

Psykiatrin i ekonomisk belysning

Göran Berleen

Börje Strand

En jämförelse mellan olika huvudmän beträffande kostnaderna för psykiatrin visar stora skillnader. Mycket talar samtidigt för att variationerna i sjukvårdshuvudmännens samlade insatser för människor med psykiska problem är betydligt mindre. Det innebär begränsat värde av "snäva" ekonomiska jämförelser utifrån dagens avgränsning av psykiatrin.

De kostnadsjämförelser som gäller sektoriserade psykiatriska modeller ger emellertid ganska entydigt svar. Kostnaderna för psykiatrisk vård per innevånare är lägre än riksgenomsnittet.

Den sektoriserade psykiatrin erbjuder också en naturlig bas för att följa upp kostnaderna för samlade insatser för människor med psykiska problem i ett geografiskt avgränsat område. SPRI håller för närvarande på att bygga upp en kompetens ifråga om sådana hälsoekonomiska beräkningar.

Göran Berleen och Börje Strand är utredningssekreterare på SPRI.

trin skett under 1960- och 1970-talen, släpar förändringarna av psykiatrin efter. Trots förskjutningen mot mer personalintensiva lasarettskliniker har psykiatrin ej haft samma snabba kostnadsstegring som hälso- och sjukvården i övrigt.

Vissa delar av psykiatrin arbetar idag också under förhållanden som saknar motsvarighet inom hälso- och sjukvården i övrigt. Detta gäller bla lokalstandard vid föräldrade mentalsjukhus där många patienter under långa vårdtider ställs utan tillgång till de kvaliteter som förknippas med ett normalt boende.

Sjukvårdshuvudmännens mycket olika förutsättningar i fråga om bla psykiatrins nuvarande avgränsning och utformning skapar svårigheter att göra några generellt giltiga bedömningar. Det för en god kostnadskalkyl erforderliga generella underlaget är bristfälligt. En genomgång av landstingens hittillsvarande beräkningar visar också på ett stort behov av en förbättrad teknik för hälsoekonomiska beräkningar.

Utvecklingen av samhällsekonomin i Sverige ger inte under nu överskådlig tid sjukvårdshuvudmännens utrymme för att expandera sin verksamhet. Utvecklingen av hälso- och sjukvården måste därför ske inom en relativt fast ekonomisk ram.

Den samhällsekonomiska utvecklingen leder emellertid också till att antalet arbetslösa ökar. Sambanden mellan tex arbetslöshet, alkoholmissbruk och behov av vård är i många sammanhang dokumenterat. En del av detta vårdbehov, om än icke det största, riktas mot psykiatrin.

Psykiatrin bär på ett arv från de statliga mentalsjukhusen. Även om omstruktureringar av psykia-

Kostnader för psykiatrisk vård

Totalkostnaderna för psykiatrisk vård har liksom antalet årsarbetare ökat under 1970-talet. Den psykiatriska vårdens andel av totalkostnaderna för hela hälso- och sjukvården (exkl tandvården) har emellertid minskat från 17 % år 1970 till 13 % år 1980.

Antalet årsarbetare vid ett urval av mentalsjukhusen har ökat med ca 2 % per år mellan 1971 och 1980. Antalet tjänster vid de psykiatriska klinikerna ökade med ungefär 6 % per år. För hela den allmänpsykiatriska vården, inklusive de psykiatriska klinikerna, var ökningen ca 3 % per år. Utvecklingen för hälso- och sjukvården i dess helhet motsvarar ök-

ningen vid de psykiatriska klinikerna. Även om de psykiatriska insatserna i öppen vård ökat i omfattning så ägnas år 1980 fortfarande huvuddelen av personalens arbete åt den slutna vårdens patienter. Antalet i genomsnitt inneliggande patienter är idag ca 9000 färre än de var år 1971. Samtidigt har medelvårdtiderna förkortats och antalet intagningar ökat.

Kostnaderna per vård dag varierar mellan olika typer av psykiatrisk vård. Således kunde man i ett landsting uppvisa följande kostnadsbild år 1980

psykiatriska sjukhem	ca 350 kronor
mentalsjukhus	ca 550 kronor
alkoholistvård	ca 800 kronor
psykiatrisk klinik	ca 950 kronor
narkomanvård	ca 2 250 kronor

I samma landsting förekom dessutom följande skillnader i vård dagskostnad vid en jämförelse mellan enheter med likartad beteckning.

Vårdtyp	Enhet med lägsta vård- dagskostn (kr)	Enhet med högsta vård- dagskostn (kr)
Psyk sjukhem	255	539
Mentalsjukhus	537	571
Alkoholistvård	417	940
Psyk klinik	719	1 217
Narkomanvård	1 680	3 643

Utnyttjandet av den psykiatriska vårdorganisationen varierar kraftigt mellan sjukvårdshuvudmännen men även mellan olika distrikt eller kommuner inom ett län.

