

Detta är en bilaga till TLV:s rapport

Genomgången av läkemedel mot depression

Allt informationsmaterial om genomgången finns att hämta på www.tlv.se/depression

Rapport, sammanfattning och faktablad finns också att beställa via registrator@tlv.se

Bilaga – Samhällsekonomiska kostnader

Detta dokument redovisar den genomgång av den vetenskapliga litteraturen som ligger till grund för slutsatserna angående samhällsekonomiska kostnader förknippade med depression och ångest, som redovisas i TLV:s rapport i genomgången av antidepressiva läkemedel.

SBU har i sina rapporter om depression och ångest redovisningar av de samhällsekonomiska kostnaderna. Redovisningarna byggde på systematiska sökningar av litteraturen fram till januari 2002 respektive februari 2005. Vi har kompletterat SBU:s material med sökningar fram till den 31 mars 2008. Vi har i första hand valt ut studier där författarna hade försökt att göra en fullständig redovisning av de samhällsekonomiska kostnaderna av sjukdomarna, i andra hand studier som redovisade antingen de direkta eller de indirekta kostnaderna i Sverige. Vi har endast identifierat ett fåtal studier relevanta för vårt syfte. I redovisning har av studieresultaten alla belopp i utländsk valuta översatts till svenska kronor med den genomsnittliga växelkursen för det år som beloppet avser.

Förutom indirekta kostnader i form av sjukfrånvaro kan depressiva tillstånd även medföra minskad produktivitet för drabbade personer som går till jobbet trots sin sjukdom

I endast två av studierna ingick kostnader till följd av minskad produktivitet när man befinner sig på arbetsplatsen (se Zhang et al. [1] och Druss et al. [2]). Endast en studie tar hänsyn till kostnader till följd av minskat hushållsarbete. Kostnader för släktingar och vänner medverkan är det bara en studie som inkluderar. Samtliga de ovan refererade studierna har följaktligen uteslutit viktiga kostnadsposter.

Vid redovisning av kostnaden för depression är det viktigt att sjukdomsområdet är tydligt definierat. Ibland inkluderar studierna kostnaderna för bipolär sjukdom och dystymi. I en studie var kostnaderna för dystymi till och med högre än kostnaderna för egentlig depression. För att bedöma kostnaden är det därför viktigt att veta om uppgifterna enbart avser egentlig depression eller om dystymi och/eller bipolär sjukdom är inkluderade.

TANDVÅRDS- OCH LÄKEMEDELSFÖRMÅNSVERKET

Box 55 [Sundbybergsvägen 1], 171 11 Solna

Telefon: 08 568 420 50, Fax: 08 568 420 99, registrator@tlv.se, www.tlv.se

Org. nr 202 100-5364

Samhällsekonomisk kostnad för depression – svenska studier

SBU drog 2004 slutsatsen att depression ger upphov till avsevärda samhällsekonomiska kostnader, slutsatser som i huvudsak grundade sig på resultat från utländska studier. Under senare år har dock flera svenska studier tillkommit.

Den mest aktuella uppgiften över det svenska samhällets kostnader för depression inklusive bipolär sjukdom och dystymi redovisas av Sobocki et al. [3]. Med hjälp av uppgifter från nationella register beräknar författarna att kostnaden under 2005 uppgick till 32,5 miljarder kronor. De indirekta kostnaderna stod för 86 % av den totala kostnaden medan läkemedel endast stod för 3 %. Den enskilt största kostnadsposten är värdet av förlorad produktion till följd av förtidspensioneringar, hälften av de totala kostnaderna eller drygt 15 miljarder kronor. Sobocki et al. visar hur kostnaden har utvecklats från 1997 fram till 2005. År 1997 var den totala samhällsekonomiska kostnaden 16 miljarder kronor, och kostnaden har således fördubblats på åtta år. Förklaringen till det är en mycket kraftig ökning av kostnaden för förlorad produktion till följd av förtidspensioneringar och sjukskrivningar. Den enda kostnadsminskningen som noterades mellan 1997 och 2005 var kostnaden för slutenvård.

