

---

# Depresjon – samfunnsøkonomiske perspektiver

---

## AKTUELT PROBLEM

BJARTE SANNE

Email: [Bjarte.Sanne@isf.uib.no](mailto:Bjarte.Sanne@isf.uib.no)  
Seksjon for forebyggende medisin  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen  
Haukeland Sykehus  
5021 Bergen

ALV A. DAHL

Klinikk for psykiatri  
Aker sykehus  
Universitetet i Oslo  
Sognsvannsveien 21  
0320 Oslo

GRETHE SEPPOLA TELL

Seksjon for forebyggende medisin  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen  
Haukeland Sykehus  
5021 Bergen

---

Depresjon er et stort folkehelseproblem, og det siste tiåret er oppmerksomheten internasjonalt i økende grad blitt rettet mot den samfunnsøkonomiske byrden som depressive lidelser representerer.

En gjennomgang av litteraturen omkring samfunnsutgifter knyttet til depresjon presenteres gjennom en vurdering av de to mest aktuelle studiene og en diskusjon av mulighetene for reduksjon av kostnadene.

Kostnadsberegninger av depresjoner er kompliserte, og resultatene spriker mye. Depresjon koster samfunnet store summer hvert år. Morbiditetskostnader utgjør den største posten. Depressive lidelser er underdiagnostisert og underbehandlet. Fordi de fleste pasienter med depresjon kan behandles effektivt, er potensialet for reduksjon av kostnadene til stede, i hvert fall teoretisk. På bakgrunn av den omstridte Gotlands-studien er det hevdet at det kan oppnås store samfunnsøkonomiske besparelser ved å lære allmennpraktikere bedret diagnostikk og behandling av depresjon, men resultatene fra studien lot seg ikke reprodusere i den randomiserte, kontrollerte Hampshire-studien.

Det er uvisst i hvilken grad de samfunnsøkonomiske kostnadene ved depresjon lar seg redusere. Helseøkonomisk forskning på depressive lidelser bør prioriteres.

---

De alvorlige følgene av depresjoner har fått økende oppmerksomhet det siste tiåret. The Global Burden of Disease Study fant at alvorlig depresjon var den fjerde største årsak til funksjonsnedsettelse (DALY) på verdensbasis i 1990 (1), og predikerte at depresjon vil ligge på andreplass i år 2020, etter iskemisk hjertesykdom (2). Denne høye rangeringen gjenspeiler både lidelsens hyppighet og dens ødeleggende følger. En alvorlig konsekvens som i stigende grad vektlegges internasjonalt, er den betydelige *økonomiske* byrden som depressive lidelser representerer (3).

En litteraturgjennomgang danner grunnlaget for denne artikkelen. De to mest aktuelle studiene over målbare samfunnsutgifter knyttet til depressive lidelser vil bli gjennomgått. Analysene som presenteres er utført i USA. Nasjonale estimater av tilsvarende omfang er hittil ikke publisert fra noe europeisk land. Selv om forskjeller mellom det amerikanske og det norske samfunnet begrenser generaliserbarheten av resultatene til Norge, kan metodikk og funn fra de amerikanske studiene gi økt bevisstgjøring omkring utgiftene til depresjon også i vårt land. Muligheter for å redusere kostnadene ved depresjon blir diskutert, samt hvilken retning forskning bør ta for å avhjelpe problemet.

---

## Forekomst av depressive lidelser

Prevalensestimater gir informasjon om hvor hyppig depresjon forekommer i befolkningen, og er sentrale i beregningen av økonomiske utgifter knyttet til behandling og sykefravær. I denne oversikten vil bare de best undersøkte depressive (unipolare) lidelsene bli omtalt, nemlig alvorlig depresjon og dystymi (minst to år med senket stemningsleie og depressive symptomer uten å fylle kriteriene for alvorlig depresjon). Forekomst av bipolare lidelser vil bli nevnt, fordi de økonomiske analysene som presenteres omhandler affektive (dvs. både uni- og bipolare) lidelser. Det amerikanske klassifikasjonssystemet DSM-IV (4) blir brukt her fremfor ICD-10, fordi det meste av forskningen på epidemiologi og kostnadsberegninger kommer fra amerikansk hold.

De amerikanske tverrsnittundersøkelsene Epidemiologic Catchment Area Study (ECA; avsluttet 1983) og National Comorbidity Survey (NCS; avsluttet 1992) (5) er de to mest omfattende undersøkelsene i psykiatrisk epidemiologi, og er sentrale i forhold til kostnadsestimater som presenteres. En tverrsnittstudie fra Oslo (avsluttet 1997) gir prevalenser for depresjon (Victoria Cramer, personlig meddelelse) og dermed mulighet for å sammenlikne forekomsten av depresjon i USA og Oslo, med de begrensninger slike internasjonale sammenlikninger innebærer. Det er uvisst hvor representative funnene fra Oslo-undersøkelsen er for hele landet. Bl.a. er det ikke uvanlig å finne høyere prevalenstall for depresjon i byene enn på landet (5, 6).

