

# Barn som anhöriga ekonomisk studie av samhällets långsiktiga kostnader

Bo Hovstadius, Lisa Ericson, Lennart Magnusson

**Nka**<sup>TM</sup> Linnéuniversitetet 

Nka Barn som anhöriga 2015:8

Barn som anhöriga – hälsoekonomisk studie av samhällets långsiktiga kostnader

© 2015 Författarna och Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FÖRFATTARE Bo Hovstadius, Lisa Ericson, Lennart Magnusson

OMSLAG OCH LAYOUT Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FOTO Smålandsbilder

ISBN 978-91-87731-28-0

TRYCKERI Lenanders Grafiska, 75533

## Förord

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har hälso- och sjukvården sedan år 2010 ett ansvar att beakta barns behov av information, råd och stöd när en förälder har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, psykisk störning eller funktionsnedsättning, missbrukar beroendeframkallande medel eller när en förälder oväntat avlider. Regeringen har tagit initiativ till ett brett nationellt utvecklingsarbete, där Socialstyrelsen, Statens Folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Landsting samarbetar för att stärka stödet till barn och unga i utsatta situationer. Linnéuniversitetet och Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) har fått i uppdrag av Socialstyrelsen att ta fram och sprida kunskap inom området Barn som anhöriga och att långsiktigt bygga upp en bas för kunskapsproduktion och kunskapspridning samt stimulera och stödja utvecklingen inom området.

Att barn och unga lever i hem med missbruk och/eller allvarlig sjukdom medför direkta och indirekta kostnader för samhället på kort och lång sikt. Denna hälsoekonomiska studie är en beräkning av samhällets årliga kostnad för den andel av befolkningen som vuxit upp som barn som anhöriga till förälder med psykisk sjukdom eller missbruk av alkohol eller narkotika. Samhället skulle kunna minska sina kostnader om omfattningen av psykisk ohälsa och missbruk hos gruppen barn som anhöriga i vuxen ålder skulle kunna sänkas till samma nivå som för befolkningen i övrigt.

Denna studie ingår i en serie kunskapsöversikter och rapporter inom området Barn som anhöriga och är en del i uppdraget från Socialstyrelsen till Linnéuniversitetet och Nka. Översikten är framtagen av Bo Hovstadius, forskarassistent och Lisa Ericson, universitetslektor, båda vid eHälsoinstitutet Linnéuniversitet och verksamma vid Nka samt Lennart Magnusson, docent vid Institutionen för hälso- och vårdvetenskap Linnéuniversitetet och verksamhetschef vid Nka. Anders Hjern, professor, CHESS, Karolinska Institutet/Stockholms Universitet, Merike Hansson, utredare och Fredrik Nilsson, hälsoekonom vid Socialstyrelsen har läst manus och bidragit med värdefulla synpunkter till denna rapport.

Lennart Magnusson  
Verksamhetschef  
Nka, Linnéuniversitetet

Elizabeth Hansson  
FoU-ledare, professor  
Nka, Linnéuniversitetet



## Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Bakgrund	9
Syfte	11
Metod	12
Studiepopulation och mätperiod	13
Genomförande	15
Avgränsning	16
Approximation av prevalens	17
Immateriella kostnader	17
Resultat	18
Beräkning av andel individer med psykisk sjukdom, alkoholmissbruk eller narkotikamissbruk i den totala studiepopulationen och i gruppen barn som anhöriga	18
Beräkning av andelen barn som anhöriga av alla som vårdats för psykisk sjukdom, alkoholmissbruk eller narkotikamissbruk	19
Beräkning av samhällets totalkostnad för psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk	20
Beräkning av barn som anhörigas andel av samhällets årliga totalkostnad för psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk	21
Beräkning av merkostnaderna för gruppen barn som anhörigas överrepresentation av andelen med psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk	22
CoI	25
Utveckling av förebyggande åtgärder	25
Studiens svagheter	26
Slutsatser	28
Bilaga 1	29
Referenser	31



# Sammanfattning

Att barn och unga lever i hem med missbruk och/eller allvarlig sjukdom medför direkta och indirekta kostnader för samhället på kort och lång sikt. Denna hälsoekonomiska studie är en beräkning av samhällets årliga kostnad för den andel av befolkningen som vuxit upp som barn som anhörig (BSA) till förälder med psykisk sjukdom eller missbruk av alkohol eller narkotika. Studien fokuserar på samhällets långsiktiga merkostnad som kan härledas till skillnaden i psykisk sjukdom och missbruk i BSA-gruppen och i befolkningen i övrigt i vuxen ålder. Studien har genomförts av eHälsainstitutet, Linnéuniversitetet och Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) och är en del av Nka och Linnéuniversitetets uppdrag från Socialstyrelsen avseende BSA.

De hälsoekonomiska beräkningarna genomfördes med en "cost-of-illness" metod och inkluderade direkta och indirekta kostnader för samhällets olika sektorer (staten, landstingen, kommunerna, privata sektorn och individen).

Beräkningen av antalet barn som anhöriga till förälder med psykisk sjukdom eller missbruk baseras på en registerbaserad långtidsuppföljning av alla barn som föddes i Sverige under de sex åren 1973–1978 och som fortfarande var folkbokförda i Sverige det år de fyllde 18 år. Uppgifterna är anonymiserade data från nationella register som möjliggör jämförelse mellan BSA-gruppen och befolkningen i övrigt i vuxen ålder under åren 1991–2008. Mätperiodens längd varierar mellan tolv och 18 år för individer i studiepopulationen; 18 år för individer födda 1973 och tolv år för de födda 1978. Kostnaderna baseras på svenska kostnadsdata för år 2008 och 2009.

Cirka åtta procent av Sveriges vuxna befolkning beräknas ha vuxit upp som anhöriga till förälder som vårdats för psykisk sjukdom eller missbruk av alkohol eller narkotika. I vuxen ålder beräknas denna grupp själva ianspråkta ca en fjärdedel, 52 miljarder (mdkr), av samhällets årliga kostnader för psykisk sjukdom, missbruk av alkohol och narkotika. Störst årlig kostnad inom denna grupp står psykisk sjukdom för, 29 mdkr, följt av alkoholmissbruk, 15 mdkr, och narkotikamissbruk, 8 mdkr. Merparten av samhällets kostnader utgörs av så kallade indirekta kostnader i form av produktionsbortfall vid sjukskrivning, förtidspensionering och förtidig död.

Samhällets stora långsiktiga kostnader för barn som vuxit upp som anhöriga till förälder med psykisk sjukdom eller missbruk beror huvudsakligen på att andelen med psykisk sjukdom är dubbelt så hög inom denna grupp som inom resten av befolkningen, och att andelen med missbruk av alkohol respektive narkotika är cirka fyra till fem gånger så hög som befolkningen i övrigt.

