

ÖRO LEDSEN AGGRESSIV DEPRIMERAD TVÅNGSTANKAR APATI
SÖMNLÖS SJÄLMORDSBENÄGEN STRESS NEDSTÄMD SKAM
MISSBRUK VANMAKT HOT SKILSMÄSSA DÖDSBESKED OLYCKA
UTARBETAD ÄTSTÖRNING MOBBNING TONÅRSPROBLEM TROTS
PUBERTET SKOLK KRIS SKULDKÄNSLOR SJÄLVBILD RUINERAD
ÖVERANSTRÄNGD FÖRLUST OTILLRÄCKLIG LIVSÅNGEST TRAUMA
KAOS ENSAMHET KRÄNKT CHOCK FÖRÖDMJUKAD VÄRDELÖS
ÖVERGIVEN UTANFÖRSKAP KRIGSSKADA TIDSPRESS NEGATIV
KULTURKROCK VÅLDSAM OÄLSKAD ALKOHOLISM FÖRVIRRING
SCHIZOFRENI SJÄLVSPÄKNING MISSLYCKAD MANI HYPERAKTIV
HUVUDVÄRK RASTLÖS MUSKELSPÄNNING IRRITERAD GISSLAN
KROPPSFIXERAD FOBIER NEDSTÄMDHET FÖRLOSSNINGSSKRÄCK
SKOLTRÖTT **ÄR PSYKISK HÄLSA EN KLASSFRÅGA?** VÄRDELÖS
PANIKATTACK OVERKLIGHETSKÄNSLA MAGONT TORTYR PANIK
TRAFIKOLYCKA HÖJDRÄDD OSÄKERHET PRESTATIONSÅNGEST
FÄNGSLAD FAMILJEGRÄL BROTTSOFFER MENINGSLÖS SMÄRTA
SKRÄCK HUVUDVÄRK APTITLÖS ÄNGSLAN OLUST VANMAKT
TRÖTT SKULD LEDSEN DEPRIMERAD TVÅNGSTANKAR SÖMNLÖS
NEDSTÄMDHET KONCENTRATIONSSVÄRIGHETER SÄNGLIGGANDE
MANISK-DEPRESSIV VÅLDTÄKT APATISK HETSÄTNING DYSTYMI
FLYGRÄDD RASTLÖS KATASTROFÅNGEST SJÄLMORDSTANKAR
TVÅNGSSYNDROM SORG PANIKÅNGEST LIVSKRIS MAKTLÖSHET



DEPRESSION *En rapport om mänskliga och ekonomiska vinster*

DEPRESSION

En rapport om mänskliga och ekonomiska vinster

| | |
|--|-----------|
| FÖRORD | <i>7</i> |
| DEN PSYKISKA OHÄLSANS OMFATTNING | <i>10</i> |
| PSYKISK OHÄLSA OCH LIVSKVALITET | <i>12</i> |
| OBEHANDLAD PSYKISK OHÄLSA | <i>14</i> |
| DEN EKONOMISKA KOSTNADEN | <i>18</i> |
| KOSTNADSEFFEKTIV BEHANDLING | <i>22</i> |
| NATIONELLA RIKTLINJER FÖR BEHANDLING AV DEPRESSION OCH ÅNGEST | <i>25</i> |
| EN PSYKOLOG PÅ VARJE VÅRDcentral | <i>26</i> |
| SLUTSATSER | <i>29</i> |
| SAMMANFATTNING | <i>30</i> |
| REFERENSLISTA | <i>32</i> |

FÖRORD

EN PERSON AV FEM DRABBAS NÅGON GÅNG UNDER LIVET AV DEPRESSION.¹ Faktum är att mellan 20 och 40 procent av människorna i Sverige lider av någon form av psykisk ohälsa.² Detta är ett av vårt lands största folkhälsoproblem, ett problem som det talas mycket om, ett problem där det finns tydliga riktlinjer om vilka vägval som behöver göras, men där man från samhällets sida fortfarande står och tvekar. **DEN EKONOMISKA KOSTNADEN FÖR ATT INTE GÖRA NÅGONTING ÄR MYCKET STOR.** London School of Economics gjorde 2006 en cost-benefit analys som visade att kostnaden för skattebetalarna för personer som på grund av obehandlad eller ineffektivt behandlad depression och ångest inte kunde arbeta är 7 miljarder brittiska pund, d v s cirka 84 miljarder svenska kronor, per år.³ Sammanför man direkta vårdkostnader med indirekta kostnader i form av förlorat produktionsvärde är den totala kostnaden i Storbritannien 12 miljarder pund (ca 144 miljarder kronor) per år, att jämföra med den årliga kostnaden av 600 miljoner pund för att erbjuda en evidensbaserad psykologisk behandling.