Socialstyrelsen har också i sin studie "Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande" (1981:1) konstaterat att det föreligger stora skillnader i utnyttjandet av den psykiatriska vården. Gruppen demenspatienter är dubbelt så stor hos de sjukvårdshuvudmän som har det största antalet vårdplatser för psykiatrisk vård. Likaså är antalet intagna schizofrena betydligt större hos dessa huvudmän. Oavsett orsakerna till skillnaderna konstateras i studien att där slutenvårdsplatser finns kommer de också till användning. Den mest påtagliga förklaringen till stor tillgång på slutenvårdsplatser är att det inom området

funnits ett fd mentalsjukhus, som tidigare haft vårdansvar för patienter även från andra sjukvårdsområden.

Om man studerar det genomsnittligt vårdade antalet patienter 1980 finner man att riksgenomsnittet var 3,13 per 1000 inv, varav 0,34 vid privata sjukhem. Bland annat på grund av att en vårdplats vid privat sjukhem kostar ungefär hälften mot en mentalsjukhusplats bör man för jämförbarheten inte värdera en sådan plats till mer än hälften av en offentlig. Med denna justering får man följande huvudmän som ligger högst resp lägst när det gäller utnyttjandet av psykiatrisk vård. (Tabell 1.)

Tabell 1. Högst och lägst huvudman när det gäller utnyttjande av psykiatrisk vård.

Högst Huvudman	Pat per 1 000 inv	Lägst Huvudman	Pat per 1 000 inv
Göteborgs kommun	4,25	Västmanland	1,88
Kronoberg	3,98	Gotland	2,35
Blekinge	3,91	Halland	2,44
Jämtland	3,87	Örebro	2,55
Kopparberg	3,67	Stockholm	2,59
7 huvudmän	3,34–2,95	9 huvudmän	2,67–2,89

Några jämförelser kan också göras mellan bruttokostnader för psykiatrisk vård utslaget per invånare. Dessa varierar mellan ca 900 kr (högsta värde) och ca 350 kr (lägsta värde). Medeltalet för hela riket var 1980 ungefär 590 kronor per invånare.

För varje invånare i upptagningsområdet för Ängelholms psykiatriska klinik var motsvarande kostnad ca 470 kronor. I upptagningsområdet för Nackaprojektets mottagningsenheter, med sluten

Bruttokostnaderna för psykiatrisk vård utslaget per invånare varierar mellan cirka 900 kr (högsta värde) och cirka 350 kr (lägsta värde). De ekonomiska konsekvenserna för sjukvårdshuvudmännen av investeringsbehovet för sektoriserad psykiatri är svårt att uppskatta.

vård förlagd huvudsakligen till Långbro sjukhus, har bruttokostnaden per invånare beräknats till ca 300 kronor. Åldersstrukturen i upptagningsområdet är gynnsam med relativt ung befolkning. Med samma åldersfördelning i Nackaprojektets upptagningsområde som gäller för hela riket skulle bruttokostnaden per invånare sannolikt komma att ligga kring 380 kronor. Såväl i Ängelholm som i Nackaprojektet arbetar psykiatrin efter en sektoriserad modell. Psykiatrin för sektorn Hässelby/Vällingby har en bruttokostnad per invånare som ligger närmare riksmedeltalet. Samtidigt bör då betonas att den slutna vården dominerar kostnadsbilden och att det tar en betydande tid innan effekterna av en förändrad vård får fullt genomslag i hela verksamheten.

Psykiatrins strukturförändring i ett inlednings-skede

Erfarenheter från de sjukvårdshuvudmän som inlett en sektorisering av psykiatrin pekar på att en sådan förändring kan påbörjas i stort sett inom ramen för de driftskostnader som en traditionellt organiserad psykiatri har. Expertgruppens rapport ger också anvisningar om kostnadsbesparingar som kan ställas mot kostnaderna för att successivt höja personalens/arbetslagens kompetens.

Kompetenshöjningen kan förverkligas genom rekrytering av personal med fullgjord grundutbildning och genom fortbildning av personal i psykiatriskt lagarbete för slutna och öppna vård. Resurserna för klinikadministration, arbetsledning och handledning bör förbättras. Efterhand bör också information till exempelvis arbetsplatser samt konsultation till andra vårdgivare utökas. Kravet på kompetenshöjning kommer in tidigt i förändringen och blir särskilt påtagligt i organisationer med besvärligt vakanläge och med stor andel personal utan grundutbildning i psykiatri.

Besparingen i driftskostnader uppstår som en följd av att man kan nå tidig kontakt med vårdssökande. Närheten till anhöriga, eget boende och andra vårdgivare möjliggör öppen vård, dagsjukvård och 5-dygnsvård som helt eller delvis ersätter den nuvarande slutna vården.