Tabell 1 viser prevalensestimater for alvorlig depresjon og dystymi i de nevnte studiene (5, 6) (Victoria Cramer, personlig meddelelse). Alle undersøkelsene viser en nesten dobbelt så høy forekomst blant kvinner som blant menn. De store forskjellene mellom prevalensene i NCS-studien og ECA-studien skyldes hovedsakelig metodiske forskjeller (det diagnostiske intervjuet brukt i NCS-studien ble utformet spesielt med tanke på å øke sensitiviteten i forhold til intervjuet brukt i ECA-studien, gjennomsnittsalderen for NCS-deltakerne var lavere enn for deltakerne i ECA-studien etc.) (6). I Oslo-undersøkelsen brukte man samme diagnostiske intervju som i NCS-studien. Sammenholdt med resultatene fra NCS-studien, Oslo-undersøkelsen og andre epidemiologiske studier gjennomført i vestlige land (6) er det rimelig å anta at tallene fra ECA-studien er noe lavere enn den reelle forekomsten i befolkningen. Også i tverrsnittundersøkelsen Depression Research in European Society I (DEPRES I; 1995), som gav prevalenser for depresjon i seks europeiske land (7), fant man prevalenstall som var noe høyere enn i ECA-studien.

**Tabell 1**

Periodeprevalens av alvorlig depresjon og dystymi i Epidemiologic Catchment Area Study, National Comorbidity Survey og Oslo-undersøkelsen (%)

	Epidemiologic Catchment Area Study				National Comorbidity Survey				Oslo-undersøkelsen			
	Alvorlig depresjon		Dystymi	Alvorlig depresjon		Dystymi	Alvorlig depresjon		Dystymi			
	Livstid	1 år	Livstid	Livstid	1 år	Livstid	1 år	Livstid	1 år			
Totalt	4,9	2,7	3,2	14,9	8,6	6,4	2,5	17,5	7,6	10,7	4,2	
Menn	2,6	1,4	2,2	11,0	6,1	4,8	2,1	10,0	4,4	7,0	2,9	
Kvinner	7,0	4,0	4,1	18,6	11,0	8,0	3,0	23,8	10,2	13,7	5,2	

Generelt er prevalensene for bipolare lidelser relativt stabile over tid og på tvers av kulturer. ECA-studien og NCS-studien viste en livstidsforekomst av bipolar lidelse på henholdsvis 1,3 % og 1,6 % (5).

---

## Hvordan beregne kostnadene?

Ifølge teorien om den menneskelige kapital ("the human capital theory") er et individs verdi for samfunnet vedkommendes produksjonspotensial. Det samfunnsøkonomiske tapet forårsaket av sykdom eller død ansees å tilsvare tapte lønnsinntekter, siden det antas at lønnsutgifter i velfungerende markedsøkonomier tilsvarer arbeiderens produksjon (8). Denne teorien ligger bak flere av de største kostnad-nytte-analysene innen psykiatrisk helsesektor.

Utrekning av kostnader knyttet til depressive lidelser er komplisert, og forskjellige studier kan ende opp med svært ulike estimater. Dette kan skyldes ulike valg av inklusjonskriterier, diagnostiske definisjoner, kilder for prevalensdata, kostnader som inkluderes (listen over potensielle bidrag er lang) og hvordan hver enkelt kostnad defineres og beregnes.

Noen sentrale helseøkonomiske begreper er definert i tabell 2. Direkte kostnader skulle metodologisk sett representere en relativt enkel regneoppgave (9). Det viser seg likevel at de forskjellige kostnadskomponentene defineres ulikt fra studie til studie. Indirekte kostnader består hovedsakelig av mortalitetskostnader (i de fleste studier kalkulert ut fra antall suicid) og morbiditetskostnader (definert som verdien av produksjonstap pga. sykefravær og nedsatt produksjon mens den deprimerte er på jobb) (8). Mens direkte kostnader baseres på forekomst av *behandlede* deprimerte, bygger estimater av indirekte kostnader på forekomst av depresjon i befolkningen. Andre relaterte kostnader er vanskelige å beregne, men omfatter viktige komponenter som familiemedlemmers omsorgsarbeid og kostnader av kriminalitet som antas å skyldes depresjon. Spesielt hos barn og ungdom representerer omsorgsarbeid en vesentlig økonomisk faktor (10).

---

### Tabell 2

Noen sentrale helseøkonomiske begreper

	Direkte kostnader	Brukte ressurser (utgifter til medisinsk behandling)
+	Indirekte kostnader	Tapte ressurser på grunn av nedsatt produksjon, bestående av to komponenter:
	Mortalitetskostnader	Nåverdi av fremtidig produksjonstap pga. for tidlig død
	Morbiditetskostnader	Verdien av varer og tjenester som ikke blir produsert pga. økt sykefravær og nedsatt produksjonsevne
+	Andre relaterte kostnader	Øvrige utgifter som skyldes lidelsen

=	Totale kostnader
---	------------------

Ingen analyser har tatt mål av seg å inkludere alle relevante komponenter. Eksempler på hittil uestimerte faktorer er de økonomiske konsekvensene av for tidlig avsluttet utdanning og tenåringsgraviditeter, som har økt forekomst hos unge med depresjoner (11).

