

Hälsoekonomiska aspekter på schizofreni

Dick Jonsson

Hälso- och sjukvårdens kostnader för schizofrenivården uppgår till ca 2.5 miljarder kr årligen varav merparten gäller den slutna vården. Medräknas indirekta kostnader så uppgår den samhällsekonomiska kostnaden till ca 10 miljarder kr. Beräkningar tyder på att familjens kostnader kan vara dubbelt så stora som hälso- och sjukvårdskostnaderna.

Ungefär 20 % av de schizofrena patienterna svarar dock ej tillfredsställande på behandlingen. Dessa benämns terapirefraktära och har vanligtvis ett stort vårdbehov och vistas långa perioder på institution. Hälso- och sjukvårdens kostnader för denna grupp av patienter uppgår till ca 1.8 miljarder kr årligen varav merparten gäller den slutna vården.

Utvecklingstendensen i svensk schizofrenivård är att antalet patienter på mentalsjukhus minskar samtidigt som det sker en ökning på de mera kostnadskrävande klinikerna. Det medför bl a ökade krav på effektiva behandlingsformer och samhällsekonomiska utvärderingar.

Utifrån ett internationellt perspektiv har det genomförts ytterst få hälsoekonomiska studier av schizofrenibehandling. Underlaget för slutsatser är därför bräckligt men tyder på att öppenvårdsprogram kan vara samhällsekonomiskt försvarbara och att terapeutiska insatser inte kan mäta sig med neuroleptikabehandling avseende behandlingseffekter och kostnader. Ett angeläget område för utvärdering är behandlingsmetoder för terapirefraktära patienter som är hårt drabbade och tar stora samhälleliga resurser i anspråk.

Dick Jonsson är doktorand i hälsoekonomi vid Tema hälso- och sjukvården i samhället och verksam vid Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi vid universitet i Linköping.

nar och deras anhöriga ger psykiska sjukdomar även upphov till betydande samhällsekonomiska kostnader. Beräkningar av psykiatriutredningen visar att samhällskostnaderna för psykisk sjukdom uppgår till ca 40 miljarder kr per år i 1992 års priser (se artikel sid 272). Det innebär en delad första plats på listan över sjukdomarnas samhällskostnader tillsammans med cirkulationsorganens och rörelseorganens sjukdomar.

Det har skett en dramatisk förändring inom den slutna psykiatriska vården de senaste 15 åren. Under perioden 1975-90 har antalet vårdplatser i Sverige minskat med 55% till 14 533 (2). I *tabell 1* redovisas utvecklingen av antalet intagningar, vård dagar och medelvårdtid.

Tabell 1. Utveckling inom psykiatrisk vård 1975-90 avseende intagningar, vård dagar samt medelvårdtid. (Medelvårdtid antal dagar och övriga i tusental).

Årtal	1975	1990	% 75-90
Intagningar	130	109	- 16
Vård dagar	10 474	4 407	- 58
Medelvårdtid	81	40	- 51

Källa: Socialstyrelsens slutenvårdsregister

Andelen patienter som har psykiatriska vårdtider överstigande 10 år har i stort sett halverats (andelen är idag 15% av alla slutenvårdspatienter). Intagningarna har minskat med 16% under perioden och antalet vård dagar har minskat med 51%. En studie av den slutna schizofrenivården i Stockholm visar att det minskade slutenvårdsutnyttjandet inte gäller de schizofrena i lika stor omfattning (3).

Psykisk ohälsa - en samhällsangelägenhet

Psykiska sjukdomar är vanliga i samhället. Om man tillämpar en vid definition av begreppet psykisk ohälsa är prevalensen ca 13 procent (1). Det innebär att 1 miljon svenskar vid en viss tidpunkt är påverkad av någon typ av psykisk störning. Utöver lidande för dem som insjuk-

Samhällets kostnader för schizofreni

Utifrån ett snävt diagnostiskt perspektiv har ca 30 000 personer schizofreni i Sverige (incidens ca 2 000 - 3 000 fall per år) och hälften av dessa finns inom slutna psykiatrisk vård. Nära 25% av den totala samhällskostnaden för psykisk sjukdom, dvs 10 miljarder kr, kan

tillföras gruppen schizofrena syndrom. I *tabell 2* redovisas hur kostnaderna fördelas på direkta och indirekta kostnader. Siffrorna bygger på tillgänglig offentlig statistik samt på Hertzmanns (4) beräkningar om indirekta kostnader. Kostnaderna bör betraktas som ungefärliga. Det gäller speciellt öppenvårdskostnaderna.

