



# Sykdomsbyrden av behandlingsresistent depresjon

*En studie av sykdomsbyrde og samfunnskostnader i Norge*

## Om Oslo Economics

*Oslo Economics er et helseøkonomisk og samfunnsøkonomisk rådgivningsmiljø som utreder økonomiske problemstillinger, utarbeider evalueringer og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner.*

*Vi gjennomfører økonomiske analyser av helsetjenester, teknologier og nye metoder for private selskaper, helsetjenetilbydere og offentlige myndigheter. Vi tilbyr rådgivning innen prising, refusjon og markedstilgang. Vi har lang erfaring med analyse av registerdata (real world evidence) innenfor helse- og legemiddeløkonomi. Vi utarbeider forskningsprotokoller, analyser og rapporter i samarbeid med kliniske eksperter og akademia.*

## Helseøkonomisk utredning og analyser av sykdomsbyrde

*Oslo Economics har lang erfaring med å evaluere helsetiltak og å utrede helseøkonomiske problemstillinger. Vi utarbeider analyser for departementet og direktorat (Helsedirektoratet og e-Helsedirektoratet), helseforetak, kommuner, bransjeorganisasjoner, pasientforeninger og legemiddelselskaper.*

*Vi har bred erfaring med å kartlegge sykdomsbyrde, pasientforløp og behandlingalternativer. Vi benytter kvantitative og kvalitative metoder for informasjonsinnhenting og analyse, og har bred kjennskap til norske registerdata.*

*Sykdomsbyrden av behandlingsresistent depresjon/2022-20*

*© Oslo Economics, 17. mars 2022*

*Kontaktperson:*

*Erik Magnus Sæther / Partner*

*ems@osloeconomics.no, Tel. +47 940 58 192*

*Foto/illustrasjon: iStock.com*

# Innhold

<b>Sammendrag og konklusjoner</b>	<b>4</b>
<b>1. Behov for å belyse samfunnsbyrden av behandlingsresistent depresjon</b>	<b>7</b>
1.1 Formål og metode	7
<b>2. Kjennetegn, sykdomsforekomst og behandlingstilbud</b>	<b>8</b>
2.1 Psykiske lidelser er utbredt	8
2.2 Mange opplever en depresjon i løpet av livet	9
2.3 Behandlingen varierer etter depresjonens alvorlighetsgrad	13
<b>3. Konsekvenser for helse, livskvalitet og samfunn</b>	<b>16</b>
3.1 Helserelatert livskvalitet	16
3.2 Bruk av helsetjenester	17
3.3 Sosial deltakelse	17
3.4 Deltakelse i arbeidsliv	17
3.5 Deltakelse i skole og utdanning	18
3.6 Økt risiko for andre sykdommer	18
3.7 Økt risiko for selvmord	18
3.8 Pårørende	18
3.9 Konsekvenser for samfunnet	19
<b>4. Samfunnskostnader</b>	<b>20</b>
4.1 Sentrale antakelser for beregning av samfunnskostnader	20
4.2 Helse og livskvalitet	20
4.3 Kostnader i helse- og omsorgstjenesten	21
4.4 Sykefravær og redusert produktivitet	26
4.5 Øvrige samfunnskostnader	28
4.6 Samlede samfunnskostnader	29
<b>5. Barrierer og mulige tiltak for bedre behandling</b>	<b>31</b>
<b>6. Referanser</b>	<b>34</b>

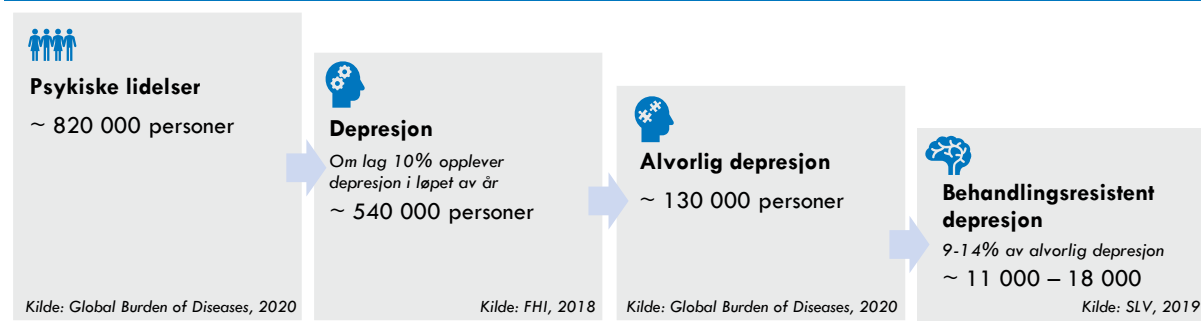
## Sammendrag og konklusjoner

Depresjon er en utbredt psykisk lidelse som medfører stor belastning både for den enkelte, for deres pårørende og for samfunnet. For de alvorligst rammede og hvor behandlingen ikke har effekt, kan det være snakk om behandlingsresistent depresjon. Depresjon medfører store kostnader for samfunnet, og betydelige deler av kostnadene knytter seg til personer med behandlingsresistent depresjon. Å identifisere og tilby behandling til de som har behov kan, kombinert med oppdaterte retningslinjer og nye behandlingsmuligheter, bidra til et bedre tilbud for disse pasientene. I denne rapporten beskriver vi sykdomsbyrden av behandlingsresistent depresjon i Norge, herunder sykdomsforekomst, behandlingstilbud og tilhørende samfunnskostnader.

### En av fem rammes av depresjon i løpet av livet og 11 000 – 18 000 har behandlingsresistent depresjon

Anslag fra den globale sykdomsbyrdestudien tilsier at om lag 820 000 personer har psykiske lidelser i Norge (Figur 1-1). Depresjon utgjør den største undergruppen, og i løpet av et år vil en av ti i Norge rammes av depresjon, tilsvarende 540 000 personer (Folkehelseinstituttet, 2018a). De som rammes av depresjon opplever i gjennomsnitt fire episoder i løpet av livet, men det er stor variasjon i hvor alvorlig depresjonen er, både med tanke på hvor mange depressive episoder man opplever og varigheten på episodene. Det er anslått at omtrent en fjerdedel av personene med depresjon, om lag 130 000 personer, har en alvorlig depresjon (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2021). For personer med alvorlig depresjon som ikke har hatt tilfredsstillende effekt av behandlingen, omtales depresjonen gjerne som behandlingsresistent. Ulike anslag fra litteraturen tilsier at mellom 11 000 og 18 000 personer har behandlingsresistent depresjon i Norge.

Figur 1-1: Anslag på forekomst av psykiske lidelser og ulike alvorlighetsgrader av depresjon

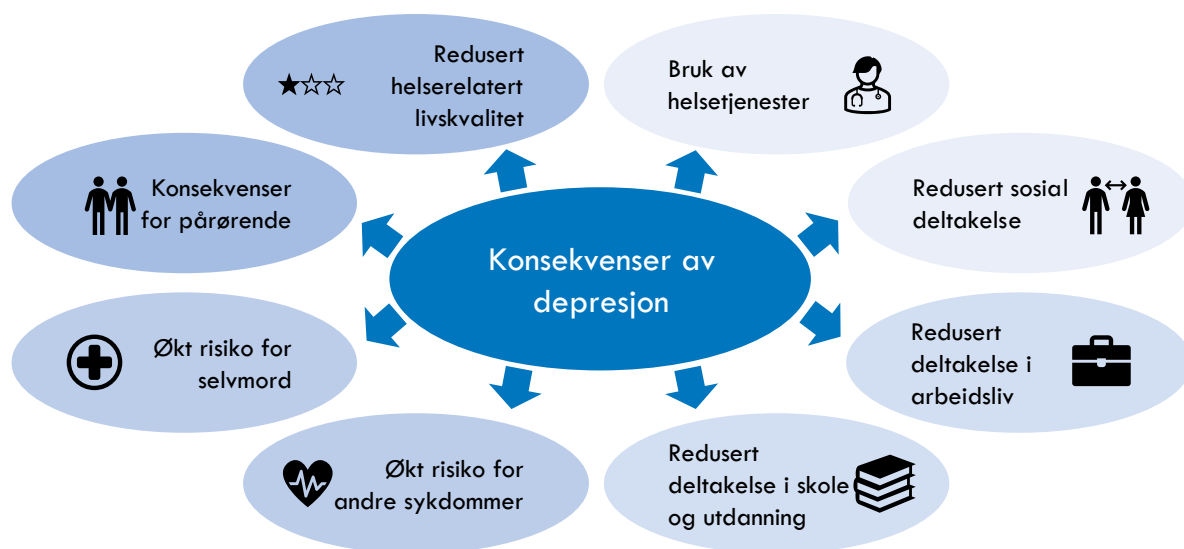


Kilde: Global Burden of Disease Study (2020), FHI (2018) og SLV (2019). Illustrasjon: Oslo Economics.

### En depresjon medfører konsekvenser for den som rammes, deres nærstående og samfunnet for øvrig

Depresjon er en psykisk lidelse som kjennetegnes av senket stemningsleie, mangel på interesse, tretthet og nedsatt energi. Under en depressiv episode er det vanskelig å fungere som normalt og sykdommen påvirker de fleste aspektene ved livet i form av redusert helse og livskvalitet, utfordringer knyttet til utdanning og arbeidsliv, samt problemer med å fungere i sosiale settinger (Figur 1-2). I tillegg har personer med depresjon økt risiko for selvmord. Mer enn 90 prosent av de som har tatt sitt eget liv har hatt en psykisk lidelse, hvorav depresjon er den vanligste (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Figur 1-2: Konsekvenser av depresjon








Illustrasjon: Oslo Economics

### Depresjon medfører betydelige samfunnskostnader og mellom 35 og 55 prosent av behandlingskostnadene kan tilskrives behandlingsresistent depresjon

Det at depresjon er utbredt i befolkningen, samtidig som sykdommen medfører negative konsekvenser innen de fleste aspekter av livet, gjør at samfunnet påføres betydelig kostnader som følge av depresjon (Figur 1-3). De største kostnadene er knyttet til tapt helse og livskvalitet, men det er også store kostnader knyttet til tapt produksjon. I 2020 ble det utbetalt over 12 milliarder kroner fra NAV knyttet til depresjon. Dette betyr at de direkte utbetalingene fra NAV knyttet til depresjon alene er mer enn dobbelt så store som de samlede behandlingskostnadene i den psykiske og somatiske helsetjenesten.

Alvorlig og behandlingsresistent depresjon utgjør store deler av de samlede kostnadene ved depresjon, ettersom de mer alvorlige formene for depresjon i større grad enn mildere former gir redusert helse og livskvalitet, økt behov for helsehjelp og behov for lengre perioder med fravær fra arbeidslivet. Særlig for behandlingskostnader er en stor del av kostnadene knyttet til de alvorligste formene for depresjon. Vi anslår at kostnader knyttet til behandlingsresistent depresjon utgjør 35 – 55 prosent av de samlede behandlingskostnadene knyttet til depresjon, mens pasientene kun utgjør 2 – 3 prosent av total pasientpopulasjon.

Figur 1-3: Estimert på årlige samfunnskostnader (2021-kr) knyttet til depresjon

	Depresjon totalt	Alvorlig depresjon	Behandlingsresistent depresjon
 <b>Antall pasienter</b>	~ 540 000 pers. (100 %)	~ 130 000 pers. (24 %)	~ 11 000 – 18 000 pers. (2 – 3 %)
 <b>Tapt helse og livskvalitet</b>	~ 46 100 mill. kr. (100 %)	~ 34 500 mill. kr. (75 %)	~ 4 400 – 7 200 mill. kr. (9 – 16 %)
 <b>Behandlingskostnader</b>	~ 5 700 mill. kr. (100 %)	~ 5 200 mill. kr. (91 %)	~ 2 000 – 3 100 mill. kr. (35 – 55 %)
 <b>Tapt produksjon</b>	~ 26 900 mill. kr. (100 %)	~ 17 300 mill. kr. (64 %)	~ 1 800 – 3 500 mill. kr. (7 – 13 %)
 <b>Øvrige samfunns-kostnader</b>	~ 4 800 mill. kr. (100 %)	~ 3 500 mill. kr. (73 %)	~ 900 – 1 400 mill. kr. (18 – 29 %)

Analyse: Oslo Economics.

### Økt kunnskap om sykdommen kombinert med nye behandlinger gir muligheter for et bedre tilbud

Samfunnsbyrden av depresjon og behandlingsresistent depresjon er betydelig, og det er behov for tiltak for å styrke behandlingstilbudet og redusere ulempene for de som rammes. En sentral utfordring er at det trolig er mange som ikke identifiseres og får riktig behandling i tide, samtidig som forsinket helsehjelp kan bidra til forverret tilstand og forlenget sykdomsforløp. Dagens behandlingsretningslinjer er mer enn ti år gamle og det virker å være et behov for en gjennomgang av disse og en tydeligere avklaring av hvilken rolle legemiddelbehandling skal ha i behandlingsforløpet. Nylig har det også kommet lovende nye behandlinger for de med behandlingsresistent depresjon, noe som gir nye muligheter for en pasientgruppe som ellers har få eller ingen alternativer. Oppdaterte retningslinjer i tråd med fersk forskning på feltet vil kunne bidra til kunnskapsbasert og enhetlig praksis, og dermed bedre liv og helse for en gruppe pasienter som ofte står både alene og lenge i sin sykdom.

Våre analyser tyder på at det er store samfunnskostnader knyttet til depresjon generelt og behandlingsresistent depresjon spesielt. Ved prioritering av tiltak i helsetjenesten er det imidlertid kun tapt helse og livskvalitet og behandlingskostnader det tas hensyn til, mens tapt produksjon og øvrige samfunnskostnader ikke inkluderes i vurderingen. For en lidelse som depresjon, hvor samfunnskostnadene knyttet til tapt produksjon er vesentlig større enn behandlingskostnadene, kan dette gi uheldige konsekvenser for prioritering av tiltak rettet mot pasienter med depresjon.

# 1. Behov for å belyse samfunnsbyrden av behandlingsresistent depresjon

*Folkehelsemeldingen fra 2019 trekker fram psykiske lidelser blant sykdommer som fører til stor sykdomsbyrde og høyt sykefravær. Depresjon er blant de mest utbredte psykiske lidelsene, og forekommer ofte i kombinasjon med andre lidelser. Depresjonen omtales som behandlingsresistent dersom det har vært forsøkt behandling med to eller flere antidepressiver uten tilfredsstillende effekt. I denne rapporten beskriver vi sykdomsbyrden av behandlingsresistent depresjon i Norge, herunder sykdomsforekomst, behandlingstilbud og tilhørende samfunnskostnader.*

Psykiske lidelser og ruslidelser medfører et betydelig helsetap, og rangeres etter kreft som nummer to blant sykdommer med høyest antall helsetapjusterte leveår (DALY) i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). I 2017 lanserte regjeringen en egen strategi for psykisk helse med mål om god psykisk helse og trivsel i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Sentrale mål i strategien er at psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet og at de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres.

De vanligste formene for psykiske lidelser blant voksne er angstlidelser, depresjon og rusbrukslidelser, og kan ofte forekomme i kombinasjon. Av personer med psykiske lidelser, har omtrent 65 prosent en form for depresjonslidelse. Av disse lider omtrent 25 prosent av alvorlig depresjon. Behandling av alvorlig depresjon omfatter ofte en kombinasjon mellom legemiddelbehandling og psykoterapi.

Noen personer opplever at de ikke responderer på legemiddelbehandling av depresjon ved bruk av antidepressiva. Dette omtales som behandlingsresistent

depresjon dersom det har vært forsøkt behandling med to eller flere antidepressiver uten tilfredsstillende effekt og forekommer for om lag 9-14 prosent av personer med alvorlig depresjon. Behandlingsresistent depresjon er et område med stor usikkerhet, lite enhetlig bruk av begrepene i praksis og et mangelfullt kunnskapsunderlag.

## 1.1 Formål og metode

Formålet med denne rapporten har vært å beskrive sykdomsbyrden av depresjonslidelser i Norge, med hovedvekt på behandlingsresistente depresjoner. Beskrivelsen av sykdomsbyrden omfatter sykdomsforekomst, kjennetegn ved sykdommen (symptomer, komorbiditet og eventuelle utfordringer sosialt og i dagliglivet), behandlingstilbud, samt konsekvenser av sykdommen i form av helsetap og samfunnskostnader.

Selv om behandlingsresistent depresjon er tydelig definert i forskningsammenheng er det vanskelig å skille mellom alvorlig og behandlingsresistent depresjon i praksis. På grunn av manglende enhetlig begrepsbruk i praksis og ufullstendig statistikk for behandlingsresistent depresjon, bygger analysene på statistikk for depresjon totalt og antakelser for undergruppen behandlingsresistent depresjon.

Analysene bygger på forskningslitteratur, nasjonale registerdata, offentlig tilgjengelig statistikk og samtaler med klinikere. Dataanalysene er basert på informasjon fra Helfo (KUHR-registret), Norsk Pasientregister (NPR), Reseptregisteret, NAV, Global Burden of Disease (GBD) og Statistisk sentralbyrå (SSB).

Oslo Economics er ansvarlig for tolkning og presentasjon av de utleverte dataene. Arbeidet med rapporten er finansiert av Janssen Cilag AS. Rapporten er utarbeidet i perioden oktober 2021 til mars 2022.

