

Vad kostar långvarig funktionell psykos

- en epidemiologisk och individbaserad studie

Per Borgå

Claes-Göran Stefansson

Per Borgå, med dr, psykiater och Claes-Göran Stefansson, dr med sc, sociolog, är båda verksamma vid Enheten för Psykosocial Utveckling (EPFU) i Nacka. Vid enheten bedrivs tvärvetenskaplig forskning med inriktning på sambanden mellan sociala förhållanden och psykiska störningar i befolkningen samt vårdens roll i detta samspel. Per Borgå disputerade tidigare i år på en studie om långvarig funktionell psykos i tre olika boendeområden i Stockholms län. Utgående från denna kunskap om vård- och levnadsförhållanden hos samtliga individer med långvarig funktionell psykos har en studie av samhällskostnaderna gjorts.

I kontakten mellan psykiatri och ekonomi svindlar ofta perspektiven. I den tidigare artikeln anger Hansson m fl (1) att vårdnadskostnaderna för psykiska sjukdomar och störningar i Sverige 1991 uppgick till ca 11 miljarder kronor eller 1.300 kronor per invånare och år. Lindgren (2) fann i en studie från slutet av 80-talet, att kostnaderna för dessa tillstånd var större än för t ex cancer eller hjärt-kärlsjukdomar. Även den sk Psykiatriutredningen (3) har framhållit de i internationellt perspektiv höga kostnaderna för psykiatrin. Trots att Värnamo i Småland har större budget för psykiatrin än Tanzania med dess 25 miljoner invånare (4) är det i samhällen av Tanzanias typ som prognosen för schizofreni förefaller mest gynnsam enligt WHO:s multicenterstudie (5), vilket tycks ställa alla presumtiva cost-benefit resonemang på huvudet. Naturligtvis kan inte dessa förhållanden förstås utifrån att snävt studera psykiatris eller sjukvårdsapparatens resurser. En studie måste inbegripa de andra resurser, som finns i samhället och som kan tänkas påverka utfallet av allvarliga psykiska störningar; anhörigstöd, tillgång på tid, tolerans för avvikande etc. Detta är

faktorer som inte lätt låter sig värderas i ekonomiska termer. Exemplet pekar på de svårigheter och begränsningar som finns inbyggda i hälsoekonomiska studier av psykiatrin.

Inte desto mindre är sådana studier värdefulla för jämförelser mellan kulturellt och ekonomiskt likartade samhällen och jämförelser i tiden. Jämförelser mellan olika patientgrupper kan också göras.

Som exemplet antyder bör ett brett perspektiv anläggas för att undvika att förflyttningar av kostnader (t ex från psykiatrin till socialtjänsten eller till anhöriga) räknas som hälsoekonomiska vinster.

Det är sannolikt att psykiatris höga vårdkostnader till stor del kan tillskrivas gruppen långvarigt funktionell psykotiska på grund av gruppens stora slutenvårdsutnyttjande. Bland dem som varit sjuka i psykotisk sjukdom mer än 6 månader slutenvårdas nästan hälften under året (6).

Ambitionen som visar sig i ändrad lagstiftning och vårdpraxis är att allt fler skall kunna vårdas utanför slutenvårdsinstitutioner. Det är väsentligt att underlätta denna process genom överföringar av ekonomiska resurser från sluten till öppen vård och till socialtjänsten. För att företa sådana överföringar behövs förutom en totalkostnadsbeskrivning också att man identifierar undergrupper som är särskilt kostnadskrävande.

Syftet med denna studie är att:

- * uppskatta direkta och indirekta kostnader för långvarig funktionell psykos i ett avgränsat område
- * jämföra kostnader för de olika boendeområdena som ingår i upptagningsområdet
- * jämföra undergrupper av populationen med avseende på kön, diagnos, insjuknandeålder, sjukdomsduration och förekomsten av missbruk.

