete kring personer med ätstörning	5
Id: O3: Interventionsprogram för att förebygga ätstörning	5
Anorexi	10
Id AN4: KBT anpassad för behandling av ätstörning för vuxna	10
Id AN11: Förstärkt öppenvård	13
Hetsätningsstörning	16
Id H1: Manualbaserad självhjälp med behandlarstöd	16
Bulimi	19
Id BN4: KBT anpassad för behandling av ätstörning	19
Id BN6: Ätstörningsanpassad KBT delvis som distanskontakt via videolänk	22

Helhetssyn och samarbete kring personer med ätstörning

Id: O3: Interventionsprogram för att förebygga ätstörning

Hälsotillstånd: Ungdomar (från 15 år) som löper risk att utveckla ätstörning

Åtgärd: Dissonansbaserat interventionsprogram

Socialstyrelsens bedömning

Det hälsoekonomiska underlaget pekar mot att ett dissonansbaserat interventionsprogram dominerar andra insatser (skrivterapi samt ingen behandling) som förebyggande insats till ungdomar (från 15 år) som löper risk att utveckla ätstörning. Att insatsen är dominant innebär att ett dissonansbaserat interventionsprogram kan generera bättre effekt till en lägre kostnad jämfört med andra insatser.

Kommentar

Det hälsoekonomiska underlaget är delvis i linje med det vetenskapliga underlaget för evidens som drar slutsatsen att det möjligen är en lägre risk att insjukna i en ätstörning om man fått en dissonansbaserad intervention istället för enbart en bedömning.

Tre hälsoekonomiska studier som uppfyllde inklusionskriterierna identifierades. Endast en av dessa ligger till grund för bedömningen, de andra två studierna bedömdes vara av låg kvalitet och kunde därmed inte bidra till bedömningen men redovisas nedan för kännedom.

Underlag för bedömningen

Underlaget som ligger till grund för bedömningen var en svensk studie [1]. De studerade kostnadseffektiviteten av en internetbaserad version av det dissonansbaserade interventionsprogrammet *Body Project* jämfört med *uttrycksfullt skrivande (expressive writing)* samt väntelista. Deltagarna rekryterades via sociala medier och var unga kvinnor (15–20 år) som uppgav att de hade ett subjektivt kroppsmissnöje.

Body Project-programmet gavs av psykologistudenter och bestod av 4 sessioner, 1 timme per session, under 4 veckor. Mellan sessionerna hade deltagarna även vissa hemuppgifter. De deltagare som fick skrivterapi fick i uppgift att under 40 minuter skriva ner tankar, känslor eller annat som de kom att tänka på när de tänkte på sin kropp.

Den ekonomiska analysen var modellbaserad med ett tidsperspektiv på 8 år och gjordes utifrån både ett hälso- och sjukvårdsperspektiv samt ett samhällsperspektiv. Kostnader som inkluderades i analyserna var kostnader för interventionerna, hälso- och sjukvårdskostnader samt kostnader för produktionsbortfall. Utfallsmåttet i studien var kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs). Kostnaderna uttrycktes i amerikanska dollars (USD) i 2021 års prisnivå. Både kostnader och effekter diskonterades med 3,5 procents diskonteringsränta.

Det hälsoekonomiska underlaget pekar mot att det internetbaserade Body Project-programmet dominerar skrivterapi och väntelista med en genomsnittskostnad per patient ur samhällsperspektivet på 790 USD (cirka 6500 SEK¹) och 9,11 QALYs i jämförelse med cirka 2900 USD (cirka 23 750 SEK¹) och 9,09 QALYs för skrivterapi och cirka 3950 USD (cirka 32 350 SEK¹) och 9,08 QALYs för väntelista.

Ytterligare två studier identifierades, båda bedömdes vara av låg kvalitet:

Akers m.fl. (2017) [2] studerade kostnadseffektiviteten av det dissonansbaserade interventionsprogrammet *Body Project* jämfört med att få tillgång till en utbildningsbroschyr. Populationen bestod av unga kvinnor som rekryterades vid amerikanska universitet (medelålder 21,6 år; SD 5,6 år).

Body Project-programmet gavs på gruppnivå (5–9 kvinnor) under 4 veckor, 1 timme per vecka. Kontrollgruppen fick två utbildningsbroschyrer via post, den ena broschyren var en tre sidor lång guide angående ätstörningar producerad av APA Help Center och den andra var en broschyr från National Eating Disorders Association som innehöll tio steg till en positiv kroppsbild.

Analysen genomfördes från ett budgetperspektiv med universitets budget i fokus. Endast kostnader för interventionerna inkluderades i analyserna och det primära utfallsmåttet var kliniskt meningsfull reduktion av ätstörningssymptom (clinically meaningful reduction in eating disorder symptoms – EDDI). Utfallsmåttet följdes upp efter 3 år.