## 2. Kjennetegn, sykdomsforekomst og behandlingstilbud

Depresjon er en alvorlig og utbredt psykisk lidelse. I løpet av livet vil en av fem personer rammes av depresjon. Folkehelseinstituttet anslår at om lag 540 000 personer har depresjon i løpet av et år. De aller fleste behandles av fastlegen, og for mer alvorlige tilfeller omfatter behandling både psykoterapi og legemiddelbehandling. Depresjon omtales som behandlingsresistent dersom man ikke har oppnådd effekt med minst to antidepressiver og man regner med at dette gjelder om lag 11 000 – 18 000 personer årlig.

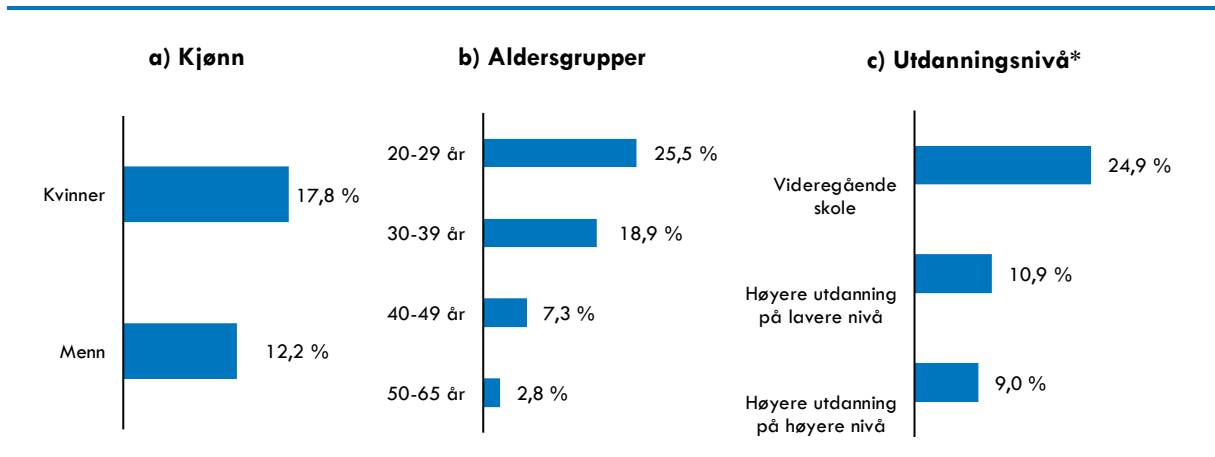
### 2.1 Psykiske lidelser er utbredt

I løpet av et år vil omtrent én av fem voksne (16-22 prosent) ha en psykisk lidelse ifølge Folkehelseinstituttets rapport om psykisk helse i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018a). Rapporten peker på at forekomsten av psykiske lidelser i den voksne befolkningen har vært stabil de siste årene. Samtidig

har det vært en økning i andelen unge jenter som rapporterer om et høyt nivå av psykiske plager. En annen rapport finner at sykefravær som skyldes psykiske lidelser har økt (Folkehelseinstituttet, 2018b). Disse faktorene peker i retning av en økende byrde av psykiske lidelser. De vanligste psykiske lidelsene er angst, depresjon og rusbrukslidelser. Blant kvinner er angst og depresjon mest utbredt, mens det blant menn er høyest forekomst av rusbrukslidelser og ADHD.

Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT) har kartlagt fordelingen av forekomst av psykiske lidelser i befolkningen (Figur 2-1). HUNT er en befolkningsbasert helseundersøkelse som gjennomføres blant innbyggerne i Trøndelag, her basert på intervjuer med 2 154 personer i perioden januar til mars 2020. Funnene tyder på at psykiske lidelser er vanligere blant kvinner enn menn, og at forekomsten er størst blant unge voksne (under 40 år). I motsetning til mange somatiske sykdommer, debuterer psykiske lidelser vanligvis før fylte 30 år, og forekomsten er synkende med alder. Studien finner også variasjon i forekomst av psykiske lidelser blant personer med ulike utdanningsnivåer, der forekomsten var høyest blant personer med videregående skole som høyeste utdanningsnivå (Knudsen, et al., 2021).

**Figur 2-1: Forekomst av psykiske lidelser i ulike grupper i befolkningen i 2020 etter a) kjønn, b) alder og c) høyeste fullført utdanningsnivå**



Kilde: HUNT 2020. \*Høyeste fullførte utdanningsnivå.



## 2.2 Mange opplever en depresjon i løpet av livet

### Kjennetegn og symptomer

Depresjon er en alvorlig kronisk sykdom med mange ulike utforminger og utfall. Depresjon er en psykisk lidelse og skiller seg fra vanlige humørendringer og kortvarige følelsesmessige reaksjoner på dagligdagse utfordringer (WHO, 2021). Vanlige symptomer på depresjon er senket stemningsleie, mangel på interesse, tretthet, nedsatt energi og manglende glede over de fleste aktiviteter (Helsedirektoratet, 2009). Andre vanlige symptomer er søvnvansker, redusert eller økt appetitt, redusert selvfølelse og selvtillit, og konsentrasjonsvansker. I den kliniske definisjonen av depresjon skiller det mellom grunnsymptomer og tilleggssymptomer (Figur 2-2).

**Figur 2-2: Symptomer lagt til grunn i den kliniske definisjonen av depresjon**

### Grunnsymptomer

- Nedsatt stemningsleie
- Manglende interesse eller glede
- Nedsatt energi

### Tilleggssymptomer

- Redusert selvtillit og selvfølelse
- Økt skyldfølelse
- Tanker om død eller selvmord
- Konsentrasjonsvansker
- Søvnforstyrrelser
- Psykomotoriske endringer
- Endret matlyst

Kilde: ICD-10

Depresjon er i stor grad en tilbakevendende lidelse og de som rammes vil vekse mellom gode, velfungerende perioder, og dårlige, tyngre perioder. Under en depressiv periode vil man ofte ha store utfordringer med å fungere sosialt, i familieliv, på arbeid eller skole. I tillegg medfører depresjoner en betydelig risiko for selvmord. Mer enn 90 prosent av de som har tatt sitt eget liv har hatt en psykisk lidelse, og blant disse er depresjon den vanligste (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). En depressiv episode er klinisk definert som en periode på minst to uker, hvor minst to av de tre grunnsymptomene er til stede

mesteparten av dagen. Alvorlighetsgraden av den depressive perioden er definert ut fra tilleggssymptomene som følger:

- Mild (opptil fire tilleggssymptomer)
- Moderat (fem til seks tilleggssymptomer)
- Alvorlig (syv eller flere tilleggssymptomer)

I avsnitt 2.3 beskriver vi behandlingsforløp etter disse alvorlighetsgradene.

I tillegg til inndelingen i alvorlighetsgrader skiller man gjerne mellom hvorvidt depresjonen er unipolar eller bipolar depresjon, og mellom ulike subgrupper av depresjon. Unipolar betyr at man har stabile, depressive symptomer, mens bipolar depresjon veksler mellom depresjon og mani. I tillegg spiller mange andre faktorer inn i hvordan depresjonen utvikler seg og bør behandles, som alder, kjønn og øvrige sykdommer. Til sammen gir dette et stort antall subgrupper av depresjon.

### Årsaker

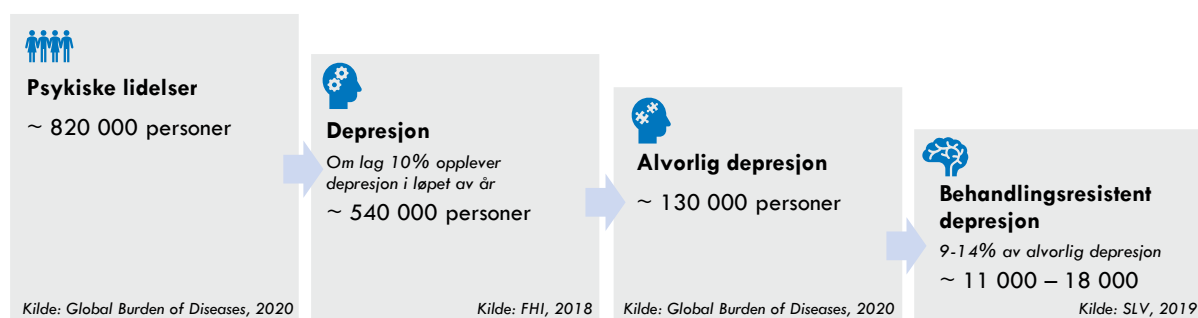
Årsakene til depresjon er ikke fullt ut forstått, selv om studier tyder på at det er en kompleks interaksjon mellom biologiske, genetiske, psykososiale og miljømessige faktorer som bidrar til at depresjon oppstår og utvikler seg. Studier har påvist en genetisk disposisjon, samtidig som sosiale påkjenninger, andre sykdommer og bruk av rusmidler kan være utløsende faktorer (Norsk legemiddelhandbok, 2021).

### Forekomst

Depresjon er en utbredt lidelse og er blant de ledende årsakene til tapt helse globalt (WHO, 2021). Det er imidlertid vanskelig å fastslå nøyaktig hvor mange som lider av depresjon og alvorlighetsgraden vil variere. Det er også trolig store mørketall, og det er anslått at rundt tre firedeler av deprimerede personer ikke får noen form for behandling (Helsedirektoratet, 2009). Samtidig hevder enkelte at nye kriterier for diagnostisering har ført til overdiagnostikk av depresjon og andre psykiske lidelser, noe blant annet den amerikanske psykiateren Allan Frances trekker fram i sin bok «Saving normal» (Frances, 2013).

For å få en bedre forståelse av sykdomsbyrden av depresjon, kan det være nyttig å se ulike pasientpopulasjoner i sammenheng. Psykiske lidelser er utbredt, og i 2020 var omtrent 18 prosent av befolkningen mellom 15 og 64 år i kontakt med fastlege eller legevakt som følge av psykiske lidelser (FHI, 2021). **Samlet er det anslått at om lag 820 000 personer i Norge har en psykisk lidelse** (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2021).

**Figur 2-3: Anslått forekomst av psykiske lidelser og depresjon i Norge**



Kilde: Global Burden of Disease Study (2020), FHI (2018) og SLV (2019). Illustrasjon: Oslo Economics

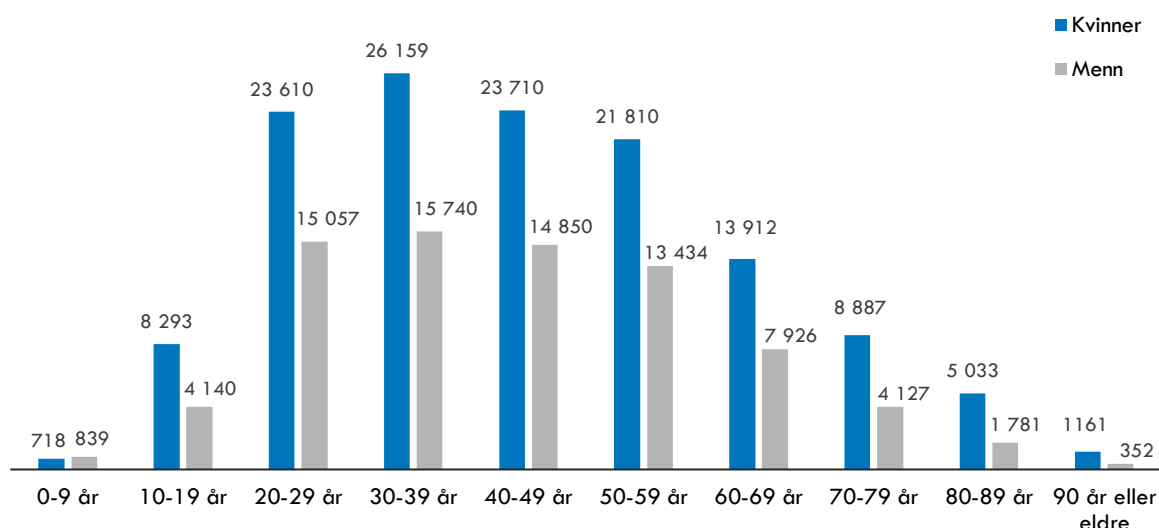
Depresjon er blant de mest utbredte psykiske lidelsene, og forekommer ofte i kombinasjon med andre psykiske lidelser. Samlet sett er det anslått at en av fem i Norge vil rammes av depresjon i løpet av livet og en av ti i løpet av 12 måneder (Folkehelseinstituttet, 2018a), noe som tilsvarer at **om lag 540 000 personer har depresjon i et gitt år i Norge.**

Dersom vi måler forekomsten av depresjonslidelser med utgangspunkt i statistikk for bruk av helsetjenester, finner vi at totalt 212 000 personer var i kontakt med fastlege, legevakt eller avtalespesialist (lege og psykolog) i 2020 med en depresjonsdiagnose (Figur 2-4). Blant disse var alle aldersgrupper representert, og over 60 prosent var kvinner. Disse 212 000 personene hadde til sammen i

overkant av 1 million konsultasjoner med fastlege, legevakt eller avtalespesialist (Figur 2-5), tilsvarende litt under fem konsultasjoner per person i gjennomsnitt. Det var ingen betydelige forskjeller i gjennomsnittlig antall konsultasjoner på tvers av kjønn eller aldersgrupper.

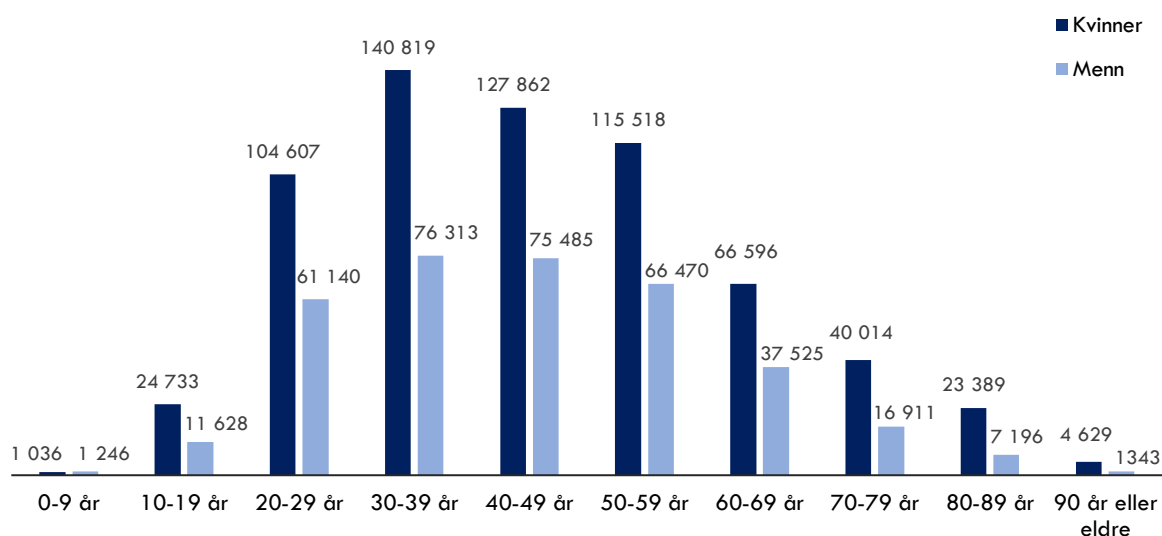
I 2019 var det anslått at omtrent 196 000 personer hadde en depresjon i Norge (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2021). Statistikk for kontakt med helsetjenesten knyttet til depresjon er imidlertid lavere enn forekomsten av sykdommen, ettersom personer med depresjon som ikke er i kontakt med helsetjenesten, heller ikke registreres i statistikken. I denne analysen har vi derfor lagt til grunn at det årlig er om lag 540 000 personer som har depresjon (Folkehelseinstituttet, 2018a).