Bolin & Jacobson [4] uppskattade på uppdrag av ett läkemedelsföretag samhällskostnaderna i Sverige av depression, inklusive bipolär sjukdom och dystymi,. De kom med hjälp av nationella register fram till att depression under 1996 kostade 13,6 miljarder kronor, varav ca 75 % var indirekta kostnader. I de indirekta kostnaderna ingick utöver kostnader för sjukskrivningar, förtidspensioneringar och förtida död även kostnaderna för förlorad hushållsproduktion. Även i denna studie var förtidspensioneringar den största kostnadsposten. Kostnaden fördelade sig relativt jämnt mellan könen (56 % för kvinnor, 44 för män). Män hade betydligt högre mortalitetskostnader medan övriga kostnader var högre för kvinnor. Ingen av de övriga studierna har gjort en könsuppdelning av kostnaderna.

Norinder et al. [5] beräknade utifrån nationella register att samhällskostnaderna för depression, inklusive bipolär sjukdom och dystymi, var 10,4 miljarder kronor i Sverige under 1997. De direkta kostnaderna var från 1997. Vad gäller de indirekta kostnaderna så var kostnaderna för sjukskrivning från 1990 och kostnaderna för förtidspensionering och mortalitet från 1996. De indirekta kostnaderna stod för 80 % av kostnaden. Kostnaden för läkemedel utgjorde 7 % av den totala samhällsekonomiska kostnaden. Drygt hälften av kostnaderna utgjordes av förtidspensioneringar.

TANDVÅRDS- OCH LÄKEMEDELSFÖRMÅNSVERKET

Box 55 [Sundbybergsvägen 1], 171 11 Solna

Telefon: 08 568 420 50, Fax: 08 568 420 99, registrator@tlv.se, www.tlv.se

Org. nr 202 100-5364

Den kostnad som Sobocki et al. kom fram till för 1997 är något högre än den som redovisades för 1996 av Bolin & Jacobson och Norinder et al. Skillnaden beror inte på att Sobocki et al. beaktar ytterligare kostnadsposter. Tvärtom beaktar man inte kostnader till följd av förlorad hushållsproduktion, vilket Bolin & Jacobson gör. Skillnaden utgörs främst av en mycket högre kostnad för förtidspensionering.

SBU [6] beräknar de direkta samhällsekonomiska kostnaderna för behandling av depression till 1,8 miljarder kronor för 1996. Läkemedel utgjorde 41 % av den direkta kostnaden. Om de direkta kostnaderna antas vara 25 % av de totala kostnaderna skulle detta innebära att läkemedelskostnaderna utgör cirka 10 % av de samhälleliga kostnaderna. Den totala direkta kostnad som SBU kom fram till är betydligt lägre än vad Bolin & Jacobson och Sobocki et al. beräknade för 1997. Däremot är SBU:s beräkning i nivå med den som Norinder et al. kom fram till.

I de ovan refererade svenska studierna har man använt nationellt övergripande register som grund för kostnadsberäkningarna. I en studie av von Knorring et al. [7] används en annan metod. Här registrerades de direkta och indirekta kostnaderna under två år för drygt 1 000 svenska patienter som var under behandling för egentlig depression och var över 18 år gamla (medelålder 48,4 år). I de indirekta kostnaderna ingår värdet av förlorad produktion till följd av sjukfrånvaro och förtidspension, men däremot inte till följd av för tidig död. Den genomsnittliga kostnaden uppgick till 363 000 kronor för en tvåårsperiod. Läkemedel utgjorde endast 4 % av de totala kostnaderna, de indirekta kostnaderna utgjorde 87 %. Till skillnad från de tre ovan nämnda svenska studierna som använder nationella register är det här sjukskrivningarna som är den dominerande kostnaden med 70 % av den totala kostnaden. I studien redovisas kostnaderna för patienter som efter 24 veckor svarat på behandlingen, mätt som en halvering på Montgomery-Åsberg depression rating scale (MADRS). Kostnaden var under en tvåårsperiod 39 % lägre än kostnaden för dem som inte hade svarat.