Samhället skulle kunna minska sina kostnader med 35 mdkr per år om omfattningen av psykisk ohälsa och missbruk hos gruppen barn som anhöriga i vuxen ålder skulle kunna sänkas till samma nivå som för befolkningen i övrigt. Olika förebyggande insatser under uppväxten antas på lång sikt kunna bidra till det.

Systematisk uppföljning och ytterligare hälsoekonomiska studier bör utföras för att utvärdera vilka förebyggande insatser som är effektiva när det gäller att begränsa att barn som anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom och missbruk själva i vuxen ålder behöver vård för psykisk ohälsa eller missbruk.



## Bakgrund

År 2010 infördes nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2009:979 2 g §) och patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659, 6 kap. 5§) som rör barn som anhöriga (BSA).

*Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med:*

- 1. har en psykisk störning eller psykisk funktionsnedsättning,*
- 2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller*
- 3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel*

*Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.*

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) och Linnéuniversitetet fick i slutet av år 2011 i uppdrag av Socialstyrelsen att utgöra ett kompetenscentrum kring frågor om BSA, bland annat genom att stödja implementeringen inom hälso- och sjukvården av den nya bestämmelsen 2 g § i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Uppdraget avser också att bygga upp en bas för kunskapsproduktion, kunskaps-spridning, erfarenhetsutbyte och lärande nätverk inom området, samt stimulera och stödja utvecklingsarbetet för stöd till BSA [1].

På uppdrag av Nka och Linnéuniversitetet genomförde Centre for Health Equity Studies (CHESS), vid Karolinska institutet/Stockholms universitet, 2013 en kartläggning av hur många barn som anhöriga som berörs av att förälder eller annan vuxen i familjen har missbruk och/eller allvarlig sjukdom, eller oväntat avlider [2].

Kartläggningen avser alla barn som föddes i Sverige under perioden 1973–1978 och visar att fler barn och unga än tidigare uppskattningar lever i hem med missbruk och/eller allvarlig sjukdom:

- Närmare åtta procent av barnen hade innan sin artonårsdag upplevt att minst en förälder vårdats inlagd på sjukhus på grund av psykisk sjukdom och/eller missbruk av alkohol eller narkotika under barndomen.
- Psykisk sjukdom hos föräldrar som inte är så allvarlig att den leder till sjukhusvård är relativt vanligt. Som exempel använder närmare elva procent av mödrarna och sex procent av fäderna minst ett antidepressivt läkemedel.
- Missbruk, sjukdom och dödsfall hos föräldrar drabbar oftare barn som befinner sig i en utsatt social position i det svenska samhället.

Att barn och unga lever i hem med missbruk och/eller allvarlig sjukdom medför direkta och indirekta kostnader för samhället på kort och lång sikt. Idag finns dock inga beräkningar av samhällets kostnader som kan härledas till just barns

situation som anhöriga under uppväxten. Denna studie syftar till att genom en hälsoekonomisk beräkning av samhällets långsiktiga kostnader för barn som anhöriga bidra till utökning av kunskapsläget. Studien har genomförts av eHälsainstitutet och Nka vid Linnéuniversitetet.

## Syfte

Studiens syfte var att göra en hälsoekonomisk beräkning av samhällets årliga kostnader för den andel av befolkningen som vuxit upp som barn till förälder med psykisk sjukdom, och/eller med missbruk av alkohol och/eller narkotika.

Studien behandlar fem forskningsfrågor som stegvis fokuserar på samhällets merkostnader som kan härledas till barns och ungas uppväxt som anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom och missbruk av alkohol eller narkotika:

- Hur stor andel individer i samhället har psykisk sjukdom eller missbruk av alkohol eller narkotika?
- Hur stor andel utgör BSA-gruppen av alla individer i samhället med psykisk sjukdom eller missbruk av alkohol eller narkotika?
- Hur stora är samhällets årliga kostnader för psykisk sjukdom eller missbruk av alkohol eller narkotika?
- Hur stor andel av samhällets kostnader för psykisk sjukdom eller missbruk av alkohol eller narkotika kan hänföras till BSA-gruppen?
- Hur stor är samhällets merkostnad för psykisk sjukdom eller missbruk av alkohol eller narkotika för BSA-gruppen relativt samhällets övriga befolkning?

# Metod

## *”Cost-of-illness”*

Den hälsoekonomiska beräkningen genomfördes som en ”Cost-of-illness” (CoI)-analys som beskriver samhällets långsiktiga kostnader för olika anhörigsituationer för barn i Sverige.

CoI är en metod som används för att beskriva ekonomiska konsekvenser av exempelvis sjukdomar och olyckor. Det traditionella angreppssättet för en CoI-analys baseras på alternativkostnadsprincipen, definierad som värdet av de förlorade möjligheterna att använda de resurser samhället förbrukar och förlorar i samband med en sjukdom eller olycka. Med samhällsperspektivet följer att varje kostnad som tillfaller en av samhällets medborgare ska tas hänsyn till.

Samhällets totala kostnader är vanligtvis uppdelade på kostnader för samhällets olika sektorer; staten (exempelvis för rättsväsende, Försäkringskassan), landstingen (exempelvis för sjukvård, läkemedel), kommunerna (exempelvis för socialtjänst, skola, boende), privata sektorn (exempelvis försäkringar, företagshälsovård) och individen (exempelvis sjukskrivning, förtidspensionering).

I en CoI-analys delas vanligtvis kostnader även in i tre olika kategorier: direkta, indirekta och immateriella kostnader [3,4]. Direkta kostnader är både medicinska (exempelvis sjukvårdsbesök, läkemedel, rehabilitering, avlastningsvård, vårdboende) och icke-medicinska (exempelvis transporter till och från sjukhus, socialtjänst, omhändertagande av barn, anpassning av hemmet, specialundervisning etc.) Indirekta kostnader är produktionsbortfall för patient och/eller anhörig/vårdare på grund av sjukdom, förtidspensionering eller förtidig död. Immateriella kostnader är exempelvis sveda och värk samt påverkan på livskvalitet.

Inom CoI-studier används vanligtvis två olika angreppssätt. I en s.k. ”top-down”-analys delas den totala nationella kostnaden för exempelvis sjukdom upp mellan olika sjukdomar utifrån frekvensen av dessa sjukdomar. I en s.k. ”bottom-up”-analys, som kan användas antingen som alternativ eller som komplement till ”top-down”, samlas kostnadsuppgifter direkt från typfall av olika sjukdomar/situationer inom hälso- och sjukvården och samhället. Därefter extrapoleras kostnaderna till nationell nivå med hjälp av den nationella prevalensen för dessa typfall. fördelarna med ”top-down”-analysen är att ingen extrapolering behövs och att risken för dubbelräkning av kostnader undviks. Nackdelarna med ”top-down”-analys jämfört med ”bottom-up”-analys är att diagnoser/situationer kan vara underrapporterade eller felrapporterade, samt att uppgifter om de verkliga kostnaderna kan saknas i nationella kostnadssammanställningar. Exempelvis saknas kostnad för olika former av social service som oavlönat hemarbete och anhörigvård vid en ”top-down”-analys. Värdet av patientens och anhörigas produktionsbortfall till följd av en sjukdom eller behandling finns heller inte med vid en ”top-down”-analys [3,4,5]

I denna studie har tidigare publicerade ”top-down”- och ”bottom-up”-beräkningar om samhällets årliga kostnader för psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk använts som underlag [6,7,8,9,10]. Samhällets långsiktiga årliga kostnader för barn som anhöriga beräknas efter dess andel (prevalens) av samhällets totala kostnader för psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk med en ”top-down”-ansats.