**Figur 2-4: Antall unike pasienter som oppsøkte primærhelsetjenesten eller privat avtalespesialist med depresjon som diagnose i 2020, fordelt på aldersgrupper og kjønn**



Kilde: Helfo. Analyse: Oslo Economics. Figuren inkluderer pasienter som hadde depresjon som hoveddiagnose (diagnosekode ICPC-2: P03 og P76, ICD-10: F32 og F33)

**Figur 2-5: Antall kontakter med primærhelsetjenesten eller privat avtalespesialist med depresjon som diagnose i 2020, fordelt på aldersgrupper og kjønn**

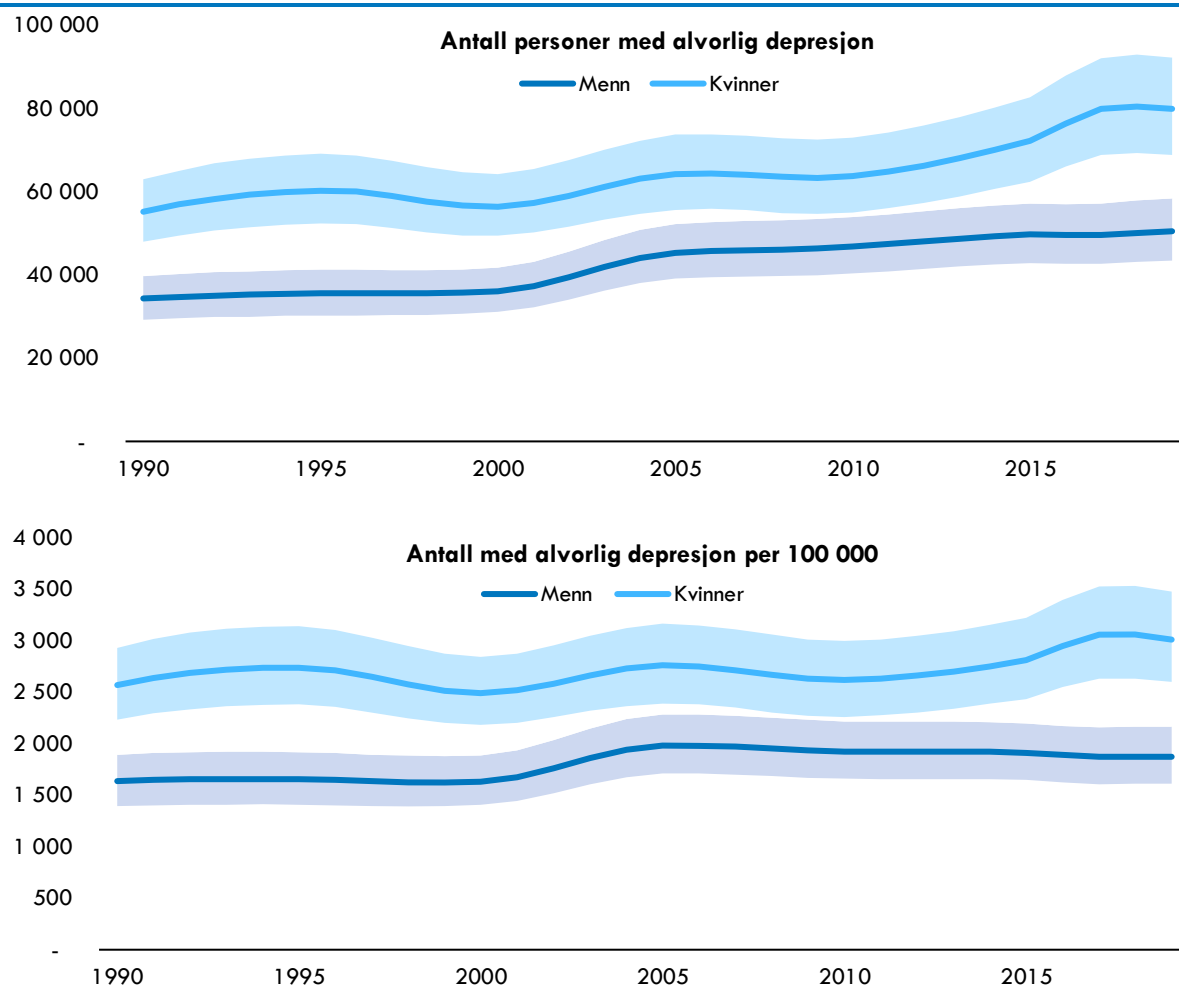


**Kilde: Helfo. Analyse: Oslo Economics. Figuren inkluderer pasienter som hadde depresjon som hoveddiagnose (diagnosekode ICP-C-2: P03 og P76, ICD-10: F32 og F33)**

Det er stor variasjon i hvor alvorlig depresjonen er, både med tanke på hvor mange depressive episoder man opplever og varigheten på episodene. Personer som rammes av depresjon opplever i gjennomsnitt fire episoder i løpet av livet, og 75 til 85 prosent av pasientene med alvorlig depresjon opplever tilbakefall (Statens legemiddelverk, 2020). En depressiv periode varer som regel 6 til 12 måneder, og ofte lengre (Ten Have, et al., 2018). Blant de

540 000 personene med depresjon i Norge er det anslått at omtrent en fjerdedel, **rundt 130 000 personer, har en alvorlig depresjon** (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2021), hvorav om lag **120 000 av disse var over 20 år. Omfanget av alvorlig depresjon har økt gjennom de siste 30 årene, men sett i forhold til befolkningsveksten er utviklingen stabil** (Figur 2-6).

Figur 2-6: Antall (absolutt og per 100 000) med alvorlig depresjon i Norge 1990-2019.



Kilde: (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2021). Note: De skraverte områdene indikerer øvre og nedre anslag fra GBD.

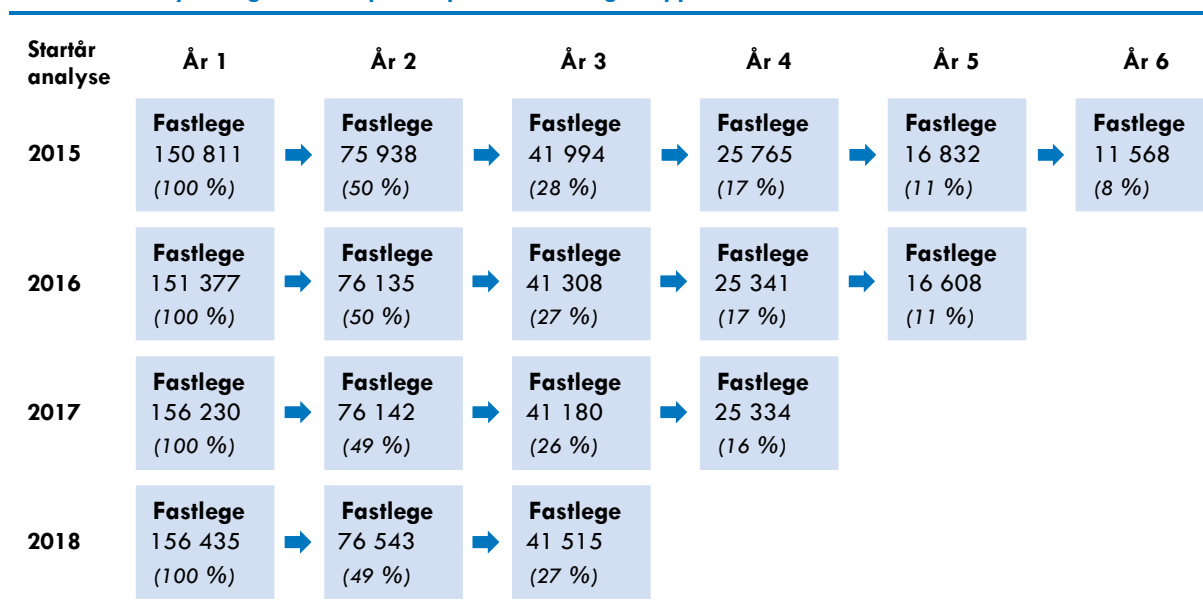
Dersom man har tilbakevendende depressive episoder hvor behandling ikke har tilfredsstillende respons, omtales gjerne depresjonen som en behandlingsresistent depresjon, selv om definisjonen varierer både i klinisk praksis og i litteraturen (Gaynes, et al., 2020). En studie som gjennomgikk litteraturen på feltet (Gaynes, et al., 2020) fant at **den vanligste definisjonen av behandlingsresistent depresjon blant personer med alvorlig depresjonslidelse var at pasienten har prøvd behandling med minst to ulike antidepressiver uten tilfredsstillende respons** (etter minst 6 uker). Denne definisjonen bygger på de europeiske legemiddelmyndighetenes retningslinjer for gjennomføring av kliniske studier av legemidler til behandling av depresjon (European Medicines Agency, 2013). Ifølge en av våre informanter kan omtalen av behandlingsresistent depresjon være noe annerledes i klinisk praksis, der det ikke er uvanlig at en depresjon omtales som behandlingsresistent dersom behandling i primærhelsetjenesten ikke har gitt tilfredsstillende respons.

Tidligere studier har anslått at om lag 13-14 prosent av de med moderat til alvorlig depresjon utvikler behandlingsresistent depresjon (Gronemann, et al., 2018). Dette tilsvarer 18 000 personer dersom man tar utgangspunkt i at 130 000 personer har en alvorlig depresjon. Samtidig har Statens legemiddelverk anslått at rundt 11 000 personer i Norge lider av behandlingsresistent depresjon (Statens legemiddelverk, 2020), noe som tilsvarer ni prosent av populasjonen med alvorlig depresjon.

Dette stemmer også godt overens med vår analyse av behandlingsvarighet med utgangspunkt i data fra KUHR. Vi fant at blant 150 000 personer som oppsøkte fastlege som følge av depresjon i 2015, mottok 11 500 personer (tilsvarende 8 prosent) behandling hos fastlege årlig frem til 2020 (Figur 2-7). Om lag 17 prosent var hos fastlegen årlig i fire år på rad.

På bakgrunn av dette legger vi til grunn at **mellom 11 000 og 18 000 personer har en behandlingsresistent depresjon i løpet av et år i Norge.**

**Figur 2-7: Antall pasienter som følges opp årlig hos fastlege med depresjon som hoveddiagnose, etter ulike startår for analysen og antall år på rad pasientene følges opp.**



Kilde: Helfo. Analyse: Oslo Economics. Note: For hvert startår inkluderer analysen alle personer som oppsøkte fastlege med depresjon som hoveddiagnose (diagnosekode ICPC-2: P76) i det angitte startåret (år 1). Videre undersøker vi hvor mange av disse som også oppsøkte fastlege med depresjon som hoveddiagnose det påfølgende året (år 2), og tilsvarende for senere år (år 3-6). Det er kun personer som har blitt behandlet av fastlege hvert påfølgende år som inkluderes i antallet for neste år. For eksempel inkluderer år 5 kun personer som ble behandlet for depresjon hos fastlege hvert år fra år 1 til og med år 5.

## 2.3 Behandlingen varierer etter depresjonens alvorlighetsgrad

Både omfang av og type behandling varierer etter depresjonens alvorlighet. Behandlingen avhenger også av den enkelte personens symptomer, egne preferanser, tidligere behandling og andre sykdommer. I det følgende beskriver vi anbefalte behandlingsforløp avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad.

### Behandling av mild til moderat depresjon

De fleste som opplever at de er syke og har behov for helsehjelp vil først ta kontakt med fastlegen. Noen kan komme til fastlegen fordi de er deprimerte, men mange kommer også med spesifikke fysiske plager som utmattelse, stivhet eller slitenhet, og får på bakgrunn av dette avdekket depresjon. Fastlegen vurderer deretter videre behandlingsforløp, avhengig av depresjonens alvorlighetsgrad.

De fleste personer med mild til moderat depresjon behandles utelukkende i primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009). Det finnes flere behandlingstilbud i primærhelsetjenesten, som for eksempel kommunepsykologer, oppsøkende team, rask psykisk helsehjelp, frisklivssentraler og familiens hus. Det vanligste er imidlertid behandling hos fastlegen. I 2015-2018 ble i overkant av 150 000 personer behandlet for depresjon hos fastlegen årlig. For hvert år ble omtrent halvparten av de samme

pasientene også behandlet for depresjon hos fastlegen året etter, mens i underkant av 30 prosent også ble behandlet hos fastlegen det påfølgende året (Figur 2-7). I perioden 2015 til 2020 ble 494 000 personer behandlet for depresjon hos fastlege, legevakt eller avtalespesialist. Antall som ble behandlet hos fastlege var betydelig større enn antall som ble behandlet hos avtalespesialist (Tabell 2-1).

**Tabell 2-1: Behandlingsforløp for personer som har vært i kontakt med fastlege eller avtalespesialist i perioden 2015-2020**

Behandlingsforløp	Antall personer
Hos fastlege, ikke hos avtalespesialist	423 247
Hos fastlege og avtalespesialist	45 735
Hos avtalespesialist, ikke hos fastlege	24 893
<b>Sum</b>	<b>493 875</b>

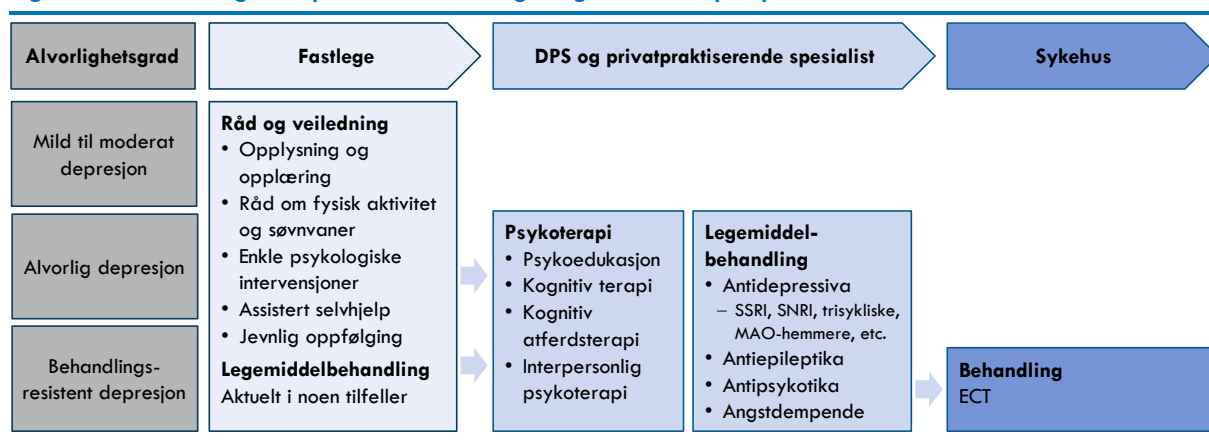
Kilde: Helfo. Analyse: Oslo Economics. Inkluderer personer som har oppsøkt fastlege eller avtalespesialist med depresjon som hoveddiagnose (diagnosekode ICPC-2: P76, ICD-10: F32 og F33).

Første behandling vil som regel bestå av rådgivning og veiledning, og plan for videre oppfølging. Dette kan for eksempel være å opplyse om sykdommen og hva den medfører, gi råd om økt fysisk aktivitet, råd mot søvnproblemer og assistert selvhjelp hvor helsepersonell hjelper pasienten i gang med selvhjelpsmateriale. I tillegg vil dette ofte kombineres

med korte psykologiske intervensjoner, for eksempel i form av strukturerte problemløsningssteknikker. Dersom disse behandlingene ikke har tilfredsstillende effekt

kan behandling med antidepressiver vurderes (Helsedirektoratet, 2009).

**Figur 2-8: Behandlingsforløp ved ulike alvorlighetsgrader av depresjon**



Kilde: Helsedirektoratet (2009) og Norsk legemiddelhåndbok (2021). Illustrasjon: Oslo Economics.

### Alvorlig depresjon

Personer med alvorlig depresjon vil som regel starte sitt behandlingsforløp på samme måte som ved mild til moderat depresjon, der første kontakt med helsetjenesten som oftest er hos fastlegen. Behandlingen starter gjerne med rådgivning, samtaleterapi og jevnlig oppfølging.

Ved utilstrekkelig effekt av behandlingen hos fastlege, henvises pasienten videre til spesialisthelsetjenesten. Tilbudene i spesialisthelsetjenesten krever henvisning fra fastlege eller annet helsepersonell med henvisningsrett. I spesialisthelsetjenesten utredes og behandles psykiske lidelser primært i psykisk helsevern, enten psykisk helsevern for voksne eller for barn og unge (BUP), mens ruslidelser behandles i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Behandlingen foregår oftest innen psykisk helsevern for voksne, for eksempel i form av distriktpsykiatriske senter (DPS), eller hos privatpraktiserende spesialist (psykolog eller psykiater). Behandlingen gjennomføres i hovedsak på poliklinikk, mens innleggelse på sykehus gjøres ved akutte psykotiske tilfeller.

Fra 1. januar 2019 ble tjenestene innen psykisk helsevern organisert som pakkeforløp. Personer med tegn til alvorlig psykisk lidelse, skal henvises til pakkeforløp. Et pakkeforløp starter med en henvisning fra fastlegen til spesialisthelsetjenesten. Henvisningen vurderes, og det tas stilling til hvilket pakkeforløp som er mest hensiktsmessig. Det er utviklet et pakkeforløp for voksne, et for barn og unge og et for rusbehandling. Deretter planlegges utredning og behandling videre i samarbeid mellom behandlere og pasient. Pakkeforløpet innebærer at det er utarbeidet tre generelle utrednings- og behandlingsforløp, som

har som hensikt å gi pasienter et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart uten ventetid.

Behandlingen i spesialisthelsetjenesten består som regel av en kombinasjon av psykoterapi og legemiddelbehandling. Psykoterapi omfatter behandlinger som kognitiv terapi, kognitiv atferdsterapi og interpersonlig psykoterapi. Dette er behandlingsmåter der terapeuten er støttende, gir informasjon om sykdommen, og behandlingen er strukturert og lærer pasienten spesifikke metoder for å mestre problemene som følger med lidelsen (Helsedirektoratet, 2009).

Ved legemiddelbehandling er nyere antidepressiva førstevalget. Det finnes en rekke ulike typer antidepressiva og dersom førstevalget (oftest en type selektiv serotoninreopptakshemmer (SSRI)) ikke gir tilfredsstillende effekt, kan man bytte til et antidepressiv med en annen virkningsmekanisme. Personer som behandles med antidepressiver følges opp av helsepersonell og det anbefales at behandlingen fortsettes i minst seks måneder etter en depressiv episode for å redusere risikoen for tilbakefall. Dersom behandling med antidepressiva ikke har ønsket effekt, kan det forsøkes å kombinere et antidepressiva med en annen type legemiddel, ofte antiepileptika, antipsykotika, angstdempende eller beroligende. Som tidligere nevnt er det anslått at rundt 540 000 personer i Norge har depresjon i et gitt år. En tidligere analyse (upublisert) av data fra Reseptregisteret, utført på oppdrag fra Janssen Cilag AS, fant at i overkant av 225 000 personer med depresjonsdiagnose fikk forskrevet antidepressiva i 2018. Dette tilsier at om lag 40 prosent av personer med depresjon i et gitt år behandles med antidepressiva.