Tabell 2. Samhällets kostnader för schizofreni i Sverige, miljarder kr i 1990 års priser.

Kostnadskategori	Schizofreni
Direkta kostn	2,4
Slutenvård	2.0
Öppen vård	0.3
Läkemedel	0.1
Indirekta kostnader	7.5
Sjukskrivning	2.5
Förtidspension	4.8
Dödlighet	0.2
Totalt	9.9

Källa: Bearbetning av data från Herzman

Den direkta kostnaden för schizofreni skattas till 2,4 miljarder kronor varav merparten gäller slutenvården. Mentalsjukhusen och de psykiatriska klinikerna upptar de största kostnaderna. Därefter följer sjukhem och somatisk långvård. Den indirekta kostnaden uppgår till ca 7,5 miljarder kronor, varav 4,8 miljarder för förtidspension. Uppskattningsvis har 30–40% av patienterna i psykiatrisk slutenvård schizofreni och de svarar för nära hälften av det totala antalet vård dagar inom den psykiatriska slutenvården (1). Skattningen stämmer relativt bra med landstingens bruttokostnader för den psykiatriska vården 1989 på 6,2 miljarder kronor (5).

Medräknas familjens kostnader kommer den totala kostnaden att öka. Hur mycket är svårt att säga men en amerikansk studie tyder på att familjens insatser i USA kan var dubbelt så stora som kostnaderna för sjukvårdssektorn (6). Det finns en risk att man enbart fokuserar på kortsiktiga kostnader och glömmer bort de långsiktiga kostnaderna vid psykiatrisk behandling. Utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv är det den totala kostnaden som uppstår under hela behandlingsperioden som är relevant. I en australisk studie (7) fann man t ex att den totala samhällskostnaden under hela sjukdomsförloppet för en schizofrenipatient är 6 gånger större än för en hjärtinfarktpatient.

En amerikansk studie tyder på att familjens insatser i USA kan vara dubbelt så stora som kostnaderna för sjukvårdssektorn

Samhällskostnaden under hela sjukdomsförloppet för en schizofrenipatient är 6 gånger större än för en hjärtinfarktpatient

Utvecklingstendensen i svensk schizofrenivård är att antalet patienter på mentalsjukhus minskar samtidigt som det sker en ökning på de mer kostnadskrävande klinikerna. I *tabell 3* redovisas antalet vård dagar och vårdtillfällen 1989 för schizofreni.

Tabell 3. Vård dagar inom slutenvård psykiatrisk vård avseende schizofreni, 1989.

Vård dagar	2.068.543
Antal vårdtillfällen	12.509
Vård dagar/vårdtillfällen	165

Källa: Socialstyrelsens slutenvårdsregister 1991

Mellan 1975 och 1989 minskade antalet vård dagar med schizofreni med 30%. Under samma period ökade försäljningen av neuroleptika med 10% från 70 till 76 miljoner kronor.

Terapirefraktär schizofreni

Vid behandling av schizofrent sjuka dominerar användning av antipsykotiska läkemedel (neuroleptika). Ungefär 10 till 30% av de schizofrena patienterna svarar dock ej tillfredsställande på behandlingen. Dessa patienter benämns farmakoterapifraktära och har vanligtvis ett stort vårdbehov och vistas under långa perioder på institution. En engelsk studie visar att en stor del av den totala kostnaden för vård av schizofrena sjuka kan hänföras till farmakoterapifraktära patienter (8). Utifrån denna studie torde antalet så kallade farmakoterapifraktära patienter i Sverige uppgå till ca 7 500 individer. Behandlingskostnaderna för denna grupp faller till stor del på sjukhusens psykiatriska kliniker vilka har huvudansvaret för vården av denna grupp patienter.

I *tabell 4* redovisas ett försök till skattning av den totala kostnaden för behandling av samtliga personer med farmakoterapifraktär schizofreni med standardneuroleptika i Sverige. Resultaten är hämtade från en pilotstudie (9) som grundar sig på uppgifter från psykiatriska kliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping.