En CoI-analys kan baseras på en beräkning av prevalensen för en viss sjukdom/situation under en given tidsperiod, vanligen ett år. Då beräknas alla kostnader/all resursförbrukning för prevention, behandling och rehabilitering samt kostnader för produktionsbortfall p.g.a. sjukdom eller död som är relaterade till sjukdomen/situationen. Ett alternativt sätt är att basera en CoI-analys på incidensen av sjukdom/situation, d.v.s. analysen omfattar endast kostnaden för nytilkomna individer med sjukdom/situation under ett givet år [3,4]. Då syftet med denna studie var att beräkna samhällets långsiktiga kostnader för BSA-gruppen och inte endast kostnaden för det årliga tillskottet av individer i gruppen har en prevalensmetod använts. Prevalensmetoden möjliggör även att i ett större perspektiv göra jämförelser med andra samhällsekonomiska kostnader och kostnader för olika offentliga insatser i Sverige.

### Studiepopulation och mätperiod

De hälsoekonomiska beräkningarna i denna studie baseras på anonymiserade data från nationella register och omfattar alla barn som föddes i Sverige under de sex åren 1973–1978 och som fortfarande var folkbokförda i Sverige det år de fyllde 18 år (1991–1996), och som inte flyttat ut ur Sverige någon gång under perioden till och med år 2008 [11]. Mätperioden för dessa barn omfattar åren 1991 till 2008 och mätperiodens längd varierar således mellan tolv och 18 år för individer i studiepopulationen; 18 år för individer födda 1973 och tolv år för de födda 1978. Det sista uppföljningsåret (2008) var individerna i studiepopulationen i åldern 30 till 35 år. Totalt ingick 535 508 personer i studiepopulationen [11].

Inom studiepopulationen definieras BSA-gruppen som barn födda 1973–1978 som i åldern 0–17 år haft minst en förälder som vårdats på sjukhus för psykisk sjukdom och/eller alkohol- och/eller narkotikamissbruk. Inom studiepopulationen (n=535 508) fanns i BSA-gruppen totalt 41 770 individer (7,8 %).

I BSA Rapport nr 3 [11] analyserades 14 olika utfallsvariabler för hela studiepopulationen (535 508 individer). För individer inom BSA-gruppen redovisades båda föräldrarnas eventuella diagnos avseende psykisk sjukdom, alkohol- respektive narkotikamissbruk. Föräldrar och barn kopplades samman genom Statistiska centralbyråns (SCB) flergenerationsregister. Till de unika 41 770 individerna i BSA-gruppen finns kopplingar till totalt 52 305 föräldrar, fördelat på diagnoserna psykisk sjukdom, alkoholmissbruk eller narkotikamissbruk och fördelat på mor respektive far.

Inom BSA-gruppen (n=41 770) hade 85 procent minst en förälder med en av ovanstående diagnoser, 14 procent hade minst en förälder med två diagnoser och en procent hade minst en förälder med tre diagnoser (se tabell 1 och figur 1).

*Tabell 1. Antal i BSA-gruppen (n= 41 770) med minst en förälder med psykisk sjukdom, och/eller alkoholmissbruk och/eller narkotikamissbruk då barnen i BSA-gruppen var 0–17 år. [12]*

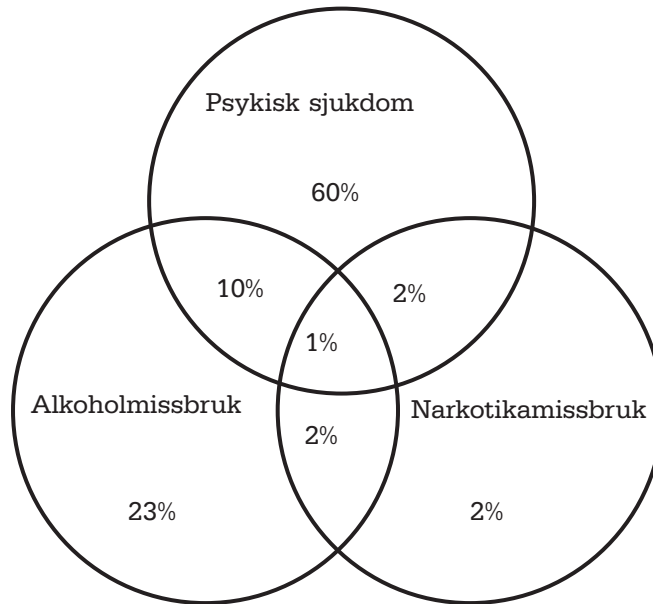
	<b>n</b>	<b>procent</b>
Psykisk sjukdom	24 922	60
Alkoholmissbruk	9 564	23
Narkotikamissbruk	940	2
Psykisk sjukdom och alkoholmissbruk	4 208	10
Psykisk sjukdom och narkotikamissbruk	775	2
Alkoholmissbruk och narkotikamissbruk	991	2
Psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk	370	1
	<b>41 770</b>	<b>100</b>

Information från patientregistret användes för att identifiera de föräldrar som vårdats på sjukhus för missbruk eller psykisk sjukdom vid åtminstone ett tillfälle då barnet var i åldern 0–17 år.

Missbruk av alkohol definieras som en huvud- eller bidiagnos vid utskrivning som specifikt indikerar alkoholmissbruk, eller annan fysisk eller psykisk sjukdom som är kopplad till ett högt alkoholintag.

Missbruk av narkotika eller läkemedel definieras som en huvud- eller bidiagnos vid utskrivning som specifikt indikerar sådant missbruk, eller annan fysisk eller psykisk sjukdom som är kopplad till narkotikamissbruk.

Psykisk sjukdom definieras som ett vårdtillfälle med psykisk huvuddiagnos, som inte är kopplad till missbruk av alkohol, narkotika eller läkemedel.