Den förändrade verksamheten kan endast delvis bedrivas i de lokaler som nuvarande psykiatri har.

.....
För många sjukvårdshuvudmän finns fortfarande outnyttjade investeringsmedel – som staten fortsätter att tillskjuta.
.....

Lokaler vid länssjukhus, länsdelssjukhus, särskilda öppenvårdsmottagningar, behandlingshem, sjukhem etc ersätter lokaler vid mentalsjukhusen. De ekonomiska konsekvenserna för sjukvårdshuvudmännen av detta investeringsbehov är svårt att uppskatta med någon exakthet för närvarande. Å ena sidan tillkommer nybyggnads- eller ombyggnadsutgifter vid t ex de somatiska sjukhusen, å andra sidan bortfaller investerings- och underhållsutgifter vid mentalsjukhusen. För många sjukvårdshuvudmän finns fortfarande outnyttjade investeringsmedel – som staten enligt nyligen träffat avtal fortsätter att tillskjuta.

Vilka kostnader skall man räkna med och vilka vinster uppnår man med en förändring av psykiatrin? Detta är frågeställningar som måste diskuteras och förtydligas för att möjliggöra bättre ekonomiska prognoser. En annan förutsättning för ekonomiska prognoser är att verksamheten och kostnaderna inom psykiatrin och hos andra berörda vårdgivare kan beskrivas i ett utgångsläge som grundläggande basmaterial för jämförelser.

Ett par exempel har också visats som belyser vad en organisation uppbyggd enligt en sektoriserad modell medför i fråga om kostnader för den psykiatriska vårdorganisationen. Studierna av sådana exempel ger ett ganska entydigt svar. Kostnaderna för psykiatrisk vård per invånare är lägre än riksgenomsnittet.

Detta behöver dock inte innebära att kostnaderna per behandlad patient, besök eller vård dag är lägre än riksgenomsnittet för behandling av motsvarande patienter. Å andra sidan innebär en avgränsning av psykiatrins vårdansvar att vårdkostnader lätt uppstår någon annanstans i vårdsystemet. Låga kostnader för psykiatrisk vård behöver således inte innebära att de totala vårdkostnaderna för sjukvårdshuvudmannen är lägre.

Jämförelser av strukturen på vårdresurserna och hur de utnyttjas av befolkningen visar också på att

ett, jämfört med riksgenomsnittet, högt utnyttjande av psykiatrins resurser per invånare ej behöver motsvaras av höga totala vårdkostnader för sjukvårdshuvudmannen. Ett relativt litet vårdutnyttjande kan noteras i andra delar av vårdsystemet. Genom olika riksomfattande studier av strukturen på vårdresurserna i olika län står det klart att stora skillnader föreligger. Det innebär att förutsättningarna för en sektorisering av psykiatrin är olika och att kostnadsfördelningen mellan landsting och primärkommuner kan vara olika inom skilda delar av landet. Det innebär också olika kostnadsfördelningar mellan psykiatri och primärvård.

De kostnadseffekter som uppkommer vid en sektorisering måste ses i ett brett perspektiv, präglad av de i de olika sjukvårdsområdena speciella förutsättningarna. Mot kostnadseffekterna bör man dessutom ställa uppskattningar av de samhällsekonomiska och de patientspecifika vinsterna av sektoriseringen.

Sammanfattning

I expertgruppsrapporten har en förutsättning varit att förändringen till en sektoriserad psykiatri skall kunna påbörjas inom ramen för i stort sett oförändrad driftbudget. Den här genomförda analysen av psykiatrins kostnader vid några utvecklade verk-

samheter styrker detta påstående. Utomordentligt stora skillnader kan konstateras vad gäller psykiatrins avgränsning och därmed dess kostnader inom olika län. Mycket talar samtidigt för att variationerna i sjukvårdshuvudmännens samlade insatser för människor med psykiska problem är betydligt mindre. Detta innebär ett begränsat värde av "snäva" ekonomiska jämförelser utifrån dagens avgränsning av psykiatrin.

En genomgång av olika plandokument visar att metoder och tekniker för att värdera kostnad och nytta av förändringar inom psykiatrin är utvecklade. Ett stort behov föreligger att komplettera traditionella beräkningar av kostnader per prestation – vård dag, vårdtillfälle och besök – med uppföljningar av den samlade insatsen för människor med psykiska problem inom olika geografiskt avgränsade områden. En sådan insats, som är naturlig för den sektoriserade psykiatrin, innebär också ökade möjligheter till samarbete med primärkommunerna och en bättre värdering av behandlingsresultaten. Spri håller fn på att bygga upp en kompetens i fråga om hälsoekonomiska beräkningar och har ambitioner att utveckla metoder för studier av de samlade vård- och kostnadseffekterna av en förändrad psykiatrisk vård.