
Bør samfunnet prioritere kostbare sykdommer?

REDAKSJONELT

IVAR SØNBØ KRISTIANSEN

Email: isk@sam.sdw.dk

CHRISTIAN KRONBORG ANDERSEN

Ivar Sønbo Kristiansen (f. 1947) er samfunnsmedisiner som arbeider med helseøkonomi.

Christian Kronborg Andersen (f. 1970) er samfunnsøkonom og er i ferd med å avslutte en doktoravhandling om kostnader ved demens.

Institutt for Sundhedstjenesteforskning – Sundhetsøkonomi
Syddansk Universitet, Odense
DK-5000 Odense C, Danmark

Enhver som har hatt med deprimerte å gjøre, vet at depresjon kan være en stor byrde for pasientene – iblant så stor at de foretrekker døden. Depresjon er mer enn en byrde for pasient og pårørende. Det er en økonomisk belastning for samfunnet. Sanne og medarbeidere presenterer i dette nummer av Tidsskriftet en oversikt over hva ”depresjonene koster samfunnet” (1). Helseøkonomer kaller dette en cost-of-illness-analyse, som på norsk kan kalles en sykdomskostnadsanalyse.

Samfunnets kostnader knyttet til en bestemt sykdom omfatter bruk av ressurser til medisinsk behandling, transport og tidsbruk ved behandling, pårørendes innsats for den syke og andre kostnader relatert til sykdommen. Det er ingen enkel oppgave å kvantifisere og verdsette denne type kostnader – fordi det dreier seg om varer og tjenester som ikke omsettes i markeder og ikke har priser i vanlig forstand. I sykdomskostnadsanalyser inkluderes også de såkalte indirekte kostnader. Med det menes bortfall av produksjon pga. sykdom (sykmelding) eller død. Hvor stort produksjonstapet er, vil bl.a. avhenge av pasientens utdanning, alder og kjønn. I samfunn med arbeidsledighet behøver ikke det reelle produksjonstap være så stort fordi det likevel finnes ledig arbeidskraft (2). Når man i tillegg vet at forekomsten av en sykdom kan være

usikker eller avhengig av diagnostiske kriterier, er det ikke overraskende at de estimerte sykdomskostnader er usikre og varierer fra en undersøkelse til en annen.

Hva kan så en sykdomskostnadsanalyse brukes til? ”Store tall virker imponerende” (3), hvilket depresjon er et eksempel på (1), og det ligger snublende nær å tenke at ”kostbare” sykdommer bør prioriteres høyt ressursmessig. Det er mange grunner til at den tolkingen er for enkel. For det første betyr prioritering av en sykdom at det tilføres flere ressurser til diagnostikk og behandling, men analysen sier ingenting om helsenytten av disse ekstra ressursene. Dette er kanskje den viktigste grunnen til at analysen ikke har noen verdi ved prioritering av medisinsk behandling. For det andre bør prioritering av en sykdom avhenge av hvilken helse nytte andre pasienter med andre sykdommer kunne ha av de samme ressursene. For det tredje vil en konsekvent prioritering på grunnlag av sykdomskostnader ha den konsekvens at alle behandlingsressurser til sjuende og sist går til én enkelt sykdom, hvilket er åpenbart urimelig. Det hører nemlig med til unntakene at medisinsk behandling gir reelle kostnadsbesparelser. Hovedregelen i helsevesenet er at man ikke kan generere nytte uten å bruke ressurser. Prioritering av en sykdom betyr derfor oftest at den blir mer kostbar.

Økonomer har i lang tid anbefalt analyser der man måler både helse nytte og kostnader ved medisinsk behandling og har vært skeptiske til sykdomskostnadsanalyser (3, 4). Sistnevnte har imidlertid vært populære blant ikke-økonomer, fordi de oppfattes som lettforståelige. Ikke sjelden ser man derfor at klinikere bruker sykdomskostnader som argument for flere ressurser til ”deres” sykdom eller at legemiddelfirmaer bruker slike analyser i markedsføringen.