Sobocki et al. [8] använder en liknande ansats som von Knorring et al. I denna studie följs 447 patienter som behandlas för depression i Sverige och är över 18 år. Uppföljningstiden är sex månader. Utöver de direkta kostnaderna ingår kostnader för sjukfrånvaro och förtidspension. Den genomsnittliga kostnaden för patienterna var 51 000 kronor under en sexmånadersperiod, varav de indirekta kostnaderna var 74 %. Läkemedel stod för 5 % av den totala kostnaden. Patienter som hade förbättrats på CGI-improvement scale och dessutom av sin behandlande läkare bedömdes vara i full

TANDVÅRDS- OCH LÄKEMEDELSFÖRMÅNSVERKET

Box 55 [Sundbybergsvägen 1], 171 11 Solna

Telefon: 08 568 420 50, Fax: 08 568 420 99, registrator@tlv.se, www.tlv.se

Org. nr 202 100-5364

remission hade 39 % lägre total kostnad under sexmånadersperioden än patienter som inte uppnådde dessa mål.

Samhällsekonomisk kostnad för depression – internationella studier

Inom ramen för en modellstudie över den samhällsekonomiska kostnaden för psykiatriska, neurologiska och neurokirurgiska sjukdomar i Europa redovisar Sobocki et al. [9] de samhällsekonomiska kostnaderna för depression, inklusive bipolär sjukdom, i Europa för 2004. De uppskattade att kostnaden i de 25 EU-länderna samt Island, Norge och Schweiz totalt uppgick till 1 080 miljarder kronor. I detta belopp ingår inte de direkta icke-medicinska kostnaderna såsom resor till sjukhuset. Kostnaden för depression i Sverige 2004 uppskattade de till 24 miljarder. De indirekta kostnaderna uppgick i denna modellstudie till 65 % av de totala kostnaderna.

Den samhällsekonomiska kostnaden för depression, inklusive bipolär sjukdom och dystymi i Kina 2002 har beräknats till 60 miljarder svenska kronor, varav 84 % är indirekta kostnader [10]. Den totala kostnaden i hela Kina var i denna studie alltså bara dubbelt så hög som den som redovisas för Sverige i Sobocki et al. Studien byggde på intervjuer med 500 patienter över 18 års ålder vid åtta sjukhus i fyra städer i Kina. I den mån medföljande släktingar och vänner fanns på plats intervjuades de också. Resursåtgången per capita multiplicerades med prevalensen, som byggde på en studie av WHO där andelen människor med depression i Peking och Shanghai uppskattades. Behandlingskostnader samt uteblivna intäkter till följd av sjukdom och död ingick. Därutöver ingick även resekostnader och uteblivna intäkter för släktingar och vänner ("caregivers") samt kostnader till följd av att andra människor eller saker får fysiska skador. Det är ovanligt att de i förra meningen nämnda kostnadsposterna ingår i den här typen av kostnadsberäkningar, vilket beror på svårigheterna att få tag på tillförlitliga data.

Med utgångspunkt i ett datamaterial från 1997 beräknar Smit et al. [11] den samhällsekonomiska kostnaden för mentala sjukdomar i Nederländerna i åldern 18–65 år 2003, däribland depression och dystymi, men inte bipolär sjukdom. Datamaterialet bygger på en intervjuundersökning av 5 000 personer från 1998, i vilken ingick dels frågor som kunde användas till att ställa diagnos för depression och dystymi, dels frågor om utnyttjande av sjukvård och förlorade arbetsdagar. Kostnaderna avser 2003. Enbart kostnader för utebliven produktion under det året ingår. Det långsiktiga produktionsbortfallet av förtidspensioneringar och dödsfall ingår inte i beräkningarna. För depression uppgick kostnaden till 1,2 miljarder per miljon invånare och för dystymi 2,2 miljarder per

TANDVÅRDS- OCH LÄKEMEDELSFÖRMÅNSVERKET

Box 55 [Sundbybergsvägen 1], 171 11 Solna

Telefon: 08 568 420 50, Fax: 08 568 420 99, registrator@tlv.se, www.tlv.se

Org. nr 202 100-5364

miljon invånare. De indirekta kostnaderna var 71 % för depression. För dystymi utgjordes de totala kostnaderna till hela 99 % av de indirekta kostnaderna.