Akers m.fl. (2021) [3] studerade kostnadseffektiviteten av det dissonansbaserade interventionsprogrammet *Body Project* i tre olika format (grupp ledd av kliniker; grupp ledd av utbildad jämnårig person; utbildning via internet) samt jämfört med videoutbildning. Populationen var unga

¹ Omräknat från USD år 2021 till SEK år 2021 med valutakursuppgift från Riksbanken <https://www.riksbank.se/sv/statistik/sok-rantor--valutakurser/?g130-SEKUSDPMI=on&from=2021-01-04&to=2021-01-05&f=Day&c=cAverage&s=Comma>

kvinnor rekryterade från tre olika universitet i Oregon och Texas (medelålder 22,2 år; SD 7,1 år).

De som fick Body Project i grupp fick en timmes utbildning per vecka i fyra veckor, 5–9 kvinnor per grupp. Majoriteten av terapeuterna i den klinikerledda gruppen var psykologer eller socialarbetare. Den andra gruppen fick sin utbildning av personer från varierande discipliner så som folkhälsa, näringslära, psykologi etc. Deltagare i den internetbaserade utbildningen (eBody Project) fick tillgång till sex stycken 40-minuters långa utbildningsmoduler som gavs parallellt med grupputbildning. Videoutbildningen, som den fjärde gruppen fick, bestod av en 55 minuter lång dokumentär som handlade om ätstörningar och kroppsmisshälsa.

Två analyser genomfördes, i den ena togs hänsyn till både hälso- och sjukvårdskostnader samt kostnader för interventionen medan det i den andra analysen endast togs hänsyn till interventionskostnaderna. Författarna menade att den förstnämnda analysen gjordes utifrån ett samhällsperspektiv och den andra utifrån ett universitetsperspektiv, båda analyserna genomfördes utifrån en 4-årig tidshorisont.

Bedömningens tillförlitlighet

Känslighetsanalyser på enskilda parametrar presenterade i de Alva (2023) påverkade inte resultatet. Den probabilistiska känslighetsanalysen visade att det var 68,7 procents sannolikhet att Body Project dominerade uttrycksfullt skrivande samt 67,9 procents sannolikhet att Body Project dominerade väntelista.

Underlagens överensstämmelse med PICO

Underlagen stämmer väl överens med PICO.

Överförbarhet till svenska förhållanden

Samtliga studier bedömdes ha medelhög överförbarhet till svenska förhållanden. Studien av de Alva (2023), som var en svensk studie, fick avdrag gällande överförbarhet på grund av att data för såväl vissa av kostnaderna samt de livskvalitetsvikter som användes i studien inte kom från svenska källor.

Underlagens kvalitet

Studien av de Alva m.fl. (2023) [1] bedömdes ha medelhög kvalitet. Vissa tillkortakommande noterades, exempelvis var det svårt att utläsa hur sannolikheten för mortalitet var framtagen, en sannolikhet som dessutom var relativt hög.

Akers m.fl. (2017) [2] och Akers m.fl. (2021) [3] bedömdes båda vara av låg kvalitet. På grund av avsaknad av transparens i hur kostnaderna identifierats, kvantifierats och värderats var det inte möjligt att bedöma komponenterna i

studiernas kostnadsberäkningar. Överlag ansågs studierna inte tillräckligt transparenta eller innehålla tillräckligt med information.

Tabell 1. Inkluderade studier och andra underlag

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
Akers et al., 2017 [2] USA	Kostnadseffektiviteten av programmet Body Project jämfört med utbildningsbroschyr Kostnadseffektivitetsanalys 3-årig tidshorisont för utfallsmåttet Universitetsperspektiv	Interventionskostnader Diskontering: Ej relevant	Reduktion av ätstörnings-symptom (clinically meaningful reduction in eating disorder symptoms – EDDI) Diskontering: Saknas	-	Studiens resultat presenteras inte eftersom studien bedömdes vara av låg kvalitet
Akers et al., 2021 [3] USA	Kostnadseffektiviteten av programmet Body Project i tre format jämfört med videoutbildning Kostnadseffektivitetsanalys 4-årig tidshorisont för utfallsmåttet Samhällsperspektiv och universitetsperspektiv	Interventionskostnader och kostnader för hälso- och sjukvård Diskontering: Ej relevant	Incidens av ätstörning Diskontering: Saknas	-	Studiens resultat presenteras inte eftersom studien bedömdes vara av låg kvalitet
de Alva et al. 2023 [1] Sverige	Kostnadseffektiviteten av programmet Body Project (virtuell version) jämfört med uttrycksfullt skrivande samt väntelista Kostnadsnyttoanalys Markovmodell 8-årig tidshorisont Hälso- och sjukvårdsperspektiv samt samhällsperspektiv	Interventionskostnader Diskontering: 3,5 procent	Kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) Diskontering: 3,5 procent	Resultaten pekar mot att det internetbaserade Body Project-programmet dominerar skriverterapi samt väntelista	