Metod

Medan beräkningar av vårdkostnader inom psykiatrin i

Socialmedicinsk tidskrift nr 6 1993

regel utgår från kostnaderna för de institutioner, som definierats som psykiatriska, utgår föreliggande beräkningar från ett epidemiologiskt perspektiv dvs från de individer i befolkningen som har en viss störning. I tidigare studier (6-8) har vi i samma upptagningsområde som denna studie omfattar och som består av en landsortskommun, en förortskommun och en innerstadsförsamling i Stockholm, definierat den grupp individer som 1984 hade en långvarig funktionell psykos (LFP). Denna grupp har definierats enligt nedan:

- * 6 månaders duration av psykotisk sjukdom
- * ej förorsakad av organisk psykos
- * symtom eller residualsymtom under undersökningsåret (1984) samt
- * ålder 18-64 år

På så sätt har inkluderats samtliga långvarigt funktionellt psykotiska med lika lång sjukdomsduration som erfordras för diagnosen schizofreni medan definitionen tillåtit en mer varierad symptomatisk sjukdomsbild. Inklusionskriterierna har därmed blivit något vidare än schizofrenidiagnos. I ett andra steg har DSM-III-klassificering skett (7). En population om 341 individer har härvid identifierats. De flesta (237 st) hade schizofreni, men mindre grupper med paranoia (52 st) affektiv psykos (38 st) samt andra psykotiska störningar (14 st) inkluderades också.

Psykiatrisk öppenvård och slutenvård, primärvård och somatisk slutenvård, psykiatrisk medicineri, socialtjänstbesök, förekomst av socialbidrag och hemtjänst registrerades retrospektivt med avseende på 1984 för samtliga identifierade LFP i upptagningsområdet om 57.000 invånare i aktuell ålder (totalt 89.000). Informationen togs ur journaler, landstingsdata, socialtjänstregister etc. För två av boendeområdena (landsortskommunen och förortskommunen) användes också ett forskningsregister (9,10). För ca 10 % av populationen är uppgifter om sociala kostnader och försäkringskostnader ofullständiga.

Arbetsrehabiliterande åtgärder noterades inte i materialet utan har i efterhand skattats på basis av uppgifter från Psykiatriutredningen (3). Kostnader för hemtjänsten har beräknats på den del av materialet där datainsamlingen bedömts vara tillfyllest. Det totala materialet kommer att ge en minimikostnad, då ingen kompensering i övrigt gjorts för ofullständigheten. Ingen kompensering har heller gjorts för ev oidentifierade individer med LFP. Kostnader för resor i samband med vård liksom färdtjänst har inte inkluderats.

Beräkningar av kostnader skedde i 1984 års priser. Vissa förenklade antaganden gjordes, såsom att varje besök i öppenvård hade en kostnad av 720 kronor oavsett vilken personalkategori som träffade patienten. Rationaliteten för detta var att varje patient i stor utsträckning använder teamets samlade resurser, genom konferenser, handledning och konsultationer med olika personalkategorier. Kostnader för slutenvård erhöles genom Stockholms läns landsting (1.400 kr/dag på psykiatrisk avdelning och 2.000 på somatisk avdelning). Basen för dessa beräkningar var att samtliga kostnader fördelats lika på totala antalet slutenvårdsdagar. Produktionsbortfall beräknades efter försäkringskassans uppgifter för 1988, retrospektivt korrigerade med kostnadsindex till 60 kronor per timme för 1984.

Statistisk analys med jämförelse av undergrupper (boendeområde, kön, diagnos, debutålder, sjukdomsduration och förekomst av missbruk) genomfördes med chisquare, varvid p-värden mindre än 0.05 betraktades som statistiskt säkerställda. Interaktion mellan de undersökta faktorerna kontrollerades för simultant genom en generell linjär modellprocedur.

Resultat

De ekonomiska kostnader, som kunnat beräknas, uppgår för den aktuella populationen om 341 individer till drygt 54 milj kronor (*tabell 1*) för år 1984. De direkta kostnaderna ligger framför allt på den psykiatriska slutenvården (23,5 milj kr) medan de indirekta kostnaderna framförallt framkallas av produktionsbortfallet (23,4 milj kr). Dessa kostnader belastar å ena sidan landstinget å andra sidan staten och kommunerna. Kommunens socialtjänstkostnader är i sammanhanget betydligt lägre, ca 1,5 milj kronor per år. Den uppskattade totalkostnaden för LFP i detta material avviker från den som av Jonsson angivits för schizofreni (*tabell 2*, sid 283) framför allt vad gäller slutenvårdskostnaderna som här är avsevärt högre. Förklaringen till detta ligger möjligen i att Stockholm har högre slutenvårdsutnyttjande jämfört med övriga landet för denna patientgrupp. En annan förklaring är att schizofreni i registermaterial (t ex Socialstyrelsens slutenvårdsmaterial) är underdiagnostiserad. Dessa skillnader har dock mindre betydelse när vi som här jämför undergrupper i samma material. Dock bör vi ha i åtanke att de fortsatta resultaten rör ett storstadsma-terial.

