



UNIVERSITY OF GOTHENBURG
SCHOOL OF BUSINESS, ECONOMICS AND LAW

Vad kostar depression och ångest samhället?

en kostnadssammanställning för Sverige

Authors: Desirée Forsberg & Elvira Josefsson

Spring 2018

Abstract

Mental illness is a highly topical problem for which the attention does not seem to abate. This thesis is a cost of illness study focused on 15 diagnoses within the psychiatrically classified ITC-codes, where depression, anxiety and stress constitute the majority of the cases. The costs for these diagnoses in Sweden have been summarized for the years 2006 and 2016. Further on the costs have been calculated through a top-down perspective and an incidence-perspective has been used when calculating some of the indirect costs. The data has been obtained through Swedish authorities. The result shows that the indirect costs account for the majority of the costs for both years and that the costs have decreased in 2016 compared to 2006, although this does not necessarily mean a decreasing problem with mental illness. On the contrary, it discusses the fact that the number of patients have doubled, the medical use has increased, costs of healthcare have risen and the cost for shorter sick leave has had a sharp increase. The reason for the decreasing total costs seem to be due to more regulated and decreasing sickness benefit payments, which is by far the most costly area in the cost summary.

Kandidatuppsats i Nationalekonomi /
Bachelor's thesis in Economics (15hp)

Department of Economics,
School of Business, Economics and Law
University of Gothenburg

Supervisor: Kristian Bolin

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	3
1.1 Bakgrund	3
1.2 Syfte & Frågeställning	4
1.3 Tidigare forskning	5
2. METOD	7
2.1 Tillvägagångssätt	7
2.2 Cost of illness	7
2.3 Kostnader	8
2.3.1 Human Capital Approach	8
2.3.2 Incidensperspektiv och prevalensperspektiv	8
2.4 Avgränsningar & brister	9
3. MATERIAL	10
3.1 Direkta kostnader	10
3.1.1 Vårdkostnader	10
3.1.1.1 Primärvård	10
3.1.1.2 Specialiserad öppenvård	11
3.1.1.3 Specialiserad slutenvård	12
3.1.2 Läkemedelskostnad	12
3.2 Indirekta kostnader	14
3.2.1 Förlorade levnadsår	14
3.2.2 Produktionsbortfall	15
3.2.2.1 Produktionsbortfall på grund av tillfällig sjuklighet	15
3.2.2.2 Produktionsbortfall på grund av permanent sjuklighet	16
3.2.2.3 Produktionsförlust på grund av mortalitet	17
4. RESULTAT	19
4.1 Totala kostnader	19
4.2 Direkta kostnader	20
4.2.1 Vårdkostnader	20
4.2.1.1 Primärvård	20
4.2.1.2 Specialiserad öppenvård	21
4.2.1.3 Specialiserad slutenvård	22
4.2.2 Läkemedelskostnad	22
4.3 Indirekta kostnader	23
4.3.1 Förlorade levnadsår	23
4.3.2 Produktionsbortfall	23
4.3.2.1 Produktionsbortfall på grund av tillfällig sjuklighet	23
4.3.2.2 Produktionsbortfall på grund av permanent sjuklighet	23
4.3.2.3 Produktionsbortfall på grund av mortalitet	24
5. DISKUSSION	25
6. SLUTSATS	28
6.1 Vidare forskning	28
7. REFERENSER	30
Bilagor	36

Begrepp

ATC = Internationell kodning av läkemedel

BNP = Bruttonationalprodukt.

COI = Cost of illness

F00-F99 = Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (Socialstyrelsen, 2018)

F30-F39 = Förstämningssyndrom (Socialstyrelsen, 2018)

F40 = Fobiska syndrom (Socialstyrelsen, 2018)

F41 = Andra ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2018)

F42 = Tvångssyndrom (Socialstyrelsen, 2018)

F43 = Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress (Socialstyrelsen, 2018)

F53 = Psykiska störningar och beteendestörningar sammanhängande med barnsängstiden (Socialstyrelsen, 2018)

KPP = Kostnad per patient

ICD - 10 = Internationell kodning av diagnoser. (Socialstyrelsen, 2018)

N06A = ATC-kod för antidepressiva medel

Primärvård = Första vårdnivå, läkare är specialister i allmänmedicin (Socialstyrelsen, 2005)

SKL = Sveriges Kommuner och Landsting

Specialiserad slutenvård = Ges när patienten inte förväntas kunna bli hjälpt av öppenvården (Socialstyrelsen 2012a).

Specialiserad öppenvård = Ges till patient när insatsen förväntas avslutas inom ett par timmar (Socialstyrelsen 2012b).

VGR = Västra Götalandsregionen

WHO = World Health Organisation

1. INTRODUKTION

1.1 Bakgrund

Psykisk ohälsa är en av världens största folksjukdomar. WHO uppskattar att det lever mer än 300 miljoner människor i depression och mellan åren 2005 och 2015 ökade sjukdomen med 18% (WHO 2018b). En trend som inte enbart sker globalt utan liknande resultat finns i försäkringskassans rapporter gällande Sverige för de senaste åren, då psykiatriska diagnoser har ökat konstant sedan 2010 (Försäkringskassan 2015, 24). Kvinnor drabbas främst och det är en av de främsta orsakerna till självmord för personer mellan 15 och 29 år (WHO 2018a).

Folkhälsomyndigheten utgav en enkät år 2016 i vilken 19% av de utfrågade hade blivit diagnostiserade med depression åtminstone en gång i livet. 30% av befolkningen led av ångest och av kvinnor i åldrarna 16-29 upplevde en tredjedel av personerna stor stress.

Av den undersökta populationen uppgav totalt 16% att de led av nedsatt psykiskt välbefinnande (Folkhälsomyndigheten 2016).

Försäkringskassan talar om ett samhällsproblem, där det ligger i hela samhällets intresse att åtgärda den psykiska ohälsan (Försäkringskassan 2013, 6). I en av deras senaste rapporter kring psykiatriska diagnoser beskrivs att diagnoserna inom ångest och stressyndrom utgör 90% av sjukskrivningarna i Sverige (Försäkringskassan 2016, 6). Kostnaden för samhället består av belastning i vården, men även av produktionsbortfall (Försäkringskassan 2013, 6). När produktion faller bort påverkas även Sveriges BNP negativt eftersom den består av vad som totalt produceras i landet under ett år (Carlgren 2018a).

Ämnet är högaktuellt och i början av 2018 hölls en interpellationsdebatt med Sveriges socialminister i ämnet. Där beskrevs hur en av fem personer får diagnosen depression under sin livstid och att det i en undersökning från 2016 var 36% av befolkning som uppgav sig ha bekymmer med stress, oro och ångest (Andersson 2018). Att det dessutom är en av de främsta orsakerna till sjukskrivningar och att återhämtningstiden från en sjukskrivning inom en psykiatrisk diagnos är en av de längsta (Lidvall och Olsson-Bohlin 2017) leder till att psykisk

ohälsa för med sig stora kostnader för samhället. Särskilt omfattande är de indirekta kostnaderna (Ekman et al. 2013). På så vis blir det här ett samhällsproblem som påverkar hela Sveriges ekonomi och därav är angeläget att förstå på en makronivå.

1.2 Syfte & Frågeställning

Syftet med uppsatsen är att undersöka hur kostsamt depression, stress och ångest är för det svenska samhället, med hjälp av en cost of illness-studie. Inledningen har beskrivit att psykisk ohälsa är ett ämne som är aktuellt och belastar hela samhället, därav är det relevant att undersöka dess kostnader från ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Sammanställningen undersöker 15 psykiatriska diagnoser som är relaterade till stress, ångest och depression. Dessa diagnoser har sedan kostnader sammanställts för åren 2006 samt 2016, för att ge en bild av utvecklingen det senaste decenniet. Uppsatsen syftar till att kunna dra slutsatser kring volymen som depression och ångest kostar i jämförelse med kostnader för samtliga diagnoser.

Vidare syftar uppsatsen till att undersöka omfattningen av de olika kostnaderna, för att skapa en förståelse kring vad som kostar samhället mest och hur kostnadslagen förändrats under de undersökta åren.

Frågeställning: *Hur kostsamt är depression och ångest för svenska samhället?*

1.3 Tidigare forskning

År 2013 gjordes en cost of illness studie av Ekman et al. av depression i Sverige. Resultatet av studien visade att kostnaderna dominerades av indirekta kostnader. Denna studie var en bottom-up-studie då den fokuserar på en specifik vårdcentral med data på patientnivå i Stockholm. Dess fokus var att ta fram kostnaden för specialiserad vård där mer allvarliga depressioner behandlas. De kom fram till att kostnaderna för patienter med psykoser var betydligt högre än för dem med lindrigare depressioner (Ekman et al. 2013).

Sobocki et al. gjorde en studie år 2007 som undersökte den ekonomiska bördan av depression i Sverige under åren 1997-2005, även den studien gjordes med en COI-studie. Den visade på en mycket stor ökning av kostnaderna mellan de undersökta åren. Även i den här studien var det de indirekta kostnaderna som stod för den största delen av de totala kostnaderna. Det var även de indirekta kostnaderna som visade den största ökningen, framförallt så ökade kostnaderna för sjukskrivningar. Dessutom dubblerades antalet personer som förtidspensionerades under denna tid. Studien tar vidare upp intangibla kostnader, som är ett mått som syftar till att mäta den minskade livskvalitén för individer med diagnoserna, vilket inte tidigare var gjort (Sobocki et al. 2007).

Betydelsen av de indirekta kostnaderna stämmer överens med studier gjorda senaste decenniet i världen, däribland en specifik studie på Sydkorea. I den studien tas dessutom produktionsbortfall som uppstår när individerna är sjuka men fortfarande arbetar in i beräkningen, vilket inte tas i beaktning i vår studie. Slutsatsen i den studien visar att depressioner är mycket kostsamt för samhället och att det därför hade varit lönsamt att införa tidigare åtgärder för att minska problemen (Chang, Hong och Maeng. 2012).

År 2007 gjordes en mycket omfattande global sammanställning i Tyskland som undersökte 24 redan gjorda cost of illness-studier för depression. Av de undersökta studierna innehöll majoriteten inte de indirekta kostnaderna, utan fokuserade på direkta kostnader. Studien visar att depression har mycket höga kostnader på samhället. Då studierna undersökte flera olika länder varierar storleken på kostnaderna, vilket framförallt verkar bero på de olika

sjukvårdssystemen i länderna. För länder med snarlika system varierade kostnaderna betydligt mindre (Luppa et al. 2007).

