

Kostnader för psykiskt störda i Sverige 1990

Lars Hansson

Lars Borgquist

Göran Lindelöw

Artikeln innehåller en sammanfattning och bearbetning av en analys av de samhälleliga kostnaderna för psykiskt störda år 1990, vilken ursprungligen gjordes som ett uppdrag åt psykiatriutredningen (1). Författare är docent Lars Hansson, Institutionen för psykiatri, Lunds universitet, docent Lars Borgquist, Institutionen för klinisk samhällsmedicin, Dalby, Lunds universitet och civilekonom, forskningsassistent Göran Lindelöw, Institutionen för ekonomisk forskning, Lunds universitet.

Introduktion

De totala utgifterna för hälso- och sjukvården i Sverige var 1990 8,6% av bruttonationalprodukten (2). Vid kostnadsanalyser inom sjukvården är det brukligt att indela kostnader i direkta och indirekta kostnader (3). De direkta kostnaderna omfattar använda resurser för sjukvård och de indirekta förlorade resurser i form av kostnader för produktionsbortfall på grund av sjukdom i form av sjukskrivning, förtidspension och för tidig död. En tidigare samhällsekonomisk analys av kostnader för psykiskt störda i Sverige av Hertzman (4), avseende 1975, har visat att de direkta kostnaderna för psykiatrisk vård uppgick till 21,4% av alla hälso- och sjukvårdskostnader, och att de totala direkta och indirekta kostnaderna för psykisk sjukdom uppgick till 16% av de samhälleliga kostnaderna för sjukdom i Sverige. Hertzmans analys omfattade direkta sjukvårdskostnader och indirekta kostnader i form av produktionsbortfall beroende på sjukskrivning, förtidspension och mortalitet. En utvidgad undersökning från USA, inkluderade dessutom sociala åtgärder och anhörigas insatser (5). Enligt denna studie uppgick totala direkta och indirekta kostnader för psykiskt störda till 2,6% av bruttonational-

276

produkten i USA. Kostnaderna för förlorad produktion utgjorde 55% av de totala samhälleliga kostnaderna.

Under de senaste två decennierna har den psykiatriska organisationen och innehållet i vården förändrats radikalt. Den psykiatriska slutenvården har kraftigt reducerats och den psykiatriska öppenvården har byggts ut. Antalet slutenvårdsplatser har t ex minskat från 35.000 till 14.000 mellan 1967 och 1991. En ökande andel av de psykiatriska patienterna vårdas ute i samhället vilket inneburit att andra samhälleliga verksamheter som t ex primärvården och den kommunala socialtjänsten fått en ökande betydelse för vård och stöd åt psykiskt störda. Rehabilitering via arbetsmarknadsorganisationerna har också fått en större roll. Situationen för de anhöriga har förändrats genom de här förändringarna i vårdorganisationen, familjen har fått ett ökat ansvar för omsorg och omvårdnad av patienten. Omstruktureringen av den psykiatriska vården har påverkat både storleken av resursinsatser samt fördelningen av kostnader mellan olika instanser både inom och utanför sjukvården. Detta gör det angeläget att i samhälleliga kostnadsanalyser ta med kostnader utanför sjukvårdssektorn t ex arbetsmarknadsåtgärder, sociala åtgärder och anhörigas insatser.

Syftet med denna studie var att, mot bakgrunden av den förändrade situationen, analysera de samhälleliga kostnaderna för vård och stöd åt psykiskt störda år 1990. Kostnadsanalysen omfattar, förutom direkta sjukvårdskostnader och indirekta kostnader i form av produktionsbortfall, också kostnader som uppstår i den

Det gör det angeläget att i samhälleliga kostnadsanalyser ta med kostnader utanför sjukvårdssektorn t ex arbetsmarknadsåtgärder, sociala åtgärder och anhörigas insatser.

Det empiriska underlaget för att kostnadsberäkna de kommunala insatserna för psykiskt störda på nationell nivå finns inte

kommunala social- och hemtjänsten och i de arbetsmarknadsinriktade programmen för stöd och rehabilitering av psykiskt störda. Ett försök att uppskatta kostnaderna för anhörigas insatser göres också.

METOD OCH MATERIAL

Sjukvårdskostnader

Kostnaderna för sjukvård har delats upp i psykiatrisk slutenvård, psykiatrisk öppenvård, primärvård, privat öppenvård, privat psykoterapi och psykofarmaka. Kostnaderna för psykiatrisk slutenvård, inklusive vårdhem är baserade på skattningar av antalet vård dagar och en schabloniserad vardagskostnad. Kostnaderna för psykiatrisk öppenvård är baserad på antal besök i öppenvård uppdelat på läkarbesök och besök hos övriga teammedlemmar (6).