Det er verdt å merke seg at de såkalte overføringene, som utbetaling av sykepenger og uføretrygd, ikke er med i regnestykket, fordi dette ikke representerer ressursbruk, men overføring av ressurser fra én samfunnssektor til en annen (12).

Undersøkelser tyder på at psykiske lidelser er forbundet med et generelt økt forbruk av ikke-psykiatriske helsetjenester, og at adekvat psykiatrisk behandling vil redusere dette overforbruket. Gevinsten som oppnås ved å forbedre helsetjenesten kalles på engelsk "the offset effect" eller "the offset hypothesis" (8).

## En sammenlikning av to studier

I tabell 3 sammenliknes Rice & Millers og Greenberg og medarbeideres prevalensbaserte analyser av kostnadene ved affektive lidelser i USA i 1990 (9, 13, 14). Ingen av gruppene har kunnet beregne de totale utgiftene for uni- og bipolare lidelser hver for seg, heller ikke for hver av de to unipolare lidelsene alvorlig depresjon og dystymi. Bipolare lidelser må antas å medføre en vel så høy morbiditet og mortalitet per pasient som depresjonene, men på grunn av mye hyppigere forekomst er kostnadene ved unipolare lidelser klart større enn ved bipolare. Ved sistnevnte vil ofte maniske faser koste samfunnet mer enn depressive episoder, men den enkelte pasient tilbringer vanligvis mer tid i depressive faser enn i maniske. I det følgende vil derfor kostnadene tilskrives depresjon alene, unipolar eller bipolar, vel vitende om at dette representerer en overestimering.

### Tabell 3

Økonomiske kostnader av affektive lidelser i USA i 1990, i millioner amerikanske dollar. Prosent av totale kostnader i parentes

	Rice & Miller (13)		Greenberg og medarbeidere (9, 14)	
Kostnadskomponenter	Affektive lidelser <sup>1</sup>		Affektive lidelser <sup>2</sup>	
1. Direkte kostnader	19 215	(63,3)	12 412	(23,4)
Psykiatrisk behandling	12 456	(41,0)	11 237	(21,2)
- Sykehus/sykehjem	9 238	(30,4)	8 345	(15,8)

- Poliklinisk behandling	3 218	(10,6)	2 792	(5,3)
- Delt omsorg <sup>3</sup>	-		100	(0,2)
Medikamenter	406	(1,3)	1 175	(2,2)
Støttekostnader <sup>4</sup>	1 480	(4,9)	-	
Mentale helseorganisasjoner	4 873	(16,0)	- <sup>5</sup>	
2. Indirekte kostnader	9 858	(32,5)	40 521	(76,6)
Morbiditetskostnader	2 195	(7,2)	33 000	(62,3) <sup>6</sup>
- Økt sykefravær	-		24 500	(46,3)
- Redusert produksjon på jobb	-		8 500	(16,1)
Mortalitetskostnader	7 663	(25,2)	7 521	(14,2)
3. Andre relaterte kostnader <sup>7</sup>	1 300	(4,3)	-	
4. Totale kostnader	30 373	(100)	52 933	(100)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <sup>1</sup> For estimering av direkte og mortalitetskostnader ble følgende ICD-9 "Clinical Modification"-diagnoser brukt: Affektiv psykose (kode 296), depressiv psykose (kode 298.0) og depressive forstyrrelser ikke klassifisert annet sted (kode 311). For morbiditetskostnader ble DSM-III brukt, inkludert mani, depresjon og dystymi</li> <li>• <sup>2</sup> Alvorlig depresjon, dystymi og bipolar lidelse</li> <li>• <sup>3</sup> "Partial care": Nonføderale generelle sykehus og "multiservice" mentale helseorganisasjoner</li> <li>• <sup>4</sup> Utgifter til forskning, utdanning av helsepersonell etc.</li> <li>• <sup>5</sup> Inkludert i de andre komponentene</li> <li>• <sup>6</sup> Alvorlig depresjon, dystymi og bipolar lidelse, depressiv episode</li> <li>• <sup>7</sup> Kostnader ved kriminalitet pga. affektiv lidelse, administrering av sosiale hjelpetiltak, omsorgsarbeid og annen hjelp fra familie etc.</li> </ul>				

Begge analysene tar utgangspunkt i teorien om den menneskelige kapital. Greenberg og medarbeideres estimat av totale kostnader er betydelig høyere enn Rice & Millers. Årsakene til denne store forskjellen kommer frem ved sammenlikning av de enkelte komponentene.

Selv om gruppene stort sett har brukt felles informasjonskilder for utregning av direkte kostnader (hovedsakelig offentlig statistikk), er Rice & Millers estimat vel 50 % høyere enn Greenberg-gruppens. Dette illustrerer den betydelige metodologiske svakhet som er knyttet til beregningene.

Morbiditetskostnader er den komponenten som er vanskeligst å beregne, og som varierer mest mellom studiene. Begge gruppene baserte seg opprinnelig på prevalenser fra ECA-studien, som altså må antas å være for lave. Derfor beregnet Greenberg og medarbeidere senere morbiditetskostnadene basert på prevalenstall fra NCS-studien (14). Også andre metodiske forskjeller bidrar i vesentlig grad til den store forskjellen mellom gruppens estimater.