Sammanfattningsvis så visar tidigare forskning att indirekta kostnader är det som främst kostar samhället. De visar även att det är ett globalt problem. Samtidigt är samtliga studier tvungna att utesluta någon del då data, samt möjligheter, saknas för att kunna ge en helt förklarad bild av problemet.

I den här studien har åren 2006 och 2016 undersökts. 2016 valdes då det är det senast givna året med data till studien. Sedan valdes 2006 då vi ansåg att ett decennium var en tillräckligt lång period för att se förändringar, men även för att tidigare svenska studier har fokuserat på åren innan 2006 (Sobocki et. al 2007) samt 2012 (Ekman et al. 2013). Valet av årtal gav därmed den här studien en unik vinkel. Vidare har kombinationen av de valda diagnoserna inte undersökts i någon av de andra studierna, vilket ger denna studie en bredd som blir ännu mer intressant på samhällsnivå, jämfört med när enbart depression analyseras.

2. METOD

2.1 Tillvägagångssätt

En litteraturundersökning har genomförts för att hitta data till kostnadsstudien, samt inhämta kunskap om tidigare forskning i ämnet. Sammanfattningar av rapporter, artiklar och tidigare studier har byggt underlaget för uppsatsen. Dock kommer majoriteten av datan till vårt resultat från databaser via Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Läkemedelsverket, Statistiska Centralbyrån och Skatteverket. Kostnaderna har även hämtats från tidigare gjorda rapporter från ovanstående myndigheter. Uppgifterna har sedan sammanställts i tabeller med olika variabler beroende på vilket kostnadslag som beräknats. Inhämtandet av kostnadsuppgifter har emellanåt varit svårhanterligt, då alla uppgifter inte finns lättillgängligt i databaserna. Därför har genomsnitt fått utgöra underlag för kostnadsberäkningen emellanåt. Det som varit önskat i teorin har därmed inte alltid fungerat i praktiken. Dessa avvägningar förklaras mer utförligt i punkt 3, där det redogörs hur insamling av respektive data gått till.

2.2 Cost of illness

En cost of illness studie har utförts för att visa vilka ekonomiska konsekvenser de utvalda diagnoserna har på samhället (Olofsson 2008, 11). Det är en metod som har fått stor spridning inom hälsoekonomi (Sobocki et al. 2007) och är en bra uppskattning för ekonomiska utvärderingar av medicinsk teknik (Drummond et al. 2005).

I en COI-studie beräknas direkta och indirekta kostnader som sjukdomen medför och det finns två angreppssätt för att beräkna de direkta kostnaderna, antingen uppifrån och ned (top-down-studie) eller nerifrån och upp (bottom-up-studie) (Olofsson 2008, 39). Den här studien är en top-down-studie, vilket innebär att de totala kostnaderna på en makronivå har delats upp mellan olika diagnoser. En bottom-up-studie däremot innebär att data insamlas på individnivå från observationer. Det urvalet får sedan symbolisera hela populationen (Sobocki et al. 2007). Fördelen med ett perspektiv uppifrån är att ett felvidet urval undviks, vilket en individstudie kan leda till. Däremot är chansen större att siffrorna blir missvisande till följd av

sekundära diagnoser, vilket kan ske när en individ får följsjukdomar (Olofsson 2008, 40). Orsaken till att en top-down-studie utförts är främst beroende på att det är en mindre tids- och resurskrävande metod. Dock kan kostnaderna i resultatet bli över- eller undervärderade .

2.3 Kostnader

Studien utgår från ett samhällsperspektiv, vilket innebär att kostnader från individnivå till statlig nivå räknas in. Det innebär att det tas hänsyn till både direkta kostnader och indirekta kostnader, för att få en så rättvisande bild som möjligt.

Direkta kostnader definieras som de kostnader som beror på diagnosen i form av all vård, liksom läkemedel. Vårdkostnader är indelade i primärvård, specialiserad öppenvård och specialiserad slutenvård, beroende på vilken sjukvårdsenhet som har besökts av patienten (Kirch 2008a).

Indirekta kostnader innebär den förlorade produktionen vid sjukfall, på kort eller lång sikt. Det kan innebära minskad produktivitet, till följd av tillfällig eller permanent sjukdom. Denna kostnadstyp beräknas via en friktionskostnadsmetod eller en human capital approach-metod (Kirch 2008c). I vår studie har den senare använts, som förklaras i nästa stycke.

De direkta kostnader som används i vår studie är kostnaden för sjukvårdsbesök och läkemedelskostnader, medan de indirekta kostnaderna innebär produktionsbortfall och förlust i förväntad levnadsålder.

2.3.1 Human Capital Approach

För att beräkna de indirekta kostnaderna används metoden human capital approach, då den undersöker potentiella produktionsförluster som blir konsekvensen av de undersökta diagnoserna (Chang, Hong och Maeng 2012). Det beräknas med hjälp av snittet för framtida inkomster (Kirch 2008b). Denna metod har valts för att få ut det totala produktionsbortfallet som diagnoserna ger, för att på så vis kunna beskriva den totala kostnaden de har på samhället över tid.

2.3.2 Incidensperspektiv och prevalensperspektiv

I en COI-studie kan man beräkna kostnaden från ett incidensperspektiv, alternativt ett prevalensperspektiv. I ett prevalensperspektiv undersöker man kostnader under en given tid,

exempelvis ett år. Ett incidensperspektiv däremot beräknar kostnader och värdeförluster under en livstid, för de individer som fått diagnosen under det undersökta året (Sobocki et al. 2007). De direkta kostnaderna har beräknats med ett prevalensperspektiv, kostnader för vårdbesök och läkemedel har tagits fram för de givna åren. Däremot har de indirekta kostnaderna räknats ur ett incidensperspektiv, vilket innebär att produktionsbortfallen beräknats för individernas kvarstående tid i arbetslivet.

2.4 Avgränsningar & brister

Den största avgränsningen i vår cost of illness studie gjordes i valet av diagnoser. Psykiatriska diagnoser innehåller omkring 100 olika huvuddiagnoser och detta arbete innehåller 15 av dessa diagnoser (Socialstyrelsen 2018). Valet gjordes främst beroende på att stress, depression och ångest är de diagnoser som är mest framträdande och den vanligaste typen av diagnos att ge bland alla psykiatriska diagnoser (Lidvall och Olsson-Bohlin 2017). Därför har bedömningen gjorts att de diagnoserna är mest relevanta och intressanta för studien.

Studien utgår från ett top-down-perspektiv, då datan har samlats från regional och nationell nivå och sedan brutits ned till individnivå. Alternativet hade varit en bottom-up-studie, där individdata hämtas och det undersökta urvalet får representera hela populationen. Detta har inte varit aktuellt i studien, då primärdata ej funnits tillgänglig i och med en tidsbegränsad studie.

Intangibla kostnader, såsom sveda och värk, anhörigas lidande och försämringar i livskvalitet, som inte innebär produktionsbortfall eller mortalitet, har inte inkluderats i studien. Detta för att den typen av kostnader är svåra att mäta, i synnerhet när top-down-metoden används. Inte heller produktionsbortfall på grund av en minskad produktivitet av personer som har en lindrig depression men fortfarande arbetar har tagits med.

För personer som har en tillfällig sjuklighet som är kortare än 14 dagar finns inte data insamlat, då de individerna inte omfattas av försäkringskassans sjukpenning utan istället ska ersättas av sina arbetsgivare (Försäkringskassan u.å.). Därav är det produktionsbortfallet inte

medräknat i studien. Vidare har inte heller produktionsbortfall i form av hemarbete beräknats, då det hade krävt en mer omfattande studie på individnivå.

3. MATERIAL

Materialet har inhämtats med ett retroperspektiv från svenska myndigheter, så som läkemedelsverket, e-hälsomyndigheten, försäkringskassan och socialstyrelsen. I majoriteten av fallen har data kunnats brytas ned till våra diagnoser F30 - F43, liksom F53.

I all datainsamling har en inflationsjustering gjorts avseende 2016 års priser. Justeringen har beräknats med 1,113 multiplicerat med 2006 års priser (Carlgren 2018b).

3.1 Direkta kostnader

De direkta kostnaderna är, som beskrivs i 2.2, kostnader som har direkt koppling till sjukdomen. I följande avsnitt förklaras beräkningen av vårdkostnaden, liksom läkemedelskostnader, för diagnoserna som undersökts.

3.1.1 Vårdkostnader

Vårdkostnaden i studien är uppdelad i tre delar beroende på vilken vårdenhet som besökts av patienten. Studien tar upp primärvården, specialiserad öppenvård, samt specialiserad slutenvård.

3.1.1.1 Primärvård

Patienter med lindrig eller måttlig depression behandlas i regel i primärvården. Primärvårdskostnaden har i vissa tidigare studier uteslutits, bland annat i studien angående kostnaden av depression (Ekman et al. 2013). Kostnaderna för primärvården är därför en viktig parameter att ta hänsyn till i den här studien, men den har visat sig vara komplex att ta fram.

Då offentlig data på hela riket inte finns tillgänglig har den totala kostnaden inom primärvården för diagnoserna år 2016 beräknats genom antalet vårdbesök för diagnoserna inom VGR (VGR 2017b). Detta urval har använts för att ta fram genomsnittligt antal besök per invånare beräknat på den totala befolkningen i VGR. Det har sedan fått representera Sveriges befolkning. Antalet besök som beräknas på det framtagna snittet per invånare har därför multiplicerats med hela Sveriges befolkning och på så sätt fått representera totala antalet

vårdbesök inom primärvård för de undersökta diagnoserna. Den här metoden användes för primärvårdsbesök 2016, men var inte möjlig att genomföra vid beräkning av antalet vårdbesök för 2006, då den datan inte är offentlig.

För att räkna ut kostnaderna per vårdbesök krävs ett så kallat KPP: Kostnad per patient. KPP har inte tagits fram för år 2016, då det inte varit möjligt (Lundstedt 2018). Därav använder vi oss av ett mått från 2013, som är det senaste KPP-måttet som har kunnat beräknas. Ett vårdbesök kostade genom denna metod 1450 kr (SKL och Socialstyrelsen 2014, 78). För 2006 finns priser framtagna, däremot som ovan nämnt finns ingen data registrerad på hur många patienter som besökte primärvården. Primärvården kostade 1228 kronor per besök år 2006 för utvalda psykiatriska diagnoser (SKL och Socialstyrelsen 2006, 108).