Uppskattningar av prevalensen av psykiskt störda inom primärvården skiftar. I föreliggande arbete har uppskattningarna gjorts från en aktuell studie (7) där 23% av alla återbesök gjordes av patienter med psykisk ohälsa. Kostnaderna för primärvårdens insatser baserades därefter på genomsnittligt antal besök i Sverige hos distriktsläkare respektive distriktsköterska och en genomsnittlig besökskostnad för dessa två grupper.

Kostnaderna för privatpraktiserande läkare baserades på antalet besök rapporterade till riks försäkringsverket. Beräkningarna av kostnader för privat psykoterapi utgick från en inventering av socialstyrelsen (6). Kostnader för psykofarmaka omfattar endast öppen vård eftersom kostnader för slutenvården ingår i vård dagskostnaderna. Apoteksbolagets beräkningar av kostnader för 1990 användes (8).

Kostnader för kommunernas stödinsatser

Det empiriska underlaget för att kostnadsberäkna de kommunala insatserna för psykiskt störda på nationell nivå finns inte. Den kommunala social- och hemtjänstens insatser har i detta arbete baserats på en undersökning gjord i Norrköpings kommun (9), vilken har räknats upp för riket. Norrköpings kommun antages i dessa avseenden vara demografiskt representativ för riket. Kostna-

derna beräknades ursprungligen uppdelade på boende och individ- och familjeomsorg inklusive hemtjänst och färdtjänst.

Kostnader för arbetsmarknadsåtgärder

Ett annat område utanför sjukvården är kostnader för samhällseliga arbetsmarknadsinriktade stöd- och rehabiliteringsåtgärder. Kostnaderna består i huvudsak av insatser för utbildning/rehabilitering, lönebidrag, beredskapsarbete och skyddad sysselsättning och är beräknade utifrån verksamheternas bokslut.

Kostnader för produktionsbortfall

De samhällseliga kostnaderna på grund av produktionsbortfall i samband med psykisk sjukdom kan delas upp i kort- och långtidssjukskrivning, förtidspensionering och för tidig död på grund av psykisk sjukdom. Produktionsbortfall på grund av sjukskrivning baserades på skattningar av sjukdagar med psykiatrisk diagnos. Produktionsbortfallet på grund av förtidspension utgick från uppskattningar av antalet förtidspensionerade med psykiatrisk diagnos. I beräkningarna användes medelinkomsten i Sverige 1990 som enhetskostnad. Mortalitet skostnaderna baserades på uppräknningar utifrån den tidigare studien av Hertzman (4,10).

RESULTAT

En summering av de totala kostnaderna för psykiskt störda visar att de år 1990 uppgick till 37.492 miljoner kr, vilket utgjorde 2,7% av bruttonationalprodukten detta år, (tabell 1). Över hälften av kostnaderna, 52,7%, kan hänföras till samhällseliga kostnader på grund av produktionsbortfall. Sjukvårdens kostnader utgjorde 30,3% av de totala kostnaderna, kommunernas stödinsatser 11,6% och arbetsmarknadsåtgärderna 5,4%.

1. Av de direkta sjukvårdskostnaderna, 11.379 miljoner kr, stod den psykiatriska slutenvården för 64,5%, följt av primärvården som stod för 18,7% av vårdkostnaderna. Kostnaderna i primärvården uppskattades vara dubbelt så stora som i den psykiatriska öppenvården, 2.138 miljoner kr jämfört med 1.004 miljoner kr. Till sammans utgör de samlade sjukvårdskostnaderna för

Kostnaderna i primärvården uppskattas vara dubbelt så stora som den psykiatriska öppenvården

Tabell 1. Kostnader för psykiskt störda i Sverige 1990 i miljoner kronor: sjukvårdskostnader, kostnader för kommunala stödinsatser, arbetsmarknadsmässiga åtgärder och produktions-bortfall.