Kostnader i olika undergrupper

En jämförelse mellan de olika boendeområdena visar att

Tabell 1. Kostnader för funktionellt långtidspsykotiska (18-64 år) i ett avgränsat upptagningsområde.

Kostnadstyp	Årskostnad (1.000 kr)	
Psykiatrisk öppenvård	2.200	Direkta kostnader
Psykiatrisk slutenvård	23.450	
Somatisk slutenvård	1.270	
Primärvård	70	
Psykiatrisk medicinering	410	
Socialtjänstbesök	260	Indirekta kostnader
Socialbidrag	710	
Hemtjänst	690	
Produktionsbortfall speglat av:		
sjukpension, sjukbidrag	18.560	
sjukskrivning	4.810	
arbetsrehab.åtgärder	1.890	
Arbetsbortfall för anhöriga, minskad fritid etc	?	Indirekta kostnader
Rökning, missbruk, ökad våldskriminalitet	?	
=Ekonomiska kostnader	54.340+	
+Intangibla kostnader		
= Total kostnad för LFP		

prevalensen av LFP stiger mot innerstaden från ca 4/1000 i landsortskommunen till 8/1000 i innerstadsförsamlingen (figur 1). Det är framför allt de med diagnosen schizofreni som står för gradienten land-stad. Skillnaden i genomsnittskostnad per LFP-individ i de olika områdena ligger framför allt mellan landsortskommunen och övriga områden (figur 2). Eftersom prevalensen också är lägst i landsortskommunen och högst i innerstaden visar en jämförelse mellan samhällskostnader för LFP i olika boendeområden (dvs kostnaden per kommuninvånare), en ännu mer markerad skillnad (figur 3).

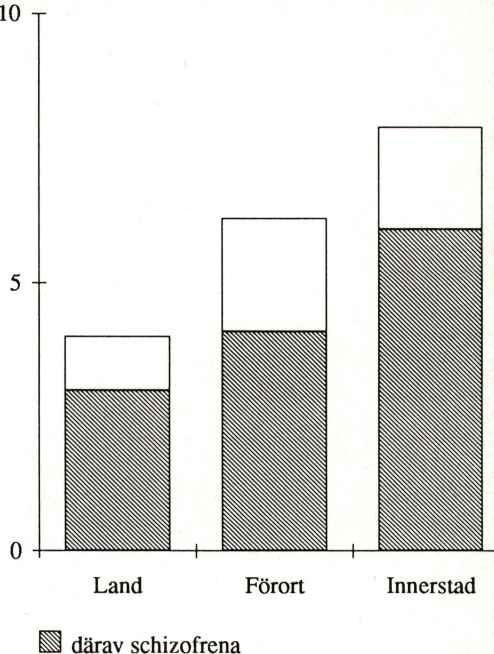
En jämförelse mellan män och kvinnor visar en högre kostnad för männen (figur 4).

Ålder vid sjukdomsdebut har stor betydelse för kostnaderna. Ju tidigare sjukdomsdebut desto högre genomsnittskostnader (figur 5).