Figur 1. Andel av BSA-gruppen (n= 41 770) med minst en förälder med psykisk sjukdom, och/eller alkoholmissbruk och/eller narkotikamissbruk då barnen i BSA-gruppen var 0–17 år. [12]

### Genomförande

Den hälsoekonomiska beräkningen av samhällets långsiktiga kostnader avser kostnader under ett år, 2008, och genomfördes i följande fem ”steg”:

1. Beräkning av andel individer (prevalens) i hela studiepopulationen (n=535 508), i BSA-gruppen respektive icke BSA-gruppen (= studiepopulationen minus BSA-gruppen) som under åren 1991–2008 vårdats för psykisk sjukdom (missbruk exkluderat) eller alkoholmissbruk eller narkotikamissbruk.
2. Beräkning av BSA-gruppens andel av alla individer födda 1973–1978 som under åren 1991–2008 vårdats för psykisk sjukdom (missbruk exkluderat) eller vårdats för alkoholmissbruk eller vårdats för narkotikamissbruk.
3. Beräkning av samhällets årliga totalkostnad för psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk. (se bilaga 1)
4. Beräkning av BSA-gruppens andel av samhällets årliga totalkostnad för psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk.
5. Beräkning av samhällets årliga merkostnad för BSA-gruppens överrepresentation av andelen med psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk relativt icke BSA-gruppen.

## Avgränsning

För att utesluta dubbelräkning av samhällets kostnader, där de 14 utfallsvariablerna i BSA Rapport 3 [11] bedöms kunna överlappa varandra i tillgängligt ekonomiskt underlag, avgränsas den hälsoekonomiska beräkningen till tre större utfallsvariabler där kostnaderna bedöms kunna särskiljas från varandra. De omfattar de individer inom BSA-gruppen som efter fyllda 18 år åren 1991–2008 har fått

- specialistvård för psykisk diagnos
- specialistvård för narkotikarelaterad diagnos
- specialistvård för diagnos som specifikt indikerar alkoholmissbruk

(Mätperiodens längd varierar således mellan tolv och 18 år för individer i studiepopulationen; 18 år för individer födda 1973 och tolv år för de födda 1978.)

Underlaget för de hälsoekonomiska beräkningarna är uppdelat på kön, såväl för barn födda 1973–1978 (Män – Kvinnor) och för deras föräldrar (Far – Mor). I de aggregerade hälsoekonomiska beräkningarna redovisas resultaten summerat för bägge könen.

Då det i populationen är ovanligt att individer har två föräldrar med missbruk eller psykisk sjukdom (0,15 % respektive 0,25 %) särredovisas inte dessa. Då det inte finns några statistiskt säkerställda skillnader mellan individer med en eller två föräldrar med missbruk eller psykisk sjukdom särredovisas inte heller dessa [11].

Lagstiftningens ”definition” av BSA-gruppen omfattar fler än de utfallsgrupper som ingår i denna studie. Förutom barn till förälder som har psykisk sjukdom eller missbruk ingår föräldrar med en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller oväntat avlider.

Allvarlig fysisk sjukdom har dock exkluderats i beräkningen då det i underlaget är svårt att identifiera och särskilja vad som är en somatisk sjukdom eller skada, respektive allvarlig somatisk sjukdom eller skada samt vilka kostnader som kan kopplas till respektive grupp. (Uppgifter om graden av funktionsnedsättning och varaktigheten av densamma som är av stor betydelse saknas.)

Det är även svårt att i kostnadsunderlagen särskilja samhällets kostnad för förtidiga dödsfall. I den totala studiepopulationen om drygt 535 000 individer hade nära 4 000 individer (0,7 %) avlidit efter sin 18-årsdag och före sin 30/35-årsdag. Inom BSA-gruppen var utfallet dubbelt jämfört med totalpopulationen (1,4 %). De underliggande orsakerna till den ökade risken för död i BSA-gruppen var framförallt förknippad med våldsamt död (självmord, olyckor och våld) och alkohol och/eller narkotikamissbruk [2]. Samhällets kostnader för dödsfall till följd av missbruk av alkohol och narkotika ingår dock i Missbruksutredningens beräkning av missbrukets kostnader [8] (varför endast BSA-gruppens eventuella överrepresentation i



våldsamt död bör kvarstå i en beräkning). Den totala årskostnaden för dödsfall genom olyckor eller skada (sjukdom och missbruk exkluderat) beräknas till 16,2 mdkr årligen. BSA-gruppens andel kan utifrån dess prevalens i befolkningen skattas till 3,2 mdkr och merkostnaden p.g.a. BSA-gruppens ökade risk till 1,7 mdkr. Storleken på uppskattningen är dock förknippad med stor osäkerhet och har inte tagits med i summeringen av samhällets kostnad.

### Approximation av prevalens

Jämförelse mellan utfallsmått för psykisk sjukdom och missbruk i BSA-gruppen och totalpopulationen görs under hela mätperioden år 1991 till 2008. Resultaten används sedan som en approximation för prevalensen av psykisk sjukdom och missbruk inom BSA-gruppen respektive totalpopulationen. I kostnadsberäkningarna görs sedan antagandet att prevalensen för psykisk sjukdom och missbruk inom gruppen 18–30/35 år motsvarar prevalensen längre upp i åldrarna, d.v.s. även 35–65 år. Missbruk av alkohol har dock en annan åldersprofil än missbruk av narkotika. Även åldersprofilen vad gäller prevalens och incidens för psykisk sjukdom varierar beroende på diagnos. Men under antagande att åldersprofilerna för psykisk sjukdom och missbruk inte skiljer sig mellan BSA-gruppen och icke BSA-gruppen påverkar dessa skillnader dock inte kostnadsberäkningen.

### Immateriella kostnader

Immateriella kostnader såsom sveda och värk tas inte med i beräkningarna och inte heller värdet av förändrad livskvalitet.

# Resultat

I detta avsnitt redovisas

- Andel individer med psykisk sjukdom, alkoholmissbruk eller narkotikamissbruk
- BSA-gruppens andel av alla med psykisk sjukdom, alkoholmissbruk eller narkotikamissbruk
- Samhällets totalkostnad för psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk
- BSA-gruppens andel av samhällets årliga totalkostnad för psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk
- Merkostnaderna för BSA-gruppens överrepresentation av andelen med psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk

## Beräkning av andel individer med psykisk sjukdom, alkoholmissbruk eller narkotikamissbruk i den totala studiepopulationen och i gruppen barn som anhöriga

Av alla individer födda 1973–1978 har 3,0 procent fått inläggande psykiatrisk vård och 7,0 procent psykiatrisk öppenvård någon gång under åren 1991–2008. Motsvarande andelar för BSA-gruppen är 7,7 procent respektive 14,0 procent (tabell 2).

I hela studiepopulationen har 0,6 procent fått inläggande vård för alkoholmissbruk och 0,6 procent öppenvård för alkoholmissbruk någon gång under åren 1991–2008. Motsvarande andelar för BSA-gruppen är 2,0 procent respektive 1,8 procent (tabell 2).

I hela studiepopulationen har 1,0 procent fått inläggande vård för narkotikamissbruk och 0,7 procent öppenvård för narkotikamissbruk någon gång under åren 1991–2008. Motsvarande siffror för BSA-gruppen är 3,6 procent respektive 2,3 procent (tabell 2).