3.1.1.2 Specialiserad öppenvård

Den specialiserade vården är även den en viktig del av kostnaderna, framförallt för allvarliga depressioner (Ekman et al. 2013). För att ta reda på den totala kostnaden för den specialiserade öppna vården för diagnoserna har först kostnaden per besök tagits fram. Den siffran har hämtats av Sveriges Kommuner och Landsting. År 2016 var den 2601 kronor (SKL 2016). Priset har sedan multiplicerats med antalet besök i den öppna vården av personer med diagnoserna för att få fram en total kostnad. År 2016 gjordes det 483 603 besök (Socialstyrelsen u.å.a).

För år 2006 fanns inte offentliga kostnader per besök, så den datan har beställts via SKL via en av deras analytiker. SKL gjorde en beräkning av genomsnittliga priser för besök i den specialiserade vården som de baserade på statistik från Östergötland, Lund, Malmö samt Östra Sjukhuset i Göteborg. De områdena har därefter fått representera hela riket, i brist på data på nationell nivå (Sandgren 2018). Användningen av ett sådant urval medför en viss risk att inte få det korrekta rikssnittet av priserna, vilket bör tas i beaktning när datan analyseras.

I tabell VI i bilagor finns datan som togs fram av SKL och det är den som vår beräkning har baserats på. Den mest trovärdiga datan på antalet besök är den från Socialstyrelsen som nämndes ovan, därav har enbart kostnaderna i tabellen använts. SKL har räknat fram data på priset per besök uppdelad i diagnosgrupper och vi har valt ut de som är relevanta för oss. Utifrån deras respektive andel av de totala besöken har sedan en genomsnittlig kostnad per besök tagits fram. I uträkningen har de olika andelarna multiplicerats med kostnaden. De

beräkningarna gav oss en kostnad per besök på 1846 kronor i den psykiatriska öppna vården. Det gjordes då 251 211 besök i den öppna vården (Socialstyrelsen u.å.a).

3.1.1.3 Specialiserad slutenvård

För att ta fram den totala kostnaden för den specialiserade slutna vården har liknande metod som för den öppna vården använts. Kostnaden har beräknats per dag i den slutna vården, i stället för per besök eller patient. Bedömningen har gjorts att det ger en mer rättvisande bild, då tiderna en patient är inlagd kan variera mycket mellan olika diagnoser. Här har kostnaden per dag i vården hämtats från Sveriges Kommuner och Landsting. Den var 6641 kronor år 2016 (SKL 2016). För år 2006 finns ingen offentlig data på pris per vård dag tillgänglig och därför har den beställts av SKL på samma vis som för den öppna vården. Datan finns tillgänglig i tabell VII (Sandgren 2018). Urvalet för beräkningarna har varit samma och därav finns givetvis en liknande risk som ovan förklarats. Vidare har en beräkning gjorts för att få fram en genomsnittlig kostnad per vård dag för våra diagnoser, där andelarna av de totala antalet dagar multiplicerats med respektive diagnosgrupps pris och sedan adderats till ett totalt belopp. Kostnaden blev då 3904 kronor per vård dag inom psykiatrisk vård.

Från Socialstyrelsens databas har data hämtats på hur många inrapporterade dagar i slutenvård som gjorts inom diagnoserna (Socialstyrelsen u.å.b). Den siffran har därefter multiplicerats med kostnaden per vård dag för att få fram kostnaden för slutenvård som de angivna diagnoserna har.

3.1.2 Läkemedelskostnad

Antidepressiva, lugnande mediciner och olika former av terapi är de vanligaste metoderna för att behandla psykisk ohälsa. År 2006 var det 6-7% av hela Sveriges befolkning som åt antidepressiva läkemedel (Socialstyrelsen 2006).

Samtalsterapi går via den öppna specialiserade vården, därav är den kostnaden inräknad i öppenvård och fokuseras ej på vid framställandet av läkemedelskostnader. Behandling av utmattningssyndrom och ångest sker främst via samtalsterapi (VGR 2017a).

En del patienter med depression tar läkemedlet Lyrica, men det är en väldigt liten andel av användningen som går till de patienterna. Den absoluta majoriteten av de som använder läkemedlet är patienter med neuropatisk smärta (Häggström och Magnil 2015). Det är därför endast en liten del av de totala kostnaderna som skulle bli aktuella och de har därför valts bort i sammanställningen.

50-60% av patienter med långvariga sömnbesvär har även någon form av depressionsdiagnos. Dock är det många av de patienterna som enbart använder antidepressiva, utan tillägg av lugnande medel. Endast när särskilda anledningar finns läggs extra läkemedel till (Hetta och Schwan 2017). Därav har bedömning gjorts att de mest relevanta kostnaderna för den här sammanställningen av läkemedel är de för antidepressiva.

Antidepressiva läkemedel som är godkända i Sverige har ATC-kod N06A. Man brukar dela in läkemedel i olika undergrupper och totalt finns 17 läkemedel som är godkända vid behandling av depression (Wessling och Ramsberg 2008, 24).

Antidepressiva är i huvudsak till för patienter med depression, men flertalet av läkemedlen används för att behandla många olika diagnoser, däribland ångestsyndrom. I vissa fall får bulimia nervosa-patienter antidepressiva, men inte i samma utsträckning (Wessling och Ramsberg 2008, 23). Utifrån den informationen kan slutsatsen dras att en mycket stor andel av de som får antidepressiva och har någon form av psykiatrisk diagnos tillhör de diagnoser som undersöks i studien.

År 2006 gjordes en studie i Östergötland som visade att 44,6% av de som fick antidepressiva utskrivet hade någon psykiatrisk diagnos (Magnusson et. al 2008). Då den studien har ett stort urval har samma procentsats använts i uträkningen av den totala användningen i Sverige. Bedömning har gjorts att det inte bör vara några betydande skillnader mellan länen när det kommer till vilken form av läkemedel som skrivs ut till vilken grupp.

Då samma data inte finns från senare år, har 44,6% använts för år 2016 också. Det här måttet ger oss en ungefärlig bild av omfattningen av användandet av antidepressiva. Det visar också att en majoritet av användarna faktiskt inte har någon depressionsdiagnos och att de individerna därför inte kan räknas in i en kostnadssammanställning.

De totala kostnaderna för antidepressiva var år 2006 ca 880 miljoner kronor (Socialstyrelsen 2007) och för 2016 793 miljoner kronor (Socialstyrelsen 2017). De summorna har sedan multiplicerats med 44,6% för att få fram ett ungefärligt mått på vad antidepressiva kostade de två åren och på så vis har en jämförelse kunnat göras.

3.2 Indirekta kostnader

3.2.1 Förlorade levnadsår

Måttet levnadsår visar totala antalet år personer med depression eller ångest förlorar på grund av dödsfall, med hjälp av antalet registrerade dödsfall år 2006 respektive 2016. För varje ålder och kön finns förväntad kvarvarande livslängd beräknad av SCB, vilket har använts vid beräkningen och multiplicerats med antalet dödsfall för respektive grupp. Det här visar inte bortfallet i ekonomiska termer, utan visar den förlust det innebär för individerna att inte leva vidare, vilket mäts i antal år. Därav ingår inte måttet i vår totala kostnadssammanställning, utan fungerar som ett alternativt sätt att se på problemet.

För att få fram detta har data hämtats i socialstyrelsens databas på hur många dödsfall som orsakats av diagnoserna under de undersökta åren. Datan är registrerad per kön och per åldersgrupp i 5-årsintervaller upp till åldern 85 år. För ålder högre än 85 år finns ingen data på inom vilket åldersspann dödsfallen har skett (Socialstyrelsen u.å.c).

Förutom hur många dödsfall som sker krävs också information om hur många år individerna hade förväntats leva om det inte vore för diagnosen de fått. Därför har data på återstående förväntad livslängd hämtats via statistiska centralbyråns databas. Den förväntade kvarvarande livslängden finns registrerad för varje årsgrupp och uppdelad per kön. De tidigaste uppgifterna i den här databasen är från år 2008, som har använts som en uppskattning för år 2006 i brist på data. Bedömning har gjorts att det är det mest rimliga måttet som har kunnat användas och att medellivslängden inte ändras märkbart från år till år. De stora skillnaderna i den här jämförelsen beror snarare på individer som gått bort. Uppgifter om 2016 finns i databasen och har således använts (SCB u.å.b).

Då det inte finns data på exakta åldrarna per dödsfall utan bara inom ett spann på 5 år, har antagande behövts göra om en medelålder i gruppen. Det innebär att i gruppen 55-59 år antas den drabbade vara 57 år. För gruppen 85+ finns inget tak på åldern och därför har en medelålder räknats ut för personer som är i den gruppen via statistiska centralbyråns databas över Sveriges befolkning. Där finns data registrerad för hur många individer som har respektive ålder (SCB u.å.d). Antalet personer har multiplicerats med sin ålder och den totala siffran har sedan dividerats med antalet personer över 85 år för att få fram en snittålder. För män var den åldern 88 år för 2006 och 89 år för 2016. För kvinnor var snittåldern i gruppen 89 år för båda de undersökta åren.

För varje åldersgrupp och för vardera kön, har den förväntade återstående livslängden sedan multiplicerats med antal dödsfall som har ägt rum i aktuell grupp. På så vis har en total siffra för de år som personer med ångest och depression förlorar på grund av ett tidigare dödsfall räknats ut för år 2006 respektive 2016.

3.2.2 Produktionsbortfall

Produktionsbortfallet har beräknats för tre kategorier; tillfällig sjuklighet, permanent sjuklighet samt mortalitet. I kostnadsberäkningen av permanent sjuklighet liksom mortalitet har kostnaden beräknats som nuvärdet av förväntade framtida inkomster som fallit bort.

För att räkna ut produktionsbortfall har medellöner använts. Användning av någon form av medellön förekommer i flera gedigna studier (Luppa et al. 2007, 34). I den här studien har inte data på individnivå samlats in, därför har de genomsnittliga lönerna varit det bästa alternativet.

3.2.2.1 Produktionsbortfall på grund av tillfällig sjuklighet

Produktionsbortfall som sker på grund av tillfällig sjuklighet innefattar förlusten av de som sjukskrivs med depression och ångest. Fokuset här är på personer som är borta från arbete under en period men sedan förväntas komma tillbaka. Produktionsbortfall har beräknats utifrån Sveriges snittlöner för åren 2016, respektive 2006. Datan har hämtats från statistiska centralbyrån (SCB 2017) och sedan adderats med arbetsgivaravgiften, som utgjorde 31,42% av lönen för år 2016 (Skatteverket 2016) och 32,28% av lönen för 2006 (Skatteverket 2006, 82). Årslönen blir synonymt med vad arbetaren är värd för företaget och sjukfrånvaron leder därmed till en värdeförlust. Årslönen har sedan dividerats med antalet veckor i arbete, där

semesterdagar är borträknade (SFS 1977:480 4§). Sedan har den dividerats med antalet dagar för en standardiserad arbetsvecka (SFS 1982:673 5§), för att få variabeln för en dagslön.