Det framgår av tabellen att den totala kostnaden för behandling av samtliga farmakoterapirefraktära schizofrena i Sverige uppgår till ca 1,8 miljarder kr per år. Slutenvårdskostnaden dominerar med mer än 90% och öppenvårdskostnaden utgör endast 6% av totalkostnaden.

Tabell 4. Behandlingskostnader vid terapirefraktär schizofreni i Sverige 1990.

Kostnadsslag	Mkr	%
Slutenvård	1 687	93
Öppenvård	99	6
Övriga	27	1
Totalt	1 813	100

I kategorin övriga kostnader ingår rörliga kostnader som läkemedel och laboratoriekostnader. Kostnader för hembesök och aktiv rehabilitering, t ex arbetsterapeutiska insatser utgör endast bråkdelen av totalkostnaden. Sammantaget tyder detta på att behandlingar som medför resursomfördelningar från slutenvård till öppenvård och aktiv rehabilitering är angelägna utifrån såväl ett psykiatriskt som samhällsekonomiskt perspektiv.

Ett exempel på behandlingar som medför en omfördelning av kostnader i slutenvård till öppen vård är klopabinbehandling (9). Klopabinbehandling medför att kostnaderna för slutenvård hamnar under 80 % och öppenvårdskostnaderna ökar till mer än 20 %. Det kan tilläggas att klopabinbehandling medför att 70 % av patienterna förbättras avseende symtom och social funktionsförmåga. För patienter med svåra symtom sker en kraftigare förbättring (90 %).

Utvärdering av psykiatrisk behandling

Det faktum att psykiska sjukdomar medför höga samhällsekonomiska kostnader har bidragit till ett ökat intresse för samhällsekonomiska utvärderingar inom den psykiatriska vården. I en tid av ekonomisk stagnation framstår effektiv resursanvändning som allt viktigare. Avsikten med samhällsekonomiska utvärderingsmetoder är att bidra med information vid beslutsfattande i syfte att uppnå effektivt resursutnyttjande. Till exempel vid policybeslut rörande val av behandlingsmetod.

En del av de få internationella studier som genomförts inom psykiatrin tyder på att öppenvården är mer kostnadseffektiv än slutenvård. Ett exempel är en amerikansk studie upplagd som en experimentell cost-benefitanalys av behandling av patienter i öppen och slutenvård.

Behandlingar som medför resursomfördelningar från slutenvård till öppenvård och aktiv rehabilitering är angelägna utifrån såväl ett psykiatriskt som samhällsekonomiskt perspektiv

vård i USA (10). Resultaten redovisas i *tabell 5*. Det framgår att öppenvårdsprogrammet är att föredra ur samhällsekonomisk synpunkt. Kostnaderna för samtliga diagnoser ökar med 11% men intäkterna ökar med 102% främst beroende på ökade förvärvsinkomster. Kostnaderna för behandling, skyddade verkstäder och rehabilitering ökar men kostnaderna för bostad, lagöverträdelse och anhöriga minskar.

Tabell 5. Förändrade kostnader och intäkter per patient för psykiatrisk behandling i slutenvård och öppen vård, USD 1980.

Diagnos	Nettokostn	Nettoint	Resultat
Samtliga diagnoser	+797	+1 196	+399
Varav			
Schizofreni	-287	+779	+1 066
Personlighetsstörn.	+2 577	-72	-2 649

Källa: Weisbrod et al 1980

Det framgår att öppenvård av schizofrena patienter är att föredra. Öppenvårdsprogrammet kostar mindre och ger högre intäkter än slutenvård. När det gäller personer med personlighetsstörningar är resultatet för öppenvårdsprogrammet nedslående. Slutenvårdsbehandling är att föredra eftersom den medför lägre kostnader och högre intäkter.

I en annan experimentell studie (11) visas att kostnadseffektiviteten för olika schizofrenibehandlingar i USA varierar mellan 92 och 257 kostnadseffektheter per patient. Av *tabell 6* framgår att läkemedelsbehandling ger en hög effekt till en låg kostnad och att psykoterapi kostar mest samtidigt som effekterna ligger på en låg nivå. Kombinationsbehandling med läkemedel och psykoterapi innebär å andra sidan en relativt låg merkostnad samtidigt som bästa behandlingseffekt erhålls.