Tabell 2. Psykiatrisk öppenvård eller slutenvård på sjukhus, öppenvård eller inneliggande vård på sjukhus med diagnos som indikerar alkoholmissbruk och öppenvård eller inneliggande vård på sjukhus med diagnos som indikerar narkotikamissbruk efter 18 års ålder år 1991–2008 för alla i studiepopulationen, i gruppen barn som anhöriga (BSA-gruppen) och icke BSA-gruppen födda 1973–1978 (11).

	n=	Inneliggande vård		Öppenvård	
		antal	procent	antal	procent
<b>Psykisk sjukdom</b>					
Hela populationen	535 508	16 077	3	37 294	7
BSA-gruppen	52 305	4 036	7,7	7 326	14
Icke BSA-grupp	483 203	12 041	2,5	29 968	6,2
<b>Alkoholmissbruk</b>					
Hela populationen	535 508	3 139	0,6	3 153	0,6
BSA-gruppen	52 305	1 024	2	946	1,8
Icke BSA-grupp	483 203	2 115	0,4	2 207	0,5
<b>Narkotikamissbruk</b>					
Hela populationen	535 508	5 312	1	3 527	0,7
BSA-gruppen	52 305	1 870	3,6	1 205	2,3
Icke BSA-grupp	483 203	3 442	0,7	2 322	0,5

Skillnaden i prevalens för BSA-gruppen relativt icke BSA-gruppen varierar. Prevalensen för psykisk sjukdom är mer än dubbelt så hög inom BSA-gruppen jämfört med icke BSA-gruppen, och prevalensen för missbruk av alkohol eller narkotika är fyra till fem gånger så hög jämfört med icke BSA-gruppen (tabell 2).

Beräkning av andelen barn som anhöriga av alla som vårdats för psykisk sjukdom, alkoholmissbruk eller narkotikamissbruk  
De 11 362 individer inom BSA-gruppen som vårdats 1991–2008 för psykisk sjukdom utgör 21,3 procent av alla individer födda 1973–1978 som vårdats 1991–2008 för psykisk sjukdom. BSA-gruppens 1 970 individer som vårdats för alkoholmissbruk utgör 31,3 procent av alla som vårdats för alkoholmissbruk och BSA-gruppens 3 075 individer som vårdats för narkotikamissbruk utgör 34,8 procent av alla som vårdats för narkotikamissbruk (tabell 3).

Tabell 3. Antal individer över 18 år födda 1973–1978 som fått specialistvård för psykisk diagnos, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk inom hela studiepopulationen (n=535 508) och antal och andel inom BSA-gruppen (n=41 770) år 1991–2008 i Sverige.

	<b>Totalt</b>	<b>BSA-gruppen</b>	
	antal	antal	andel (%)
Psykisk sjukdom efter 18 år	53 371	11 362	21,3
Alkoholmissbruk efter 18 år	6 292	1 970	31,3
Narkotikamissbruk efter 18 år	8 839	3 075	34,8

### Beräkning av samhällets totalkostnad för psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk

#### Psykisk sjukdom

Samhällets totala kostnad för psykisk sjukdom (missbruk exkluderat) uppskattas till 134,6 mdkr årligen. Kostnadsuppskattningen baseras på Ekman et al [6], som beräknat kostnaden för bipolär sjukdom, depression, schizofreni och generaliserat ångestsyndrom (GAD) till 75,5 mdkr (2009 års priser). Utifrån redovisning av kostnadsandelen för respektive diagnos (ICD-10) inom ”psykisk sjukdom” i Sverige i Gustavsson et al [7] beräknas urvalet av diagnoser i Ekman et al inkludera 56,1 procent av samhällets totalkostnad för psykisk sjukdom (”missbruk” exkluderat) ( $56,1\% = 75,5 \text{ mdkr}$ ,  $100\% = 134,6 \text{ mdkr}$ ) (se bilaga 1).

#### Missbruk av alkohol eller narkotika

Enligt Missbruksutredningen [8] uppgick samhällets kostnader för alkoholmissbruk år 2008 till 49,3 mdkr. Samma år uppgick samhällets kostnader för narkotikamissbruk till 23,6 mdkr (tabell 4).

Tabell 4. Samhällets kostnader för alkohol- respektive narkotikamissbruk, mdkr [8].

	<b>Alkohol</b>	<b>Narkotika</b>
Socialtjänstens kostnader, totalt	8,01	4,05
Sjukvårdens kostnader, totalt	4,97	1,9
Statliga myndigheter, totalt	6,93	6,48
Privat sektor, totalt	1,3	1,26
Indirekta kostnader, totalt	28,07	9,91
<b>Summa/totalt</b>	<b>49,3</b>	<b>23,6</b>

Merparten av samhällets totala kostnad för alkohol- respektive narkotikamissbruk utgörs av indirekta kostnader (56 % respektive 42 %) [8].

Indirekta kostnader utgör även största andelen av samhällets kostnader för psykisk sjukdom. Generellt uppskattas de indirekta kostnaderna för bipolär sjukdom, depression, GAD och schizofreni utgöra 75 procent av samhällets kostnader [6].

### Beräkning av barn som anhörigas andel av samhällets årliga totalkostnad för psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk

#### Psykisk sjukdom

Med användning av prevalensen för BSA-gruppens andel av total psykisk specialistvård för åldersgruppen 18–30/35 år (21,3 %) som en approximation för den totala prevalensen för psykisk sjukdom i samhället beräknas samhällets totalkostnad för psykisk sjukdom inom BSA-gruppen till 28,1 mdkr årligen (21,3 % av 135 mdkr = 28,1 mdkr).

#### Missbruk av alkohol

Med användning av prevalensen för BSA-gruppens andel av total specialistvård för alkoholmissbruk (31,3 %) som en approximation beräknas samhällets totalkostnad för alkoholmissbruk inom BSA-gruppen till 15,4 mdkr årligen (31,3 % av 49,3 mdkr = 15,4 mdkr).

#### Missbruk av narkotika

Med användning av prevalensen för BSA-gruppens andel av total specialistvård för narkotikamissbruk (34,8 %) som en approximation beräknas samhällets totalkostnad för narkotikamissbruk inom BSA-gruppen till 8,2 mdkr årligen (34,8 % av 23,6 mdkr = 8,2 mdkr).

### Sammantaget psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk

Sammantaget beräknas samhällets totalkostnad för psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk inom BSA-gruppen uppgå till 51,7 mdkr årligen (2008 års priser).

### Beräkning av merkostnaderna för gruppen barn som anhörigas överrepresentation av andelen med psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk

#### Psykisk sjukdom

BSA-gruppens andel av samhällets kostnader för psykisk sjukdom uppskattas till 28,1 mdkr årligen (21,3 % av 134,6 mdkr = 28,7 mdkr). Om individerna i BSA-gruppen hypotetiskt skulle ha samma ("normala") prevalens av psykisk sjukdom som individerna inom totalpopulationen exklusive BSA-gruppen (8,7 %) beräknas den fiktiva kostnaden till 11,5 mdkr, d.v.s. BSA-gruppens överrepresentation inom psykisk sjukdom beräknas motsvara en merkostnad på 16,9 mdkr årligen (tabell 5).