Ved de mest alvorlige depresjonene, og i tilfeller der pasienten ikke har effekt av legemiddelbehandlingen, kan det være aktuelt med elektrokonvulsiv behandling (ECT). Ved ECT blir en liten mengde elektrisitet sendt gjennom en del av hjernen til en person i narkose. ECT er en effektiv behandlingsmetode, særlig for de mest alvorlige depresjonene hvor selvmordsrisikoen er høy (Norsk legemiddelhåndbok, 2021). I 2015 ble det utført 4 600 ECT-behandlinger på om lag 520 pasienter (Helsedirektoratet, 2017). ECT- behandling gis oftest til personer med moderat til svært alvorlig depresjon, der annen behandling ikke har hatt effekt (NHI, u.d.).

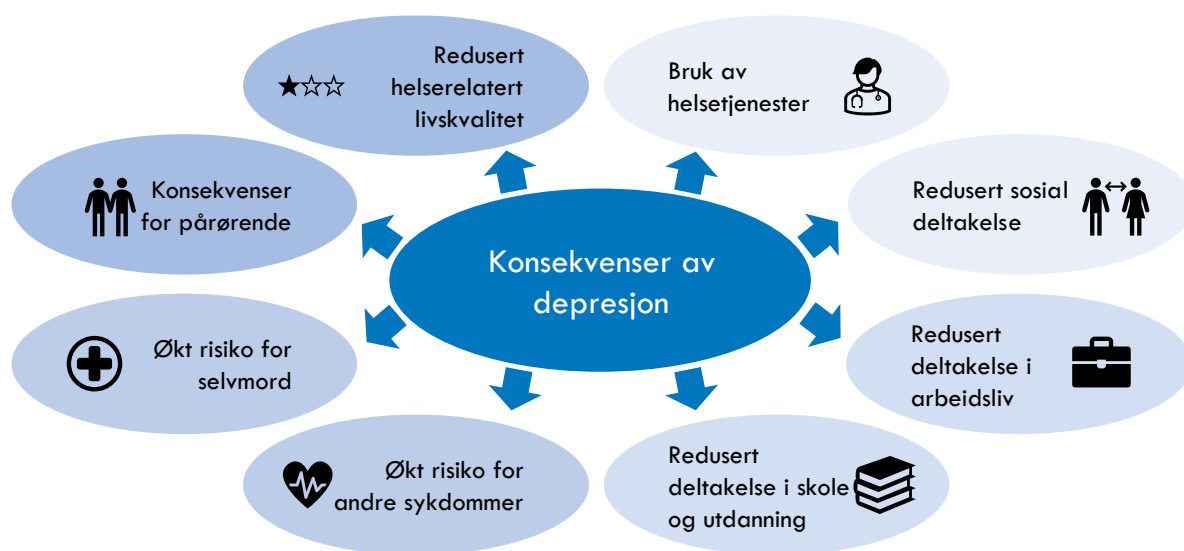
Depresjonen omtales som behandlingsresistent dersom det har vært forsøkt behandling med to eller flere antidepressiver uten tilfredsstillende effekt. Når behandling med antidepressiver ikke har hatt ønsket effekt kan kombinasjon mellom ulike medikamenter forsøkes, som ulike typer antidepressiva, litium, antiepileptika og antipsykotikum. ECT-behandling kan også være aktuelt. Nylig har behandling med esketamin neseppray for behandlingsresistent depresjon fått markedsføringstillatelse i Norge. Behandling med esketamin neseppray må igangsettes av psykiater og skal kun utleveres etter rekvisisjon fra sykehus (Norsk legemiddelhåndbok, 2021).

### 3. Konsekvenser for helse, livskvalitet og samfunn

Depresjonslidelser generelt og behandlingsresistent depresjon spesielt kan påvirke ulike aspekter av livet for de som rammes, deres nærstående og samfunnet for øvrig. De fleste som opplever en depresjon får betydelig redusert helserelatert livskvalitet, som gir ytterligere konsekvenser for deltakelse sosialt, i arbeidsliv og i utdanning.

Belastningen av en depresjon kan være betydelig for den enkelte personen og deres nærstående. Sykdommen kan påvirke mange aspekter av livet, og gå utover både arbeidsliv, sosiale forhold og relasjoner (Figur 3-1). Omfanget av belastningen påvirkes av alvorlighetsgraden, lengde på perioden og andre faktorer. I det følgende beskriver vi mulige konsekvenser av depresjon nærmere.

Figur 3-1: Konsekvenser av depresjon



Illustrasjon: Oslo Economics

#### 3.1 Helserelatert livskvalitet

Symptomene på depresjon, herunder senket stemningsleie, manglende interesse, tretthet, nedsatt energi og nedsatt glede over de fleste aktiviteter, tilsier at personer med depresjon har betydelig redusert livskvalitet. Samtidig bidrar symptomene til at depresjon kan være mindre synlig for nærstående og øvrige relasjoner, og mange opplever derfor å stå alene med sykdommen. Ettersom symptomene først og fremst er synlige for den det gjelder, kan det bidra til at personer som verken er rammet av sykdommen selv, eller opplever sykdommen som nærstående, har redusert forståelse for depresjon. Dette bidrar til å skape stigma rundt psykiske lidelser.

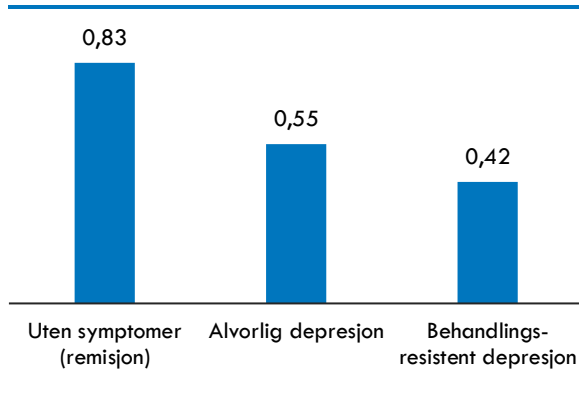
I studier av sykdomsbyrde og helseøkonomiske analyser måles helserelatert livskvalitet som oftest ved bruk av kvalitetsjusterte leveår (på engelsk; quality-adjusted life-years (QALYs)) eller helsetapsjusterte leveår (disability-adjusted life-years (DALYs)). QALY angir antall leveår «vunnet» (sammenlignet med beste

alternativ), vektet med kvaliteten på disse leveårene, der livskvalitet måles på en skala fra 0 (død) til 1 (full helse). Ett kvalitetsjustert leveår tilsvarer ett år med full helse. DALY reflekterer summen av tapte leveår og ikke-dødelig helsetap, der helsetap måles på en skala fra 0 (helt frisk) og 1 (død).

Depresjon er en av de viktigste årsakene til ikke-dødelig helsetap i Norge (Øverland, et al., 2018). I en kunnskapsoppsummering av behandlingsresistent depresjon fra 2014 (Mracek, et al., 2014), fant man at **livskvaliteten under en depressiv episode** på tvers av helseøkonomiske modeller var **0,55 (±0,12) for alvorlig depresjon og 0,42 (±0,13) for behandlingsresistent depresjon**. Livskvaliteten var betydelig lavere enn blant depresjonspasienter som var blitt symptomfrie, tilsvarende 0,83 (±0,07) (Figur 3-2). Livskvalitetsberegningene er basert på seks artikler publisert i perioden 1996 til 2013.



**Figur 3-2: Livskvalitet ved ulike grader av depresjon**



Kilde: Mrazek et al. 2014

Statens legemiddelverk har anslått at hver person som rammes av behandlingsresistent depresjon i sum opplever et tap på mellom 6-13 gode leveår (Statens legemiddelverk, 2020). Anslagene er basert på en helseøkonomisk modell over fem år, og er derfor svært usikre. I forslaget til inndeling av alvorlighets kategorier, tilsvarer dette kategori fire (av totalt seks kategorier), eller middels til stor alvorlighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

I den globale sykdomsbyrdestudien (Øverland, et al., 2018) er sykdomsbyrden, målt i DALY, anslått til **34 944 DALY for depresjon generelt og 26 144 DALY for alvorlig depresjon**. Studien har ikke angitt anslag for behandlingsresistent depresjon.

### 3.2 Bruk av helsetjenester

Personer med depresjon vil ofte kunne ha behov for behandling i helsetjenesten. Omfanget av og typen behandling vil variere etter alvorlighetsgraden til depresjonen. De fleste med depresjon vil være i kontakt med allmennelegetjenesten som et første steg i behandling. Avhengig av alvorligheten vil noen også behandles på DPS eller andre deler av psykisk helseverntjenesten, hos privat spesialist eller på somatisk sykehus. I tillegg vil legemiddelbehandling være aktuelt for flere.

I kapittel 4.3 går vi nærmere igjennom bruken av helsetjenester blant de med depresjon, i tillegg til å vurdere hvor stor andel av helsetjenestebruken som kan tilskrives hhv. alvorlig og behandlingsresistent depresjon.

### 3.3 Sosial deltakelse

Sosial deltakelse er et grunnleggende behov som gir en følelse av tilhørighet og bidrar positivt til livskvalitet. Helseproblemer er imidlertid en av hovedårsakene til at personer er hindret sosial deltakelse (Barstad & Sandvik, 2015). Personer med depresjon er særlig utsatt for redusert sosial

deltakelse som følge av sykdommens symptomer. Risikoen for redusert sosial deltakelse påvirkes av depresjonens alvorlighetsgrad, varigheten på den depressive episoden og den enkeltes behandlingseffekt. For eksempel, i en studie fra Nederland som fulgte pasienter med alvorlig depresjon i seks år, fant forskerne at pasientene hadde funksjonstap knyttet til aktiviteter i husholdningen, interpersonlig funksjon, deltakelse i samfunnet og kognisjon (Iancu, et al., 2020).

Personer med behandlingsresistent depresjon har ofte lengre depressive perioder som følge av manglende behandlingseffekt. Risikoen for redusert sosial deltakelse kan derfor være større for denne gruppen enn for personer med mindre alvorlige former for depresjon.

### 3.4 Deltakelse i arbeidsliv

Personer som har en depressiv episode, opplever større eller mindre grad av redusert fungering og/eller deltakelse i arbeidslivet. Ved en enkelt depressiv episode kan man ha behov for korttidsfravær, mens tilbakevendende depressive episoder kan gjøre at man faller utenfor arbeidslivet i en lengre periode. I hvilken grad depresjonslidelsen påvirker arbeidsevnen, avhenger av alvorlighetsgraden, episodens varighet, behandlingseffekt, samt grad av tilbakevendende episoder.

Ved langvarig sykefravær kan tilknytningen til arbeidslivet bli svakere, og risikoen for uførhet øke. I en tidligere studie om uførhet blant yngre personer, fant forskerne at psykiske lidelser var den viktigste årsaken til økt innstrømming til uføretrygd blant unge (Oslo Economics og Frischsenteret, 2020). Forskerne pekte på at økende frafall fra skole og arbeidsliv blant unge kan henge sammen med økt tilbøyeligheten til å utrede og diagnostisere unge med psykiske lidelser.

For personer med depresjon som fungerer tilstrekkelig til å delta i arbeidslivet, kan symptomer som redusert motivasjon, bekymringer, stress og utmattelse, føre til at man ikke bidrar på jobben i samme grad som tidligere. Redusert produktivitet, såkalt *presenteeism*, vil ha en kostnad for arbeidsgiver, men kan likevel ha en positiv effekt for den enkelte arbeidstaker ved å stå i arbeid. Arbeidsdeltakelse kan være viktig for å få struktur i hverdagen, mestrings- og bidragsfølelser og det kan skape et fellesskap. Arbeidsdeltakelse ved retur til arbeid etter deprimerede episoder har også vist positive helseeffekter (Øverland, et al., 2011).

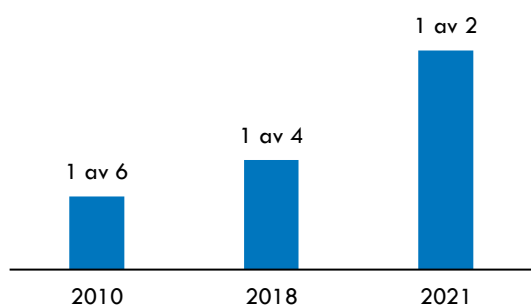
Perioder med redusert produktivitet og/eller sykefravær kan på sikt bidra til en forsinket karriereutvikling, som forsterker tapet av sykdommen ytterligere.

### 3.5 Deltakelse i skole og utdanning

Mange opplever første depressive episode tidlig i livet, og dette kan redusere deltakelse i skole og utdanning for mennesker med depresjon. Depresjon kan ha betydning for resultatene man oppnår, og også på om man gjennomfører studiene eller hvor lang tid man bruker på å gjennomføre. En tidligere nasjonal rapport hevder at 15-20 prosent av barn og unge har nedsatt funksjon på grunn av psykiske helseproblemer (Mykletun, et al., 2009). Angst og depresjon er trukket fram som de hyppigste psykiske lidelsene i barne- og ungdomsårene. Opp til 5 prosent av ungdom har symptomer på alvorlig depresjon.

I 2021 har nesten halvparten av studentene som deltok i Studentenes helse og trivselsundersøkelse (SHoT) rapportert om psykiske plager (Figur 3-3). Dette er en kraftig økning fra hver 6. student i 2010 og hver 4. student i 2018 (Sivertsen, 2021). Økningen var spesielt høy under koronapandemien i 2021. 18 prosent av studentene oppgir å ha en psykisk lidelse, og den vanligste er depresjon (12 prosent).

**Figur 3-3: Studenter som har rapportert om psykiske plager i Studentenes helse- og trivselsundersøkelse**



Kilde: (Sivertsen, 2021)

### 3.6 Økt risiko for andre sykdommer

Depresjon forekommer ofte i kombinasjon med andre sykdommer og helseplager. For personer med depresjon er de vanligste tilleggssykdommene søvnproblemer, angstproblemer, kroniske smerter, spesielt muskel- og skjelettsmerter, og rusmiddelproblemer (Helsedirektoratet, 2009). Personer som lider av depresjon har også økt risiko for å utvikle angst, atferdsproblemer, spiseforstyrrelser eller rusmiddelmisbruk (Folkehelseinstituttet, 2018a).

En kunnskapsoppsummering fant at de vanligste komorbide tilstandene for personer med behandlingsresistent depresjon er ledd-, lem- eller ryggsmarter (forekommer hos 73 prosent av pasientene), høyt blodtrykk og hypertensjon (67 prosent) og dyslipidemi (61 prosent) (Mrazek, et al.,

2014). I tillegg er psykiatriske tilstander som ubehag, tretthet, angst og personlighetsforstyrrelser vanligere for personer med behandlingsresistent depresjon enn for de som responderer på behandling.

### 3.7 Økt risiko for selvmord

Der mange sykdommer medfører helsetap i form av tidlig død, medfører psykiske helseutfordringer særlig helsetap knyttet til redusert livskvalitet. Likevel er også tidlig død knyttet til alvorlige psykiske lidelser i form av selvmord, selv om det er vanskelig å sette en klar diagnose bak slike hendelser. 44,8 prosent av personer som døde av selvmord i 2018 hadde hatt kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus i løpet av det siste året (Walby, et al., 2021). Tidligere studier har vist at mennesker med psykiske lidelser har økt risiko for selvmord, og mer enn 90 prosent av de som har tatt sitt eget liv har hatt en psykisk lidelse, enten denne var kjent eller ikke (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Det er først og fremst depresjon, men også schizofreni, bipolar lidelse, rusmiddelmisbruk og emosjonelt ustabil og dyssosial personlighetsforstyrrelse som er forbundet med selvmordsrisiko.

Risikoen for selvmord er høyere jo mer alvorlig depresjonen er. **En kunnskapsoppsummering fant at 15 prosent (± 8 prosent) av personer med behandlingsresistent depresjon har hatt selvmordstanker i løpet av livet** (Mrazek, et al., 2014). Til sammenligning var tilsvarende tall seks prosent for personer med depresjon som responderer på behandling, og én prosent i befolkningen som helhet.

I 2020 la regjeringen fram en handlingsplan for forebygging av selvmord med en nullvisjon for selvmord i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). I handlingsplanen pekes det på at behandling av psykiske lidelser, og spesielt depresjon, har god effekt for å forebygge selvmord. Gjennom denne handlingsplanen får behandling av psykiske lidelser en større prioritering på nasjonal basis.

### 3.8 Pårørende

Det finnes lite forskning som undersøker belastningen for pårørende til personer med behandlingsresistent depresjon, og i kunnskapsoppsummeringen fra 2014 fant man ingen studier som rapporterte om pårørendes livskvalitet (Mrazek, et al., 2014). Symptomene på depresjon tilsier imidlertid at pårørende trolig vil bli belastet. Personer med depresjon vil ha et økt omsorgsbehov, og personer med alvorlig depresjon kan trenge både praktisk hjelp, personlig pleie og emosjonell støtte. En studie fant at opptil 90 prosent av pasienter med psykiske lidelser bor sammen med slektninger eller partnere som bidrar med langsiktig praktisk og emosjonell hjelp

(Shah, et al., 2010). I studien ble stress trukket fram som den største belastningen for pårørende, men også spørsmål knyttet til plikt, ansvar, tilstrekkelighet og skyld, som kan være en betydelig belastning.