Morbiditetskostnadene er 15 ganger høyere hos Greenberg og medarbeidere

enn hos Rice & Miller. Både amerikanske studier (15 – 17) og den europeiske studien DEPRES II (deprimerte DEPRES I-deltakere som hadde hatt kontakt med profesjonell helsearbeider i løpet av de siste seks månedene) (18) viser et betydelig sykefravær på grunn av depresjon, og gir mest støtte til Greenberg og medarbeideres beregninger.

Mortalitetskostnadene er like store i de to analysene. Begge gruppene valgte kun å regne med tapte arbeidsår på grunn av suicid, noe som absolutt kan problematiseres (19). Generelt var det ikke nødvendig å gjøre så mange og konsekvensfylte antakelser ved beregning av mortalitets- som ved beregning av morbiditetskostnadene.

Støttekostnader og andre relaterte kostnader utgjør til sammen over 8 % av de totale utgiftene i Rice & Millers analyse, mens disse komponentene ikke ble estimert av Greenberg og medarbeidere, og derfor representerer dette en underestimert av totale kostnader hos dem.

Til tross for sprikende resultater er konklusjonen klar: De samfunnsøkonomiske kostnadene ved depresjon er svært store. I USA er de sammenliknbare med utgiftene til lidelser som kreft, hjerte- og karsykdommer og AIDS (14, 20). Begge forskergrupper har utelatt en rekke relevante kostnader på grunn av metodologiske vansker og manglende data, og de understreker at deres estimater er konservative. Selv om utgiftene for maniske episoder til dels tilskrives depresjoner, er de virkelige utgiftene for depressive lidelser minst like høye som det laveste av de to estimatene.

---

## Subterskeldepresjon og depressive symptomer

Subterskeldepresjoner fyller ikke formelle diagnostiske kriterier, men forårsaker klinisk signifikante plager eller funksjonsnedsettelse (21). Ved analyser av ECA-data fant Johnson og medarbeidere at minst like mye funksjonsnedsettelse og forbruk av helsetjenester var forbundet med depressive symptomer som med alvorlig depresjon og dystymi (16). Det skyldes den høye forekomsten av subterskeldepresjon og depressive symptomer i befolkningen. Tilsvarende funn ble gjort av Broadhead og medarbeidere (22). Inkludering av subterskeldepresjon og depressive symptomer ville derfor ha forhøyet kostnadsestimatene betydelig (20).

---

## Komorbiditet og kostnader

Komorbiditet kan defineres som samtidig forekomst av ulike lidelser hos samme individ i en definert tidsperiode (23). Komorbiditet ved psykiske lidelser er vanlig, ikke minst av depresjon og angstlidelser, og er assosiert med svakere behandlingsrespons, økt sykefravær og dårligere prognose (5).

Både Rice & Miller og Greenberg og medarbeidere inkluderte psykiatrisk komorbiditet i sine kostestimater, men med kvalitativt ulike tilnærminger (24). Igjen gjenspeiler forskjellene kompleksiteten i estimeringen. I DEPRES II-

studien fant man at komorbiditet mellom depresjon og somatiske plager også var vanlig og forbundet med høy sykkelighet (25). Katz & Yelin har vist at nærvær av depresjon ved revmatoid artritt er assosiert med lengre sykdomsvarighet og dårligere klinisk og funksjonell status (26). Andre studier har også vist at depresjon leder til dårligere fysisk helse (27), at alvorlig depresjon er til stede hos 10 – 14 % av innlagte somatiske pasienter (28), og at depresjon i betydelig grad øker risikoen for død etter hjerteinfarkt (29).

Selv om Greenberg og medarbeidere inkluderte kostnadene for depresjon i somatiske avdelinger (9) (noe Rice & Miller sannsynligvis ikke gjorde, da de ikke spesifikt nevnte disse kostnadene), er det ingenting som tyder på at de har kalkulert kostnadene av at somatiske lidelser varer lenger som følge av komorbid depresjon (20). Også dette peker i retning av underestimert av de totale utgiftene.

---

## Depresjon sammenliknet med alvorlige somatiske lidelser

Conti & Burton (17) fant at gjennomsnittlig sykefravær forbundet med én enkelt sykdomsperiode og tilbakefallsprosent for sykefravær det følgende året var høyere for depresjon enn for de viktigste kroniske somatiske lidelsene. Depresjon var den lidelsen som kostet bedriftene mest. Funnene var i overensstemmelse med resultatene fra The Medical Outcomes Study, som viste at den eneste kroniske lidelsen som kunne sammenliknes med depresjon med hensyn til funksjonsnedsettelse, var fremskreden iskemisk hjertesykdom (30). Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv har det også betydning at depresjon er hyppigst hos unge voksne (6), mens hjertesykdom og andre kroniske somatiske lidelser primært rammer eldre arbeidstakere.