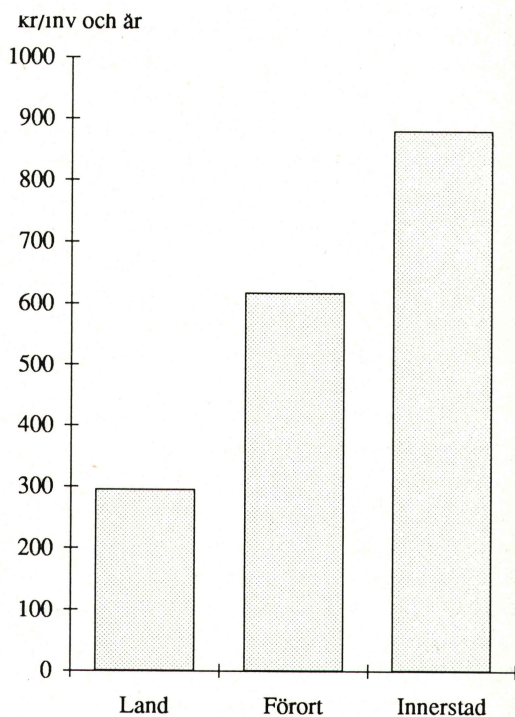
Sjukdomsduration har mindre kostnadsmässig betydelse, (figur 6).

Ett samband mellan insjuknandeålder och duration

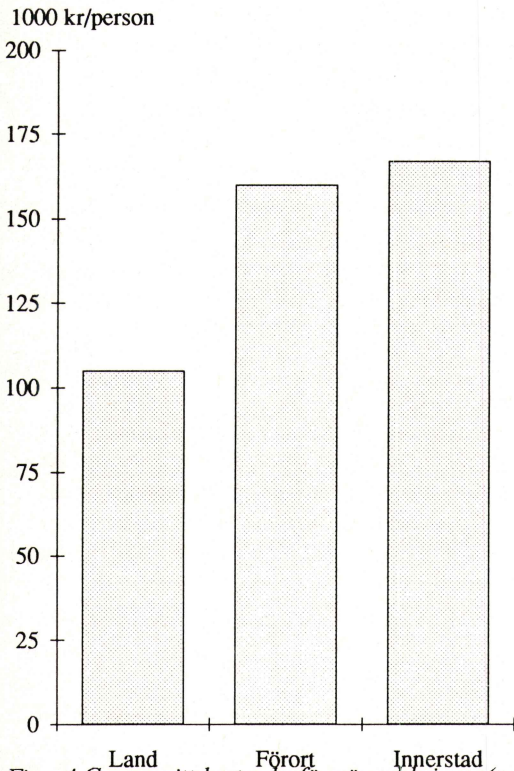
Figur 1. Prevalens av LFP per 1000 inv. i tre boendeområden.10



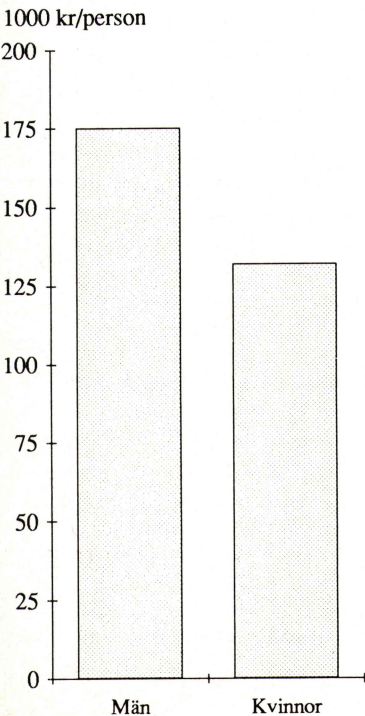
Figur 2. Årlig genomsnittskostnad i olika boendeområden för en LFP-patient.



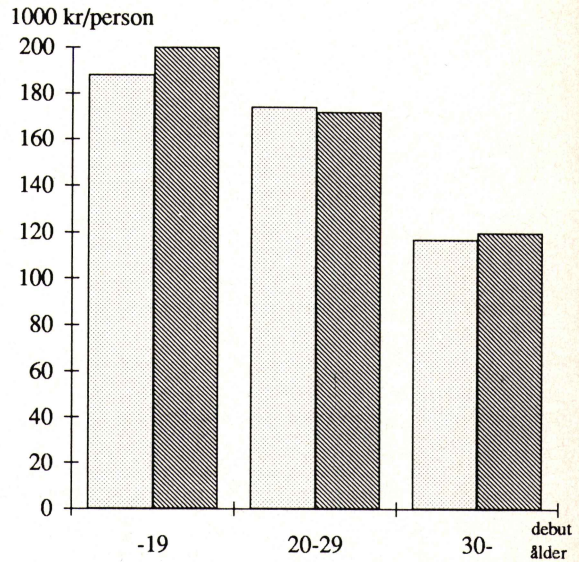
Figur 3. Samhällskostnader (totalkostnader per kommun invånare och år) i olika boendeområden