	Miljoner kr (% av delkostn)	% av totala kostnader
SJUKVÅRD	11 379 (100)	30.3
Psykiatrisk slutenvård	7 334 (64.5)	
Psykiatrisk öppenvård	1 004 (8.8)	
Primärvård	2 138 (18.8)	
Privatläkare	161 (1.4)	
Privat psykoterapi	338 (3.0)	
Psykofarmaka	404 (3.5)	
SOCIALA ÅTGÄRDER	4 332 (100)	11.6
Boende	768 (17.7)	
Individ/Familjeomsorg	3 564 (82.3)	
ARB.MARKN.ÅTGÄRDER	2 028 (100)	5.4
Utbildning/Rehabilitering	285 (14.1)	
Lönebidrag	470 (23.2)	
Beredskapsarbete	70 (3.4)	
Skyddad sysselsättning	1 203 (59.3)	
PRODUKTIONSORTFALL	19 753 (100)	52.7
Sjukskrivning	5 240 (26.5)	
Förtidspension	14 013 (71.0)	
Mortalitet	500 (2.5)	
TOTALT	37 492	100

psykiskt störda 11% av det totala hälso- och sjukvårdsutgifterna i Sverige år 1990 (11.379/105.639 miljoner kr).

2. De samhälleliga kostnaderna på grund av förlorad produktion kan i första hand hänföras till förtidspensionering, 14.013 miljoner kr, vilket utgör 71% av de totala kostnaderna för förlorad produktion. Ytterligare 5.240 miljoner kan hänföras till sjukskrivning, medan förlorad produktion på grund av för tidig död utgjorde en mindre del av de indirekta kostnaderna, 500 miljoner kr.

Den sedvanliga samhälleliga kostnadsanalysen omfattar i regel direkta och indirekta kostnader enligt punkt 1 och 2 ovan. Genom att utsträcka analysen till andra samhällsinsatser av betydelse identifierades ytterligare 6.360 miljoner. De kommunala insatserna uppskattades till 4.332 miljoner kr, varav huvuddelen, 82,7%, bestod av insatser inom individ- och familjeomsorgen. De arbetsmarknadsorienterade stöd- och rehabiliteringsinsatserna uppskattades till 2.028 miljoner kr, varav huvudsatsen, 1.203 miljoner kr, var kostnader för skyddad sysselsättning. Om vi bortser från de indirekta

Kostnader för anhörigas insatser ligger i området 800-2.400 miljoner kr. Detta är i paritet med den psykiatriska öppenvårdens och primärvårdens insatser

kostnaderna på grund av produktionsbortfall uppgår de arbetsmarknadsmässiga och kommunala insatserna till sammanlagt 35,9% av de direkta kostnaderna för psykiskt störda. Inkluderar man de indirekta kostnaderna utgör dessa insatser 17% av de totala kostnaderna för psykiskt störda.

Anhörigas insatser

Av intresse är omfattningen av anhörigas insatser, speciellt mot bakgrund av övergången till vård i öppnare former. Att en större del av psykiatrins patienter lever ute i samhället har ökat bördan på familjerna. Både svenska och internationella studier har visat att denna börda är avsevärd (11, 12). Det finns dock inga svenska studier som ger underlag för beräkningar av den kostnadsmässiga omfattningen av anhörigas insatser på en nationell nivå. En fingervisning om storleksordningen av anhörigas insatser kan erhållas genom uppskattningar från en amerikansk undersökning av Franks, som omfattade en kohort familjer i Massachusetts, USA (13). Hennes beräkningar av finansiella och tidsmässiga kostnader uppräknades för hela USA. Utifrån tre antaganden om representativiteten i materialet uppskattades anhörigas insatser till mellan 2.3-6.8% av de totala kostnaderna för psykiskt störda i USA (5). Om man bortser från kulturella skillnader och skillnader i den psykiatriska vårdens organisation, så skulle detta överfört på svenska förhållanden innebära att kostnaderna för anhörigas insats skulle ligga i området 800-2.400 miljoner kr. Detta är i paritet med den psykiatriska öppenvårdens och primärvårdens insatser.

DISKUSSION

Föreliggande kostnadsanalys pekar på att ca 1/3 av de totala direkta kostnaderna för de psykiskt störda ligger utanför sjukvården. Här kanske kommunernas insatser framförallt förtjänar att uppmärksammas, i synnerhet mot bakgrund av inriktningen och innehållet i den aktuella psykiatriutredningens förslag (1).

Trots utbyggnaden av den psykiatriska öppenvården, så är den psykiatriska slutenvårdens kostnader den dominerande posten, med 2/3 av de totala sjukvårdskost-

Kostnader för förlorad produktion på grund av psykisk ohälsa är ur samhällelig kostnadssynpunkt större än totala direkta kostnader

naderna. Detta kan jämföras med Hertzmanns studie från 1975 där den psykiatriska slutenvården stod för 90% av sjukvårdskostnaderna (4).