Den grunnleggende kritikk av sykdomskostnadsanalyser betyr likevel ikke at de er uten verdi. For det første kan de være et utgangspunkt for kostnad-effekt-analyser, ved at man får oversikt over behandlingens kostnader (5). For det andre kan de gi veiledning om hvilke sykdommer som bør prioriteres innen medisinsk forskning. Når depresjon medfører store lidelser og omkostninger, er det et argument for å prioritere depresjon forskningsmessig dersom man antar at slik forskning bidrar til vesentlige behandlingens fremskritt. Endelig kan sykdomskostnadsanalyser være verdifulle for forsikringsselskaper og andre som påtar seg behandlingens kostnader for bestemte pasientgrupper.

Helseøkonomer vil ikke bruke Sanne og medarbeideres artikkel som argument for å allokere mer ressurser til depresjonsbehandling. De vil derimot stille tre grunnleggende spørsmål:

- Brukes dagens ressurser effektivt? Svaret er ikke åpenbart ja dersom det er korrekt at ansatte i psykiatriske poliklinikker bare bruker 20 – 30 % av arbeidstiden på direkte pasientkontakt (6).
- Hvor stor helsegevinst vil ekstra tilførte ressurser gi pasientene?
- Står denne helsegevinsten i et rimelig forhold til de ekstra ressursene? En kostnad-effekt-analyse kan belyse dette spørsmålet, men ikke en sykdomskostnadsanalyse (3, 7).

Et sentralt spørsmål når man vurderer å allokere mer ressurser til depresjonsbehandling, er om det finnes veldokumentert depresjonsbehandling som ikke er tatt i bruk i Norge. Et søk i Cochrane-databasen tyder på at bruk av selektive serotoninreopptakshemmere har moderate fordeler fremfor tradisjonelle antidepressiver (8, 9), mens salget av de nyere medikamentene økte med 60 millioner kroner (15 %) fra 1999 til 2000 (Marit Rønning, Norsk Medisinaldepot, personlig meddelelse). Hvor effektive andre behandlingstilbud er, gir Cochrane-databasen ikke svar på. Derimot tyder den på at forskningen på området medikamentell depresjonsbehandling ikke er så god som man kunne ønske. I den største Cochrane-oversikten hadde 84 % av de 136 inkluderte studiene en varighet på seks uker eller mindre (8). Over 50 % av studiene omfattet færre enn 100 pasienter (8).

Hvor mye sykdommer koster, kan ha en viss interesse, men det sier ingenting om hvilken medisinsk behandling som bør prioriteres. Prioritering må ta utgangspunkt i godt dokumentert nytte for pasientene. På området depresjon, som kan være en meget langvarig sykdom, er det rimelig å forvente randomiserte studier med varighet over flere år. Dersom man vil dokumentere eventuelle effekter på suicid, vil det kreve tusenvis av pasienter. Slike studier vil nødvendigvis være meget ressurskrevende. De høye kostnadene ved depresjon gir grunn til å tro at en solid forskningsbevilgning kan være vel anvendte penger for denne pasientgruppen.

LITTERATUR

1. Sanne B, Dahl AA, Tell GS. Depresjon – samfunnsøkonomiske perspektiver Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 590 – 6.
2. Koopmanschap MA, Rutten FFH. A practical guide for calculating indirect costs of disease. Pharmacoeconomics 1996; 10: 460 – 6.
3. Mooney G. Key issues in health economics. London: Harvester Wheatsheaf, 1994.
4. Shiell A, Gerard K, Donaldson C. Cost of illness studies: an aid to decision-making? Health policy 1987; 8: 317 – 23.
5. Hodgson TA. Costs of illness in cost-effectiveness analysis. A Review of the methodology. Pharmacoeconomics 1994; 6: 536 – 52.
6. Hatling T, Magnussen J. Evaluering av arbeidsformer og produktivitet ved voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. SFT78. A-99540. Trondheim: Sintef Unimed, 1999.
7. Kristiansen IS. Økonomiske analyser av helsetiltak: om kostnad-nytte- og kostnad-effekt-analyser som hjelpemiddel for bedre ressursbruk. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 2377 – 81.
8. Barbui C, Hotopf M, Freemantle N, Boynton J, Churchill R, Eccles MP et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic and heterocyclic

antidepressants: comparison of drug adherence. Cochrane Database Syst Rev 2000; 4: CD002791.

9. Geddes JR, Freemantle N, Mason J, Eccles MP, Boynton J. SSRIs versus other antidepressants for depressive disorder. Cochrane Database Syst Rev 2000; CD001851.

Publisert: 20. februar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.