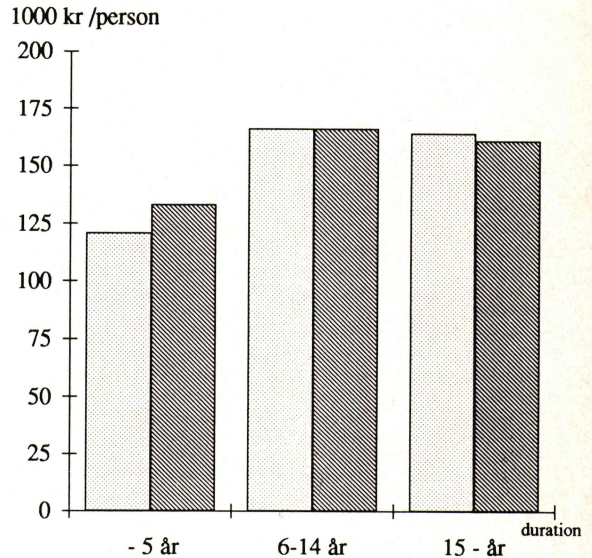
Figur 4. Genomsnittskostnader för män och kvinnor ($p=.00$).



Figur 5. Genomsnittskostnader i grupper med olika debutålder för sjukdom ($p=.001$) och med kontroll för duration ($p=.00$, mörk stapel).

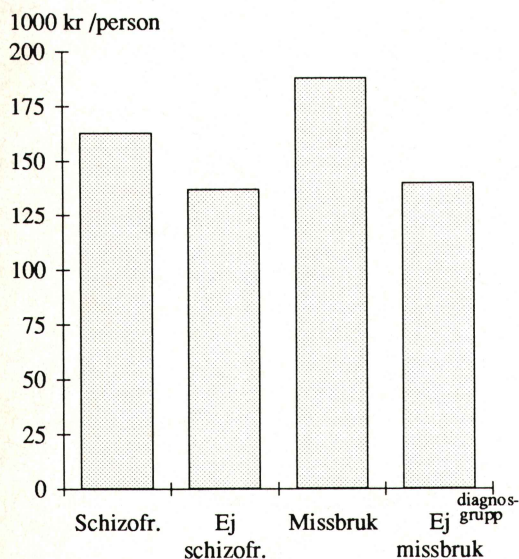


Figur 6. Genomsnittskostnader i grupper med olika sjukdomsduration ($p=.04$) och med kontroll för insjuknandeålder ($p=.08$, mörk stapel).



föreligger dvs ju tidigare insjuknande desto större sannolikhet för längre duration i materialet ($r=-.31$, $p=.00$). Om vi kontrollerar för dessa förhållanden ömsesidigt finner vi att kostnadsskillnaden i olika grupper med olika insjuknandeålder ökar (figur 5, mörk stapel) medan skillnaderna i olika durationsgrupper minskar (figur 6, mörk stapel).

Figur 7. Genomsnittskostnader för schizofrena och övriga ($p=.05$) samt för personer med missbruk och övriga ($p=.02$).



Diagnostiskt har man visat att de schizofrena i LFP-gruppen har ett markant högre vårdutnyttjande (6) respektive sämre utfall vad beträffar sociala förhållanden (11). Kostnadmässigt är skillnaderna dock ej så stora mellan dem med schizofrenidiagnos och övriga (figur 7). Missbruk, framför allt alkoholmissbruk, förekommer bland 23 % av LFP populationen. Kostnaderna för missbrukarna är signifikant högre än för dem utan missbruk.

Tabell 2. Signifikanstestning med samtidig kontroll för samtliga ingående variabler.

Variabel	P-värde
Kön	0.03
Insjuknandeålder	0.02
Duration	0.05
Missbruk	N.S.(0.09)
Schizofreni	N.S.
Område	N.S.

En signifikanstestning med samtidig kontroll för samtliga undersökta variabler ger vid handen att endast kön, insjuknandeålder och duration har ett signifikant samband med kostnaden (tabell 2).