Den samhällsekonomiska kostnaden för depression (inklusive bipolär sjukdom och dystymi) i USA 2000 (då 283 miljoner invånare) beräknades av Greenberg et al. [12]. De kom fram till en kostnad som motsvarade 762 miljarder kronor. Jämfört med uppgifter för Sverige var kostnaden per invånare därmed låg i USA. I de indirekta kostnaderna ingick utöver kostnader för förlorade arbetsdagar även kostnader för minskad produktivitet vid närvaro på arbetsplatsen. De indirekta kostnaderna utgjorde 69 % av de totala kostnaderna. En jämförelse med 1990 visade att den kostnadspost som relativt sett hade ökat mest var kostnaden för läkemedel. Den uppgick 2000 till 12,5 % av den totala kostnaden.

Thomas & Morris [13] undersökte den samhällsekonomiska kostnaden för depression i England 2000 (52 miljoner invånare) avseende patienter över 15 år. Kostnaderna för bipolär sjukdom eller dystymi ingick inte i studien. Summan av kostnaderna motsvarade 125 miljarder kronor. De direkta kostnaderna uppgick endast till 4 % av de totala kostnaderna.

Den samhällsekonomiska kostnaden för depression (inklusive dystymi) i South Australia beräknades av Hawthorne et al. [14]. De använde en enkätundersökning från 1988 i vilken ett urval ur allmänheten över 15 års ålder omfattande över 3 000 personer hade dels svarat på frågor som användes till att diagnostisera depression (inklusive dystymi), dels svarat på frågor om sjukvårdsutnyttjande och frånvaro från arbetet. Författarna beräknade att förekomsten av depression och dystymi 1998 innebar en samhällsekonomisk merkostnad i South Australia (1,5 miljoner invånare) på 9,6 miljarder kronor. Två tredjedelar av denna kostnad kunde hänföras till depression medan dystymi stod för resten. Andelen indirekta kostnader var 77 %. Den procentandelen skiljde sig inte mellan dem med depression och dystymi. Läkemedel stod för endast 3 % av den totala kostnaden.

Samhällsekonomisk kostnad för ångest

I september 2005 publicerade SBU en rapport om behandling av ångestsyndrom. Slutsatserna angående de samhällsekonomiska kostnaderna var att:

TANDVÅRDS- OCH LÄKEMEDELSFÖRMÅNSVERKET

Box 55 [Sundbybergsvägen 1], 171 11 Solna

Telefon: 08 568 420 50, Fax: 08 568 420 99, registrator@tlv.se, www.tlv.se

Org. nr 202 100-5364

- "Ångestsyndromen leder till betydande kostnader för samhället. Den totala kostnaden i Sverige beräknades 1996 uppgå till ca 20 miljarder kronor per år.
- En rad studier pekar på att ångestsyndromen är förenade med avsevärda vårdkostnader, varav en stor andel avser somatisk vård.
- Studier av indirekta kostnader för ångestsyndrom har gjorts i begränsad omfattning. De få studier som finns indikerar stora ekonomiska effekter pga. nedsatt arbetsförmåga."

Efter SBU:s rapport har endast en studie som beräknar kostnaden för ångest i Sverige tillkommit. Andlin-Sobocki et al. [15] beräknar i en modellstudie den samhällsekonomiska kostnaden för ångest i de 25 EU-länderna samt Island, Norge och Schweiz 2004 till 375 miljarder kronor. För Sverige uppgick kostnaden till 12 miljarder. Det ångestsyndrom som var dyrast per patient var generaliserat ångestsyndrom.

Tabell 1. Årlig samhällsekonomisk kostnad i kronor per patient för olika ångestsyndrom i Sverige 2004

Generaliserat ångestsyndrom	Obstruktivt tvångssyndrom	Panikångest	Specifik fobi	Agorafobi	Social fobi
20 500	3 800	10 400	5 600	9 900	10 200

Källa: Andlin-Sobocki et al [15]

Den studie som underbygger slutsatsen i SBU:s första punkt ovan är Bolin & Jacobson [4]. Den samhällsekonomiska kostnaden för ångestsyndrom beräknades med hjälp av nationella register på uppdrag av ett läkemedelsföretag. Enligt den studien uppgick kostnaderna för ångest i Sverige 1996 till 18,6 miljarder kronor. I de indirekta kostnaderna ingick utöver kostnader för sjukskrivningar, förtidspensioneringar och förtida död även kostnaderna för förlorad hushållsproduktion. Hela 92 % var indirekta kostnader till följd av sjukskrivning och förtidspension. Drygt 60 % av både de direkta och indirekta kostnaderna kunde hänföras till kvinnor.