Därefter hämtades data kring pågående sjukfall fram beroende av diagnos (Försäkringskassan 2018a). I den datan omfattas enbart sjukfall längre än 14 dagar, då en person inte får sjukpenning för de första dagarna. De kostnaderna hamnar istället på arbetsgivaren i form av sjuklön och därav finns data inte insamlat av försäkringskassan på hur många som omfattas. Till följd av det finns det en grupp vars kostnader inte kunnat beräknas och tyvärr inte ingår i studien (Försäkringskassan u.å.). Då denna data gav antalet sjukfall för alla psykiatriska diagnoser, viktade vi sedan antalet sjukfall mot andelen som hade våra utvalda diagnoser, vilket var 93% (Försäkringskassan 2017b). Den genomsnittliga sjukskrivningstiden för år 2016 hämtades från en analys av Försäkringskassan (Försäkringskassan 2017a). Samma genomsnittstid användes för 2006, då tidigare rapporter inte motsäger det. Vidare har behandlingen enbart markant förändrats under det senaste decenniet (Pernling 2016).

Ovanstående variabler; dagslön, pågående sjukfall med psykiatrisk diagnos & genomsnittlig sjukfrånvarotid, bildar det totala produktionsbortfallet för tillfällig sjuklighet.

3.2.2.2 Produktionsbortfall på grund av permanent sjuklighet

För den permanenta sjukligheten används data på personer som får sjukersättning. Sjukersättning är en typ av ersättning som går ut till en person som inte förväntas komma tillbaka till arbetslivet (Försäkringskassan 2018b). Tidigare kallades personer med sjukersättning förtidspensionärer (Försäkringskassan 2017c). Det som mäts här är inte utbetalningarna från försäkringskassan, utan det samhället förlorar för att individerna inte längre befinner sig i arbetskraften. Kostnaden för den permanenta sjukligheten har beräknats med ett incidens-perspektiv, vilket innebär att alla framtida förluster för de som blivit sjuka under året kommer räknas in.

Data på hur många som har fått nybeviljad sjukersättning till följd av en psykiatrisk diagnos F00-F99 har hämtats i Försäkringskassans statistik (Försäkringskassan 2018c). De här uppgifterna är kategoriserade i åldersgrupper och per kön.

För att kunna använda den datan är det nödvändigt att ha en andel av de psykiatriska diagnoserna som tillhör de undersökta diagnoserna. En siffra på det har tagits fram med hjälp av en graf som publicerades av Försäkringskassan år 2017 (Försäkringskassan 2017b, 35). År 2006 är den beräknad till 86% och år 2016 88%.

När indelningen har gjorts per åldersgrupp har antalet år i arbetslivet som individerna förlorat räknats ut. Det saknas data på exakt ålder då individen slutat arbeta, därför har en uppskattning av ålder varit nödvändig. Med anledning av det har alla personer i åldersgruppen 20-29 beräknats vara 24,5 år etc. Differensen mellan pensionsåldern 65 år och den beräknade åldern för individernas utträde ur arbetslivet har sedan multiplicerats med medellönen inklusive arbetsgivaravgift för respektive kön och år, för att få fram den produktionsförlust som samhället har till följd av personer som hamnar i sjukersättning. Data på löner har hämtats från statistiska centralbyrån, där lönen för kvinnor respektive män finns (SCB 2017). Den arbetsgivaravgift som använts var 31,42% för år 2016 (Skatteverket 2016) och 32,28% för 2006 (Skatteverket 2006, 82).

För att ge en mer rättvisande bild av omfattningen av kostnaderna har de framtida inkomsterna diskonterats. Diskonteringsräntor brukar vara 2-5 procent (Olofsson 2008, 25).

I Sverige är en ränta på 3% vanligast för att beräkna framtida kostnader (Bernfort 2009, 42). Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket rekommenderade år 2009 en diskonteringsränta på 3% (Bernfort 2009, 43). Den tillämpades fortfarande under år 2017 i deras underlag för beslut i landsting (TLV 2017, 13). Vidare användes samma ränta även i studien av kostnadsutvecklingen av depression 1997-2005 (Sobocki et al. 2007). Därav har en diskonteringsränta på 3% använts även i den här studien.

3.2.2.3 Produktionsförlust på grund av mortalitet

Tidigare dödsfall har förutom en kostnad för individerna av ett kortare liv även en kostnad i produktionsförlust för samhället. Vad en person producerar speglas i vad arbetsgivaren betalar för den anställda, alltså lönen plus arbetsgivaravgift. För att få fram den genomsnittliga lönen har data hämtats från statistiska centralbyrån, datan finns uppdelad på män och kvinnor (SCB 2017). I den här uträkningen har den genomsnittliga månadslönen multiplicerats med tolv för att få fram den genomsnittliga årslönen.

Datan på hur många som går förlorade på grund av tidigare dödsfall har förklarats i tidigare kapitel. Kostnaden som samhället har när de här individerna inte arbetar sina sista år har räknats fram genom att ta medellönen inklusive arbetsgivaravgift, som förklarats i 3.2.2.1, multiplicerat med de åren som individerna skulle arbetat om de hade varit kvar i arbetskraften.

Vidare har de framtida kostnaderna diskonterats med en ränta på 3%, vilket tidigare motiverats i 3.2.2.2. Kostnaderna består då slutligen av nuvärdet av alla förväntade framtida inkomster som fallit bort på grund av dödsfallen.

4. RESULTAT

Vi har enligt metoden cost of illness sammanställt kostnaderna för diagnoserna F30-43 samt F53 för år 2006 och 2016. Dessutom har en sammanställning för kostnaden för samtliga diagnoser gjorts i slutet av varje kapitel.

4.1 Totala kostnader

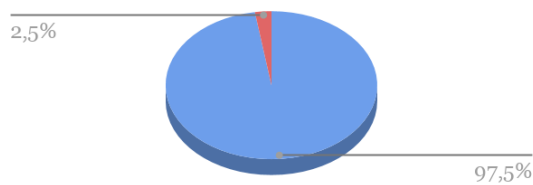
Direkta kostnader (tkr)	2006	2016	Förändring:
Öppenvård	516.138	1.257.851	143,70%
Slutenvård	2.107.312	3.112.338	47,69%
Läkemedelskostnad	436.973	353.969	-19,00%
Totalt:	3.060.422	4.724.158	54,36%
Indirekta kostnader (tkr)			
Tillfällig sjuklighet	5.817.834	10.366.325	78,18%
Permanent sjuklighet	113.181.484	78.425.662	-30,71%
Mortalitet	11.310	7.006	-38,05%
Totalt:	119.010.628	88.798.994	-25,39%
Totala kostnader (tkr)	122.071.050	93.523.151	-23,39%

När all data sammanställts framgår det att de totala kostnaderna som räknats in i studien var högre år 2006 än 2016. Som nämnts i 3. Material har uträkningarna inflationsjusterats för att få en mer rättvisande bild. Det finns dock många komponenter som måste tas i beaktning, som förklaras noggrant för respektive kostnad nedan.

De indirekta kostnaderna utgör nästan 98% av kostnaderna för år 2006 och cirka 95% av kostnaderna år 2016. Observera att primärvårdskostnaden inte är medräknad i sammanställningen ovan. Med primärvården inkluderad för 2016 utgör de indirekta kostnaderna drygt 91% av totala kostnaderna. Det innebär att procentsatsen för 2006 egentligen också är lägre än 97,5%.

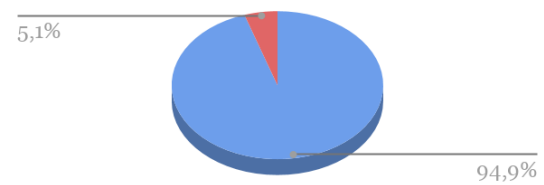
Totala kostnader 2006

Indirekta kostnader & direkta kostnader



Totala kostnader 2016

Indirekta kostnader & direkta kostnader



År 2016 var Sveriges BNP 4,4 miljarder kronor (SCB u.å.c). Det innebär att enligt studien var kostnaderna lika stora som 2,2% av Sveriges BNP, när primärvården räknats in. År 2006 var Sveriges BNP drygt 3 miljarder (SCB u.å.c), vilket efter att ha inflationsjusteras visar att kostnaderna var lika stora som 3,5% av BNP, då var primärvården alltså inte inräknad.

I jämförelse med de totala kostnaderna för alla diagnoser motsvarar totalkostnaden för depression och ångest 2006 22,7% och 2016 motsvarar det 17,8% (se bilagor - Tabell VIII). Mer detaljerade siffror finns i anknytning till respektive underrubrik, men det är de indirekta kostnaderna för depression och ångest som utgör den största delen av de totala kostnaderna och är avgörande för varför de undersökta 15 diagnoserna motsvarar omkring 20% av de totala kostnaderna för alla diagnoser.

4.2 Direkta kostnader

4.2.1 Vårdkostnader

4.2.1.1 Primärvård

Som beskrevs i 3.1.1.1 har inte kostnader kunnat sammanställas fullt ut för 2006. Dock kostade primärvården samhället år 2016 för utvalda psykiatriska diagnoser 3,8 miljarder kr (se bilagor - Tabell I). Det har beräknats med hjälp av pris per vårdbesök multiplicerat med den viktade besöksandelen förklarad i 3.1.1.1.

Genom att jämföra de totala kostnaderna för primärvården år 2016 med de totala kostnaderna vi sammanställt för samma år kan vi bilda oss en uppfattning om omfattningen. År 2016 var de totala kostnaderna som studien tagit upp 97 miljarder kronor. Det innebär att primärvården utgjorde 3,94% av de totala kostnaderna samt 44,79% av de direkta kostnaderna.

Det går också att göra en jämförelse mellan priserna för ett vårdbesök för de olika åren. Då KPP för 2016 inte finns får den jämförelsen istället ske mellan år 2006 och 2013. När inflationsjustering gjorts, som mellan 2006 och 2013 var 10,5% (SCB u.å.a), kan det konstateras att KPP 2006 var ungefär 1357 kronor och 2013 1450 kronor. Vi kan alltså se en viss ökning i kostnaderna per patient.

Kostnaden för primärvården för ångest och depression utgjorde 7,8% av den totala primärvårdskostnaden för 2016 (SKL 2017).