En annen studie fant at 25-50 prosent av pårørende til personer med depresjon bærer på mye bekymring (Wijngaardea, et al., 2004). Denne bekymringen er blant annet relatert til pasientens helse, behandling, sikkerhet og framtid. Mange pårørende har også behov for egen psykisk helsehjelp i løpet av perioden; en studie fant at opp mot halvparten av omsorgspersoner lider av betydelige psykiske plager (Shah, et al., 2010). Sorg kan også ofte forekomme som en stor belastning for slektninger. Dette omfatter blant annet sorg over tapet av pasientens tidligere personlighet, manglende prestasjoner og bidrag, eller tap av familielivsstil.

I tillegg til partnere og slektninger, kan spesielt barn bli påvirket av depresjon hos foreldre eller andre nære relasjoner (Wijngaardea, et al., 2004). Disse barna kan i større grad enn andre barn oppleve vanskelig oppførsel, tap av matlyst, søvnløshet, mindre lek og mindre oppmerksomhet på skolen. Dette kan være en stor belastning for barn i lang tid, spesielt dersom de faller utenfor sosialt eller blir liggende etter på skolen.

Tall fra Pårørendeundersøkelsen fra 2017 viser at for 73 prosent av pårørende innen psykisk helse og rus påvirkes negativt helsemessig (Pårørendealliansen, 2018). Konstant alarmberedskap, stress og søvn trekkes fram som de viktigste faktorene, som over 50 prosent opplever. Av de som deltok i undersøkelsen hadde nesten 60 prosent endret arbeids- og studielivet som følge av pårørendeansvaret knyttet til psykisk helse og rus. De hadde enten sluttet i arbeid, gått ned i stilling eller antall timer, byttet arbeid til

mindre krevende stilling, sagt nei til forfremmelse, droppet fag eller utsatt eksamen. Dette tilsier at konsekvensene av depresjon for pårørende er betydelige.

### 3.9 Konsekvenser for samfunnet

I 2019 ga Helsedirektoratet ut en rapport som tar for seg de totale helserelaterte samfunnskostnadene i Norge i 2015 fordelt på ulike sykdomsgrupper (Helsedirektoratet, 2019). De samlede samfunnskostnadene forbundet med en sykdom eller gruppe av sykdommer kan deles inn i tre hovedkategorier: sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap. Samfunnskostnadene ved psykiske lidelser utgjør om lag 15 prosent av de totale samfunnskostnadene for alle sykdomsgrupper i Norge (Tabell 3-1), og 28 prosent av samlet produksjonstap.

I neste kapittel beregner vi samfunnskostnadene knyttet spesifikt til depresjon med utgangspunkt i analyser basert på registerdata.

**Tabell 3-1: Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker for Norge i 2015, mrd. 2021-kroner<sup>1</sup>.**

	Sykdomsbyrde (DALY*)	Helsetjeneste- kostnader	Produksjons- tap
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	225	43	56
Alle sykdomsgrupper/ diagnoser	1567	366	203

Kilde: (Helsedirektoratet, 2019). Note: \*DALY = disability-adjusted life years (helsetapsjusterte leveår). Indikatoren beskrives nærmere i delkapittel 3.1.

<sup>1</sup> KPI-justert for perioden 2015-2021 (16,1 prosent)






## 4. Samfunnskostnader

I tillegg til å gi store konsekvenser for de som rammes, medfører depresjon også store kostnader for samfunnet. De største kostnadene er knyttet til tapt helse og livskvalitet, men det er også store kostnader knyttet til tapt produksjon. Kostnadene knyttet til de med behandlingsresistent depresjon utgjør en stor

andel av kostnadene for depresjon totalt, særlig når det gjelder kostnader i helsetjenesten hvor andelen utgjør 35 – 55 prosent.

I dette kapitlet beregner vi de årlige samfunnskostnadene knyttet til depresjon totalt, samt andelen av disse som er knyttet til alvorlig og behandlingsresistent depresjon.

**Figur 4-1: Oversikt over antall pasienter med depresjon totalt, alvorlig depresjon og behandlingsresistent depresjon, og tilhørende samfunnskostnader fordelt etter kostnadsområde. Prosenttallene angir andelen av depresjon totalt.**

	Depresjon totalt	Alvorlig depresjon	Behandlingsresistent depresjon
 <b>Antall pasienter</b>	~ 540 000 pers. (100 %)	~ 130 000 pers. (24 %)	~ 11 000 – 18 000 pers. (2 – 3 %)
 <b>Tapt helse og livskvalitet</b>	~ 46 100 mill. kr. (100 %)	~ 34 500 mill. kr. (75 %)	~ 4 400 – 7 200 mill. kr. (9 – 16 %)
 <b>Behandlingskostnader</b>	~ 5 700 mill. kr. (100 %)	~ 5 200 mill. kr. (91 %)	~ 2 000 – 3 100 mill. kr. (35 – 55 %)
 <b>Tapt produksjon</b>	~ 26 900 mill. kr. (100 %)	~ 17 300 mill. kr. (64 %)	~ 1 800 – 3 500 mill. kr. (7 – 13 %)
 <b>Øvrige samfunns-kostnader</b>	~ 4 800 mill. kr. (100 %)	~ 3 500 mill. kr. (73 %)	~ 900 – 1 400 mill. kr. (18 – 29 %)

Illustrasjon Oslo Economics

### 4.1 Sentrale antakelser for beregning av samfunnskostnader

I beregning av samfunnskostnadene av de ulike formene for depresjon, har vi lagt til grunn at:

- 540 000 personer har depresjon generelt
- 130 000 personer har alvorlig depresjon
- Mellom 11 000 og 18 000 personer har behandlingsresistent depresjon

Anslagene for sykdomsforekomst er nærmere beskrevet i delkapittel 1.1.

Ettersom vi ikke har hatt mulighet til å identifisere pasienter med behandlingsresistent depresjon i registerdataene, omfatter beregningene usikkerhetsspenn for kostnadene knyttet til denne gruppen. Vi

benytter ulike tilnærminger for å anslå kostnadene for behandlingsresistent depresjon knyttet til de ulike kostnadstypene, og beskriver antakelsene løpende.

### 4.2 Helse og livskvalitet

Depresjon medfører en samfunnskostnad i form av tapt helse og livskvalitet for de som rammes. En depressiv episode medfører en betydelig reduksjon i helse relatert livskvalitet (delkapittel 3.1). I tillegg medfører depresjon ofte redusert fysisk helsetilstand og/eller sammenfaller med andre sykdommer (delkapittel 3.6), og gir økt risiko for selvmord (delkapittel 3.7).

For å beregne verdien av tapt helse som følge av depresjon tar vi utgangspunkt i anslag for antall helsetapsjusterte leveår (DALY) fra den globale

sykdomsbyrdestudien (Øverland, et al., 2018). Sykdomsbyrdestudien angir anslag for DALY for både depresjon generelt og alvorlig depresjon, men har ikke angitt anslag for behandlingsresistent depresjon. Med utgangspunkt i at 130 000 personer har alvorlig depresjon, og at antall DALY for denne populasjonen utgjør 26 144, tilsier det at gjennomsnittlig antall DALY per person er 0,2. Ettersom en studie fant at helserelatert livskvalitet for personer med behandlingsresistent depresjon var i gjennomsnitt 24 prosent lavere enn for personer med alvorlig depresjon (Mrazek, et al., 2014), samt at personer med behandlingsresistente depresjoner har sykdommen over en lengre periode, har vi lagt til grunn at gjennomsnittlig DALY per person med

behandlingsresistent depresjon er 50 prosent høyere enn for personer med alvorlig depresjon.

Ettersom denne analysen gjøres i et samfunns-perspektiv, og ikke omfatter et tiltak for vurdering i helsesektoren, har vi lagt til grunn en verdi per helsetapsjusterte leveår, uten produksjonstap, på 1,32 millioner 2021-kroner (Helsedirektoratet, 2021).

Med utgangspunkt i disse forutsetningene utgjør **samfunnskostnadene knyttet til tapt helse 46,1 milliarder kroner årlig som følge av depresjon totalt, 34,5 milliarder som følge av alvorlig depresjon og om lag 4,4 til 7,2 milliarder som følge av behandlingsresistent depresjon** (Tabell 4-1).

**Tabell 4-1: Helsetap som følge av depresjon**

Populasjon	Tapte DALYs*	Verdi per DALY	Helsetap
Depresjon totalt	34 944	1,32 mill. kr.	46,1 mrd. kr.
Alvorlig depresjon	26 144	1,32 mill. kr.	34,5 mrd. kr.
Behandlingsresistent depresjon	3 300 – 5 400	1,32 mill. kr.	4,4 – 7,2 mrd. kr.

Kilde: FHI (2018) og Helsedirektoratet (2021). \*Helsetapsjusterte leveår.

### 4.3 Kostnader i helse- og omsorgstjenesten

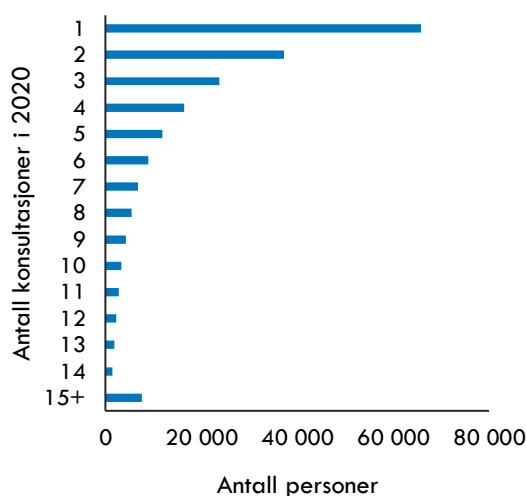
Personer med depresjon vil ofte ha behov for behandling i helsetjenesten kombinert med legemiddelbehandling (beskrevet i delkapittel 0). Både behovet for behandling og i hvilken del av helsetjenesten man behandles avhenger av sykdommens alvorlighetsgrad.

I det følgende presenterer vi kostnader i primærhelsetjenesten, psykisk helsevern for voksne, privatpraktiserende spesialister og ved somatiske sykehus, samt kostnader for legemidler.

#### Primærhelsetjenesten

**I 2020 var det om lag 200 000 personer som oppsøkte fastlege som følge av depresjon.** Disse hadde til sammen om lag **820 000 konsultasjoner**, tilsvarende i gjennomsnitt litt over fire konsultasjoner årlig per person. Dette inkluderer kun de tilfellene der depresjon var hoveddiagnose, og ekskluderer tilfeller der depresjon var én av flere tilleggsdiagnoser. Det er stor variasjon i hvor mange besøk hver av disse personene hadde i løpet av 2020. **Om lag en tredjedel, 66 000 pasienter, hadde bare én konsultasjon hos fastlege med depresjon som hoveddiagnose**, mens det var 124 personer som hadde mer enn 50 besøk hos fastlegen i løpet av året (Figur 4-2).

**Figur 4-2: Antall personer etter antall konsultasjoner hos fastlege knyttet til depresjon\* i 2020**



Kilde: Helfo. Analyse: Oslo Economics. \*Inkluderer behandling med hoveddiagnose ICPC-2: P03 eller P76.

**I underkant av 8 000 personer ble behandlet på legevakt som følge av depresjon i 2020**, og disse stod til sammen for i overkant av **10 000 konsultasjoner**. Dette er vesentlig færre enn hos fastlege, noe som er naturlig ettersom legevakt først og fremst behandler mer akutte tilfeller.

Pasientene som mottok behandling for depresjon hos fastlege og legevakt betalte til sammen rundt 61 millioner kroner i egenandel i 2020, mens det ble utbetalt 249 millioner kroner i refusjon fra Helfo

tilknyttet de samme behandlingene. Egenandeler og refusjon utgjør 29 prosent av de totale behandlingskostnadene til legekantorene og reflekterer dermed kun deler av kostnadene for samfunnet

(Helsedirektoratet, 2019). Etter å ha justert for dette anslås **behandlingskostnadene i allmennlegetjenesten knyttet til depresjon som helhet til om lag 1,1 milliarder kroner** (Tabell 4-2).

**Tabell 4-2: Antall pasienter og kostnader for behandling av depresjon\* i allmennlegetjenesten i 2020 fordelt på behandlingssted**

Behandlingssted	Antall konsultasjoner	Antall pasienter	Egenandeler og refusjon (mill. kr.)	Samlet kostnad i helse-tjenesten** (mill. kr.)
Fastlege	817 877	199 901	303	1 046
Legevakt	10 502	7 847	7	23
<b>Sum</b>	<b>828 379</b>	<b>203 966***</b>	<b>310</b>	<b>1 069</b>

Kilde: Helfo. \* Inkluderer behandling med hoveddiagnose ICPC-2: P03 eller P76. \*\* Estimert med utgangspunkt i at egenandeler og refusjon utgjør 29 prosent av samlede behandlingskostnader (Helsedirektoratet, 2019). \*\*\* Noen pasienter har mottatt behandling både hos fastlege og på legevakt, og antall unike pasienter er derfor lavere enn summen av radene over.

Tabell 4-2 omfatter alle som ble behandlet for depresjon i primærhelsetjenesten, og inkluderer dermed både de som behandles for mild og alvorlig depresjon. Blant disse personene er det trolig at de som har vært i hyppigst kontakt med helsetjenesten lider av mer alvorlig depresjon enn de som har hatt færre konsultasjoner. For å anslå hvor stor andel av behandlingskostnadene som kan tilskrives alvorlig depresjon, legger vi til grunn at de som har fått utskrevet et legemiddel i kontakt med allmennlegetjenesten eller har hatt fem eller flere konsultasjoner med fastlegen i løpet av 2020 knyttet til depresjon, lider av alvorlig depresjon. I tillegg antar vi at dette gjelder de som har vært behandlet i allmennlegetjenesten og deretter mottatt videre behandling hos spesialist. Samlet sett gjelder dette i underkant av 80 000 personer, eller om lag 40 prosent av de som ble behandlet for depresjon i allmennlegetjenesten. Når vi justerer for at egenandeler og refusjoner kun utgjør deler av samlede behandlingskostnader, anslås de totale behandlingskostnader i allmennlegetjenesten for disse personene i 2020 til 669 millioner kroner.

Kostnadene knyttet til behandlingsresistent depresjon er også vanskelig å identifisere med tilgjengelige registerdata. En fremgangsmåte kan være å legge til grunn at dette kun gjelder personene som mottok videre behandling hos spesialist. I 2020 fikk om lag 5 500 av personene som mottok behandling hos spesialist også behandling i allmennlegetjenesten. Behandlingskostnadene i allmennlegetjenesten knyttet til disse personene utgjorde 44 millioner kroner i 2020.

En annen tilnærming er å ta utgangspunkt i andelen personer med behandlingsresistent depresjon blant personer med alvorlig depresjon, det vil si inntil 14 prosent. Om man antar at behandlingskostnadene per person i allmennlegetjenesten for disse personene er tilsvarende som for de med alvorlig depresjon, vil dette tilsi om lag 100 millioner kroner.

**På bakgrunn av dette anslår vi at kostnadene i allmennlegetjenesten knyttet til behandlingsresistent depresjon utgjør mellom 44 og 100 millioner kroner** (Tabell 4-3/Tabell 4-3: Behandlingskostnader i allmennlegetjenesten knyttet til depresjon i 2020, ).

**Tabell 4-3: Behandlingskostnader i allmennlegetjenesten knyttet til depresjon i 2020, etter alvorlighetsgrad**

Populasjon	Antall pasienter	Kostnad (mill. kr.)
Depresjon totalt	203 966	1 069
Alvorlig depresjon	79 194	669
Behandlingsresistent depresjon	5 528	44 – 100

Kilde: Helfo. Analyse: Oslo Economics.

#### Andre behandlingstilbud i primærhelsetjenesten

I tillegg til fastlege og legevakt finnes det også flere andre behandlingstilbud til personer med psykiske problemer i primærhelsetjenesten. Dette gjelder for eksempel kommunepsykologer, oppsøkende team, rask psykisk helsehjelp, frisklivssentraler og familiens bolig.

Det vil være ressursbruk innen disse behandlingstilbudene som i større eller mindre grad dreier seg om behandling av depresjon. Kostnader knyttet til disse tilbudene er imidlertid ikke tallfestet i denne rapporten som følge av manglende data og begrenset informasjon om hvordan kostnadene ved de ulike tilbudene fordeler seg mellom depresjon og andre lidelser.

#### Privatpraktiserende spesialister

Personer som ikke opplever bedring etter behandling i primærhelsetjenesten blir henvist videre til behandling i spesialisthelsetjenesten. Privatpraktiserende spesialister utgjør en sentral del av behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten, og ved hjelp av data

fra Helfo kan vi beregne behandlingskostnadene ved avtalespesialister.<sup>2</sup>

### I 2020 mottok om lag 9 000 personer behandling for depresjon hos privatpraktiserende psykolog.

Disse hadde til sammen **114 000 konsultasjoner**, tilsvarende i gjennomsnitt 13 konsultasjoner årlig per person. 45 prosent av de som ble behandlet hos psykolog hadde over 10 konsultasjoner i 2020. Det var også 17 personer som hadde over 100 konsultasjoner med psykolog i 2020.