Litteratursökning

En första litteratursökning genomfördes den 30 januari 2023. Senare gjordes en tilläggsökning den 10 maj 2023. Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Referenser

1. Martínez de Alva P, Ghaderi A, Andersson G, Feldman I, Sampaio F. The cost-effectiveness of a virtual intervention to prevent eating disorders in young women in Sweden. *International Journal of Eating Disorders*. 2023; 56(10):1887-97.
2. Akers L, Rohde P, Stice E, Butryn ML, Shaw H. Cost-effectiveness of achieving clinical improvement with a dissonance-based eating disorder prevention program. *Eating disorders*. 2017; 25(3):263-72.
3. Akers L, Rohde P, Shaw H, Stice E. Cost-effectiveness comparison of delivery modalities for a dissonance-based eating disorder prevention program over 4-year follow-up. *Prevention Science*. 2021; 22(8):1086-95.

Anorexi

Id AN4: KBT anpassad för behandling av ätstörning för vuxna

Hälsotillstånd: Anorexia nervosa, vuxna

Åtgärd: Kognitiv beteendeterapi anpassad för behandling av ätstörning

Socialstyrelsens bedömning

Det hälsoekonomiska underlaget pekar mot att KBT genererar bättre effekt men till en högre kostnad jämfört med sedvanlig vård i en öppenvårdskontext, för personer med anorexia nervosa över 18 år. Inga signifikanta skillnader i effekt gick dock att säkerställa.

Kommentar

Ingående data i det hälsoekonomiska underlaget är i linje med det vetenskapliga underlaget för evidens [hänvisning] som drar slutsatsen att det inte går bedöma effekten av KBT jämfört med sedvanlig vård för personer över 18 år med anorexia nervosa. Däremot uppskattar en hälsoekonomisk känslighetsanalys en sannolikhet på 94% att KBT hade bättre effekt och högre kostnad bland öppenvårdspatienter i den aktuella populationen. Känslighetsanalysen uppskattar vidare en sannolikhet på cirka 75% att den högre kostnaden för KBT jämfört med sedvanlig vård är acceptabel, under förutsättning att betalningsviljan per remission är 20 000 EUR, motsvarande cirka 175 000 SEK² under aktuellt studieår.

Underlag för bedömningen

I underlaget ingår följande studie:

I en studie av van den Berg m.fl. (2022) [1] studerades kostnadseffektiviteten av KBT jämfört med sedvanlig vård för personer med anorexia nervosa över 18 år.

Analysen baserades på en icke-ekvivalent kontrollgrupp före- och efterstudie där sedvanlig vård gavs åren 2012–2014 och KBT åren 2015–2017. Sedvanlig vård bestod av medicinsk vård, arbete med att återställa

² Omräknat från EUR år 2014 till SEK 2014 med valutauppgifter från Riksbanken: <https://www.riksbank.se/sv/statistik/sok-rantor--valutakurser/?g130-SEKEURPMI=on&from=2014-01-02&to=2014-01-03&f=Day&c=cAverage&s=Comma>

undervikt genom övervakade måltider och beteendeinsatser, psykoedukation, terapeutiska insatser med fokus på kroppsmedvetenhet och rörelsebeteende samt en eklektisk psykologisk strategi med inslag från kognitiva, beteendemässiga, schemafokuserade och psykodynamiska interventioner. KBT-behandlingen delades upp i tre faser där den första fasen syftade till att förbereda förändring, andra fasen att gå upp i vikt och ta itu med sin ätstörning och den sista fasen till att utveckla personliga färdigheter för att förebygga återfall. KBT gavs i upp till 40 sessioner där antalet sessioner styrdes av graden av undervikt.

Den ekonomiska analysen genomfördes från ett hälso- och sjukvårdsperspektiv och tidshorisonten var 1 år. Kostnader som inkluderades i den primära analysen var kostnader för öppenvårdskontakter, vilket innefattade både direkt kontakt med patienten och kontakter som rörde patienten, kostnader för dagar i dagvård samt kostnader för dagar i slutenvård. I en sekundär analys inkluderades enbart kostnader för patienter i öppenvård. Endast analysen som presenterar effekter i förhållande till kostnader för patienter i öppenvård redovisas nedan utifrån att överförbarheten av den primära analysen till svenska förhållanden inte bedömdes tillräckligt god. Kostnaderna uttrycktes i euro (EUR) i 2014 års prisnivå.