4.2.1.2 Specialiserad öppenvård

Den öppna specialiserade vården kostade år 2006 516 miljoner kronor totalt. Samma siffra var år 2016 1,26 miljarder kronor. Det innebär att kostnaderna har ökat med 144%. Antal patienter har tagits med i tabellen trots att det inte ingår i kostnadssammanställningen, för att visa hur förändringen ser ut.

2006

Öppen specialiserad vård:	
Antal patienter	110.334
Antal besök	251.211
KPP öppen specialiserad vård	1.846
Inflationsjusterad KPP öppen specialiserad vård	2.055
Total kostnad öppen specialiserad vård (tkr)	516.138

2016

Specialiserad öppenvård:	
Antal patienter	200.896
Antal besök	483.603
KPP specialiserad öppenvård	2.601
Total kostnad specialiserad öppenvård (tkr)	1.257.851

4.2.1.3 Specialiserad slutenvård

År 2006 var kostnaden för den slutna specialiserade vården nästan 2,1 miljarder kronor. År 2016 hade den ökat till 3,1 miljarder kronor, det vill säga med nästan 48% procent (se tabell 2). Även här har vi valt att visa hur många patienter som befunnit sig i vården under åren.

2006

Sluten vård:	
Antal Patienter	4.082
Antal vårdtidsdagar	484.980
Kostnad per vårdtidsdag	3.904
Inflationsjusterad kostnad per vårdtidsdag	4.345
Total kostnad slutenvård (tkr)	2.107.312

2016

Specialiserad slutenvård:	
Antal patienter	5.365
Antal vårdtidsdagar	468.655
Kostnad per vårdtidsdag	6.641
Total kostnad specialiserad slutenvård (tkr)	3.112.338

Den specialiserade vården (öppen- och slutenvård inräknat) inom depression och ångest i komparation med svenska samhällets totalkostnad för vårdkostnader utgjorde för 2006 1,96%. Totalt var specialvårdskostnaden för 2006 drygt 133 miljarder (SKL 2007, 9). För 2016 motsvarade depression och ångest 2,18% av den totala vårdkostnaden, då specialvårdskostnaden kostade drygt 200 miljarder 2016 (SKL 2017).

4.2.2 Läkemedelskostnad

Kostnaden för Antidepressiva läkemedel (N06A) har minskat med 19% (från 437 miljarder till 354 miljarder). Det här är dock en effekt av en allmän minskning i kostnader för de aktuella läkemedlen till följd av att patent har gått ut (VGR 2015, 16). Antalet recept N06A som skrivs ut har nämligen ökat från 4,6 miljoner år 2006 (Socialstyrelsen 2007) till 6,3 miljoner år 2016 (Socialstyrelsen 2017).

Sveriges totala kostnad för läkemedel var år 2006 34,3 miljarder och 2016 42,2 miljarder (Socialstyrelsen 2017). Kostnaden för antidepressiva läkemedel motsvarar därför drygt 1% av kostnaden för 2006 och knappt 1% för 2016.

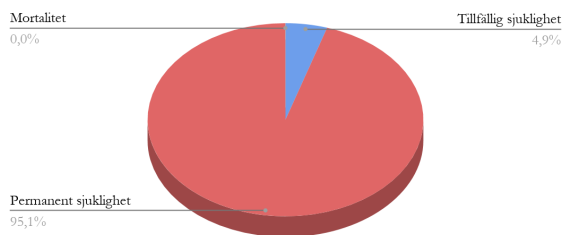
4.3 Indirekta kostnader

4.3.1 Förlorade levnadsår

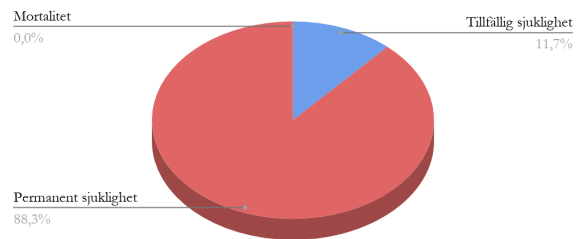
År 2006 förlorades 541 levnadsår totalt i sjukdomarna, år 2016 var samma siffra 764 levnadsår. Det innebär en ökning med 41% under de 10 åren.

4.3.2 Produktionsbortfall

Fördelning indirekta kostnader 2006



Fördelning indirekta kostnader 2016



4.3.2.1 Produktionsbortfall på grund av tillfällig sjuklighet

Kostnaden för tillfällig sjuklighet var för 2016 10,4 miljarder kr. För år 2006 var förlusten 5,8 miljarder kr, vilket ger oss en ökning med 78,18%. Den höga ökningen kan delvis härledas till den högre produktiviteten mätt i snittlöner.

Samma metod som för ovanstående resultat användes vid beräkningen av de totala kostnaderna för samhället på grund av tillfällig sjuklighet. År 2006 var den kostnaden 20,8 miljarder och 2016 24,6 miljarder. Detta innebär att ångest och depression stod för 28% respektive 42% av den totala kostnaden.

4.3.2.2 Produktionsbortfall på grund av permanent sjuklighet

Kostnaden för permanent sjuklighet har minskat från år 2006 till år 2016. År 2006 var den 113 miljarder kronor och år 2016 var den 78 miljarder kronor, vilket innebär en minskning med 30,71%.

Med samma metod har även samhällets totala kostnader för nybeviljade sjukersättningar för alla diagnoser räknats ut, alltså ur ett incidensperspektiv med diskonterade framtida kostnader. År 2006 var de 267 miljarder och 2016 153 miljarder. Det innebär att ångest och depression stod för 42% respektive 51% av kostnaderna. Vidare ser vi att kostnaderna minskat med hela 43% mellan de två åren. Vår kostnadsminskning följer därmed trenden kring ett minskat antal sjukersättningar totalt sett, vilket främst beror på Försäkringskassans uttalade mål om att minska de nybeviljade sjukersättningarna (Försäkringskassan 2016).

1 januari 2009 trädde en ny lag gällande sjukersättning i kraft. Den har som syfte att begränsa sjukersättningen, där målet med ersättningen är att få individen tillbaka i arbete genom att reducera sjukersättningen stegvis (Proposition 2007/08:124). Det är troligt att den här reformen har påverkat utbetalningarna av sjukersättning såväl som sjukpenning (ISF 2014, 30). Den nya regleringen gav möjligheten till att börja arbete, utan att förvärva möjligheten till ersättning (Proposition 2007/08:124, 71). Förslaget hade även som syfte att gynna kvinnor som uppbar sjukersättning, men med tidigare arbetserfarenhet (Proposition 2007/08:124, 89).

4.3.2.3 Produktionsbortfall på grund av mortalitet

Kostnaden av mortaliteten i form av produktionsbortfall har minskat med 38%. I den här uträkningen räknas enbart de dödsfall som skett av individer som är under 65 år. Totalt sett har enbart tre sådana dödsfall skett respektive år, vi har alltså att göra med mycket små mängder data. Den stora minskningen i kostnader som kunnat beräknas beror på att en av de individer som gick bort på grund av förstämningssyndrom år 2006 gjorde det i en relativt ung ålder, jämfört med övriga individer. Det här ger oss höga kostnader, på grund av det höga antalet årslöner som har förlorats. När en enskild individ kan påverka statistiken så mycket bör för omfattande slutsatser inte dras av just det här resultatet.

År 2006 hade samhället ett produktionsbortfall till följd av mortalitet på totalt drygt 51 miljarder och 2016 var samma siffra drygt 52 miljarder. Av de kostnaderna var endast 11 miljoner respektive 7 miljoner som kom till på grund av depression och ångest.

5. DISKUSSION

Ovanstående resultat visar att de kostnader som sammanställts för 2016 har minskat jämfört med de från år 2006. Den förändringen behöver dock inte betyda att problemen med depression och ångest har minskat, utan orsaken till kostnadsminskningen kan ha flera förklaringar.

Den största posten i sammanställningen är den för permanent sjuklighet, där all framtida produktionsbortfall för insjuknade individer räknas in. Posten får en mycket stor vikt i den totala sammanställning och blir därför avgörande för resultatet. De stora kostnadsminskningarna för personer med nybeviljade sjukersättningar följer en trend som beror på en satsning av försäkringskassan för att sänka antalet utbetalningar och även en följd av den lag som trädde i kraft 2009, vilket beskrivs i 4.3.2.2. Det bör därför inte ses som en siffra på att problemen med depression och ångest har minskat.

Tvärtom har antalet besök i den öppna specialiserade vården i dessa diagnoser nästan fördubblats, medan vårddagar i slutenvård ligger på ungefär samma nivå (se bilagor - Tabell II). Liknande trend kan förväntas för primärvårdsbesök, trots att underlag för 2006 primärvårdsbesök inte har kunnat sammanställas. Dock är det troligt att många individer med lindrigare former av depression eller utmattningssyndrom inte syns i datainsamlingen, då flera av dem inte söker vård, alternativt inte får en diagnos.

I genomgången av tidigare litteratur konstaterades att det enligt studien gjord av Sobocki et al. (2007) skedde en fördubbling av antalet personer som förtidspensionerades mellan år 1997 och 2005. Det indikerar att de kostnaderna som fanns för personer som inte förväntas återkomma till arbetslivet var ovanligt höga vid tiden där den här studien tar vid.

Det har skett en minskning av kostnaderna för permanent sjuklighet, samtidigt som nästan en fördubbling har skett för den tillfälliga sjukligheten. Orsaken är främst de lagförslag som trädde i kraft 2009 (se 4.3.2.2.), som innebar högre krav för nybeviljad sjukersättning, liksom att underlätta återgång till arbete. Orsaken var dels att minska utanförskapet, vilket i sig är en

anledning till psykisk ohälsa, då det är korrelerat med ensamhet. Lagstiftningen hade även i syfte att underlätta för kvinnor att återgå till arbetet, vilket även det ger en positiv effekt på våra diagnoser, då de är en stor del av de som lider av stress och ångest (se 1.1). Att ge delvis ersättning och chans till rehabilitering istället för att förtidspensionera flyttar problemet kring psykisk ohälsa närmare individen och kan därmed troligtvis ge bättre effekt på lång sikt. En tidigare behandling skulle rimligtvis leda till kortare frånvarotider och på så vis leda till lägre kostnader. Det kan vara rimligt att tro att arbetsgivaren i ett tidigt skede har lättare att se tendenserna till depression och stress jämfört med försäkringskassan. Kostnadsbäraren för depression verkar därmed som att den har börjat att flyttas från myndigheterna till företagen, vilket kan bero på att det där är enklare att komma till rätta med problemen tidigare och på så vis minska kostnaden på längre sikt, vilket stämmer överens med studien gjord i Sydkorea (se 1.3). Förutom att minska kostnaderna skulle det även kunna leda till en högre psykisk hälsa om fler får hjälp innan sjukdomen hinner utvecklas. Ett sådant mål bör vara eftersträvansvärt för hela samhället.