I tillegg mottok nærmere 5 000 personer behandling hos privatpraktiserende psykiater som følge av depresjon. Det var også 139 personer som mottok behandling for depresjon hos andre typer legespesialister, hvorav omtrent halvparten var

**Tabell 4-4: Estimat på behandlingskostnader knyttet til depresjon hos privatpraktiserende spesialister med avtale med regionalt helseforetak (RHF) i 2020**

Spesialist	Antall konsultasjoner	Antall pasienter	Kostnad (mill. kr.)
Spesialist i psykologi**	114 354	8 859	167
Spesialist i psykiatri	60 775	4 953	82
Annen legespesialist	952	139	1,4
<b>Sum</b>	<b>176 081</b>	<b>13 835</b>	<b>250</b>

Kilde: Helfo. \*Inkluderer behandling med hoveddiagnose ICD-10: F32 og F33. \*\*Inkluderer nevropsykolog.

Ettersom det er de mer alvorlige tilfellene som henvises til spesialist antar vi at samtlige konsultasjoner knyttet til depresjon hos avtalespesialister dreier seg om alvorlig depresjon. Gitt at det er mellom 11 000 og 18 000 personer med behandlingsresistent depresjon i Norge og i underkant av 14 000 personer som ble behandlet for depresjon hos avtalespesialist i 2020, kan det tenkes at en stor del av disse konsultasjonene dreier seg om behandlingsresistente depresjoner. Vi legger til grunn at mellom 50 til 100 prosent av behandlingskostnadene hos avtalespesialister er knyttet til behandlingsresistent depresjon, tilsvarende mellom 125 og 250 millioner kroner (Tabell 4-5).

**Tabell 4-5: Behandlingskostnader hos avtalespesialister knyttet til depresjon i 2020, etter alvorlighetsgrad**

Populasjon	Kostnad (mill. kr.)
Depresjon totalt	250
Alvorlig depresjon	250
Behandlingsresistent depresjon	125 – 250

Kilde: Helfo. Analyse: Oslo Economics.

I tillegg til behandling hos avtalespesialister (presentert i Tabell 4-5), kan personer med depresjon

<sup>2</sup> Privatpraktiserende spesialist med avtale om driftstilskudd fra staten.

behandling hos spesialist i nevrologi. Av totalt 176 000 konsultasjoner hos privatpraktiserende spesialister i 2020 knyttet til depresjon, var 65 prosent av konsultasjonene hos psykolog, om lag 35 prosent hos psykiater, mens mindre enn 1 prosent av konsultasjonene var hos en annen legespesialist.

Det ble i 2020 betalt om lag 18 millioner kroner i egenandel og 132 millioner kroner i refusjon fra Helfo for behandling av depresjon hos privatpraktiserende spesialister. Med en antagelse om at driftstilskuddet tilsvarende omtrent 60 prosent av samlet finansiering (Helsedirektoratet, 2019), anslås **samlede behandlingskostnader knyttet til depresjon hos privatpraktiserende spesialister i 2020 til 250 millioner kroner** (Tabell 4-4).

også få behandling hos privatpraktiserende spesialist som ikke har avtale med regionalt helseforetak. Disse behandlingene betaler pasienten selv og de er ikke inkludert i dataene fra Helfo. Manglende datagrunnlag gjør at behandlingskostnadene ved helprivate spesialister ikke er inkludert i denne analysen. Disse kostnadene utgjør imidlertid trolig kun en liten del av de samlede behandlingskostnadene ved depresjon.

### Psykisk helsevern for voksne

Ved alvorlig depresjon vil psykisk helsevern i form av behandling ved distriktpsikiatrisk senter (DPS) og sykehus være aktuelt.

Innen psykisk helsevern for voksne var det 415 000 dagbehandling og polikliniske behandlinger, i tillegg til om lag 15 000 døgnopphold, på til sammen 260 000 oppholdsdøgn, som skyldtes affektive lidelser i 2019<sup>3</sup> (Bremnes & Indergård, 2020). Affektive lidelser er en samlebetegnelse på psykiske lidelser kjennetegnet av endringer i stemningsleie som depresjon, mani og bipolar affektiv lidelse. Klinikere vi har vært i kontakt med anslår at rundt 80 prosent av behandlingen av affektiv lidelse innen psykisk helsevern dreier seg om depresjon. Dette tilsvarende **rundt 210 000 oppholdsdøgn og 330 000 dag-**

<sup>3</sup> Vi benytter data fra 2019 ettersom det fra 2019 til 2020 var en betydelig reduksjon i antall oppholdsdøgn innen psykisk helsevern som antas å skyldes covid-19-pandemien.

## behandlinger og polikliniske behandlinger knyttet til depresjon.

I tillegg til de nevnte behandlingene i psykisk helsevern kommer elektrokonvulsiv behandling (ECT). ECT-behandlinger føres ikke i noen registre og det er derfor vanskelig å anslå omfanget av behandlingsformen for de siste årene. I 2015 ble det utført 4 600 ECT-behandlinger på om lag 520 pasienter (Helsedirektoratet, 2017). Omtrent to tredeler av disse behandlingene foregikk innen psykisk helsevern for voksne, mens en tredel foregikk under somatiske sykehus. Selv om vi ikke har nøyaktige tall på diagnoser blant de som får ECT, er det i all hovedsak pasienter med affektive lidelser som får ECT (Helsedirektoratet, 2017). ECT-behandling gis oftest til personer med moderat til svært alvorlig depresjon, der annen behandling ikke har hatt effekt (NHI, u.d.). Som et anslag legger vi derfor til grunn at 75 prosent av ECT-behandlingene kan tilskrives behandlingsresistent depresjon. Kostnaden for ECT-behandlinger er beregnet med utgangspunkt i DRG-vekten for poliklinisk ECT-behandling (se beskrivelse av DRG-systemet under avsnittet om somatiske sykehus på neste side). I beregningen av dagens kostnader ved

ECT-behandling legger vi til grunn at omfanget av ECT-behandling er tilsvarende som det var i 2015 (som er siste periode vi har statistikk på). Med disse forutsetningene beregnes den årlige kostnaden for ECT-behandling i Norge til 86 millioner kroner. Av dette anslås **57 millioner kroner årlig å være knyttet til ECT-behandling innen psykisk helsevern for voksne.**

I Helsedirektoratets nyeste beregning av kostnadsnivå innen psykisk helsevern ble gjennomsnittskostnaden per konsultasjon innen psykisk helsevern for voksne beregnet til 2 700 kroner (inflasjonsjustert til 2 892 i 2021-kr). Gjennomsnittskostnaden per oppholdsdøgn i psykisk helsevern ble beregnet til 12 800 kroner (13 709 i 2021-kr) (SAMDATA, 2019).

**De samlede behandlingskostnadene knyttet til depresjon innen psykisk helsevern for voksne estimeres til totalt 3,9 milliarder kroner i 2021.** Av dette utgjorde kostnadene knyttet til konsultasjoner om lag 950 millioner kroner, mens kostnadene til innleggelse utgjorde i underkant av 2,9 milliarder kroner (Tabell 4-6).

**Tabell 4-6: Behandlingskostnad av depresjon innen psykisk helsevern for voksne i 2019, justert for 2021-kr**

	Antall episoder, affektive lidelser	Antall opphold, depresjon*	Enhetskostnad (2021-kr)	Kostnad (mill. kr.)
Oppholdsdøgn	259 977	207 981	13 709	2 850
Dagbehandling/ poliklinikk	413 946	331 157	2 892	950
ECT-behandling**		2 300	24 980	57
<b>Sum</b>				<b>3 900</b>

Kilde: Bremnes & Indergård (2020) og SAMDATA (2019). Analyse: Oslo Economics. \*Anslått til å utgjøre 80 prosent av affektive lidelser basert på innspill fra kliniker. \*\*Estimat basert på antall pasienter og opphold i 2015 (Helsedirektoratet, 2017).

Når det gjelder kostnadene for undergruppene av alvorlige former for depresjon, legger vi til grunn at all behandling innen psykisk helsevern knyttet til depresjon dreier seg om alvorlig depresjon. Behandling starter som regel hos fastlegen, og det er først og fremst de alvorlige tilfellene som henvises videre til behandling innen psykisk helsevern. Videre er det antagelig den mest alvorlige delen av behandlingen innen psykisk helsevern som knytter seg til behandlingsresistent depresjon. Vi legger til grunn at dette gjelder 50-75 prosent av alle innleggelse knyttet til depresjon (som tilsvarer 12 000 døgnopphold med til sammen 200 000 oppholdsdøgn) og mellom 25 og 50 prosent av konsultasjonene utenom innleggelse. **Samlet anslås kostnadene innen psykisk helsevern knyttet til behandlingsresistent depresjon til mellom 1,7 og 2,6 milliarder kroner (Tabell 4-7).**

**Tabell 4-7: Behandlingskostnader i psykisk helsevern for voksne knyttet til depresjon i 2021, etter alvorlighetsgrad**

Populasjon	Kostnad (mill. kr.)
Depresjon totalt	3 900
Alvorlig depresjon	3 900
Behandlingsresistent depresjon	1 700 – 2 700

Kilde: Bremnes & Indergård (2020) og SAMDATA (2019). Analyse: Oslo Economics.

## Somatiske sykehus

En mindre andel av personer med depresjon mottar behandling på somatiske sykehus, og innleggelse er først og fremst aktuelt ved akutte psykotiske tilfeller. Det er imidlertid enkelte behandlingsepisoder knyttet til depresjon, i tillegg til at visse typer behandling for alvorlige typer depresjon administreres på sykehus. **I 2020 var det totalt om lag 250 innleggelse, 100 dagbehandling og 1 800 polikliniske**



### konsultasjoner ved sykehusene som skyldtes depresjon<sup>4</sup> (Tabell 4-8).

For å beregne behandlingstkostnaden på somatiske sykehus tar vi utgangspunkt i data på ressursbruk målt gjennom DRG-systemet. DRG-systemet er et pasientklassifiseringssystem for behandling ved somatiske sykehus. I systemet blir hver pasient klassifisert i grupper som er medisinsk og ressursmessig like. Hver DRG har en kostnadsvekt som beskriver hvor ressurskrevende en DRG er sammenlignet med en gjennomsnittspasient. Ressursbruken for spesifikke behandlingsepisoder kan dermed beregnes basert på kostnadsvekten for DRG-ene og kostnaden per DRG-

poeng. For 2019 var kostnaden per DRG-poeng satt til 44 654 kroner.

ECT-behandling gjennomføres også på somatiske sykehus, og omtrent en tredjedel av behandlingene gjennomføres her. De årlige kostnadene av ECT-behandling på somatiske sykehus er beregnet til 28 milliarder kroner i 2020.

Den vanligste prosedyrekoden for pasienter med depresjon var *Poliklinisk konsultasjon vedrørende mentale lidelser uten signifikant prosedyre* (DRG 9190). **Til sammen utgjorde kostnadene for behandling av depresjon ved somatiske sykehus 47 millioner kroner i 2020** (Tabell 4-8).

**Tabell 4-8: Antall pasienter, opphold og kostnader for behandling av depresjon\* ved somatiske sykehus i 2020, fordelt etter type behandling**

Type behandling	Antall pasienter	Antall opphold	Kostnad (mill. kr.)
Innleggelser	244	255	8,6
Dagopphold	74	94	0,9
Poliklinikk	664	1 777	8,3
ECT**	130	1 150	28
<b>Totalt</b>			<b>47</b>

Kilde: Norsk pasientregister. Analyse: Oslo Economics. \* Inkluderer behandling med hoveddiagnose ICD-10: F32 og F33. \*\*Estimat basert på antall pasienter og opphold i 2015 (Helsedirektoratet, 2017).

Behandling på sykehus vil i utgangspunktet kun være aktuelt for alvorlige tilfeller av depresjon. Vi legger derfor til grunn at behandlingstkostnadene på 47 millioner kroner i sin helhet kan tilskrives alvorlig depresjon. Det er antagelig også en stor del av dette som kan tilskrives behandlingsresistent depresjon. En stor del av kostnadene er samtidig knyttet til behandling på poliklinikk, som ikke nødvendigvis dreier seg om de alvorligste tilfellene. Av om lag 1 800 kontakter på poliklinikk knytter i underkant av 1 500 seg til prosedyren *Poliklinisk konsultasjon vedrørende mentale lidelser uten signifikant prosedyre*, som ikke nødvendigvis kan tilskrives behandlingsresistent depresjon. Som en forenkling legger vi til grunn at 60 til 80 prosent av behandlingstkostnadene ved sykehus og alle kostnadene ved ECT er knyttet til behandlingsresistent depresjon. Dette tilsvarer mellom 40 og 43 millioner kroner (Tabell 4-9).

**Tabell 4-9: Behandlingskostnader ved somatiske sykehus knyttet til depresjon i 2020, etter alvorlighetsgrad**

Populasjon	Kostnad (mill. kr.)
Depresjon totalt	47
Alvorlig depresjon	47
Behandlingsresistent depresjon	40 – 43

Kilde: Norsk pasientregister. Analyse: Oslo Economics.

### Legemiddelkostnader

I tillegg til kostnader knyttet til konsultasjoner i ulike deler av helsetjenesten vil det også være kostnader knyttet til legemiddelbehandling. I behandling av depresjon brukes ofte antidepressiva, i tillegg til at dette kan kombineres med andre legemidler som antiepileptika, antipsykotika og angstdempende eller beroligende legemidler.

Tall fra Reseptregisteret viser at det i 2020 ble **forskrevet antidepressiver til en samlet verdi av 350 millioner kroner, til totalt 391 540 pasienter**. I Reseptregisterets offentlige database skilles det ikke mellom hvilke diagnoser som ligger til grunn for utskrivning av hver medisin. Vi vet likevel at ikke all bruk av antidepressiver skyldes depresjon, ettersom antidepressiver også forskrives for blant annet angst.

<sup>4</sup> Det er undersøkt om antall konsultasjoner og total-kostnadene var redusert i 2020 som følge av covid-19-

pandemien, men dette ser ikke ut til å slå ut på somatiske sykehus

En tidligere analyse (upublisert) av data fra Reseptregisteret, utført på oppdrag fra Janssen Cilag AS, fant at 225 625 personer fikk forskrevet antidepressiva i 2018 med depresjon som diagnose. Dette tilsvarer 61 prosent av alle personer som fikk forskrevet antidepressiva dette året<sup>5</sup>. Vi legger denne andelen til grunn for antall personer med depresjon som får legemiddelbehandling.

Den sammen analysen (upublisert) fant at de som brukte antidepressiva mot depresjon i gjennomsnitt hadde nok døgndoser til å dekke 58 prosent av dagene i et år. Dette tilsvarer 212 døgndoser per person. For de med behandlingsresistent depresjon var tilsvarende andel på 88 prosent eller 320 døgndoser per person.

Den gjennomsnittlige kostnaden per døgndose var på mellom 2 og 6 kroner for de ulike typene antidepressiva. Gitt 130 000 personer med alvorlig depresjon, beregnes samlede kostnader for antidepressiver til om lag 96 millioner kroner for de med alvorlig depresjon. For de 11 000 til 18 000 personene med behandlingsresistent depresjon

beregnes kostnaden for antidepressiver til et sted mellom 15 og 24 millioner kroner.

Den nevnte analysen av legemiddelbruk blant de med depresjon fant videre at bruken av andre typer legemidler var betydelig, særlig blant de med behandlingsresistent depresjon. I denne gruppen brukte over 50 prosent angstdempende eller beroligende, i tillegg til antidepressiva. Bruk av antiepileptika og antipsykotika var også utbredt. Med utgangspunkt i andelen av populasjonen i studien som benyttet ulike typer andre legemidler og gjennomsnittlig antall doser årlig bruk for hver av legemidlene, kan vi anslå bruken av øvrige legemidler blant de med alvorlig og behandlingsresistent depresjon.

**Totalt anslås kostnadene for legemidler til behandling av depresjon til 422 millioner kroner.** Av disse er 330 millioner knyttet til behandling av alvorlig depresjon, mens 40 – 70 millioner kroner er knyttet til behandlingsresistent depresjon (Tabell 4-10).

**Tabell 4-10: Kostnader av legemidler brukt til behandling av depresjon i 2020**

Populasjon	Kostnader antidepressiver (mill. kr.)	Kostnader andre legemidler (mill. kr.)	Samlede legemiddel- kostnader (mill. kr.)
Depresjon totalt	176	232	422
Alvorlig depresjon	96	232	328
Behandlingsresistent depresjon	15 – 24	27 – 43	41 – 68

Kilde: Reseptregisteret. Analyse: Oslo Economics. \*Omsetning er oppgitt i maks. AUP ekskl. mva.

## 4.4 Sykefravær og redusert produktivitet

Personer med depresjon vil ofte ha vanskelig for å fungere som normalt i jobb. Dette kan medføre kostnader for samfunnet både i form av sykefravær og at man er mindre produktiv på jobb (som beskrevet i kapittel 3.4).