Det primära utfallsmåttet var andel som uppnår remission. För att uppnå remission krävdes att patienten uppfyllde ett antal kriterier: BMI $\geq 18,5$; att patienten nådde WHO:s gränsvärde för hälsosam vikt; att patienten skattade under 2,77 med det självrapporterade Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q); samt frånvaro av hetsätning rapporterat i EDE-Q.

Inga statistiskt signifikanta skillnader i effekt gick att säkerställa. I analysen som enbart inkluderade patienter i öppenvård uppgick kostnaden per remission för KBT jämfört med sedvanlig vård till 11 700 EUR, vilket motsvarar 104 100 SEK¹.

Bedömningens tillförlitlighet

Den hälsoekonomiska känslighetsanalysen uppskattar att sannolikheten för att KBT är kostnadseffektivt för öppenvårdspatienter är 75% vid en betalningsvilja på 20 000 EUR per remission, vilket motsvarar cirka 175 000 SEK¹. Vid högre nivåer av betalningsvilja ökar sannolikheten för att KBT är kostnadseffektivt.

I studien följdes patienterna enbart under 1 år. En 1-årig tidshorisont är för kort för att bedöma behandlingens beständighet.

Underlagens överensstämmelse med PICO

Underlaget stämmer väl överens med PICO.

Överförbarhet till svenska förhållanden

Studiens överförbarhet till svenska förhållanden utifrån en öppenvårdskontext bedömdes som god. Analyser som inkluderade kostnader för dagvård och slutenvård bedömdes inte som överförbara utifrån att deltagarna i studien hade en betydligt större mängd dagar i slutenvård än vad som normalt ges i en svensk kontext.

Underlagets kvalitet

Den ekonomiska analysen bedömdes vara av medelhög kvalitet. Vissa tillkortakommanden noterades, exempelvis hade det varit önskvärt att man genomfört fler känslighetsanalyser. Analysen baserades även på icke signifikanta resultat för utfallsmåttet. Det bör även påpekas att resultaten från analyserna baserades på en före- och efterstudie, en studiedesign som inbegriper mer osäkerhet än en kontrollerad studie. I övrigt var kvaliteten god avseende de hälsoekonomiska metoderna.

Tabell 2. Inkluderade studier och andra underlag

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
Van den Berg et al., 2022 [1] Nederländerna	Kostnadseffektivitet av KBT jämfört med sedvanlig vård för personer med anorexia nervosa över 18 år Kostnadseffektivitetsanalys 1-årig tidshorisont Hälsa- och sjukvårdsperspektiv	Kostnader för öppenvårdskontakter Uttrycks i 2014 års prisnivå Diskontering: Ej relevant	Andel som uppnår remission Diskontering: Ej relevant	11 700 EUR per remission för KBT jämfört med sedvanlig vård	

Litteratursökning

En litteratursökning genomfördes den 30 januari 2023. Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Referenser

- van den Berg E, Schlochtermeyer D, Koenders J, de Mooij L, de Jonge M, Goudriaan AE, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavior therapy-enhanced compared with treatment-as-usual for anorexia nervosa in an inpatient and outpatient routine setting: a consecutive cohort study. *Journal of eating disorders*. 2022; 10(1):2.

Id AN11: Förstärkt öppenvård

Hälsotillstånd: Anorexia nervosa, person i behov av intensifierade insatser

Åtgärd: Förstärkt öppenvård

Socialstyrelsens bedömning

Det hälsoekonomiska underlaget pekar mot att förstärkt öppenvård dominerar heldygnsvård, vilket innebär att förstärkt öppenvård kan generera bättre effekt till en lägre kostnad jämfört med heldygnsvård. Inga signifikanta skillnader för vare sig effekter eller kostnader gick dock att säkerställa mellan förstärkt öppenvård och heldygnsvård, för personer med anorexia nervosa.

Kommentar

Ingående data i det hälsoekonomiska underlaget är i linje med det vetenskapliga underlaget för evidens som drar slutsatsen att det inte går bedöma effekten av förstärkt öppenvård, jämfört med heldygnsvård, för personer med anorexia nervosa. Däremot uppskattar en hälsoekonomisk känslighetsanalys en sannolikhet på cirka 60% att förstärkt öppenvård medför en lägre kostnad och bättre effekt än heldygnsvård för den aktuella populationen (det senare i linje med konsensusutlåtandet).

Underlag för bedömningen

De ekonomiska underlag som identifierades på området var följande:

Byford m.fl (2007) [1] samt en rapport från Gowers m.fl. (2010) [2] studerade kostnadseffektiviteten av specialiserad heldygnsvård, specialiserad öppenvård och icke-specialiserad öppenvård för personer med anorexia nervosa 11–17 år. Gruppen som fick icke-specialiserad öppenvård redovisas inte i underlaget då de inte bedömdes motsvara frågeställningen. Rapporten och den vetenskapliga artikeln bygger på samma randomiserade kontrollerade studie och presenterar samma resultat, därför presenteras en gemensam sammanfattning nedan.