Det bör dock tas i beaktning att en mycket hård reglering som gör det för svårt för en individ att beviljas ersättning också kan medföra vissa risker. Situationen blir problematisk om det innebär att personer i behov tvingas arbeta även när de inte har förmågan alternativt att de behöver leva utan inkomst. När besparingar görs är det av största vikt att samtidigt se till hälsan hos befolkningen och undvika att de som redan är svaga får det än svårare att klara vardagen.

I de direkta kostnaderna har en rejäl kostnadsökning ägt rum. Både för den öppna specialiserade vården och inom slutenvården. Den främst bidragande orsaken för ökningen inom den specialiserade öppenvården beror på antalet vårdbesök som nästan har fördubblats. Inom slutenvården beror ökningen inte på ökade patienter och vård dagar. Här har kostnaden per dag i vården ökat med nästan 70% . Tendensen är förstås mycket intressant och relevant att vidare undersöka, för att förstå varför en så stor kostnadsökning kunnat ske. Dock som nämnts i material kan prisökningen ha påverkats något av de urval som använts.

För den öppna specialiserade vården beror ökningen på både en prisökning såväl som en ökning i antal besök. Även här bör det ses över vad de ökningarna i kostnader beror på för att försöka åtgärda det här i framtiden.

Att läkemedelskostnaden har minskat beror främst på att patent har löpt ut inom utvalda läkemedel, vilket lett till högre konkurrens och lägre prisnivåer. Som förklaras i 4.2.2 har antalet utskrivna recept ökat, vilket kan vara en problematisk trend trots att det hittills inte påverkat kostnaderna. Det visar på att fler patienter har behov av att få antidepressiva, vilket rimligen kan stämma överens med det ökade antalet patienter i vården.

Mortaliteten bland patienter i arbetsför ålder har minskat, men däremot såg vi en total ökning på dödsfall även när patienter över 65 år räknades in. Som förklarar i 4.3.2.4 bör de här resultaten analyseras med försiktighet eftersom det har att göra med ett relativt litet antal dödsfall. Med det i beaktning bör det dock givetvis tas på största allvar att många äldre går bort på grund av framförallt depression.

Resultatet visar även i denna COI-studie hur de indirekta kostnaderna dominerar, vilket vi kunde se även i tidigare studier av Sobocki et al. och Ekman et al.. Trots att ökningen för vårdkostnaderna varit stor ser vi inte någon effekt av det på de totala kostnaderna. En bidragande orsak till denna fördelning beror på incidensperspektivet, eftersom produktionsbortfallet räknas under en livstid.

Som tidigare berättats var det enbart 3 individer i arbetsför ålder som gick bort till följd av diagnoserna, vilket innebär att de här kostnaderna står för en mycket liten andel av de samhällsliga totala kostnaderna för mortalitet. Däremot tillföll år 2016 51% av kostnaderna för permanent sjuklighet just våra diagnoser. Alltså är dödsfall inte den vanliga utgången av sjukdomen, utan snarare en lång sjukskrivning.

Även om kostnaderna har minskat så är problemet fortfarande mycket omfattande. Som visats i 4.2.1 var de av storleksgraden 2,2% av Sveriges BNP. I jämförelsen med totalkostnaden för samtliga diagnoser inom valda kostnader utgjorde depression och ångest omkring 20% för vardera år, vilket visar på att dessa 15 diagnoser har en stor påverkan på Sveriges totala hälsovårdskostnader. Förutom att psykisk ohälsa rent ekonomiskt kostar samhället många miljarder, så är det givetvis inte heller önskvärt ur ett socialpolitiskt perspektiv. I ett samhälle där en femtedel av befolkningen någon gång kommer att diagnostiseras med depression råder en viss otrygghet.

6. SLUTSATS

Studien visar att kostnaderna för depression, stress och ångest har minskat från år 2006 till 2016. Däremot ser vi fortfarande hur den psykiska ohälsan är ett stort samhällsproblem som har mycket omfattande kostnader. Minskningen av kostnaderna beror till största del på den stora skillnaden i permanent sjuklighet, där det blivit betydligt hårdare reglering kring vem som kan få nybeviljad ersättning, på grund av en ny lag år 2009. Dock är det hälften av alla nybeviljade sjukersättningar som går till depression och ångest för 2016.

Datan visar att antalet patienter i den psykiatriska vården har ökat markant. Tendensen verkar alltså vara att kostnaderna lyckats stramas åt, men problemen med en insjuknande befolkning kvarstår. Möjligtvis kan reformerna som har försökt fokusera på att tidigare hjälpa de drabbade ha en effekt på längre sikt och på så vis stoppa trenden. De resultaten har ännu inte visat sig och därför behövs fler ändringar för att vända utvecklingen.

6.1 Vidare forskning

Den här studien har tagit fram kostnaderna för att ge en bild av hur fördelningen mellan dem ser ut, däremot har den inte undersökt möjligheter till att åtgärda de problem som studien visar. Med anledning av det skulle mer forskning på hur vidare arbete ska föras vara behövligt.

I nuläget saknas utförlig data från primärvården, det skulle vara önskvärt att få mer forskning på de kostnaderna, för att undersöka om det kan göras förbättringar. Det hade varit intressant att se om besöken i primärvården har ökat eller minskat i samband med den stora ökningen av antal besök i den psykiatriska vården.

Vidare, som diskuterats i föregående kapitel, bör möjligheter till tidigare insatser för en drabbad person undersökas. Ett tidigare slut på en persons psykiska ohälsa är inte bara viktigt för den individen, utan även positivt för hela ekonomin. Därav bör det här vara en viktig forskningsfråga inom hälsoekonomin.

På lång sikt skulle det bästa för samhället vara att nya fall av psykisk ohälsa minskade drastiskt. Det innebär att forskning inte enbart skulle fokusera på hur de som drabbas snabbt får hjälp utan i nästa steg även på varför en individ blir sjuk från början. Syftet med det skulle

vara att undersöka hur ett samhälle skapas där befolkningen inte drabbas av psykisk ohälsa. Det skulle alltså vara önskvärt med en djupare analys av varför allt fler drabbas av såväl stress som depression och vad som kan göras för att åtgärda det.

7. REFERENSER

- Andersson, Erik. 2018. *Interpellation 2017/18:247 Psykisk ohälsa och sjukskrivningar*. Sveriges Riksdag.
https://www.riksdagen.se/sv/webb-tv/video/interpellationsdebatt/psykisk-ohalsa-och-sjukskrivningar_H510247 (Hämtad 2018-04-17).
- Bernfort, Lars. 2009. *Hälsoekonomiska utvärderingar: Vad menas och hur gör man?* CMT Rapport 2009:2. Linköping: Institutionen för medicin och hälsa vid Linköpings universitet.
- Carlgren, Fredrik. 2018a. *BNP - detaljerat*. Ekonomifakta.
<https://www.ekonomifakta.se/Fakta/Ekonomi/Tillvaxt/BNP---detaljerat/> (Hämtad 2018-04-26).
- Carlgren, Fredrik. 2018b. *Räkna på inflationen*. Ekonomifakta.
<https://www.ekonomifakta.se/Fakta/Ekonomi/Finansiell-utveckling/Rakna-pa-inflationen/> (Hämtad 2018-04-30).
- Chang, Sung Man. Hong, Jin Pyo. Maeng, Je Cho. 2012. Economic burden of depression in South Korea. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47 (5): 683-689. doi: 10.1007/s00127-011-0382-8
- Drummond, Michael. Sculpher, Mark. Torrance, George. O'brien, Bernie. 2005. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford University Press, Oxford : 3.
- Ekman, Mattias. Granström, Ola. Omerov, Sead. Jacob, Johanna. Landén, Mikael. 2013. The societal cost of bipolar disorder in Sweden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48 (10): 1601-1610. doi: 10.1007/s00127-013-0724-9
- Folkhälsomyndigheten. 2016. *Statistik över vuxnas psykiska ohälsa*. Folkhälsomyndigheten.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livs villkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/vuxnas-psykiska-halsa/> (Hämtad 2018-04-19).
- Försäkringskassan. 2013. *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser*. Svar på regeringsuppdrag 13-12-06. Stockholm: Försäkringskassan Analys och Prognos.
- Försäkringskassan. 2015. *Sjukfrånvarons utveckling, delrapport 2, 2015*. Socialförsäkringsrapport 2015:11. Stockholm: Försäkringskassan Analys och Prognos.
- Försäkringskassan. 2016. *Sjukfrånvarons utveckling 2016*. Socialförsäkringsrapport 2016:7 Stockholm: Försäkringskassan Analys och Prognos.
- Försäkringskassan. 2017a. *De vanligaste diagnoserna bland pågående sjukfall - dataset*. Tillgänglig:
<https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/a42cb421-8bf8-45b5-92af-9dcab83a23d2/SJP+di>

[agnoser.xls?MOD=AJPERES&CVID=&CACHE=NONE&CONTENTCACHE=NONEhttps://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/13775aee-ad56-4aa8-a8c4-8ada562100c0/pagaende-sjukfall-diagnos.xlsm?MOD=AJPERES&CVID=](https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/13775aee-ad56-4aa8-a8c4-8ada562100c0/pagaende-sjukfall-diagnos.xlsm?MOD=AJPERES&CVID=)

Försäkringskassan. 2017b. *Nybeviljande av sjukersättning och aktivitetsersättning*. Svar på regeringsuppdrag 2017-05-31. Stockholm: Försäkringskassan Analys och Prognos.

Försäkringskassan. 2017c. *Regeländringar den 1 januari 2018*. Försäkringskassan.
<https://www.forsakringskassan.se/!ut/p/z0/LcdBCoAgEEDRs7RwGWptop23EDex6GCSjqJS10-11f-PG665IbiDhx4yQRzWj017gX4yuSombKaO1BseFVvJ1MKNTJSB9iehxiBHBITFf33NZCHOi9CbrxcanoBKkBrSw!!/> (Hämtad 2018-04-20).

Försäkringskassan. 2018a. *Pågående sjukfall efter diagnos, 2005 - dataset*. Tillgänglig:
<https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/13775aee-ad56-4aa8-a8c4-8ada562100c0/pagaende-sjukfall-diagnos.xlsm?MOD=AJPERES&CVID=>

Försäkringskassan. 2018b. *Sjukersättning vid sjukdom*. Försäkringskassan.
https://www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/sjuk_minst_1_ar/sjukersattning (Hämtad 2018-04-19).