TANDVÅRDS- OCH LÄKEMEDELSFÖRMÅNSVERKET

Box 55 [Sundbybergsvägen 1], 171 11 Solna

Telefon: 08 568 420 50, Fax: 08 568 420 99, registrator@tlv.se, www.tlv.se

Org. nr 202 100-5364

Andlin-Sobocki et al. kom fram till en lägre kostnad än Bolin & Jacobson. En förklaring till det kan vara att Andlin-Sobocki et al. inte inkluderade förlorad produktionskapacitet till följd av förtidspensioneringar bland de indirekta kostnaderna. I Bolin & Jacobson uppgick förtidspensioneringar till 8,65 miljarder.

I Smit et al. [11] har författarna beräknat de samhällsekonomiska kostnaderna för olika ångestsyndrom i Nederländerna för personer i åldern 18–65 år. En uppdelning görs på panikångest, agorafobi, enkel fobi och GAD. Datamaterialet bygger på en intervjuundersökning från 1998 i vilken 5 000 personer dels fick frågor som kunde användas till att ställa diagnos för olika ångestillstånd, dels fick frågor om utnyttjande av sjukvård och förlorade arbetsdagar. Kostnaderna avser 2003. Den totala kostnaden för ångestsyndrom uppgick till 3,7 miljarder kronor per miljon invånare i åldern 18–65 år. De indirekta kostnaderna var 86 %. Kostnaderna fördelade sig på de olika ångestsyndromen enligt Tabell 2.

Tabell 2. Årlig kostnad för olika ångestsyndrom i Nederländerna 2003 i kronor, ålder 18–65

	Paniksyndrom ¹	Agorafobi	Social fobi	Enkel fobi	Generaliserat ångestsyndrom
Per million invånare	1 688 000 000	712 000 000	803 000 000	1 533 000 000	100 000 000
Per patient	77 000	45 000	17 000	22 000	8 000

Källa: Smit et al. [11]

Den samhällsekonomiska kostnaden 2003 för ungdomar 8–18 år i Nederländerna som kliniskt behandlas för ångestsyndrom redovisas av Bodden et al. [16]. Kostnadsberäkningarna bygger på en undersökning där föräldrarna till 118 barn som behandlades för ångestsyndrom under två veckor fyllde i en kostnadsenkät. I de indirekta kostnaderna ingick förutom föräldrarnas frånvaro från arbetet en ekonomisk värdering av barnens frånvaro från skolan och förlorad fritid. Dessa uppgifter

TANDVÅRDS- OCH LÄKEMEDELSFÖRMÅNSVERKET

Box 55 [Sundbybergsvägen 1], 171 11 Solna

Telefon: 08 568 420 50, Fax: 08 568 420 99, registrator@tlv.se, www.tlv.se

Org. nr 202 100-5364

jämfördes med motsvarande som samlades in av 41 familjer med barn utan ångestsyndrom. Kostnaderna under tvåveckorsperioden extrapolerades till ett år och uppgick då till 25 000 kronor. Denna kostnad multiplicerades med antalet ungdomar som kliniskt behandlas för ångestsyndrom i Nederländerna, vilket gav totalbeloppet 190 miljoner kronor. De stora kostnadsposterna var i fallande skala slutenvård, föräldrarnas frånvaro från arbetet, öppenvård och barnens frånvaro från skolan. Hälften av de totala kostnaderna bestod av indirekta kostnader. Kostnaderna för läkemedel var marginella i sammanhanget.