Diskussion

Samhällskostnaden för långvarig funktionell psykos är hög, såväl mätt i vårdkostnader som i kostnader för produktionsbortfall.

Direkta kostnader inbegriper samhällets kostnader för vård och socialtjänst, men också den enskildes kostnader för vård och medicinering. En del direkta kostnader är svåra att beräkna. Generellt är dock de direkta kostnaderna lättare att beräkna än de indirekta.

Indirekta kostnader utgörs av produktionsbortfall hos den sjuke. Även om dessa kostnader i vår studie indicerats genom sjukskrivning, sjukbidrag och sjukpension, rör det sig inte om transfereringskostnader utan produktionsbortfallskostnader, såsom de beräknats av Riksförsäkringsverket. Olika kostnader som direkt belastar anhöriga liksom deras minskade fritid etc kan även räknas hit. Rökning med följd tillstånd, missbruk och ökad våldskriminalitet (12) kan också sägas utgöra indirekta kostnader av sjukdomen.

Produktionsbortfallet är svårberäknat, då det är beroende av aktuellt marknadsläge. Vid en hög arbetslöshet i befolkningen kan man nämligen inte antaga att individen, om botad, kunde återgå i produktionen. Indirekta kostnader omges därför med en större osäkerhetsmarginal än direkta.

Vissa kostnader är av en natur att de över huvud taget inte låter sig uttryckas i monetära enheter. Dessa kostnader brukar i engelsk litteratur benämnas *intangible costs*. "Svårgripbara" är en proximatisk svensk översättning. Hos den sjuke är sjukdomslidandet i sig en sådan svårgripbar kostnad. Kostnaden för den som insjuknar i unga år kan sägas vara drömmen om ett lyckligt vuxenliv. Hos anhöriga utgör stigmatiseringen av att ha en sjuk anhörig en avsevärd, men ekonomiskt "svårgripbar", kostnad. Samhället, som förbehåller sig rätten till tvångsvård av psykiskt sjuka, gör en demokratiförlust på grund av förekomsten av psykisk sjukdom. Denna samhällskostnad betalas i hög grad av dem som utan tvångsmedel vårdas inom psykiatri; förekomsten av tvångslagstiftning, t ex genom konvertering av frivillig vård till tvångsvård, gör att all psykiatrisk vård mer eller mindre kan uppfattas som tvångsvård (13).

Kostnader som hänförs till individen, dvs främst den sjuke och dennes anhöriga, har i vår studie inte inkluderats, då de på basis av en registerstudie varit svårare att uppskatta än de kostnader samhället har. Vid omstruktureringar av vården för funktionellt psykotiskt långtidssjuka, är det dock viktigt att sådana beräkningar inkluderas.

Med det obestyrkta antagandet att de tre i studien ingående områdena tillsammans skulle vara representativa för Sverige vad gäller prevalens av LFP och

vårdförhållanden, så skulle den insamlade populationen utgöra en knapp procent av Sveriges samtliga LFP i åldrarna 18-64 år. Direkta vårdkostnaden för för hela gruppen i Sverige skulle då i 1991 års penningvärde vara 3,2 miljarder. Möjligen kan också den direkta vårdkostnaden ligga ännu högre, då två av de tre i studien ingående boendeyrömdena betjånas av en vårdorganisation med uttalad filosofi att hålla slutenvården på ett minimum. Som tidigare påpekats motverkas detta av att det ändå rör sig om ett storstadsområde där såväl prevalens som vård av LFP kan förmodas ligga relativt högt.

Angivna kostnader måste omges med en stor osäkerhetsmarginal. Risken med att vara beroende av kostnadsuppgifter från dem som driver sjukvårdande verksamhet är att s k fria nyttigheter förbises. Uppgiften kostnad tenderar då att bli marginalkostnad och inte reell kostnad. Trots att vi, vid kostnadsberäkningen, försökt vara observanta på detta, kan inte uteslutas att några s k fria nyttigheter förbisetts.