Försäkringskassan. 2018c. *Antal nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar efter diagnos 2003-dataset*. Tabell IV. Tillgänglig:
<https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/0f11a654-65cb-4c6c-84ce-5ddd935388cb/aktivitets-och-sjukersattning-nybeviljade-ersattningar-diagnos.xlsm?MOD=AJPERES&CVID=&CACHE=NONE&CONTENTCACHE=NONE>

Försäkringskassan. u.å. *Sjukpenning för anställda*. Försäkringskassan.
<https://www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/anstalld/sjukpenning> (Hämtad 2018-05-18).

Hetta, Jerker och Schwan, Åke. 2017. *Sömnstörningar*. Läkemedelsboken. Läkemedelsverket.
Tillgänglig: <https://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/somnstorningar.html>

Häggeström, Lars och Magnil, Maria. 2015. *Förstämmningssyndrom*. Läkemedelsboken. Läkemedelsverket. Tillgänglig:
https://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/forstamningssyndrom.html?search=depression&id=s3_5#s3_5

ISF. 2014. *Striktare sjukförsäkring och tidig ålderspensionering*. Rapport 2014:7. Stockholm:

Inspektionen för Socialförsäkringen. Tillgänglig:

https://www.inspsf.se/digitalAssets/4/4737_3rapport_2014-7_ifs_web.pdf

Kirch, Wilhelm. 2008a. *Direct costs*. Encyclopedia of Public Health. doi:

10.1007/978-1-4020-5614-7_799

Kirch, Wilhelm. 2008b. *Human Capital Approach*. Encyclopedia of Public Health. doi:

10.1007/978-1-4020-5614-7_1583

Kirch, Wilhelm. 2008c. *Indirect costs*. Encyclopedia of Public Health. doi:

10.1007/978-1-4020-5614-7_1685

Lidvall, Ulrik. Olsson-Bohlin, Christina. 2017. *Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning*. Korta analyser 2017:1. Försäkringskassan: Avdelningen för analys och prognos. ISBN: 978-91-7500-398-6.

Lundstedt, Leif. 2018. *KPP Slutrapport Förstudie KPP Primärvård*. SKL, ärendenr 17/0563. SKL: Avdelningen för Ekonomi och styrning. Tillgänglig:

<https://skl.se/download/18.428c438616290b813b51bf/1522856572942/Slutrapport%20F%C3%B6rstudie%20KPP%20Prim%C3%A4rv%C3%A5rd.pdf>

Luppa, Melanie. Heinrich, Sven. Angermeyer, Matthias C. König, Hans-Helmut. Riedel-Heller, Steffi G. 2007. Cost-of-illness studies of depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 98 (1-2): 29-43. doi: 10.1016/j.jad.2006.07.017

Magnusson, Henrik. Enthoven, Paul. Engström, Sven. Halling, Anders. Borgqvist, Lars. 2008. *Vårdkonsumtionsutveckling i Östergötlands befolkning 2001-2006*. IHS Rapport 2008:1. Linköping: Institutionen för medicin och hälsa vid Linköpings universitet.

Olofsson, Sara. 2008. *Cost of illness - teoretisk genomgång*. NCO 2008:4. Karlskoga: Räddningsverket.

Pernling, Youn Hee. 2016. *Den ökande sjukfrånvaron - en studie av det statliga avtalsområdet mellan 2006-2015*. DNR 2016/0501. Stockholm: Arbetsgivarverket.

Proposition 2007/08:124. *Från sjukersättning till arbete*.

Renberg, Tobias. 2016. *Detaljhandel med läkemedel 2015*. Dokumentnummer: 2016/01930-2. E-hälsomyndigheten.

Sandgren, Jenny. 2018. E-mail 1 maj. < Jenny.Sangren@skl.se > . Se bilaga VI.

SCB. 2017. *Genomsnittlig månadslön efter sektor 1992-2016*. Statistiska centralbyrån.
<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/loner-och-arbetskostnader/lonestrukturstatistik-hela-ekonomin/pong/tabell-och-diagram/genomsnittlig-manadslon-efter-sektor/>
(Hämtad 2018-04-13).

SCB. u.å.a. *Prisomräknaren*. Statistiska centralbyrån.
<https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/prisomraknaren/> (Hämtad 2018-04-24).

SCB. u.å.b. *Återstående medellivslängd efter kön och ålder. Prognosår 2008-2110*. Statistiska centralbyrån. Tillgänglig:
http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0401_BE0401B/BefPrognosLivslangd/?rxid=46af9254-1a46-4d75-96cc-7f299df466f3#

SCB. u.å.c *Rekordår och kriser - Så har BNP ökat och minskat*. Statistiska centralbyrån. Tillgänglig:
<https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/samhallets-ekonomi/bnp---bruttonationalprodukten/>

SCB. u.å.d *Folkmängden efter region, civilstånd, ålder och kön. År 1968 - 2017*. Statistiska centralbyrån. Tillgänglig:
http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkningNy/?rxid=1a133cfc-17a7-43c0-9622-69901b635d5c

SFS 1977:480. Semesterlag.

SFS 1982:673. Arbetstidslag.

Skatteverket. 2006. *Skatter i Sverige 2006. Skattestatistisk årsbok*. SKV 152 utgåva 9, ISSN 1404-4463. Vällingby: Elanders Gotab. E-bok.

Skatteverket. 2016. *Fakta för arbetsgivare och företag om datum, belopp och procentsatser, perioden juni-december 2016*. SKV 463 utgåva 20. Tillgänglig:
<https://www.skatteverket.se/download/18.361dc8c15312eff6fd115b5/1461855232498/datum-belopp-och-procentsatser-skv463-utgava20.pdf>

SKL. 2007. *Landstingen och regionerna i diagram och siffror 2006*. SKL. Tillgänglig:
<https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-289-9.pdf> - Diagram 3

SKL. 2016. *Per patient och diagnosgrupp - PUBLIK RAPPORT*. KPP-databasen. Tillgänglig:
https://statva.skl.se/SASVisualAnalyticsViewer/guest.jsp?reportPath=/Web/Prod/Rapporter/Publik/KPP/&reportName=kpp_psyk_svov_publ_3ar_sum_dia&commentsEnabled=false&appSwitcherDisabled=true&propertiesEnabled=false&reportViewOnly=true

SKL. 2017. *Diagram för landstingen*. SKL.
<https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/ekonomi/sectornisiffror/diagramforlandstingen.1883.html>
(Hämtad 2018-06-01)

SKL och Socialstyrelsen. 2006. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2006*. Artikelnr: 2006-131-19. SKL och Socialstyrelsen. Tillgänglig: https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9727/2006-131-19_rev3_200613119.pdf

SKL och Socialstyrelsen. 2014. *Öppna jämförelser 2014 Hälso- och sjukvård, jämförelser mellan landsting. Del 1. Övergripande indikatorer*. Artikelnr: 2014-12-1. SKL och Socialstyrelsen. Tillgänglig: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19547/2014-12-1.pdf>

Sobocki, Patrik. Lekander, Ingrid. Borgström, Fredrik, Ström, Oskar. Runesson, Bo. 2007. The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *The Journal of the European Psychiatric association* 22 (3): 146–152. doi: 10.1016/eurpsy.2006.10.006

Socialstyrelsen. 2005. *Socialstyrelsens termbank*. Socialstyrelsen. <http://termbank.socialstyrelsen.se/?fTerm=p&TermId=37&SrcLang=sv> (Hämtad 2018-04-30).

Socialstyrelsen. 2006. *Hälso- och sjukvård 2006 Fokus primärvård*. Lägesrapport 2006: 2007-131-13. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. 2007. *Läkemedel - statistik för år 2006*. Tabellrapport: 2007-46-4. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. 2012a. *Socialstyrelsens termbank*. Socialstyrelsen. <http://termbank.socialstyrelsen.se/?fTerm=p&TermId=745&SrcLang=sv> (Hämtad 2018-04-30).

Socialstyrelsen. 2012b. *Socialstyrelsens termbank*. Socialstyrelsen. <http://termbank.socialstyrelsen.se/?fTerm=p&TermId=747&SrcLang=sv> (Hämtad 2018-04-30).

Socialstyrelsen. 2017. *Statistik om läkemedel 2016 - dataset*. Tillgänglig: <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/2017-3-33-tabeller.xls>

Socialstyrelsen. 2018. *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem Del 1 (3)*. Svensk övers. och version 2018. World Health Organisation: 1992. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20928/2018-4-12.pdf>

Socialstyrelsen. u.å.a. *Diagnoser i specialiserad öppenvård - dataset*. se bilaga: tabell II. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserispecialiseradoppenvard>

Socialstyrelsen. u.å.b. *Diagnoser i slutenvård - dataset*. se bilaga: tabell II. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserislutenvard>

Socialstyrelsen. u.å.c *Statistikdatabas för dödsorsaker - dataset*. se bilaga: tabell V. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>

TLV. 2017. *Optune*. Diarienummer: 988/2017. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Tillgänglig: https://www.tlv.se/download/18.3d5ca496161de47811d12d84/1519898132284/halsoekonomisk_utverdering_optune.pdf

VGR. 2015. *Prognosrapport. Kostnadsutvecklingen för läkemedel i Västra Götalandsregionen 2015-2016*. Rapport inom läkemedel och hjälpmedel inom hälso och sjukvårdsavdelningen. VGR. Tillgänglig: <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/7246971b-eded-4d3b-974f-70d469cd2a77/Prognosrapport%20Kostnadsutveckling%20f%C3%B6r%20l%C3%A4kemedel%20i%20VGR%202015-2016.pdf?a=false&guest=true>

VGR. 2017a. *Behandling och rehabilitering vid UMS*. VGR. <http://www.vgregion.se/ov/ISM/stress--rad-och-behandling/for-dig-som-moter-patienter/behandlingsrehabilitering/> (Hämtad 2018-04-13).

VGR. 2017b. *VGRs administrativa databas VEGA*. se bilaga: tabell I

Wessling, Anders. Ramsberg, Joakim. 2008. *Genomgången av läkemedel mot depression*. 1. uppl. TLV: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

WHO. 2018a. *Media Centre, Depression*. World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> (Hämtad 2018-04-17)

WHO. 2018b. *Mental Health: depression*. World Health Organization. http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/ (Hämtad 2018-04-17).