#### Missbruk av alkohol

BSA-gruppens andel av samhällets kostnader för alkoholmissbruk uppskattas till 15,4 mdkr årligen (31,3 % av 49,3 mdkr = 15,4 mdkr). Om individerna i BSA-gruppen hypotetiskt skulle ha samma ("normala") prevalens av alkoholmissbruk som individerna inom totalpopulationen exklusive BSA-gruppen (0,9 %) beräknas den fiktiva kostnaden till 3,6 mdkr, d.v.s. BSA-gruppens överrepresentation inom alkoholmissbruk beräknas motsvara en merkostnad på 11,8 mdkr årligen (tabell 5).

#### Missbruk av narkotika

BSA-gruppens andel av samhällets kostnader för narkotikamissbruk uppskattas till 8,2 mdkr årligen (34,8 % av 23,6 mdkr = 8,2 mdkr). Om individerna i BSA-gruppen hypotetiskt skulle ha samma ("normala") prevalens av narkotikamissbruk som individerna inom totalpopulationen exklusive BSA-gruppen (1,2 %) beräknas den fiktiva samhällskostnaden till 1,7 mdkr, d.v.s. BSA-gruppens överrepresentation inom narkotikamissbruk beräknas motsvara en merkostnad för samhället på 6,5 mdkr årligen (tabell 5).

**Sammantaget psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotika-  
missbruk**

Sammantaget beräknas samhällets merkostnad för den högre prevalensen av psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk inom BSA-gruppen uppgå till 35,2 mdkr årligen (2008 års priser) (tabell 5).

*Tabell 5. Årlig kostnad (mdkr) för psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk för samhället totalt respektive för BSA-gruppen, samt beräknad merkostnad för samhället beroende på BSA-gruppens överrepresentation*

	<b>Total samhälls- kostnad</b>	<b>varav BSA</b>	<b>Beräknad merkostnad p.g.a. BSA-gruppens överrepresentation</b>
Psykisk sjukdom	134,6	28,7	16,9
Missbruk alkohol	49,3	15,4	11,8
Missbruk narkotika	23,6	8,2	6,5
<b>Summa</b>	<b>207,5</b>	<b>52,3</b>	<b>35,2</b>

## Diskussion

Studiens syfte var att göra en hälsoekonomisk beräkning av samhällets årliga kostnader för den andel av befolkningen som vuxit upp som barn till förälder med psykisk sjukdom, och/eller med missbruk av alkohol och/eller narkotika.

Gruppen barn som vuxit upp som anhöriga till förälder med så allvarlig psykisk sjukdom eller missbruk att föräldern sjukhusvårdats för detta utgör ca åtta procent av Sveriges befolkning [11]. Våra resultat visar att denna grupp barn i vuxen ålder uppskattas stå för ca 25 procent (52 mdkr) av samhällets totala kostnader för psykisk sjukdom och missbruk av alkohol och/eller narkotika.

Samhällets stora långsiktiga kostnader för BSA-gruppen relativt dess befolkningsandel förklaras huvudsakligen av att andelen med psykisk sjukdom är dubbelt så hög inom BSA-gruppen som inom resten av samhället, och att andelarna för missbruk av alkohol och narkotika är fyra till fem gånger så hög som inom resten av samhället. (Sambandet mellan barns uppväxt och utvecklingen av egen ohälsa och missbruk diskuteras utförligt i Hjern et al 2014 [11]).

Av samhällets årliga kostnad på 52 mdkr som kan hänföras till psykisk sjukdom och missbruk inom BSA-gruppen beräknas hela två tredjedelar (35 mdkr) utgöra den merkostnad som kan härledas till dess överrepresentation inom psykisk sjukdom och missbruk. I en hypotetisk situation där BSA-gruppen antas ha samma prevalens för psykisk sjukdom och missbruk som befolkningen i övrigt beräknas samhällets årliga totalkostnad istället uppgå till 17 mdkr. Den största merkostnaden representeras av psykisk sjukdom med ca 17 mdkr, följt av kostnaden för alkoholmissbruk ca 12 mdkr årligen. Merkostnaden för narkotikamissbruk beräknas till ca 7 mdkr årligen.

Studien visar även att största delen av samhällets totalkostnad för psykisk sjukdom och missbruk inom BSA-gruppen utgörs av indirekta kostnader i form av produktionsbortfall p.g.a. sjukskrivning, förtidspension eller förtidig död. Störst andel indirekta kostnader återfinns för psykisk sjukdom (75 %). De indirekta kostnaderna för alkohol- respektive narkotikamissbruk är relativt lägre (56 % respektive 42 %). Den höga andelen indirekta kostnader för BSA-gruppen överensstämmer generellt med tidigare beräkningar att drygt 60 procent av samhällets totala kostnader för sjukdom utgörs av indirekta kostnader [5].

Fördelningen av samhällets direkta kostnader varierar för alkoholmissbruk, narkotikamissbruk och psykisk sjukdom. Statens kostnadsandel för alkohol- respektive narkotikamissbruk utgör 14 respektive 28 procent, sjukvårdens andel 10 respektive 8 procent och kommunernas socialtjänsts andel 16 respektive 17 procent [8].

För psykisk sjukdom varierar även kostnadsandelarna betydligt mellan olika diagnosgrupper. För exempelvis individer med schizofreni och bipolär sjukdom utgör indirekta kostnader 60 procent respektive 75 procent. Sjukvårdens direkta kostnadsandel utgör 15 procent respektive 21 procent och kommunernas socialtjänsts andel 22 procent respektive 2 procent [9,10].



## CoI

CoI-beräkningens resultat är att BSA-gruppen i vuxen ålder ianspråkar ca en fjärdedel (52 mdkr) av samhällets årliga kostnader för psykisk sjukdom och missbruk av alkohol och/eller narkotika. Resultatet är tydligt och lättfattligt men bör inte användas som underlag för beslut om prioriteringar av samhällets resurser. Detta då CoI-beräkningen inte behandlar alternativ för resursanvändningen. Bara för att en sjukdom/sjukdomsgrupp/situation ianspråkar stora samhällsresurser innebär det inte generellt att åtgärder inom området bör prioriteras. Det som ska avgöra prioriteringar är vilka insatser som är mest effektiva, d.v.s. vilka insatser som ger mest effekt per investerad krona för samhället. Som underlag för prioriteringar bör därför analys av olika konkurrerande alternativ för resursanvändning göras, där både kostnader och effekter tas med [5].

Detta till trots belyser beräkningen att en fjärdedel av samhällets mycket stora kostnader för psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk kan hänföras till den relativt lilla BSA-gruppen. Även om beräkningen inte uttalar sig om vilka belopp samhället måste investera för att minska BSA-gruppens överrepresentation i framtiden för t.ex. missbruk och psykisk sjukdom är resultatet av beräkningen ett viktigt underlag. Varje individ som samhället lyckas förebygga missbruk och psykisk ohälsa för i denna grupp medför en större kostnadsbesparing. Då den beräknade årliga merkostnaden för samhället totalt är mycket stor är fördjupade hälsoekonomiska studier angelägna.