### Fravær fra arbeidslivet

Depresjon er utbredt i befolkningen og et betydelig antall personer mottok ytelser fra NAV som følge av depresjon i 2020. **Blant personer som mottok ytelser fra NAV med depresjon som hovedårsak, mottok 46 000 personer sykepenger, 24 000 personer mottok arbeidsavklaringspenger (AAP) og litt under**

**14 000 personer mottok uføretrygd. Til sammen utbetalte NAV i 2020 om lag 12 milliarder kroner i ytelser til personer med depresjon.**

For å beregne de samlede kostnadene for samfunnet må vi imidlertid ta hensyn til at utbetalingene kun reflekterer deler av den tapte inntekten. For AAP og uføretrygd dekker ytelsene 66 prosent av inntektsgrunnlaget, mens sykepenger dekker 100 prosent. For sykepenger skal imidlertid arbeidsgiver betale sykepenger i en periode på opptil 16 kalenderdager før NAV dekker videre. Vi legger i tillegg til et påslag på 40 prosent for å ta hensyn til tapte feriepenger, tjenestepensjon, arbeidsgiveravgift mv. Når vi tar hensyn til dette utgjør **den årlige kostnaden forbundet med sykefravær som følge av depresjon 24,1 milliarder kroner** (Tabell 4-11).

<sup>5</sup> Totalt sett fikk 369 912 personer forskrevet antidepressiva i 2018.

**Tabell 4-11: Kostnader knyttet til sykefravær som skyldes depresjon\* i 2020**

Ytelse	Antall mottakere (personer)	Overføringer fra NAV (mill. kr.)	Ytterligere produksjonstap** (mill. kr.)	Totalt produksjonstap (mill. kr.)
Sykepenger	46 372	3 905	3 268	7 173
Arbeidsavklaringspenger (AAP)	24 158	4 416	4 951	9 367
Uføretrygd***	13 603	3 574	4 007	7 581
<b>Sum</b>		<b>11 895</b>	<b>12 226</b>	<b>24 120</b>

Kilde: NAV. Analyse: Oslo Economics. \*Diagnosekoder: ICD-2 = P03 og P76, ICD-10 = F32 og F33, ICD-9 = 296, 298 og 311. \*\*Beregnet for å ta hensyn til at utbetalingene fra NAV kun dekker deler av inntektsgrunnlaget, samt for å ta hensyn til tapte feriepenger, arbeidsgiveravgift mv. \*\*\*Estimert med utgangspunkt i statistikk for 2016 og utvikling i antall mottakere av uføretrygd totalt i perioden 2016-2020.

Depresjonens alvorlighetsgrad påvirker trolig ytelsens varighet. Det er for eksempel nærliggende at en person som lider av mild til moderat depresjon kan oppleve kortvarig sykefravær og få utbetalt sykepenger, mens personer som blir uføretrygdet som følge av en depresjonslidelse antagelig lider av en alvorlig form for depresjon. For å beregne kostnadene av sykefravær tilknyttet alvorlig depresjon legger vi derfor til grunn at 100 prosent av ytelser til uføretrygd, 60 prosent av ytelser til AAP og 40 prosent av ytelser til sykepenger gjelder alvorlig depresjon. Kostnadene av sykefravær ved alvorlig depresjon utgjør dermed 16,1 milliarder kroner.

Mellom 9 og 14 prosent av alvorlige depresjoner er behandlingsresistente, og det er grunn til å tro at personer med behandlingsresistent depresjon har lenger sykefravær enn personer med ikke-behandlingsresistent depresjon. Dersom vi antar at mellom 10 og 20 prosent av kostnadene ved sykefravær knyttet til alvorlig depresjon kan tilskrives behandlingsresistent depresjon, utgjør kostnadene av sykefravær ved behandlingsresistent depresjon mellom 1,6 og 3,2 milliarder kroner (Tabell 4-12).

**Tabell 4-12: Kostnader av sykefravær som følge av depresjon, etter alvorlighetsgrad**

Populasjon	Kostnad (mill. kr.)
Depresjon totalt	24 120
Alvorlig depresjon	16 100
Behandlingsresistent depresjon	1 600 – 3 200

Kilde: NAV. Analyse: Oslo Economics.

### Redusert produktivitet på jobb

I tillegg til at depresjon kan føre til et produksjonstap ved at man er borte fra jobb, vil sykdommen også medføre tapte produksjon ved at man er til stede på jobb, men er mindre produktiv enn man ellers ville ha vært (kapittel 3.4). Det er lite informasjon tilgjengelig for å tallfeste redusert produktivitet på arbeids-

plassen, men for sykdommer som er lite synlige, som depresjon, kan det utgjøre betydelige tap.

For å synliggjøre kostnaden knyttet til redusert produktivitet på jobb, legger vi til grunn at av 540 000 personer med depresjon er om lag halvparten i arbeid (sammenlignet med om lag to tredeler i befolkningen som helhet). Vi antar at andelen i arbeid er lavere blant personer med alvorlig og behandlingsresistent depresjon. Vi legger derfor til grunn at andelen yrkesaktive blant personer med alvorlig depresjon er 30 prosent, og at andelen blant personer med behandlingsresistent depresjon er 25 prosent.

Videre legger vi til grunn at 70 prosent av sysselsatte personer med depresjon har opplevd å fungere dårligere på jobb enn de ellers ville gjort som følge av sykdommen. Personer med alvorlig og behandlingsresistent depresjon opplever trolig en stor grad av redusert produktivitet på jobb, og vi antar derfor at tilsvarende andel utgjør henholdsvis 90 og 100 prosent.

Det samlede produksjonstapet vil avhenge av antall dager man opplever redusert produktivitet. Det er krevende å anslå omfanget av produktivitetstapet, og det vil trolig være store variasjoner mellom enkeltpersoner. Vi antar at personer med depresjon i gjennomsnitt opplever to arbeidsuker, tilsvarende ti arbeidsdager, i året med redusert produktivitet. To uker tilsvarer minsteperioden for en klinisk definert depressiv episode. Gitt at antall reduserte arbeidsdager øker med alvorlighetsgraden legger vi til grunn at de med alvorlig og behandlingsresistent depresjon i gjennomsnitt opplever henholdsvis 4 og 8 arbeidsuker i året med redusert produktivitet. Vi tar utgangspunkt i at produktiviteten i snitt reduseres med 30 prosent per arbeidsdag med redusert produktivitet. Med utgangspunkt i at gjennomsnittlig månedslønn er på 48 750 kroner<sup>6</sup>, et påslag på 30 prosent for å dekke sosiale kostnader og at det er 230 arbeidsdager i et

<sup>6</sup> Hentet fra SSB, tabell 11419.

år, beregnes et gjennomsnittlig dagsverk til å utgjøre om lag 3 300 kroner. Med disse forutsetningene til grunn anslår vi **kostnadene ved redusert produktivitet på jobb til 1,9 milliarder kroner for depresjon totalt, 600 millioner kroner for alvorlig depresjon og mellom 100 og 200 millioner kroner for behandlingsresistent depresjon** (Tabell 4-13).

**Tabell 4-13: Kostnader ved redusert produktivitet på jobb som følge av depresjon, for ulike populasjoner med depresjon**

Populasjon	Kostnad (mill. kr.)
Depresjon totalt	1 900
Alvorlig depresjon	700
Behandlingsresistent depresjon	100 – 200

Analyse: Oslo Economics.

## 4.5 Øvrige samfunnskostnader

Depresjon medfører også en rekke andre kostnader i ulike deler av samfunnet. Disse har vi samlet i en kategori med øvrige samfunnskostnader, som beskrives nærmere i det følgende.

### Tids- og reisekostnader knyttet til behandling

Ved behandling i helsetjenesten vil det også påløpe tids- og reisekostnader for pasientene. For å anslå disse kostnadene har vi tatt utgangspunkt i kontakter med ulike deler av helsetjenesten. Det er lagt til grunn 311 kroner i tidskostnad og 227 kroner i reisekostnad per kontakt med allmennlegetjenesten, privat-praktiserende spesialist eller psykisk helsevern, mens det er lagt til grunn 531 kroner i tidskostnad og 409 kroner i reisekostnad per kontakt med sykehus (Moger & Kristiansen, 2012).<sup>7</sup>

Det var over 1,3 millioner kontakter i helsetjenesten relatert til depresjon i 2020, hvorav rundt 820 000 var hos fastlege. Den samlede tids- og reisekostnaden knyttet til disse kontaktene utgjør 850 millioner 2021-kroner. På bakgrunn av anslagene for konsultasjoner tilknyttet alvorlig og behandlingsresistent depresjon (delkapittel 4.3), utgjør tilhørende **tids- og reisekostnader 700 millioner kroner for alvorlig depresjon og mellom 260 og 310 millioner kroner for behandlingsresistent depresjon** (Tabell 4-14).

**Tabell 4-14: Tids- og reisekostnader knyttet til behandling av depresjon, etter alvorlighetsgrad**

Populasjon	Kostnad (mill. kr.)
Depresjon totalt	850
Alvorlig depresjon	700
Behandlingsresistent depresjon	260 – 310

Kilde: Helfo, Bremnes & Indergård (2020), SAMDATA (2019), Norsk pasientregister og Moger & Kristiansen (2012). Analyse: Oslo Economics.

### Skattefinansieringskostnader

I henhold til veiledere for samfunnsøkonomiske analyser utgjør skattefinansieringskostnaden 20 prosent av kostnader som er offentlig finansiert. Dette skyldes at skatter kan påvirke bruken av ulike ressurser og dermed skape et effektivitetstap, i tillegg til administrasjonskostnaden ved å kreve inn skatter.

Omtrent 85 prosent av helse- og omsorgstjenesten finansiert over offentlige budsjetter. I tillegg finansieres utbetalinger fra NAV i sin helhet over offentlige budsjetter. **Skattefinansieringskostnaden er beregnet til å være 3,4 milliarder 2021-kroner for depresjon samlet, 2,4 milliarder kroner for alvorlig depresjon og 490 til 840 millioner kroner for behandlingsresistent depresjon** (Tabell 4-15).

**Tabell 4-15: Skattefinansieringskostnader knyttet til depresjon, etter alvorlighetsgrad**

Populasjon	Kostnad (mill. kr.)
Depresjon totalt	3 390
Alvorlig depresjon	2 400
Behandlingsresistent depresjon	490 – 840

Analyse: Oslo Economics.

### Uformell omsorg

I tillegg til at personer med depresjon mottar behandling og tjenester fra det offentlige, vil det i mange tilfeller også være behov for hjelp og omsorg fra pårørende. Dette omtales gjerne som uformell omsorg og medfører en samfunnskostnad ettersom den pårørendes tid kunne vært brukt på andre måter.

Det er utfordrende å tallfeste uformell omsorg ettersom det ofte er en glidende overgang mellom uformell omsorg og vanlig sosialt samvær mellom den deprimerte og den nærstående. Som et anslag legger vi til grunn at om lag en tredel av alle med depresjon mottar uformell omsorg, mens tilsvarende andel for alvorlig og behandlingsresistent depresjon antas å være henholdsvis 50 og 100 prosent. Dette skyldes at de depressive episodene er hyppigere, dypere og mer langvarige for alvorlige typer depresjon. Vi antar videre at antall timer med uformell omsorg per person stiger med alvorlighet. Vi legger derfor til grunn én time uformell pleie for depresjon samlet, to timer i

<sup>7</sup> Inflasjonsjustert til 2021-kr.

måneden for alvorlig og fire timer i måneden for behandlingsresistent depresjon. Tiden brukt på uformell omsorg verdsettes til verdien av tapt fritid (gjennomsnittlig timepris etter skatt), tilsvarende 252 kroner per time (Finansdepartementet, 2021).

**Kostnaden av uformell omsorg anslås til om lag 600 millioner kroner for depresjon samlet, 400 millioner kroner for alvorlig depresjon og mellom 140 og 230 millioner kroner for behandlingsresistent depresjon (Tabell 4-16).**

**Tabell 4-16: Kostnader av uformell omsorg knyttet til depresjon, etter alvorlighetsgrad**

Populasjon	Kostnad (mill. kr.)
Depresjon totalt	600
Alvorlig depresjon	400
Behandlingsresistent depresjon	140 – 230

Analyse: Oslo Economics.

#### Manglende deltakelse i utdanning

I tillegg til kostnadene som er beskrevet og tallfestet i dette kapitlet vil en depresjonslidelse også påvirke mange andre deler av samfunnet, og føre til en rekke andre kostnader. Dette gjelder blant annet kostnader knyttet til forsinket eller tapt utdanning blant elever og studenter med depresjon (delkapittel 3.5). Tapt utdanning kan gi store kostnader for den enkelte i form av svakere skoleresultater, dårligere jobbmuligheter, forsinket karriereløp og svakere tilknytning til arbeidslivet. Disse kostnadene er ikke tallfestet i denne analysen fordi mangel på informasjon og datagrunnlag gjør tallfesting svært

utfordrende. Selv om disse kostnadene ikke er tallfestet er det grunn til å tro at omfanget av kostnadene i sum er betydelige.



















## 4.6 Samlede samfunnskostnader

Depresjon medfører betydelige kostnader for den enkelte og for samfunnet. Dette skyldes både at det er mange som har en depresjonslidelse og at kostnaden per person, særlig for alvorlige former for depresjon, er betydelige.

**De største kostnadene er knyttet til tapt helse og livskvalitet, som utgjør 55 prosent av de samlede samfunnskostnadene ved depresjon.** Det er også store kostnader knyttet til tapt produksjon. I 2020 ble det utbetalt over 12 milliarder kroner fra NAV knyttet til depresjon. Dermed er de direkte utbetalingene av ytelser fra NAV knyttet til depresjon alene mer enn dobbelt så høye som de samlede behandlingskostnadene i den psykiske og somatiske helsetjenesten.

Alvorlig og behandlingsresistent depresjon utgjør henholdsvis 24 prosent og 2-3 prosent av pasientene med depresjon totalt. Samtidig står disse gruppene for store deler av de samlede kostnadene ved depresjon, ettersom de mer alvorlige formene for depresjon i større grad enn mildere former gir redusert helse og livskvalitet, økt behov for helsehjelp og behov for lengre perioder med fravær fra arbeidslivet. Særlig **når det gjelder behandlingskostnader i helsetjenesten, utgjør kostnadene knyttet til behandlingsresistent så mye som 35 – 55 prosent av kostnadene ved depresjon totalt.**

**Figur 4-3: Oversikt over antall pasienter med depresjon totalt, alvorlig depresjon og behandlingsresistent depresjon, og anslag for tilhørende årlige samfunnskostnader (2021-kr). Prosenttallene angir andelen av depresjon totalt.**

 <b>Antall pasienter</b>	<b>Depresjon totalt</b> ~ 540 000 pers. (100 %)	<b>Alvorlig depresjon</b> ~ 130 000 pers. (24 %)	<b>Behandlingsresistent depresjon</b> ~ 11 000 – 18 000 pers. (2 – 3 %)
 <b>Tapt helse og livskvalitet</b>	<b>Depresjon totalt</b> ~ 46 100 mill. kr. (100 %)	<b>Alvorlig depresjon</b> ~ 34 500 mill. kr. (75 %)	<b>Behandlingsresistent depresjon</b> ~ 4 400 – 7 200 mill. kr. (9 – 16 %)
 Redusert helse			
 Tappt livskvalitet			
 <b>Behandlingskostnader</b>	<b>Depresjon totalt</b> ~ 5 700 mill. kr. (100 %)	<b>Alvorlig depresjon</b> ~ 5 200 mill. kr. (91 %)	<b>Behandlingsresistent depresjon</b> ~ 2 000 – 3 100 mill. kr. (35 – 55 %)
 Allmennelegetjenesten	~ 1 100 mill. kr.	~ 700 mill. kr.	~ 50 – 100 mill. kr.
 Psykisk helsevern	~ 3 900 mill. kr.	~ 3 900 mill. kr.	~ 1 700 – 2 700 mill. kr.
 Privatpraktiserende spesialister	~ 260 mill. kr.	~ 260 mill. kr.	~ 130 – 260 mill. kr.
 Sykehus	~ 50 mill. kr.	~ 50 mill. kr.	~ 40 – 45 mill. kr.
 Legemiddelkostnader	~ 400 mill. kr.	~ 350 mill. kr.	~ 40 – 70 mill. kr.
 <b>Tapt produksjon</b>	<b>Depresjon totalt</b> ~ 26 900 mill. kr. (100 %)	<b>Alvorlig depresjon</b> ~ 17 300 mill. kr. (64 %)	<b>Behandlingsresistent depresjon</b> ~ 1 800 – 3 500 mill. kr. (7 – 13 %)
 Sykefravær	~ 25 000 mill. kr.	~ 16 600 mill. kr.	~ 1 700 – 3 300 mill. kr.
 Hvorav overføringer fra NAV	~ 12 300 mill. kr.		
 Lavere produktivitet på jobb	~ 1 900 mill. kr.	~ 700 mill. kr.	~ 100 – 200 mill. kr.
 <b>Øvrige samfunns-kostnader</b>	<b>Depresjon totalt</b> ~ 4 800 mill. kr. (100 %)	<b>Alvorlig depresjon</b> ~ 3 500 mill. kr. (73 %)	<b>Behandlingsresistent depresjon</b> ~ 900 – 1 400 mill. kr. (18 – 29 %)
 Tids- og reisekostnader	~ 800 mill. kr.	~ 700 mill. kr.	~ 260 – 310 mill. kr.
 Skattefinansieringskostnader	~ 3 400 mill. kr.	~ 2 400 mill. kr.	~ 490 – 840 mill. kr.
 Uformell pleie	~ 600 mill. kr.	~ 400 mill. kr.	~ 140 – 230 mill. kr.

Analyse: Oslo Economics.