Bilagor

Tabell I - Primärvården

(VGR. 2017b)

Totalt besök VGR 2016	442.014
Befolkning i VGR	1671783
Besök per invånare	0,26
Befolkning Sverige 2016	9.995.153
Total mängd besök 2016 SVE	2.642.686
Total mängd besök 2006 SVE	-

KPP primärvård 2006*	1.228
KPP primärvård 2013**	1.450
Totalt mängd besök i utvalda diagnoser	2.642.686
Primärvårdskostnad 2016	3.831.894.725

*finns inte data på besök

**används för 2016's kostnad

Tabell II - Antalet besök i specialiserad vård

(Socialstyrelsen u.å.a)

Diagnoser i öppenvård, Antal besök, Riket, Ålder: 0-85+, Båda könen, 2006	
Diagnos	2006
F30-F39 Förstämningssyndrom	149.281
F40 Fobiska syndrom	7.932
F41 Andra ångestsyndrom	54.702
F42 Tvångssyndrom	7.382
F43 Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	31.834
F53 Psykiska störningar och beteendestörningar sammanhängande med barnsängstiden, vilka ej klassificeras annorstädes	80
	251.211

(Socialstyrelsen u.å.b)

Diagnoser i slutenvård, Vårdtid i dagar, Riket, Ålder: 0-85+, Båda könen, 2006	
Diagnos	2006
F30-F39 Förstämningssyndrom	374.345
F40 Fobiska syndrom	2.579
F41 Andra ångestsyndrom	54.963
F42 Tvångssyndrom	9.371
F43 Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	43.472
F53 Psykiska störningar och beteendestörningar sammanhängande med barnsängstiden, vilka ej klassificeras annorstädes	250
	484.980

(Socialstyrelsen u.å.a)

Diagnoser i öppenvård, Antal besök, Riket, Ålder: 0-85+, Båda könen, 2016	
Diagnos	2016
F30-F39 Förstämningssyndrom	256.173
F40 Fobiska syndrom	10.394
F41 Andra ångestsyndrom	123.480
F42 Tvångssyndrom	16.444
F43 Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	76.835
F53 Psykiska störningar och beteendestörningar sammanhängande med barnsängstiden, vilka ej klassificeras annorstädes	277
	483.603

Vad kostar depression och ångest samhället? - kostnadssammanställning för Sverige

(Socialstyrelsen u.å.b)

Diagnoser i slutenvård, Vårdtid i dagar, Riket, Ålder: 0-85+, Båda könen, 2016	
Diagnos	2016
F30-F39 Förstämningssyndrom	336.280
F40 Fobiska syndrom	800
F41 Andra ångestsyndrom	76.362
F42 Tvångssyndrom	9.356
F43 Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	45.269
F53 Psykiska störningar och beteendestörningar sammanhängande med barnsängstiden, vilka ej klassificeras annorstädes	588
	468.655

Tabell III - Antal patienter specialiserad vård

(Socialstyrelsen u.å.b)

Diagnoser i öppenvård, Antal patienter, Riket, Ålder: 0-85+, Båda könen, 2006	
Diagnos	2006
F30-F39 Förstämningssyndrom	58.144
F40 Fobiska syndrom	3.990
F41 Andra ångestsyndrom	28.104
F42 Tvångssyndrom	3.372
F43 Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	16.667
F53 Psykiska störningar och beteendestörningar sammanhängande med barnsängstiden, vilka ej klassificeras annorstädes	57
Antal patienter totalt	110.334

(Socialstyrelsen u.å.b)

Diagnoser i öppenvård, Antal patienter, Riket, Ålder: 0-85+, Båda könen, 2016	
Diagnos	2016
F30-F39 Förstämningssyndrom	95.816
F40 Fobiska syndrom	5.414
F41 Andra ångestsyndrom	59.346
F42 Tvångssyndrom	6.769
F43 Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	33.420
F53 Psykiska störningar och beteendestörningar sammanhängande med barnsängstiden, vilka ej klassificeras annorstädes	131
Antal patienter totalt	200.896

Vad kostar depression och ångest samhället? - kostnadssammanställning för Sverige

(Socialstyrelsen u.å.a)

Diagnoser i slutenvård, Antal patienter, Stockholms län, Ålder: 0-85+, Båda könen, 2006	
Diagnos	2006
F30-F39 Förstämningssyndrom	2.536
F40 Fobiska syndrom	20
F41 Andra ångestsyndrom	693
F42 Tvångssyndrom	60
F43 Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	771
F53 Psykiska störningar och beteendestörningar sammanhängande med barnsängstiden, vilka ej klassificeras annorstädes	2
Antal Patienter	4.082

(Socialstyrelsen u.å.a)

Diagnoser i slutenvård, Antal patienter, Stockholms län, Ålder: 0-85+, Båda könen, 2016	
Diagnos	2016
F30-F39 Förstämningssyndrom	2698
F40 Fobiska syndrom	15
F41 Andra ångestsyndrom	1.433
F42 Tvångssyndrom	82
F43 Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	1.123
F53 Psykiska störningar och beteendestörningar sammanhängande med barnsängstiden, vilka ej klassificeras annorstädes	14
Antal patienter totalt	5.365

Tabell IV - Permanent sjuklighet (diskonterad)

2006

(Försäkringskassan 2018c) (Försäkringskassan 2017b, 35) (SCB 2017) (Skatteverket 2006, 82)

Män	19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	Totalt
Snittålder	19	25	35	45	55	62	
Antal	831	949	920	1.286	1.467	584	
Förlorade arbetsår	46	41	31	21	11	3	
Årslön	550.387	550.387	550.387	550.387	550.387	550.387	
Kostnad per person	10.977.501	10.371.627	8.859.186	6.826.592	4.094.955	1.253.301	
Kostnad totalt (mkr)	10.365,8	11.185,2	9.257,0	9.974,6	6.825,0	832,1	48.439,7

Kvinnor	19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	Totalt
Snittålder	19	25	35	45	55	62	
Antal	559	1.058	1.523	2.168	2.220	963	
Förlorade arbetsår	46	41	31	21	11	3	
Årslön	484.151	484.151	484.151	484.151	484.151	484.151	
Kostnad per person	9.235.683	8.725.944	7.453.485	5.743.405	3.445.202	1.054.437	
Kostnad totalt (mkr)	5.861,7	10.491,0	12.903,3	14.151,2	8.690,1	1.153,5	53.250,8

2016

(Försäkringskassan 2018c) (Försäkringskassan 2017b, 35) (SCB 2017) (Skatteverket 2016)

Män	19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	Totalt
Snittålder	19	25	35	45	55	62	
Antal	817	1.558	329	395	551	230	
Förlorade arbetsår	46	41	31	21	11	3	
Årslön	550.387	550.387	550.387	550.387	550.387	550.387	
Kostnad per person	14.045.167	13.269.981	11.334.888	8.734.284	5.239.291	1.603.536	
Kostnad totalt (mkr)	11.469,8	20.681,0	3.730,5	3.451,1	2.886,2	368,3	42.586,9

Kvinnor	19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	Totalt
Snittålder	19	25	35	45	55	62	
Antal	629	1.460	307	542	735	290	
Förlorade arbetsår	46	41	31	21	11	3	
Årslön	484.151	484.151	484.151	484.151	484.151	484.151	
Kostnad per person	12.354.917	11.673.020	9.970.804	7.683.167	4.608.775	1.410.560	
Kostnad totalt (mkr)	7.773,7	17.041,6	3.062,2	4.164,9	3.386,5	409,6	35.838,7

Tabell V - Mortalitet (diskonterad)

2006

(Socialstyrelsen u.å.c) (SCB 2017) (Skatteverket 2006, 82)

Män	45-49	55-59
Snittålder	47	57
Antal	1	1
Förlorade arbetsår	18	8
Årslön	430.175	430.175
Kostnad per person	5.996.815	3.110.284
Kostnad totalt	5.996.815	3.110.284

Kvinnor	60-64
Snittålder	62
Antal	1
Förlorade arbetsår	3
Årslön	361.918
Kostnad per person	1.054.437
Kostnad totalt	1.054.437

2016

(Socialstyrelsen u.å.c) (SCB 2017) (Skatteverket 2016)

Män	60-64
Snittålder	62
Antal	1
Förlorade arbetsår	3
Årslön	550.387
Kostnad per person	1.603.536
Kostnad totalt	1.603.536

Kvinnor	60-64
Snittålder	62
Antal	2
Förlorade arbetsår	6
Årslön	484.151
Kostnad per person	5.402.845
Kostnad totalt	10.805.690

Tabell VI - KPP öppenvård 2006

(Sandgren 2018)

Källa: KPP-databasen Psykiatri (SKL)				
Resultat för 2006				
diagnosindelningen baserad på huvuddiagnos vid den aktuella vårdkontakten, dvs en patient kan förekomma i flera grupper				
Diagnosgrupp	Besök	Summa kostnad 2006	Kostnad/ besök	
Bipolära syndrom	13,978	27,440,084	1,963	
Övr förstämningssyndrom	56,685	103,279,105	1,822	
Ångestsyndrom	54,642	100,645,351	1,842	

Tabell VII - KPP slutenvård 2006

(Sandgren 2018)

Källa: KPP-databasen Psykiatri (SKL)							
Resultat för 2006							
diagnosindelningen baserad på huvuddiagnos vid den aktuella vårdkontakten, dvs en patient kan förekomma i flera grupper							
Diagnosgrupp	Vårdtillfällen	Varav ej avslutade	Vård dagar rapporteringsår	Medelvårdtid (endast utskrivna)	Summa kostnad 2006	Kostnad/ vårdtillfälle	Kostnad/ vård dag
Bipolära syndrom	550	35	12,471	23.2	50,713,793	97,839	4,050
Övr förstämningssyndrom	1,761	61	28,487	16.2	109,866,983	66,370	3,855
Ångestsyndrom	1,048	27	11,801	10.9	46,113,108	46,097	3,867

Tabell VIII - Totala samhälleliga kostnader

2006		inflationsjust.
Primärvård (mkr)	28.000	31.164
Specialiserad vård (mkr)	120.000	133.560
Läkemedelskostnad (mkr)	30.839	34.324
Tillfällig sjuklighet (mkr)	18.718	20.833
Permanent sjuklighet (mkr)	240.228	267.374
Mortalitet (mkr)	46.078	51.285
TOTALT (mkr)	483.863	538.540

2016	
Primärvård (mkr)	49.896
Specialiserad vård (mkr)	200.556
Läkemedelskostnad (mkr)	42.198
Tillfällig sjuklighet (mkr)	24.628
Permanent sjuklighet	153.393
Mortalitet (mkr)	52.238
TOTALT (mkr)	522.909