---

## Er det mulig å redusere kostnadene?

Formålet med kostnadsanalyser er å fremskaffe kunnskap som kan brukes til å redusere kostnadene. Er det sannsynlig at tidlig diagnose og adekvat behandling, i tillegg til å redusere menneskelig lidelse, kan redusere den økonomiske byrden? Et positivt svar krever for det første at effektiv terapi er tilgjengelig, for det andre at en betydelig andel av deprimerte i dag ikke blir diagnostisert eller adekvat behandlet, og for det tredje at de totale kostnadene er lavere etter behandling (28).

### Effektiv behandling finnes

Det er bred enighet om at det finnes sikker og effektiv behandling for depresjon. De fleste deprimerte kan i dag behandles effektivt (8, 20). Antidepressive legemidler og psykoterapi bedrer arbeidsevnen (31), slik at en reduksjon av morbiditetskostnader kan forventes ved adekvat behandling. Det er også blitt rapportert bedring i klinisk symptomatologi og psykososial fungering ved behandling av subterskeldepresjon med antidepressiver (32).

## **Depresjon er underdiagnostisert og underbehandlet**

Depressive lidelser er utvilsomt både underdiagnostisert og underbehandlet (20). I DEPRES II-studien debuterte depresjonene gjennomsnittlig 45 måneder før undersøkelsen, og 43 % av pasientene hadde da vært deprimerte i mer enn fem år (18)! I tråd med funnene fra NCS-studien viste ECA-studien at to tredeler av dem som led av affektive lidelser, ikke ble behandlet (33). I DEPRES II-studien var bare 30 % av de deprimerte blitt behandlet med antidepressiver – 15 % hadde fått et trisyklisk preparat og 14 % en selektiv serotoninreopptakshemmer. Av alle reseptene forskrevet for depresjon varierte behandling som inkluderte et antidepressivum fra 88 % (England) til 42 % (Spania). 63 % av reseptene på trisykliske preparater representerte subterapeutiske doser (i Belgia og Tyskland over 80 %) (18). Deprimerte behandlet med trisykliske antidepressiver av allmennpraktikere på Fyn i Danmark i 1990 – 91 fikk en gjennomsnittlig dagsdose på 67 % av anbefalt dose (34).

## **Betyr bedret diagnostisering og behandling reduserte kostnader?**

Allerede i 1988 lanserte det amerikanske National Institute of Mental Health et nasjonalt handlingsprogram for økt oppmerksomhet omkring depresjon samt bedret diagnostisering og behandling av lidelsen (D/ART-kampanjen) (35). Utgangspunktet var nettopp kunnskapen om at depresjon er hyppig, at tilstanden er underdiagnostisert og at effektiv behandling finnes. Det ble antatt at økt kunnskap, både i befolkningen og blant helsepersonell, ville redusere menneskelig lidelse og samfunnsøkonomiske kostnader. Både i Europa og i USA har oppfatningen vært at de største besparelsene oppnås gjennom bedret diagnostisering og behandling i allmennpraksis (36). Derfor ble undervisning for allmennpraktiserende leger og psykiatrisk helsepersonell prioritert. Dessverre ble aldri D/ART-kampanjen tilfredsstillende evaluert, heller ikke helseøkonomisk (37).

Det tredje spørsmålet gjenstår derfor: Er det mulig å *påvise* at adekvat diagnostisering og behandling vil redusere de totale kostnadene? Resultatene til Rice & Miller og Greenberg og medarbeidere antyder sterkt et positivt svar, ikke minst pga. en forventet reduksjon av mortalitets- og morbiditetskostnadene. Men det er ikke sikkert at en reduksjon av antall deprimerte på f.eks. 30 % vil gi en tilsvarende reduksjon i utgiftene. Det er jo ikke usannsynlig at de kronisk deprimerte, som koster samfunnet mest, også er de som vanskeligst lar seg behandle, og som derfor vil utgjøre en relativt liten andel av dem som blir friske (28).

## **Gotlands-studien**

Rutz og medarbeidere gjennomførte i 1983 – 84 en studie på Gotland for å bedre allmennpraktikernes evne til å diagnostisere og behandle depresjon og suicidalitet. Samtidig estimerte de både utgifter og økonomiske og samfunnsmessige gevinster av utdanningsprogrammet (28, 38). De tok utgangspunkt i teorien om den menneskelige kapital, og fant en betydelig reduksjon av både direkte og indirekte kostnader i løpet av forsøksperioden.

Selvmondsrate, henvisninger til psykiater for depressive lidelser, sykefravær på grunn av depresjon og sykehusopphold på grunn av depressive tilstander ble redusert med mellom 50 % og 85 %. Programmet kostet 400 000 svenske kroner, mens besparelsene ble estimert til 140 millioner svenske kroner. Spesielt dramatisk var nedgangen i beregnede mortalitetskostnader pga. reduksjon i antall suicid. Det ble for øvrig funnet at det var nødvendig å gjenta utdanningsprogrammene regelmessig for å oppnå langtidseffekt.