Heldygnsvård hade ett multidisciplinärt psykiatriskt förhållningssätt där syftet var att normalisera ätande, återfå hälsosam vikt och uppnå kognitiv förändring. Den gavs initialt i 6 veckor men kunde förlängas vid behov. Specialiserad öppenvård omfattade individuell kognitiv beteendeterapi (12 sessioner), föräldrarådgivning tillsammans med patienten (4–8 sessioner), kostterapi (4 sessioner) och multimodal feedback (4 sessioner). Behandlingen var utformad att pågå under 6 månader.

Analysen hade ett budgetperspektiv och tidshorisonten var 2 år. Kostnader som inkluderades i analysen var kostnader för hälso- och sjukvård, socialtjänst samt kostnader kopplat till elevernas skolfrånvaro. Det primära utfallsmåttet var the Morgan–Russell Average Outcome Scale (MRAOS). Kostnaderna uttrycktes i brittiska pund (GBP) i 2004 års prisnivå. Både kostnader och effekter diskonterades med 3,5 procents diskonteringsränta.

Inga statistiskt signifikanta skillnader för vare sig effekter eller kostnader gick att säkerställa mellan de två grupperna efter 2 år. Det hälsoekonomiska vetenskapliga underlaget pekar dock mot att specialiserad öppenvård dominerar heldygnsvård med en genomsnittskostnad per patient på cirka 27 000 GBP (cirka 348 000 SEK³) och en MRAOS-effekt på 8,35 i jämförelse med cirka 34 300 GBP (cirka 442 000 SEK¹) respektive 8,26 i MRAOS-effekt för heldygnsvård.

Bedömningens tillförlitlighet

Känslighetsanalysen visar att sannolikheten för att specialiserad öppenvård är kostnadseffektiv jämfört med heldygnsvård är cirka 60 procent, oavsett betalningsvilja för enhetsökning i MRAOS. Beslutet om val av behandling är därmed osäkert eftersom sannolikheten för kostnadseffektivitet ligger nära 50 procent.

Underlagens överensstämmelse med PICO

Underlaget stämmer väl överens med PICO.

Överförbarhet till svenska förhållanden

Den ekonomiska analysen bedömdes ha medelhög överförbarhet till svenska förhållanden.

Underlagens kvalitet

Den ekonomiska analysen bedömdes vara av medelhög kvalitet.

³ Omräknat från GBP år 2004 till SEK år 2004 med valutauppgifter från Riksbanken.
<https://www.riksbank.se/sv/statistik/sok-rantor--valutakurser/?g130-SEKGBPPMI=on&from=2004-01-01&to=2004-01-02&f=Day&c=cAverage&s=Comma>

Tabell 3. Inkluderade studier och andra underlag

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
Byford et al., 2007 & Gowers et al., 2010 [1, 2] England	Kostnadseffektiviteten av specialiserad öppenvård jämfört med heldygnsvård för personer med anorexia nervosa 11-17 år Kostnadseffektivitetsanalys Tidshorisont: 2 år Budgetperspektiv	Kostnader för hälso- och sjukvård; socialtjänst och kostnader kopplat till utbildning Uttrycktes i 2004 års prisnivå Diskontering: 3,5%	The Morgan-Russell Average Outcome Scale (MRAOS) Diskontering: 3,5%	Inga signifikanta skillnader för vare sig effekter eller kostnader gick att säkerställa mellan interventionerna	Känslighetsanalysen pekar mot att specialiserad öppenvård dominerar heldygnsvård

Litteratursökning

En första sökning genomfördes den 30 januari 2023. Senare gjordes en tilläggsökning den 11 maj 2023. Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Referenser

1. Byford S, Barrett B, Roberts C, Clark A, Edwards V, Smethurst N, et al. Economic evaluation of a randomised controlled trial for anorexia nervosa in adolescents. *The British Journal of Psychiatry*. 2007; 191(5):436-40.
2. Gowers S, Clark A, Roberts C, Byford S, Barrett B, Griffiths A, et al. A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability-the TOuCAN trial. *Health Technol Assess*. 2010; 14(15):1-98.

Hetsätningsstörning

Id H1: Manualbaserad självhjälp med behandlarstöd

Hälsotillstånd: Hetsätningsstörning, ungdomar (över 15 år) och vuxna

Åtgärd: Manualbaserad självhjälp med behandlarstöd

Socialstyrelsens bedömning

Det hälsoekonomiska underlaget är av för låg kvalitet för att kunna bedöma kostnadseffektiviteten för manualbaserad självhjälp för personer med hetsätningsstörning, jämfört med sedvanlig behandling.