## 5. Barrierer og mulige tiltak for bedre behandling

*Samfunnsbyrden av depresjon og behandlingsresistent depresjon er betydelig, og det er behov for tiltak for å styrke behandlingstilbudet og redusere ulempene for de som rammes. En sentral utfordring er å identifisere pasienter med behov for tiltak og tilby tilpasset behandling. Forsinket helsehjelp kan bidra til forverret tilstand og forlenget sykdomsforløp. Økt kunnskap om sykdommen kombinert med nye behandlinger gir muligheter for et bedre tilbud.*

### **Samfunnskostnadene av depresjon er betydelige sammenlignet med andre sykdomsområder**

I denne rapporten har vi illustrert at samfunnskostnadene ved depresjon oppstår i en rekke ulike sektorer, hvorav tappt helse og livskvalitet, behandlingstkostnader og tappt produksjon er de største kostnadskategoriene. Størsteparten av samfunnskostnadene skyldes tappt helse og livskvalitet. Psykiske lidelser samlet sett er en sentral årsak til tappt helse i befolkningen, og bidrar til nest høyest (etter kreft) antall helsetapjusterte leveår (målt i DALY) i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

I tillegg til tappt helse medfører depresjon også betydelige kostnader for samfunnet i form av behandlingstkostnader i helsetjenesten og tappt produksjon i arbeidslivet. Dette samsvarer med andre studier, som blant annet har vist at helsetjenestebruk og sykefravær er betydelig høyere blant personer med alvorlig depresjon enn befolkningen for øvrig. For eksempel viste en svensk studie (Lundberg, et al., 2022) at personer med alvorlig depresjon i gjennomsnitt mistet 65 arbeidsdager i løpet av år, sammenlignet med 7 arbeidsdager blant de som ikke led av depresjon. De med alvorlig depresjon hadde også høyere bruk av helsetjenester, var i større grad rammet av andre sykdommer, og hadde høyere dødelighet enn de uten depresjon. En annen studie, publisert i the Lancet Psychiatry (Chisholm, et al., 2016), undersøkte den psykiske helsetilstanden og helsetilbudet i 36 land med 80 prosent av verdens befolkning, og fant at depresjon er sykdommen som koster samfunnet mest. Forskerne anslo at uten et bedre behandlingstilbud, vil 12 milliarder arbeidsdager gå tapt til depresjon og angstlidelser, hvert år fram til 2030. En norsk studie basert på data fra den globale sykdomsbyrdestudien (Kinge, et al., 2017), fant at ikke-dødelige sykdommer med høy forekomst i yrkesaktiv alder, deriblant psykiske

lidelser, forårsaker størst produksjonstap når man undersøker sykdomsbyrden av alle sykdommer samlet sett.

Samfunnskostnadene ved depresjon er også betydelige sammenlignet med kostnadene ved andre alvorlige sykdommer, særlig når det gjelder kostnader i form av tappt produksjon. Kostnaden ved tappt produksjon som følge av depresjon tilsvarer i underkant av 27 milliarder kroner årlig, hvorav 12 milliarder er direkte utbetalinger fra NAV. Dette er betydelig høyere enn for mange andre sykdomstyper. Til sammenligning utbetales det for eksempel 1,1 milliarder kroner årlig fra NAV som følge av migrene og 3,4 milliarder kroner årlig som følge av hjerte- og karsykdommer relatert til høyt kolesterol (Oslo Economics, 2020; Oslo Economics, 2021). Behandlingskostnadene i helsetjenesten er også betydelig høyere for depresjon enn migrene. At depresjon medfører betydelige kostnader, både i form av behandling og tappt produksjon, skyldes trolig at sykdommen rammer en betydelig andel av befolkningen, samtidig som sykdommen påvirker mange aspekter ved livet for de som rammes.

### **Produksjonstapet utgjør en betydelig kostnad – men inngår ikke i prioriteringsspmål**

I helseøkonomiske analyser, som utgjør et sentralt beslutningsgrunnlag i prioriteringsspmål i helsetjenesten, inngår kun tappt helse og livskvalitet og behandlingstkostnader, mens tappt produksjon og øvrige samfunnskostnader ikke inkluderes i vurderingen. For en lidelse som depresjon, hvor samfunnskostnadene knyttet til tappt produksjon er betydelige, kan dette gi uheldige konsekvenser for prioritering av tiltak rettet mot pasienter med depresjon. I verste fall risikerer disse pasientene å bli nedprioritert til fordel for andre tiltak rettet mot pasientgrupper som i mindre grad opplever redusert produktivitet.

### **Utfordrende å identifisere pasienter med behov for helsehjelp og tilby tilpasset helsehjelp**

Depresjon gir symptomer som ofte kan forveksles med andre sykdommer eller generelt en «dårlig periode» i livet. Dette bidrar til at enkelte oppsøker helsehjelp for sent eller ikke søker hjelp i det hele tatt. En av klinikerne vi har snakket med, peker på at det trolig er mange som ikke identifiseres og ikke får behandling i tide. Det er flere mulige årsaker til dette.

For det første er det trolig en del personer med mildere symptomer som ikke oppsøker helsehjelp, enten som følge av manglende kjennskap til depresjon som lidelse, slik at de ikke klarer fanger det opp selv, eller fordi det fortsatt er noen som opplever stigma

knyttet til sykdommen. Forsinket helsehjelp kan føre til forverret helsetilstand og forlenge tiden man er syk.

Depresjon kan dessuten være krevende å fange opp av helsepersonell, særlig for fastleger som del av en vanlig konsultasjon. For å avdekke depresjonslidelse kreves ofte ekstra tid (utover varigheten av en vanlig konsultasjon) kombinert med tilstrekkelig kunnskap om sykdommen for ikke å forveksle den med andre sykdommer.

Det er også krevende å identifisere pasienter med depresjon i nasjonale helseregistre fordi en depresjonsdiagnose ofte benyttes i sammenheng med andre diagnoser, og fordi behandlingen ytes i ulike deler av helsetjenesten, samt med eller uten legemiddelbehandling. For å få et mer fullstendig bilde av behandlingsforløp, er det behov for å undersøke individuell helsetjenestebruk på tvers av helseregistre – denne typen analyser er imidlertid svært ressurs- og tidkrevende grunnet juridiske og kapasitetsmessige utfordringer ved å koble ulike registre på individnivå.

En kliniker vi har snakket med, peker dessuten på at det mangler gode diagnostiske verktøy for å identifisere depresjonens subtype. Tilgjengelige diagnostiske verktøy fungerer som strukturerte, standardiserte spørreskjema, men tolkningen kan variere fra kliniker til kliniker og man mangler objektive verktøy som for eksempel biomarkører som benyttes på andre områder. Utilstrekkelig diagnostikk påvirker også behandlingsforløpet, på en slik måte at man reduserer muligheten for å tilpasse behandlingsforløpet den enkeltes behov.

### **Behov for gjennomgang av kliniske retningslinjer for å sikre gode pasientforløp og enhetlig praksis**

De norske retningslinjene for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten ble utgitt i 2009 (Helsedirektoratet, 2009), og mye har skjedd på forskningsfeltet og behandlingsområdet siden den gang.

En av klinikerne vi har snakket med, pekte på store variasjoner i behandlingstilbudet avhengig av lokasjon. For eksempel kan tilgangen på psykiatere og organiseringen av DPS være en flaskehals i behandlingsforløpet. Klinikerne vi snakket med pekte på at mange pasienter vil ha nytte av konsultasjon med psykiater i det man starter behandlingen i spesialisthelsetjenesten, ettersom disse både har kunnskap om samtalerterapi, de fysiologiske mekanismene ved depresjon og egnet legemiddelbehandling. Det er ikke alle yrkesgrupper som har kunnskap om disse komplekse fagområdene i sammenheng.

Klinikerne vi har snakket med trakk også frem at det trolig er store variasjoner i hvorvidt behandler forskriver legemidler. Legemidlene bidrar til å forkorte tiden man er syk, og lette symptomer underveis; likevel er det mange pasienter som ikke mottar legemiddelbehandling.

### **Presisering av definisjoner og utfallsmål for å styrke forskningen på feltet**

Når det gjelder personer med behandlingsresistent depresjon, er det en utfordring at det mangler en entydig definisjon, både i litteraturen og i klinisk praksis. En studie som undersøkte definisjoner av behandlingsresistent depresjon på tvers av studier, pekte på et behov for særlig å adressere hvordan man spesifiserer antall tidligere behandlinger uten effekt og egnethet i dose og varighet (Gaynes, et al., 2020).

Den samme studien undersøkte også utfallsmål på tvers av studier. Funnene tydet på at depressive utfall og Clinical Global Impressions Scale ofte ble brukt, mens måleverktøy for funksjonsnedsettelse og livskvalitet sjeldent ble brukt.

Forskerne mente at for å styrke forskningen på behandlingsresistent depresjon, var det behov for både en presisering av definisjonen, og for å identifisere et sett med utfallsmål som kunne anvendes på en standardisert måte.

### **Nye behandlinger gir flere alternativer for pasienter med behandlingsresistent depresjon**

Behandlingsresistent depresjon medfører en betydelig sykdomsbyrde, og pasientene har få behandlingsalternativer. Nylig har behandling med esketamin neseppray for behandlingsresistent depresjon fått markedsføringstillatelse i Norge. Behandling med esketamin er assosiert med økt risiko for misbruk, og det er derfor krav om at behandlingen skal gis under overvåkning av helsepersonell. Behandlingen igangsettes av psykiater og skal kun utleveres etter rekvisisjon fra sykehus (Norsk legemiddelhandbok, 2021).

### **Behov for videre forskning på feltet**

I denne rapporten har vi pekt på at depresjon er en sammensatt og kompleks lidelse, som utvikler seg på ulike måter, og rammer en betydelig andel av befolkningen i løpet av livet. Depresjon medfører en rekke ulemper for de som rammes, og gir konsekvenser for samfunnet. For å legge til rette for gode pasientforløp og rask bedring, er det behov for mer kunnskap om pasientene som rammes – hvem er de, hvordan opplever de depresjonen, og hvilke behov har de? Et bedre kunnskapsgrunnlag om pasientgruppen vil være et første steg på veien til å utforme et bedre helsetjenestetilbud.



Det virker også å være behov for en gjennomgang av behandlingsretningslinjene og mer kunnskap om hvilken rolle legemiddelbehandling skal ha i disse, ettersom dagens retningslinjer er mer enn ti år gamle. Oppdaterte retningslinjer i tråd med fersk forskning

på feltet vil kunne bidra til kunnskapsbasert og enhetlig praksis, og dermed bedre liv og helse for en gruppe pasienter som ofte står både alene og lenge i sin sykdom.

## 6. Referanser

- Barstad, A. & Sandvik, L., 2015. *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet - En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Brage, S. & Nossen, J. P., 2017. Sykefravær på grunn av psykiske lidelser – utvikling siden 2003. *Arbeid og velferd nr. 2 - 2017*.
- Bremnes, R. & Indergård, P. J., 2020. *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tværfaglig spesialisert rusbehandling 2019*, s.l.: Helsedirektoratet.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P. & et al., 2016. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, pp. Volume 3, Issue 5, P415-424, May 1, 2016.
- European Medicines Agency, 2013. *Guideline on clinical investigation of medicinal products in the treatment of depression*. [Internett]  
Available at:  
[https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/guideline-clinical-investigation-medicinal-products-treatment-depression\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/guideline-clinical-investigation-medicinal-products-treatment-depression_en.pdf)
- FHI, 2021. *Psykiske lidelser hos voksne*. [Internett]  
Available at: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>  
[Funnet Desember 2021].
- Finansdepartementet, 2021. *R-109/2021 Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser*, s.l.: Finansdepartementet.
- Folkehelseinstituttet, 2018a. *Psykisk helse i Norge*, Oslo: FHI.
- Folkehelseinstituttet, 2018b. *Helsetilstanden i Norge 2018 - Folkehelse rapporten*, Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Frances, A., 2013. *Saving normal*. EPub Edition red. s.l.:HarperCollins Publishers.
- Gaynes, B., Lux, L., Gartlehner, G. & et al., 2020. Defining treatment-resistant depression.. *Depress Anxiety*, pp. Feb;37(2):134-145. doi: 10.1002/da.22968. Epub 2019 Oct 22. PMID: 31638723..
- Global Burden of Disease Collaborative Network, 2021. *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Reference Life Table*, Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).
- Gronemann, F. H. et al., 2018. Incidence of, Risk Factors for, and Changes Over Time in Treatment-Resistant Depression in Denmark: A Register-Based Cohort Study. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. *På ramme alvor - Alvorlighet og prioritering*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2017. *Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2019. *Meld. St. 19 (2018-2019) "Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn"*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2020. *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 - Ingen å miste*, s.l.: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2021. *Tilleggsnummer til Statsbudsjettet 2022 - Regjeringens satser på psykisk helse*. [Internett]  
Available at:  
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringens-satser-pa-psykisk-helse/id2885021/>  
[Funnet 10 Januar 2022].
- Helsedirektoratet, 2009. *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2017. *Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling - ECT*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2019. *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015. Sykdomsbyrde, helse tjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper*, s.l.: s.n.
- Helsedirektoratet, 2021. *(Utkast på høring august 2021) Vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser*, s.l.: s.n.
- Iancu, S., Wong, Y., Rhebergen, D. & van Balkom, A., 2020. Long-term disability in major depressive disorder: a 6-year follow-up study. *Psychol Med*, pp. Jul;50(10):1644-1652. doi: 10.1017/S0033291719001612. Epub 2019 Jul 9..
- Kinge, M., Sælensminde, K., Dieleman, J. & et al., 2017. Economic losses and burden of disease by medical conditions in Norway. *Health Policy*, pp. Jun;121(6):691-698. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.03.020. Epub 2017 Apr 7..

- Knudsen, A. K. S. et al., 2021. Prevalence of mental disorders, suicidal ideation and suicides in the general population before and during the COVID-19 pandemic in Norway: A population-based repeated cross-sectional analysis. *The Lancet Regional Health Europe*, 1 Mai.
- Legemiddelverket, 2020. *Hurtig metodevurdering for legemidler finansiert i spesialisthelsetjeneste - ID2019\_116 Esketamin (Spravato) - behandling ved behandlingsresistent depresjon*, s.l.: Legemiddelverket.
- Lundberg, J. et al., 2022. The clinical and societal burden of incident major depressive disorder: a population-wide cohort study in Stockholm. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Februar.
- Moger, T. A. & Kristiansen, I. S., 2012. *Direct and indirect costs of the Norwegian Breast Cancer Screening Program*, s.l.: HERO Online Working Paper Series 2012:3, University of Oslo, Health Economics Research Programme..
- Mrazek, D. A., Hornberger, J. C., Altar, C. A. & Degtiar, I., 2014. A Review of the Clinical, Economic, and Societal Burden of Treatment Resistant Depression: 1996–2013. *Psychiatric Services*, August, pp. 977-987.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S., 2009. *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*, Oslo: Folkehelseinstituttet.
- NHI, u.d. *Elektrokonvulsiv behandling ECT*. [Internett] Available at: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/elektrokonvulsiv-behandling-ect/>
- Norsk legemiddelhåndbok, 2021. *L5.3.9.2 Esketamin nasal*, s.l.: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok.
- Norsk legemiddelhåndbok, 2021. *T5.5 Depresjoner*, Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok.
- Oslo Economics og Frischsenteret, 2020. *Psykisk helse og uførhet blant unge*, s.l.: Oslo Economics og Frischsenteret.
- Oslo Economics, 2020. *Migrene i et samfunnsperspektiv*, Oslo: s.n.
- Oslo Economics, 2021. *Hjerte- og karsykdom relatert til høyt kolesterol*, Oslo: s.n.
- Pårørendealliansen, 2018. *Raske fakta - psykisk helse og avhengighet*, s.l.: s.n.
- SAMDATA, 2019. *Kostnadsnivå og produktivitet i psykisk helsevern og TSB 2014-2018*, s.l.: Helsedirektoratet.
- Shah, A. J., Wadoo, O. & Lato, J., 2010. Psychological Distress in Carers of People with Mental Disorders. *British Journal of Medical Practitioners (BJMP)*.
- Sivertsen, B., 2021. *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse - Tilleggsundersøkelse 2021*, s.l.: Folkehelseinstituttet.
- Sosial- og helsedirektoratet, 2008. *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*, Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Statens legemiddelverk, 2020. *ID2019\_116 Esketamin (Spravato) - behandling ved behandlingsresistent depresjon*, s.l.: Statens legemiddelverk.
- Ten Have, M. et al., 2018. New numbers on the duration of major and minor depressive episodes in the general population; results from NEMESIS-2. *Tijdschr Psychiatr.*, pp. 364-373.
- Walby, F. A., Astrup, H., Myhre, M. Ø. & Kildahl, A. T., 2021. *Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2018.*, s.l.: Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- WHO, 2021. *Fact Sheet 2019 - Depression*. [Internett] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> [Funnet Desember 2021].
- Wijngaardea, B. v., Schene, A. H. & Koeter, M. W., 2004. Family caregiving in depression: impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, September, pp. 211-222.
- Øverland, S., Knudsen, A. K. & Mykletun, A., 2011. Psykiske lidelser og arbeidsuførhet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, pp. 739-744.
- Øverland, S. et al., 2018. *Sykdomsbyrden i Norge 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016)*, Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet.

oslo**economics**

*[www.osloeconomics.no](http://www.osloeconomics.no)*

post@osloeconomics.no  
Tel: +47 21 99 28 00  
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:  
Kronprinsesse Märthas plass 1  
0160 Oslo

Postadresse:  
Postboks 1562 Vika  
0118 Oslo