I en utvidgning av den hälsoekonomiska beräkningen kan man även inkludera att det finns andra områden där BSA-gruppen är underrepresenterad i samhällets kostnader p.g.a. lägre prevalens, t.ex. samhällets kostnad för eftergymnasial utbildning. Då högre utbildning generellt är samhällsekonomiskt lönsam så uppvägs just denna post av ökade samhällsintäkter, om även intäkter inkluderas i beräkningarna.

## Utveckling av förebyggande åtgärder

I Sverige har genom åren flera skrifter publicerats som argumenterat för förebyggande insatser för olika grupper av barn [13-17]. Studiens resultat, att samhällets merkostnader för barn som vuxit upp som anhöriga till förälder med psykisk sjukdom eller missbruk är mycket stora (35 mdkr per år), understryker problemens samhällsekonomiska betydelse och kan ses som ett starkt argument för förebyggande insatser riktade till denna grupp.

Merkostnadernas storlek kan och bör relateras till andra kostnader. Fördelat på alla landets invånare kan merkostnaden uppfattas ringa, (ca 3 700 kr per invånare) men nationellt motsvarar merkostnaden t.ex. två nya Karolinska sjukhus varje år. Även i den svenska mediankommunen, med ca 15 200 invånare, är samhällets merkostnad för den vuxna BSA-gruppen betydande (ca 58 mkr årligen). Inom samhällets olika sektorer är det därför angeläget att utveckla och implementera förebyggande åtgärder som kan bidra till att minska antalet barn som i vuxen ålder drabbas av psykisk ohälsa och missbruk.

Förebyggande åtgärder är exempelvis information, utbildning, råd och stöd till barn som anhöriga, familjeintervention och stödgruppsverksamhet för barn i familjer med missbruk. Sådana förebyggande åtgärder under barns uppväxt medför kostnader som belastar hälso- och sjukvård respektive socialtjänst, men antas på lång sikt ge samhället i stort än större besparingar. Här avses kostnader som sträcker sig över individens hela livstid.

Utvecklingen av förebyggande åtgärder omfattar inte bara utveckling av nya insatser utan även utveckling av ett mer samordnat arbetssätt för barn i familjer med t.ex. missbruk. Detta gäller bland annat en bättre samordning inom och mellan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser. En samordning som inte behöver innebära ökad kostnad utan snarare kan antas ge minskade kostnader för respektive sektor.

Skolan är en viktig aktör för förebyggande insatser. Goda skolresultat är en av de viktigaste skyddsfaktorerna för barn som anhöriga. Dessutom är kamratrelationerna och relationerna till vuxna inom förskola och skola betydelsefulla för barn och unga som har svårigheter hemma. Att uppmärksamma och stödja barn som anhöriga ingår i skolans uppdrag att hjälpa elever nå kunskapsmålen, då allvarliga svårigheter hos en förälder för nära dubbelt så många unga som förväntat har visat sig påverka skolarbetet och skolresultaten så att de inte uppnår gymnasiebehörighet.

Utveckling av handlingsplaner och rutiner som stöd för arbetet för att uppmärksamma och stödja barn som anhöriga i förskola och skola antas vara en viktig strukturell förutsättning för lyckade förebyggande åtgärder. Likaså antas implementering av ett familjeperspektiv inom hälso- och sjukvård, socialtjänst samt förskola och skola vara en framgångsrik utveckling. I dagsläget finns tyvärr begränsad kunskap om vilka förebyggande åtgärder som ger bäst effekt då det inte i någon högre grad finns metoder som är prövade vetenskapligt i kontrollerade jämförande studier. Den begränsade vetenskapligt grundade kunskapen om olika åtgärders effekt gör systematisk uppföljning av insatser på individnivå särskilt viktig.

### Studiens svagheter

Det finns ingen enhetlig årlig ”bokföring” av samhällets kostnader för missbruk och psykisk ohälsa att tillgå. Studien bygger på flera olika tidigare utförda beräkningar av samhällets aggregerade kostnader. Beräkningarna i sig innehåller osäkerheter och olika gjorda rimlighetsantaganden i flera led. Beräkningarna av samhällets kostnader för psykisk sjukdom är t.ex. baserade på flera olika studier med olika ansatser.

Beräkningen av samhällets totalkostnad för missbruk av alkohol eller narkotika baseras på Missbruksutredningen (SOU 2011:6) som 2011 presenterade vad utredningen ansåg vara en avvägd sammanställning av samhällets kostnader för missbruk av alkohol och narkotika med "top-down" ansats [8]. Missbruksutredningen anser att dessa kostnader är de som är möjliga att redovisa baserat på befintlig litteratur, information i register samt utredningens egna kompletterande antaganden.

Olika felkällor i vårt grundmaterial kan därför medföra en osäkerhet för precisionen i våra beräkningar. Även om vi i studien medvetet gjort försiktiga antaganden vid volymapproximationer och exkluderat vissa osäkra kostnadsdata bör studiens resultat läsas med vetskap om underlagets heterogena grund, och att den tillämpade försiktighetsprincipen kan medföra att studien underskattar samhällets verkliga kostnader för BSA-gruppen i vuxen ålder.

## Slutsatser

Gruppen individer som vuxit upp som barn som anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom eller missbruk svarar i vuxen ålder själva för en oproportionerligt stor andel av samhällets kostnader för psykisk sjukdom och missbruk av alkohol och narkotika.

Förebyggande åtgärder under uppväxten riktade till barn som anhöriga antas på lång sikt kunna ge samhället stora kostnadsbesparingar.

Fler hälsoekonomiska studier och systematisk uppföljning bör utföras för att utvärdera vilka förebyggande insatser som är mest effektiva att begränsa att barn som anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom, missbruk, etc. själva i vuxen ålder insjuknar eller hamnar i missbruk.

## Bilaga 1

Beräkningen av samhällets kostnad för psykisk sjukdom baseras på Ekman et al 2014 [6] och Gustavsson et al 2011 [7]. Kostnaderna är angivna i 2009 års priser.

Skattning av samhällets kostnad för missbruk av alkohol och narkotika baseras på de redovisade beräkningarna i kapitel 19 "Missbrukets ekonomiska börda i Sverige" i Missbruksutredningen (SOU 2011:6) [8], vilka är angivna i 2008 års priser.

Beräkningen av samhällets totala kostnad för psykisk sjukdom (missbruk exkluderat) görs i nedanstående steg.

I Gustavsson et al [7] redovisas kostnader för inom "Mental disorder" ingående diagnoser. I kolumn 1 i tabell 6 redovisas en beräkning av kostnadsandelen för respektive diagnosområde i procent av totalkostnaden inom "Mental disorder".