Kommentar

En studie som studerade kostnadseffektiviteten av manualbaserad självhjälp jämfört med sedvanlig behandling för vuxna med hetsätningsstörning identifierades. Studien bedömdes vara av låg kvalitet och ha låg överförbarhet till svenska förhållanden. Bedömning avseende kvalitet och överförbarhet gör att kostnadseffektiviteten av manualbaserad självhjälp jämfört med sedvanlig vård för personer med hetsätningsstörning i dagsläget är oklar.

Underlag för bedömningen

I underlaget ingår följande studie:

Lynch m.fl. (2010) [1] genomförde en kostnadseffektivitetsanalys av manualbaserad självhjälp jämfört med sedvanlig behandling för personer med hetsätningsstörning. Den hälsoekonomiska analysen genomfördes i USA och byggde på data från två publikationer baserade på en randomiserad kontrollerad studie av DeBar m.fl. (2009) [2] och Striegel-Moore (2009) [3], Wilsen et al. (2010) [4].

Deltagarna i interventionsgruppen fick åtta korta coachingsessioner där en terapeut förklarade hur den självhjälpsbok de erhållit skulle användas samt hjälpte dem bibehålla fokus genom de olika stegen i programmet. Kontrollgruppen fick sedvanlig behandling vilket i det här fallet inte innebar någon aktiv insats utan istället var information till patienten om andra typer av behandlingar som fanns tillgängliga, exempelvis möjlighet att söka vård i

primärvården, hos nutritionist eller genom att egenremiss till psykiatrisk specialistvård.

Studien genomfördes från ett samhällsperspektiv samt ett hälso- och sjukvårdsperspektiv med en 1-årig tidshorisont.

Kostnader som inkluderades i analysen var kostnader för interventionen (personal, overhead, lokaler, utrustning och förbrukningsmaterial), kostnader till följd av produktionsförlust samt icke-medicinska kostnader så som resekostnader för den enskilda individen. Det primära utfallsmåttet var dagar i remission samt QALY.

Bedömningens tillförlitlighet

Underlagens överensstämmelse med PICO

Underlaget stämmer väl överens med PICO.

Överförbarhet till svenska förhållanden

Studien bedöms ha låg överförbarhet till svenska förhållanden. Den var genomförd i USA, ett land vars hälso- och sjukvårdsorganisation skiljer sig från svensk hälso- och sjukvård. Exempelvis blev patienterna hänvisade till de behandlingsalternativ tillgängliga inom deras HMO (Health Maintenance Organization) vars utbud varierar. Liknande organisation finns inte i Sverige.

Underlagens kvalitet

Studien bedöms vara av låg kvalitet avseende den ekonomiska analysen. Skattningen av kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) var hämtad från litteratur som inte baserades på patienters egna skattningar utan på expertutlåtanden för ätstörningar generellt. Vid förenklingar likt de som gjorts i studien krävs känslighetsanalyser, något som saknades. Överlag saknades information som gjorde det möjligt att bedöma studiens kvalitet.

Tabell 4. Inkluderade studier och andra underlag

Författare, år Referens	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
Land					
Lynch et al., 2010 [1] USA	Kostnadseffektiviteten av manualbaserad självhjälp jämfört med sedvanlig vård Kostnadseffektivitetsanalys 1-årig tidshorisont Samhällsperspektiv samt hälso- och sjukvårdsperspektiv	Kostnader för interventionen, kostnader till följd av produktionsförlust samt icke-medicinska kostnader så som resekostnader för den enskilda individen. Diskontering: Ej relevant	Dagar i remission QALY Diskontering: Ej relevant	-	Studiens resultat presenteras inte eftersom studien bedömdes vara av låg kvalitet och ha låg överförbarhet till svenska förhållanden

Litteratursökning

En litteratursökning genomfördes den 30 januari 2023. Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Referenser

- Lynch FL, Striegel-Moore RH, Dickerson JF, Perrin N, DeBar L, Wilson GT, et al. Cost-effectiveness of guided self-help treatment for recurrent binge eating. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2010; 78(3):322.
- DeBar LL, Yarborough BJ, Striegel-Moore RH, Rosselli F, Perrin N, Wilson GT, et al. Recruitment for a guided self-help binge eating trial: potential lessons for implementing programs in everyday practice settings. *Contemporary Clinical Trials*. 2009; 30(4):326-33.
- Striegel-Moore RH, Rosselli F, Perrin N, DeBar L, Wilson GT, May A, et al. Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*. 2009; 42(5):471-4.
- Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives of general psychiatry*. 2010; 67(1):94-101.

Bulimi

Id BN4: KBT anpassad för behandling av ätstörning

Hälsotillstånd: Bulimia nervosa, ungdomar (över 15 år) och vuxna

Åtgärd: Kognitiv beteendeterapi anpassad för behandling av ätstörning

Socialstyrelsens bedömning

Det hälsoekonomiska underlaget pekar mot att KBT som behandling av bulimia nervosa hos personer över 15 år genererar en bättre effekt men till en högre kostnad jämfört med ingen behandling.