Kostnader för förlorad produktion på grund av psykisk ohälsa är ur samhällelig kostnadssynpunkt större än totala direkta kostnader. Användandet av beräkningar av produktionsbortfall är inte helt oproblematiskt, men kan i det här sammanhanget ses som ett uttryck för förlorade resurser och därmed också som ett uttryck för de möjliga samhällliga vinsterna av en förbättrad effektivitet i det psykiatriska vård- och stödsystemet.

Utgångspunkten för beräkningarna av de direkta psykiatriska vårdkostnaderna har varit att beakta kostnader inom den psykiatriska vårdorganisationen. Detta medför framförallt att kostnader för vård av demenser och missbrukare, vilka organisatoriskt lagts utanför psykiatrin, endast medtagits i den utsträckning dessa patientgrupper vårdats inom ramen för den vuxenpsykiatriska vårdorganisationen. Jämförelser med Hertzmanns studie (4) är därför svåra att göra, vilket förstärks av att hans studie inte heller inkluderat kostnader för sociala och arbetsmarknadsmässiga åtgärder.

Det finns en rad osäkerhetsfaktorer i kostnadsberäkningarna beroende på bristande eller obefintligt empiriskt underlag, vilket medför att den aktuella kostnadsbilden måste uppfattas som en approximation. För att nämna några av de viktigaste, så är osäkerheten stor kring hur omfattande primärvårdens insatser är, det finns inga nationella prevalenstal, inte heller någon nationell bild av besöksstrukturen som tillåter någon säkerhet i kostnadsberäkningarna. Den privata psykoterapiens kostnadsmässiga omfattning är också osäker, framförallt beroende på bristande underlag för att bedöma besöksfrekvenser.

För kommunernas insatser finns inte någon nationell helhetsbild. I den aktuella kostnadsanalysen används en

studie i Norrköping som utgångspunkt. De kostnader som presenteras är därför beroende av representativiteten i detta material. Omfattningen av de arbetsmarknadsmässiga insatserna är baserade på bokslut där skattningar gjorts av andelen kostnader som faller på psykiskt störda.

Sammanfattningsvis framstår mot bakgrund av ovanstående vissa områden som angelägna för fortsatta studier. Prioriterade områden är, enligt vår mening, omfattningen av primärvårdens insatser, vidare analyser av de kommunala stödsatserna och omfattningen av anhörigas och närståendes insatser.

REFERENSER

1. Valfärd och valfrihet - service, stöd och vård för psykiskt störda. Slutbetänkande av psykiatriutredningen. SOU 1992:73.
2. Berleén G, Rehnberg C, Wennström G: The reform of health care in Sweden, Sprirapport 339, Stockholm 1992.
3. Lindgren B: Cost of illness in Sweden 1964-1975. Lund, Liber 1981.
4. Hertzman P: the economic cost of mental illness in Sweden 1975. Acta Psychiatr Scand 1983;68:359-367.
5. Rice DP, Kelman S, Miller LS: The economic burden of mental illness. Hosp Comm Psychiatry, 1992;43:1227-1232.
6. Psykiatrin och dess patienter: Delbetänkande av psykiatriutredningen. SOU 1992:37.
7. Hansson N, Nettelblad P, Borgquist L, Nordström G: Screening for psychiatric illness in primary care. A cross sectional study in a Swedish health district. Submitted.
8. Svensk läkemedelsstatistik 1990. Apoteksbolaget, Stockholm 1991.
9. Löbu S: Ett försök att beräkna olika samhällsorgans kostnader för deras stöd/hjälp till psykiskt handikappade i Norrköpings kommun. Basprojektet, Socialförvaltningen Norrköpings kommun 1992.
10. Jonsson D: Hälsoekonomiska aspekter på schizofreni, Social medicinsk tidskrift, detta nummer.
11. Hansson L, Sjöstedt M, Nylander B, Bliding G: Education of relatives of schizophrenics. A study of the effects on the living conditions of the relatives. Nord J Psychiatry 1992;46:269-275.
12. Axelsson M: Studier av psykiatrisk tvångsvård, särskilt tvångsvård, i två svenska län: Anhörigas situationer och relationer till den psykiatriska vården. Nord Psykiatr Tidskr 1989;43:357-364.
13. Franks DD: The high cost of caring: Economic contribution of families to the care of mentally ill. Ph.D. dissertation, Brandeis University, USA 1987.