I två studier beräknades kostnaden för ångest 1990 i USA ([17] och [18]). Båda studierna kom fram till en total kostnad som uppgick till motsvarande ca 270 miljarder kronor. Däremot skiljde sig studierna åt vad gäller fördelningen mellan direkta och indirekta kostnader. Enligt Rice & Miller [17] uppgår de indirekta kostnaderna till ca 75 % medan de endast är 13 % i Greenberg et al. [18].

Slutsats

För tre år sedan drog SBU slutsatser utifrån den tillgängliga litteraturen. De citeras ovan. Den enda studie av vikt som har tillkommit sedan dess där kostnaden för Sverige redovisas är Andlin-Sobocki et al. Den visar på lägre samhällsekonomiska kostnader än den studie som refereras till i SBU:s slutsatser.

Referenser

1. Zhang, M., et al., *A community study of depression treatment and employment earnings*. Psychiatr Serv, 1999. **50**(9): p. 1209-13.
2. Druss, B.G., M. Schlesinger, and H.M. Allen, Jr., *Depressive symptoms, satisfaction with health care, and 2-year work outcomes in an employed population*. The American Journal of Psychiatry, 2001. **158**(5): p. 731-4.
3. Sobocki, P., et al., *The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005*. Eur Psychiatry, 2007. **22**(3): p. 146-52.
4. Bolin, K. and L. Jacobsson, *Depression & Ångest: de samhällsekonomiska kostnaderna*. Pfizer health economic working Paper 1, 2001.
5. Norinder, A., S. Nordling, and L. Håggström, *Priset per tablett dålig indikator i ett samhällsekonomiskt perspektiv*. Läkartidningen, 2000. **97**(14): p. 1693-8, 1700.
6. SBU, *Behandling av depressionssjukdomar*. 2004: Stockholm.

TANDVÅRDS- OCH LÄKEMEDELSFÖRMÅNSVERKET

Box 55 [Sundbybergsvägen 1], 171 11 Solna

Telefon: 08 568 420 50, Fax: 08 568 420 99, registrator@tlv.se, www.tlv.se

Org. nr 202 100-5364

7. von Knorring, L., et al., *Cost of depression: effect of adherence and treatment response*. Eur Psychiatry, 2006. **21**(6): p. 349-54.
8. Sobocki, P., et al., *Resource use and costs associated with patients treated for depression in primary care*. Eur J Health Econ, 2006.
9. Sobocki, P., et al., *Cost of depression in Europe*. J Ment Health Policy Econ, 2006. **9**(2): p. 87-98.
10. Hu, T.W., et al., *Economic costs of depression in China*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2007. **42**(2): p. 110-6.
11. Smit, F., et al., *Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry*. J Ment Health Policy Econ, 2006. **9**(4): p. 193-200.
12. Greenberg, P.E., et al., *The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000?* J Clin Psychiatry, 2003. **64**(12): p. 1465-75.
13. Thomas, C.M. and S. Morris, *Cost of depression among adults in England in 2000*. Br J Psychiatry, 2003. **183**: p. 514-9.
14. Hawthorne, G., et al., *The excess cost of depression in South Australia: a population-based study*. Aust N Z J Psychiatry, 2003. **37**(3): p. 362-73.
15. Andlin-Sobocki, P. and H.U. Wittchen, *Cost of anxiety disorders in Europe*. Eur J Neurol, 2005. **12 Suppl 1**: p. 39-44.
16. Bodden, D.H., C.D. Dirksen, and S.M. Bogels, *Societal Burden of Clinically Anxious Youth Referred for Treatment: A Cost-of-illness Study*. J Abnorm Child Psychol, 2008. **36**(4): p. 487-97.
17. Rice, D.P. and L.S. Miller, *Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States*. Br J Psychiatry Suppl, 1998(34): p. 4-9.
18. Greenberg, P.E., et al., *The economic burden of anxiety disorders in the 1990s*. J Clin Psychiatry, 1999. **60**(7): p. 427-35.

TANDVÅRDS- OCH LÄKEMEDELSFÖRMÅNSVERKET

Box 55 [Sundbybergsvägen 1], 171 11 Solna

Telefon: 08 568 420 50, Fax: 08 568 420 99, registrator@tlv.se, www.tlv.se

Org. nr 202 100-5364