Kommentar

Kostnadseffektiviteten för KBT jämfört med ingen behandling uppgår enligt underlaget för bedömningen till cirka 14 500 AUD, vilket motsvarar cirka 98 100 SEK⁴, per undvikt funktionsjusterat levnadsår (DALY). DALY reflekterar de levnadsår som förloras på grund av för tidig död samt de år man lever med en funktionsnedsättning på grund av sjukdom.

I det vetenskapliga underlaget för evidens drar man slutsatsen att KBT jämfört med väntelista möjligen leder till en minskad ätstörningspsykopatologi. Det var inte möjligt att bedöma några effekter på andra utfall.

Underlag för bedömningen

I underlaget ingår följande studie:

Le m.fl. (2017) [1] studerade kostnadseffektiviteten av KBT jämfört med ingen behandling (väntelista) för vuxna personer mellan 18–65 år med bulimi. KBT gavs antingen individuellt, då fick deltagaren 10-sessioner á 60 minuter, eller i grupp (6–10 personer), då fick gruppen 10–20 sessioner som varade i 90–120 minuter var.

⁴ Omräknat från AUD år 2013 till SEK 2013 med valutauppgifter från Riksbanken:
<https://www.riksbank.se/sv/statistik/sok-rantor--valutakurser/?g130-SEKAUDPMI=on&from=2013-01-01&to=2013-01-02&f=Day&c=cAverage&s=Comma>

Analysen var modellbaserad över en 2-årsperiod och gjordes utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv, i vilket man inkluderade kostnader för interventionen samt kostnader för besök hos primärvårdsläkare, psykolog och psykiatriker, provtagning, analys och monitorering av resultat. I studien gjordes även en sekundär analys där även patienternas restid och reskostnad inkluderades. Utfallsmåttet i studien var funktionsjusterade levnadsår (DALYs). Kostnaderna uttrycktes i australiensiska dollars (AUD) i 2013 års prisnivå. Både kostnader och effekter diskonterades med 3 procents diskonteringsränta.

I den primära analysen uppgick kostnaden per undviken DALY till cirka 14 500 AUD, vilket motsvarar cirka 98 100 SEK¹, konfidensintervallet sträckte sig från 8 800 AUD till 35 700 AUD (59 500–255 000 SEK¹). I den sekundära analysen, där även patienters restid och reskostnad inkluderades uppgick kostnaden per undviken DALY till 18 900 AUD, vilket motsvarar cirka 128 000 SEK¹.

Bedömningens tillförlitlighet

Vid ett antagande om ett tröskelvärde på 50 000 AUD (cirka 340 000 SEK¹) konstaterades att sannolikheten för att interventionen var kostnadseffektiv uppgår till cirka 99 procent.

Precision i sammantagen kostnadseffektivitetskvot

Resultatet var känsligast för patienternas följsamhet till programmet men ingen av de känslighetsanalyser som genomfördes hade markant påverkan på resultaten. Författarna drog därmed slutsatsen att KBT jämfört med väntelista är en kostnadseffektiv intervention i den aktuella populationen.

Underlagens överensstämmelse med PICO

Underlaget stämmer väl överens med PICO.

Överförbarhet till svenska förhållanden

Resultaten från studien bedömdes ha medelhög överförbarhet till svenska förhållanden. Resultatet baseras på en modellstudie där data har hämtats från olika källor och anpassats till australiensisk kontext. Såväl envägsanalyser som en probabilistisk känslighetsanalys har genomförts för att undersöka hur ICERn påverkades av olika antaganden.

Det bör även uppmärksammas att DALYs används istället för QALYs som utfallsmått i analysen. Socialstyrelsens nivåer för kostnadseffektivitet är relaterade till värdet av en QALY.

Underlagens kvalitet

Underlaget bedömdes vara av medelhög kvalitet avseende den ekonomiska analysen. Detta baseras på att ingående kostnadsenheter presenterades separat och med kostnadsintervall där det var relevant.

Tabell 5. Inkluderade studier och andra underlag

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
Le et al., 2017 [1] Australien	Kostnadseffektiviteten av KBT jämfört med ingen behandling (väntelista) för personer med bulimi (18–65 år) Kostnadsnyttoanalys Markovmodell 2-årig tidshorisont Hälso- och sjukvårdsperspektiv	Interventionskostnader; kostnader för besök hos primärvårdsläkare, psykolog och psykiatriker; behandling; provtagning, analys och monitorering av resultat. Utrycks i 2013 års prishivå Diskontering: 3%	Funktionsjusterade levnadsår (DALYs) Diskontering: 3%	14 500 AUD per undvikt DALY för KBT jämfört med ingen behandling	Patienternas följsamhet hade störst påverkan på ICER:n, men endast marginellt

Litteratursökning

En litteratursökning genomfördes den 30 januari 2023. Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Referenser

1. Le LKD, Hay P, Wade T, Touyz S, Mihalopoulos C. The cost-effectiveness of cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa in the Australian context. *International Journal of Eating Disorders*. 2017; 50(12):1367-77.