### **Britiske studier**

Påvirket av D/ART-kampanjen og Gotlands-studien ble femårskampanjen Defeat Depression Campaign gjennomført i Storbritannia i 1992 – 96 (37). Målsettingen var å forbedre allmennpraktikeres og andre hjelpearbeideres evne til å diagnostisere og behandle depresjon og å øke befolkningens kunnskap om depressive lidelser. I motsetning til D/ART er den britiske kampanjen blitt gjenstand for omfattende evaluering, som ennå ikke er avsluttet. Positive holdningsendringer i befolkningen i forhold til depresjon og behandling av lidelsen ble til en viss grad oppnådd. Likeledes vurderte en betydelig andel av allmennpraktikerne at deres kunnskap om og håndtering av depresjon ble bedre i løpet av kampanjetiden (37).

I kjølvannet av kampanjen gjennomførte en forskergruppe i Southampton en stor randomisert kontrollert studie for å vurdere effekten av å undervise allmennpraktikere i diagnostisering og behandling av depresjon (Hampshire Depression Project) (39, 40). De hevdet at en før-etter-undersøkelse som Gotlands-studien ikke gir sikre nok holdepunkter for at resultatene skyldtes selve intervensjonen. Gotlands-studien var for liten, og målte heller ikke hvor mange som ble friske etter behandling. I tillegg ble undervisningen vurdert å være for omfattende til implementering på regionalt eller nasjonalt plan, noe som ansees nødvendig hvis byrden av depresjon skal reduseres i befolkningen.

Resultatene fra Hampshire-studien var skuffende. Til tross for at legene i intervensjonsgruppen var fornøyd med undervisning og oppfølging og selv mente at intervensjonen hadde forbedret deres evne til å diagnostisere og behandle depresjon, kunne det med objektive mål ikke påvises noen bedring, verken med hensyn til diagnostisering eller behandlingsresultater. Samfunnsøkonomiske besparelser ble derfor ikke oppnådd.

---

## **Allmennpraksis og primærhelsetjenesten**

I Norge, som i andre europeiske land, blir de fleste pasienter med depresjon og andre psykiske lidelser behandlet i primærhelsetjenesten. Med en pasientliste på 2 500 kan en allmennpraktiker regne med at minst 125 av disse pasientene vil lide av en behandlingstrengende depresjon (41). Ifølge en konsensuskonferanse for behandling av depresjon i allmennpraksis er det ønskelig at primærlegen også i fremtiden har en nøkkelrolle i forhold til behandling av pasienter med depresjon (42). På samme konferanse ble det hevdet at alvorlig deprimerte mennesker verken får korrekt diagnose eller

optimal behandling i tilstrekkelig grad, slik allmennpraksis fungerer i dag (42). Dette tilsier behov for økt kunnskap om depressive lidelser i norsk allmennpraksis.

I Norge foreligger det ennå ingen studier over allmennpraktikers evne til å diagnostisere depresjon (42), og forfatterne kjenner heller ikke til studier over norske allmennpraktikers evne til å behandle depressive lidelser. I Hampshire-studien hadde allmennpraktikere en oppdagelsesrate for depressive symptomer på 35 %. Dette er i tråd med resultater fra andre utenlandske studier, som viser en oppdagelsesrate på 30 – 40 % (40). Selv om Intervensjonsstudien mot angst og depresjon i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1995 – 97 (IDANT) forhåpentligvis vil gi en pekepinn om norske forhold, er det behov for en grundig kartlegging av norske allmennpraktikers evne til å diagnostisere og behandle depressive lidelser. Hvilke diagnostiske kriterier bør brukes for depresjon i allmennpraksis? Etter hvilke kriterier skal behandling iverksettes? Hva er adekvat behandling for de ulike typene og alvorlighetsgradene av depressive lidelser? Det er også behov for mer kunnskap om det naturlige forløpet av depressive symptomer i befolkningen (40, 42).

Gotlands-undersøkelsen og Hampshire-studien bør inspirere til å finne ut hvilke elementer ved et utdanningsprogram som bedrer legenes evne til å diagnostisere og behandle, hvor omfattende undervisningsprogrammene må være og hvilke ressurser som må til for å opprettholde kunnskapsnivået. Dessuten er det viktig å kartlegge hvilke rammebetingelser som er nødvendige for at allmennpraktikerne skal kunne nyttiggjøre seg den ervervede kunnskapen (tid, anledning til å konsultere spesialist etc).

Ulike samarbeidsmodeller med andre yrkesgrupper bør også prøves ut (20), både med psykologer og psykiatere (40) og med sykepleiere. F.eks. nevner Lloyd & Jenkins en engelsk studie hvor sykepleiere gis en sentral rolle i vurdering og oppfølging av depresjonspasienter (41).

Økonomiske analyser bør være en integrert del av slike prosjekter (20). Det må foretas beregninger av hva depresjon koster det norske samfunnet, hvor mye det koster å behandle, og hvor mye det koster å la være å behandle depressive lidelser. Det bør også undersøkes hvilke behandlingsstrategier som er de mest kostnadseffektive. Femsentergruppen ODIN (Outcomes of Depression International Network), som også har Oslo og Rakkestad som studieområder, planlegger blant annet økonomisk evaluering av intervensjonsprogrammer (43). Utover denne undersøkelsen kjenner forfatterne ikke til helseøkonomiske studier i Norge hvor depresjon inngår.