I en italiensk studie ges en beskrivning av hur kostnaderna för kombinerad behandling av en grupp schizofrena patienter fördelar sig (12). Patienterna som är relativt lika avseende diagnos har följts under en period av 3 år från och med den första psykiatriska kontakten. Kostnaderna är dessvärre inte relaterade till några effekter så det går inte att utläsa hur pass effektiv behandlingen varit. I *tabell 7* visas att kostnaderna varierar mellan 205 och 6 521 USD per patient beroende på typ av behandlingsinsats.

Slutsatser

Det har genomförts anmärkningsvärt få utvärderingar av

Tabell 6. Kostnader och effekter per patient för schizofrenibehandling. USD 1964 års priser, ålders- och köns-standardiserade.

Behandling	N	Kostnad	Effekt ¹	K/E
Läkemedel	48	3 030	32.9	92.1
Psykioterapi + läkemedel	44	3 560	33.8	105.3
ECT	47	4 430	30.0	147.7
Omvårdnad	43	6 170	26.7	231.1
Psykioterapi	46	7 150	27.8	257.2

Anm: 1) Menninger Health-Sickness Rating Scale

Källa: May 1971

Tabell 7. Kostnader per patient för behandling av schizofreni under 3 år, USD, 1992.

Behandling	Kostnad
Psykioterapi	6 521
Privat sjukhus	5 822
Offentligt sjukhus	4 916
Gruppterapi	3 241
Besök	1 238
Familjegrupp	981
Läkemedel	402
Hembesök	204

Källa: Moscarelli et al 1991

behandling av psykiska sjukdomar och psykisk ohälsa. Det kan jämföras med de utvärderingar som genomförts av behandling av cirkulationsorganens sjukdomar som också är en av de mest samhällsekonomiskt kostnadskrävande sjukdomarna. Samhällsekonomiska utvärderingar av psykiatriska vårdinsatser kan på ett konstruktivt sätt bidra till utvecklandet av bättre behandlingsmetoder, ökad kvalitet, ekonomisk medvetenhet och en mer aktiv informationsspridning. Det finns inte metodologiska skäl till att inte genomföra utvärderingar av psykiatriska insatser. Att genomföra utvärderingar inom psykiatri skiljer sig inte speciellt mycket från utvärderingar av andra kliniska verksamheter.

Det finns också ett flertal områden inom psykiatri som är angelägna att utvärdera. Ett försummat område är tex rehabilitering av psykotiska patienter. Det finns en risk att det stora intresset för prevention medför att rehabiliteringspatienterna i den slutna vården glöms bort

på samma sätt som de höga behandlingskostnaderna. Det finns skäl till att granska öppenvården som också kännetecknas av stora förändringar och krav på effektivitet. Detsamma gäller primärvården och samordningen mellan olika resursgivare.

REFERENSER

1. Socialstyrelsen: Befolkningen och psykiatri, del 1, 1992.
2. Socialstyrelsen: Slutenvårdsregistret, bearbetning 1991.
3. Stefansson C-G: Lång väg kvar innan psykiatriplanens intentioner om nya vårdformer för schizofrena förverkligas. Läkartidningen 1991;88:2304-6.
4. Hertzman P: Mentalsjukdomarnas samhällsekonomiska betydelse. IHE-Meddelande 3, Lund 1982.
5. Landstingsförbundet: Statistisk årsbok för landsting 1990/91, 1990.
6. Mc Guire T: Measuring the Economic Costs of Schizophrenia. Schizophr Bull 1991;17(3):375-474.
7. Andrews G: The Cost of Schizophrenia Revisited. Schizophr Bull 1991;17(3):389-94.
8. Davies L, Drummond M: The economic burden of schizophrenia. Psychiatr Bull 1990;14:522-25.
9. Jonsson D, Zethraeus N, Mansfield M, Wälinder J: Hälsoekonomisk analys av klopazinbehandling vid farmakoterapirefraktär schizofreni - En pilotstudie. CMT-rapport 1992:3. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, Universitetet i Linköping, 1992.
10. Weisbrod BA, Test M, Stein L: An alternative to mental hospital treatment. II: Economic cost-benefit analysis. Archives of General Psychiatry 1980;37:400-5.
11. May P: Cost-Efficiency of Treatments for the Schizophrenic Patient. Am J Psychiatry 1971;127:1382-85.
12. Moscarelli M, Capri S, Neri L: Cost Evaluation of Chronic Schizophrenic Patients During the First 3 Years After the First Contact. Schizophr Bull 1991;17(3):3 67-69.