Id BN6: Åtstörningsanpassad KBT delvis som distanskontakt via videolänk

Hälsotillstånd: Bulimia nervosa, ungdomar (över 15 år) och vuxna

Åtgärd: Åtstörningsanpassad KBT delvis utförd i digitalt format över video

Socialstyrelsens bedömning

Det hälsoekonomiska underlaget är av för låg kvalitet för att kunna bedöma kostnadseffektiviteten av KBT digital, vid behandling av personer över 15 år med bulimia nervosa, jämfört med KBT fysisk.

Kommentar

En studie identifierades som studerade kostnadseffektiviteten av KBT digitalt jämfört med KBT fysisk. Studien bedömdes vara av låg kvalitet och ha låg överförbarhet till svenska förhållanden. Bedömningarna avseende kvalitet och överförbarhet gör att kostnadseffektiviteten av KBT digital jämfört med KBT fysisk för personer över 15 år med bulimia nervosa i dagsläget är oklar.

Underlag för bedömningen

I underlaget ingår följande studie:

Crow m.fl. (2009) [1] genomförde en kostnadseffektivitetsanalys av TV-KBT (telemedicin) jämfört med KBT fysisk (face-to-face) för personer med bulimi. Studien genomfördes i USA och byggde på data från en randomiserad kontrollerad studie av Mitchell m.fl. (2008) [2].

Deltagarna i interventionsgruppen fick 20 digitala terapisesioner under 16 veckor medan kontrollgruppen fick lika många sessioner under lika lång tid men fysiskt. Terapisesionerna leddes av en psykolog under forskarutbildning som varje vecka blev handledd i sitt arbete.

Interventionerna jämfördes under 1-årig tidshorisont. Enligt författarna genomfördes studien utifrån ett samhällsperspektiv och i analysen inkluderades kostnader för behandling, kostnader för resor samt restid för såväl terapeuter som deltagare, dock inga andra indirekta kostnader. Det primära utfallsmåttet var upphörande av hetsätning, självrensning samt en kombination av dessa under 28 dagar. Resultatet presenterades i en

inkrementell kostnadseffektkvot (ICER) som testades i tre känslighetsanalyser där antingen behandlingskostnaden, bensinpriset eller priset för utrustningen varierades.

Bedömningens tillförlitlighet

Underlagens överensstämmelse med PICO

Underlaget stämmer väl överens med PICO.

Överförbarhet till svenska förhållanden

Studien bedömdes ha låg överförbarhet till svenska förhållanden. Kostnader för resor baserades på kostnader för drivmedel som inte bedömdes relevanta för den svenska kontexten. Studien beaktade även kostnader för tekniska lösningar kopplat till den digitala interventionen som i nutid inte är aktuella med tanke på den tekniska utveckling som skett sedan studien genomfördes.

Underlagens kvalitet

Studien bedömdes vara av låg kvalitet avseende den ekonomiska analysen. Det var inte möjligt att utläsa hur de kostnader som presenterades hade beräknats. Tidshorisonten för analysen ansågs också för kort för att fånga relevanta kostnader och effekter kopplade till insatserna. Överlag ansågs studien inte tillräckligt transparent eller innehålla tillräckligt med information.

Tabell 6. Inkluderade studier och andra underlag

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
Crow et al., 2009 [1] USA	Kostnadseffektivitet av KBT-TV jämfört med KBT face-to-face för personer med bulimia nervosa Kostnadseffektivitetsanalys 1-årig tidshorisont Samhällsperspektiv/Budgetperspektiv med hänsyn till resekostnader och restid	Behandlingskostnader; kostnader för resor och restid Diskontering: Ej relevant	Upphörande av hetsätning, självrensning samt en kombination av dessa under 28 dagar Diskontering: Ej relevant	-	Studiens resultat presenteras inte eftersom studien bedömdes vara av låg kvalitet och ha låg överförbarhet till svenska förhållanden

Litteratursökning

En litteratursökning genomfördes den 30 januari 2023. Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Referenser

1. Crow SJ, Mitchell JE, Crosby RD, Swanson SA, Wonderlich S, Lancaster K. The cost effectiveness of cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour research and therapy*. 2009; 47(6):451-3.
2. Mitchell JE, Crosby RD, Wonderlich SA, Crow S, Lancaster K, Simonich H, et al. A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour research and therapy*. 2008; 46(5):581-92.