I kolumn 2 i tabell 6 redovisas en beräkning av kostnadsandelarna för respektive diagnosområde inom "Mental disorder" då "Addiction" är exkluderad. ("Addiction" exkluderas då kostnaderna för missbruk redan ingår i Missbruksutredningens beräkning av samhällets totalkostnad för missbruk av alkohol eller narkotika.)

I kolumn 3 i tabell 6 redovisas kostnaden för bipolär sjukdom, depression, schizofreni och generaliserat ångestsyndrom (GAD) i Sverige 2008 (75,5 mdkr i 2009 års priser) enligt Ekman et al [6].

Under antagande att GAD står för en femtedel av kostnaden inom "Anxiety disorder" redovisas i kolumn 4 tabell 6 kostnadsandelen för de utvalda diagnoserna som andelar av totala kostnader för "Mental disorder" exklusive "Addiction". Totalt utgör de av Ekman et al utvalda diagnoserna 56,1 procent av de i Gustavsson et al redovisade totala kostnaderna för "Mental disorder" exklusive "Addiction".

Med användning av uppgiften att 56,1 procent av totalkostnaden motsvarar 75,5 mdkr år 2009 beräknas totalkostnaden för psykisk sjukdom 2008 i Sverige till 134,6 mdkr i 2009 års penningvärde ( $56,1 \% = 75,5 \text{ mdkr}$ ,  $100 \% = 134,6 \text{ mdkr}$ ).

Tabell 6. Kostnadsandel i procent för i ”mental disorder” ingående diagnosgrupper 2008 [7], kostnad i mdkr och kostnadsandel i procent för urval av diagnosgrupper i Sverige 2008 [6].

	Kostnadsandel i procent för ”Mental disorder” [7]		Kostnad i mdkr Sverige 2008 [6]	Kostnadsandel i procent i Sverige 2008
	alla	exkl ”addiction”		
Addiction	14,2	-		
Anxiety disorder	16,1	18,8	1,5	3,8
Child/adolescent disorder	4,6	5,4		
Eating disorder	0,2	0,2		
Mental retardation	9,4	10,9		
Mood disorder	24,6	28,6	49	28,6
Personality disorder	5,9	6,9		
Psychotic disorder	20,4	23,7	25	23,7
Somatoform disorder	4,6	5,3		
<b>Summa</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>75,5</b>	<b>56,1</b>

## Referenser

1. Magnusson L, Hanson E (2015), **Barn som anhöriga** Rapport från Linnéuniversitetets och Nationellt kompetenscentrum anhörigas arbete, 2012 – 2014, Nationellt kompetenscentrum anhöriga
2. **Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de?**  
Nka: Stockholm 2013
3. Hodgson T, Meiners M. **Cost-of-Illness methodology: A Guide to Current Practices and procedures.** The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, Vol 60, No. 3 (1982) pp 429-462
4. Jo C. **Cost-of-illness studies: concepts, scopes, and methods.** Clinical and Molecular Hepatology 2014;20:327-337
5. A Annell, **Hälsoekonomi**, 2009 Studentlitteratur
6. Ekman et al. **Kostnader för bipolär sjukdom, depression, schizofreni och ångest.** Läkartidningen 2014;111:CWZX
7. Gustavsson A. et al, **Cost of disorder of the brain in Europe 2010.** j.euronero (2011) 21,718-779
8. Missbrukets ekonomiska börda i Sverige, kap 19 **Missbruksutredningen** (SOU 2011:6)
9. Ekman et al, **The societal cost of schizophrenia in Sweden,** J Ment Health Policy Econ. 2013 Mar;16(1):13-25.
10. Ekman et al, **The societal cost of bipolar disorder in Sweden,** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013 Oct;48(10):1601-10.
11. Hjern, Arat & Vinnerljung, **Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom- hur ser livet ut i ung vuxen ålder?**  
Nka: Stockholm 2014
12. Anders Hjern, Opublicerat utdrag ur datamaterialet till rapport **Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder?** Dec 2014
13. **Ändamålsenligt stöd till barn i familjer med missbruk och andra allvarliga svårigheter.** Slutrapport från ett regeringsuppdrag 2011–2014 Socialstyrelsen 2015
14. Bremberg S. Eriksson L red. **Investera i barns hälsa.** Statens folkhälsoinstitut 2010
15. **Tänk långsiktigt – En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa.** Rapport från Skolverket/ Socialstyrelsen/Statens folkhälsoinstitut 2004
16. **Guide för effektutvärdering av sociala investeringsprojekt.** P-synk psykisk hälsa för barn och unga. Sveriges Kommuner och Landsting 2014
17. **Vänta inte! Guide för investeringar i tidiga insatser för barn och unga.** Sveriges Kommuner och Landsting 2012

# Barn som anhöriga - ekonomisk studie av samhällets långsiktiga kostnader

Att barn och unga lever i hem med missbruk och/eller allvarlig sjukdom medför direkta och indirekta kostnader för samhället på kort och lång sikt. Denna hälsoekonomiska studie är en beräkning av samhällets årliga kostnad för den andel av befolkningen som vuxit upp som barn som anhörig till förälder med psykisk sjukdom eller missbruk av alkohol eller narkotika. Kostnaden beror huvudsakligen på att andelen med psykisk sjukdom är dubbelt så hög inom denna grupp som inom resten av befolkningen, och att andelen med missbruk av alkohol respektive narkotika är cirka fyra till fem gånger så hög som befolkningen i övrigt.

Samhället skulle kunna minska sina kostnader med 35 mdkr per år om omfattningen av psykisk ohälsa och missbruk hos gruppen barn som anhöriga i vuxen ålder skulle kunna sänkas till samma nivå som för befolkningen i övrigt.



**Bo Hovstadius** filosofie doktor. forskarassistent på eHälsainstitutet vid Linnéuniversitetet, Kalmar.

Han forskar inom eHälsa, äldres läkemedelsanvändning och hälsoekonomi. Disputerad inom biomedicinsk vetenskap, ämne läkemedelsinformatik, med inriktningen läkemedelsepidemiologi vid Linnéuniversitetet.



**Lisa Ericson** Lisa Ericson är farmacie doktor och verksam som lektor och forskare inom eHälsa, läkemedelsanvändning och hälsoekonomi på eHälsainstitutet vid Linnéuniversitetet, Kalmar. Lisa disputerade inom farmaceutisk biovetenskap, ämne farmakologi, med inriktning neurobiologiska beroendemekanismer vid Uppsala universitet.



**Lennart Magnusson**, docent i Vårdvetenskap vid Institutionen för hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitet, Kalmar och verksamhetschef för Nka. Hans forskning finns främst inom området anhöriga till barn, vuxna och äldre, barn som anhöriga och partcipatoriska forskningsmetoder. Han driver anhörigfrågor med fokus på partnerskap och att de anhörigas röst ska bli hörd och respekterad och att deras situation ska bli tagen på allvar.

**Nka: Barn som anhöriga**

2015:8

ISBN 978-91-87731-28-0

[www.anhoriga.se](http://www.anhoriga.se)