Dessa förbehåll har mindre betydelse vid *jämförelser av undergrupper* eftersom felmätningarna väsentligen drabbar grupperna på ett likartat sätt. Jämförelser mellan den nödvändiga taxeringen i olika områden (figur 3) för att täcka kostnaderna för LFP varierar mellan landsbygd och innerstad med en potens av 3. Med den utveckling, som finns i Sverige, att låta de mindre primärkommunerna i ökad utsträckning överta kostnaderna för LFP från landstingen, som utgör större enheter, är detta oroande. I utslussningen från sjukhusen måste mekanismer hittas, så att pengarna följer patienten.

Kön, debutålder och sjukdomsduration är de tre bakgrundsfaktorer som i vårt material påverkat kostnaderna. Härutöver redovisas en tendens att missbruk leder till högre kostnader. I vår tidigare artikel om vårdkonsumtion (6) var sjukdomsduration en faktor som inte signifikant påverkade sjukvårdsutnyttjandet. Vid en jämförelse mellan direkta och indirekta kostnader finner man att de indirekta kostnaderna, dvs utslagningen från arbetsmarknaden med åtföljande produktionsbortfall, står för en del av kostnadsökningen vid längre sjukdomsduration (42%, 45% resp 49% av kostnaderna i de tre durationsgrupperna).

Då signifikantestning skett med samtidig kontroll för samtliga variabler ingående i undersökningen finner vi att schizofren sjukdomsdiagnos inte signifikant kan förknippas med högre kostnader (tabell 2). Detta kan tolkas

så, att de högre kostnader som registrerats för den schizofrena gruppen jämfört med den icke-schizofrena i materialet i huvudsak är en följd av att män och individer med tidig insjuknandeålder är mer frekventa i den schizofrena gruppen. Vår artikel tillhandahåller därmed argument för dem som hävdar nödvändigheten att könsuppdelat materialet vid outcome-studier. Vidare framstår insjuknandeåldern som en inom LFP-gruppen viktigare faktor för utfallet än diagnosen behandlingsmässigt, socialt och, som här visats ekonomiskt. Detta är ett argument i alla avseenden för tidiga insatser.

Acknowledgement

Stort tack till Spri och Medisys som varit behjälpliga vid framtagandet av underlag till kostnadsberäkningen.

REFERENSER

1. *Hansson m fl* (i detta nummer)
2. *Lindgren B*: The economic impact of illness. In: Abshagen U, Münich F E (eds). Cost of illness and benefits of drug treatment. München: W Zuckschwerdt Verlag, 1990.
3. SOU 1992:73. Välfärd och välfrihet - service, stöd och vård för psykiskt störda.
4. *Hauli J*. Personligt meddelande.
5. World Health Organization. Schizophrenia - A International Follow-up Study. John Wiley & Sons, New York 1979.
6. *Borgå P, Widerlöv B, Cullberg J, Stefansson C-G*: Patterns of care among people with long-term functional psychosis in three different areas of Stockholm County. Acta Psychiatr Scand 1991;83:223-233.
7. *Widerlöv B, Borgå P, Cullberg J, Stefansson C-G, Lindqvist G*: Epidemiology of long-term functional psychosis in three different areas in Stockholm County. Acta Psychiatr Scand 1989;40:40-46.
8. *Borgå P, Widerlöv B, Cullberg J, Stefansson C-G*: Approaching the true prevalence of long-term functional psychosis. Epidemiology in three different areas of Stockholm County. I manuskript, 1993.
9. *Borgå P*: Studies of long-term functional psychosis in three different areas of Stockholm County. Akademisk avhandling, Umeå universitet 1993.
10. *Stefansson C-G*: A case register as a tool for studies in secotised psychiatry. Stockholm: Karolinska Institutet 1985.
11. *Borgå P, Widerlöv B, Stefansson C-G, Cullberg J*: Social conditions in a total population with long-term functional psychosis in three different areas of Stockholm County. Acta Psychiatr Scand 1992;85:465-473.
12. *Lindqvist P, Allebeck P*: Schizophrenia and crime. Br J Psychiatry 1990;157:345-350.
13. *Candefjord I-L*: Studier av psykiatrisk vård, särskilt tvångsvård, i två svenska län. De psykiatriska patienternas upplevelse av tvångsvård. Nord Psychiatr Tidsskr 1989;43:535-542.