---

## Arbeidsplassen

Morbiditetskostnadene for depressive lidelser er betydelige, og utgjør ifølge Greenberg og medarbeidere over 60 % av de totale utgiftene. Det er derfor naturlig å spørre om noe kan gjøres på arbeidsplassen for å redusere denne komponenten.

Ikke minst kvinnes situasjon bør vies oppmerksomhet. Forekomsten av depresjon er dobbelt så høy hos kvinner som hos menn. Andelen av kvinner i arbeidsstyrken har økt betraktelig i industrialiserte land de siste tiårene. I sitt estimat av kostnadene ved depresjon i England og Wales fant Kind & Sorensen at kvinner mellom 25 og 44 år hadde et betydelig høyere sykefravær på grunn av depresjon enn det deres andel av arbeidsstokken skulle tilsi (44). I en svensk studie fant man at depressive lidelser hos kvinner fører til hyppigere og lengre sykefravær enn somatiske lidelser gjør, og at depresjon forlenger sykefraværet ved somatiske lidelser (45).

Det er blitt forsket lite på samspillet mellom arbeid og depresjon, og behovet for kunnskap er stort. Er visse yrker sterkere forbundet med depresjon enn andre (15)? Kan betydelige forandringer i innhold og organisering av arbeidet forårsake depresjon (46)? Kan mistriivsel med arbeidsoppgavene og andre affektive problemer på arbeidsplassen være tidlige depresjonstegn og forløpere for alvorligere problemer som sykefravær (31)? Mer viten kan bidra til primær-, sekundær- og kanskje også tertiærforebyggende tiltak, og anspre til utprøving av samarbeidsmodeller mellom allmenn- og bedriftshelsetjenesten.

---

## Avslutning

Depresjon koster samfunnet store summer hvert år. I et hypotetisk regnestykke der prevalensen av depresjon og utgiftene per deprimert antas å være lik i USA og Norge, ville depressive lidelser kostet det norske samfunn ca. 7,1 milliarder kroner i 1990 etter Greenberg og medarbeideres analyse (9, 14). Kostnadene knyttet til tapt produksjon utgjør en betydelig del av de totale utgiftene.

Depresjon lar seg behandle effektivt, men de fleste deprimerte er udiagnostisert, ubehandlet eller underbehandlet. *Teoretisk* ligger det derfor store besparelser i å øke oppdagelses- og behandlingsraten. Økte utgifter til effektiv behandling kan tenkes å resultere i en reduksjon av indirekte kostnader gjennom redusert morbiditet og mortalitet og lavere forbruk av somatiske helsetjenester (8). Resultatene fra Gotlands-studien kunne tyde på dette, men i den randomiserte, kontrollerte Hampshire-studien førte ikke et utdanningsprogram for allmennleger til en bedring i deres evne til å diagnostisere og behandle depresjon. Det er derfor uvisst om kostnadene ved depresjon lar seg redusere.

I USA er nå 1 % av nasjonale helseutgifter øremerket evaluering av helsetjenester og økonomisk forskning (33). Norge bør følge eksemplet, og depresjon bør prioriteres. Spesielt viktig er det å finne ut hvordan allmennpraktikernes potensial kan nyttiggjøres. Depresjon på arbeidsplassen bør også studeres, spesielt blant kvinnelige arbeidere.

---

Takk til Bente Moen for oppmuntring og konstruktiv kritikk. Ingen av forfatterne har i perioden for arbeidet med dette manuskriptet mottatt lønn eller andre godtgjørelser fra eller hatt aksjeposter i farmasøytisk industri som har hatt betydning for innholdet i artikkelen.

---

---

## LITTERATUR

1. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1436 – 42.
2. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990 – 2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1498 – 504.
3. Sartorius N. Foreword on "Economics of anxiety and depression". *Brit J Psychiatry* 1995; 166 (suppl 27): 6.
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4. utg. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
5. Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP. Textbook in psychiatric epidemiology. New York: Wiley-Liss, 1995.
6. Kaelber CT, Moul DE, Farmer ME. Epidemiology of depression. I: Beckham EE, Leber WR, red. Handbook of depression. 2. utg. New York: Guilford Press, 1995: 3 – 35.
7. Lépine J-P, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharm* 1997; 12: 19 – 29.
8. Rupp A. The economic consequences of not treating depression. *Brit J Psychiatry* 1995; 166 (suppl 27): 29 – 33.
9. Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER. The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry* 1990; 54: 405 – 18.
10. Knapp M, Henderson J. Health economics perspectives and evaluation of child and adolescent mental health services. *Curr Opin Psychiatry* 1999; 12: 393 – 7.
11. Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1026 – 32.
12. Rupp A, Gause EM, Regier DA. Research policy implications of cost-of-illness studies for mental disorders. *Brit J Psychiatry* 1998; 173 (suppl 36): 19 – 25.
13. Rice DP, Miller LS. The economic burden of affective disorders. *Brit J Psychiatry* 1995; 166 (suppl 27): 34 – 42.
14. Greenberg PE, Kessler RC, Nells TL, Finkelstein SN, Berndt ER. Depression in the workplace: An economic perspective. I: Feighner JP, Boyer WF, red. Selective serotonin re-uptake inhibitors. 2. utg. Chichester: John Wiley & Sons, 1996.
15. Kessler RN, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychol Med* 1997; 27: 861 – 73.

16. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *J Am Med Assoc* 1992; 267: 1478 – 83.
17. Conti DJ, Burton WN. The economic impact of depression in a workplace. *J Occup Med* 1994; 36: 983 – 8.
18. Tylee A, Gastpar M, Lépine J-P, Mendlewicz J. DEPRES II (Depression Research in European Society II): a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. *Int Clin Psychopharm* 1999; 14: 139 – 51.
19. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Brit J Psychiatry* 1998; 173: 11 – 53.
20. Hirschfeld RMA, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression. *J Am Med Assoc* 1997; 277: 333 – 40.
21. Pincus HA, Davis WW, McQueen LE. "Subthreshold" mental disorders. A review and synthesis of studies on minor depression and other "brand names". *Brit J Psychiatry* 1999; 174: 288 – 96.
22. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiological survey. *J Am Med Assoc* 1990; 264: 2524 – 8.
23. Wittchen H-U. Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *Brit J Psychiatry* 1996; 168 (suppl 30): 9 – 16.
24. Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JRT et al. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 427 – 35.
25. Tylee A, Gastpar M, Lépine J-P, Mendlewicz J. Identification of depressed patient types in the community and their treatment needs: findings from the DEPRES II (Depression Research in European Society II) Survey. *Int Clin Psychopharm* 1999; 14: 153 – 65.
26. Katz PP, Yelin EH. Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid-arthritis. *J Rheumatol* 1993; 20: 790 – 6.
27. Whooley MA. Depression and medical illness. *Ann Epidemiol* 1999; 9: 281 – 2.
28. Jönsson B, Rosenbaum J. *Health Economics of Depression*. Chichester, England: John Wiley & Sons, 1993.
29. Glassman AH, Shapiro PA. Depression and the course of coronary artery disease. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 4 – 11.

30. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam A, Rogers W, Daniels M et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *J Am Med Assoc* 1989; 262: 914 – 9.
31. Mintz J, Mintz LI, Arruda MJ, Hwang SS. Treatments of depression and the functional capacity to work. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 761 – 8.
32. Rapaport MH, Judd LL. Minor depressive disorder and subsyndromal depressive symptoms: functional impairment and response to treatment. *J Affect Disord* 1998; 48: 227 – 32.
33. Moscarelli M. Introduction to "Economics of anxiety and depression". *Brit J Psychiatry* 1995; 166 (suppl 27): 7 – 9.
34. Rosholm J-U. Antidepressants in general practice. Doktoravhandling. Odense: Odense university, 1994.
35. Regier DA, Hirschfeld RMA, Goodwin FK, Burke JD, Lazar JB, Judd LL. The NIMH Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program: structure, aims, and scientific basis. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1351 – 7.
36. Wells KB, Sturm R, Sherbourne CD, Meredith LS. Caring for depression. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1996.
37. Rix S, Paykel ES, Lelliott P, Tylee A, Freeling P, Gask L et al. Impact of national campaign on GP education: an evaluation of the Defeat Depression Campaign. *Brit J Gen Pract* 1999; 49: 99 – 102.
38. Rutz W, Wålinder J, Pihlgren H, Knorring Lv, Rihmer Z. Lessons from the Gotland Study on depression, suicide and education: Effects, shortcomings and challenges. *Int J Method Psych* 1996; 6: S9-S14.
39. Thompson C, Stevens L, Ostler K, Cooper D, Preece J, Henson A et al. The Hampshire Depression Project: a methodology for assessing the value of general practice education in depression. *Int J Method Psych* 1996; 6: S27 – 31.
40. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 185 – 91.
41. Lloyd K, Jenkins R. The economics of depression in primary care. *Brit J Psychiatry* 1995; 166 (suppl 27): 60 – 2.
42. Norges forskningsråd. Behandling av depresjon i allmennpraksis. Konsensuskonferanse. Rapport nr. 14 fra komiteen for konsensuskonferanseprogrammet. Oslo: Norges forskningsråd, 1999.
43. Dowrick C, Casey P, Dalgard O, Hosman C, Lehtinen V, Vázquez-Barquero J-L et al. Outcomes of Depression International Network (ODIN). Background, methods and field trials. *Brit J Psychiatry* 1998; 172: 359 – 63.

44. Kind P, Sorensen J. The costs of depression. *Int Clin Psychopharm* 1993; 7: 191 – 5.
45. Hensing G, Spak F. Psychiatric disorders as a factor in sick-leave due to other diagnoses. *Brit J Psychiatry* 1998; 172: 250 – 6.
46. Chevalier A, Bonenfant S, Picot M-C, Chastang J-F, Luce D. Occupational factors of anxiety and depressive disorders in the French National Electricity and Gas Company. *J Occup Environ Med* 1996; 38: 1098 – 1107.
- 

Publisert: 20. februar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.