I Sverige har vi samma problem. **SOCIALSTYRELSEN KONSTATERAR I DE PRELIMINÄRA NATIONELLA RIKTLINJERNA VILKA BEHANDLINGAR SOM FUNGERAR FÖR PERSONER MED LINDRIG TILL MÅTTLIG DEPRESSION OCH FÖR ÅNGEST.** Få bestrider problemets omfattning. Vi vet att människor med en psykisk ohälsa vill vända sig till vårdcentralerna, vilket också är landstingens önskemål. **PROBLEMET LIGGER I ATT KUNNA ERBJUDA EVIDENSBASERAD PSYKOLOGISK BEHANDLING DÄR MÄNNISKOR SÖKER DEN I DEN OMFATTNING SOM**

MÄNNISKOR HAR BEHOV AV DEN. Det finns en allmänt utbredd missuppfattning att en av orsakerna till att det här inte görs, eller ännu värre, kan göras är att det är brist på psykologer. Bara som ett exempel visar en nyligen genomförd enkätundersökning att **77 PROCENT AV SVERIGES 2 000 PRIVATPRAKTISERANDE PSYKOLOGER KAN TA EMOT FLER PATIENTER.**⁴

Det här tangerar ett annat stort problem – **PSYKISK HÄLSA HAR BLIVIT EN KLASSFRÅGA.** Närmare nio av tio privatpraktiserande psykologer uppger att de ofta eller ibland kommer i kontakt med personer som har ett tydligt behov av psykologisk behandling, men som inte själva kan betala för den och därmed avvisas.

Det här är alltså samma behandling som Socialstyrelsen konstaterar i de nationella riktlinjerna att dessa människor behöver. Endast en femtedel av de insatser som de privatpraktiserande psykologerna ger bekostas av landstinget, resten betalas av arbetsgivare, försäkringsbolag eller av den enskilde själv. Skulle vi acceptera detta avseende någon annan folksjukdom? Cancer? Hjärt-/kärlsjukdomar? Reumatism? När vi trodde att förstahandsvalet avseende behandling för depression och ångest var läkemedel, sa samhället inte att den enskilde fick bekosta dessa ur egen ficka, tvärtom var kostnaden för antidepressiva läkemedel cirka 1 miljard kronor 2007.⁵ Skulle vi acceptera att patienter tvingades ta ur egen ficka för att få den behandling för tumörsjukdomar som de behöver?

Vi möter de här människorna varje dag. Vi kan inte tyst acceptera att samhället väljer bort att i enlighet med lagen ge behandling efter behov och på lika villkor för hela befolkningen.

Därutöver, som kommer att presenteras nedan, är de ekonomiska kostnaderna för vår gemensamma samhällskassa av att låta dessa personer gå obehandlade eller ineffektivt behandlade, med alla de konsekvenser som det innebär, mycket stor. Precis på samma sätt som i Storbritannien förlorar svenska skattebetalare årligen miljarder kronor på grund av obehandlad eller ineffektivt behandlad depression och ångest.

LARS AHLIN, FÖRBUNDSORDFÖRANDE SVERIGES PSYKOLOGFÖRBUND

¹ BEHANDLING AV DEPRESSIONSSJUKDOMAR – EN SYSTEMATISK LITTERATURÖVERSIKT, STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK UTVÄRDERING (SBU) 2004

² HÄLSO- OCH SJUKVÅRD – PRIMÄRVÅRD – LÄGESRAPPORT 2006, SOCIALSTYRELSEN 2007.

³ THE DEPRESSION REPORT – A NEW DEAL FOR DEPRESSION AND ANXIETY DISORDER, LONDON SCHOOL OF ECONOMICS 2006

⁴ PRIVATA PSYKOLOGERS SYN PÅ DEN PSYKISKA OHÄLSAN, SVERIGES PSYKOLOGFÖRBUND 2009

⁵ GENOMGÅNGEN AV LÄKEMEDEL MOT DEPRESSION – EN SAMMANFATTNING, TANDVÅRDS- OCH LÄKEMEDELSFÖRMÄNSVERKET 2009

DEN PSYKISKA OHÄLSANS OMFATTNING

En person av fem drabbas någon gång under livet av depression som kräver behandling.⁶ Faktum är att mellan 20 och 40 procent av invånarna i Sveriges lider av någon form av psykisk ohälsa. Det är **MELLAN 1,1 OCH 2,3 MILJONER MÄNNISKOR**.⁷

Psykisk ohälsa definieras av Socialstyrelsen som en subjektiv upplevelse av att inte må bra t ex att känna sig nedstämd, stressad eller uppleva att man tillfälligt inte fungerar så bra. Det kan bland annat bero på att något har hänt eller att man är kroppsligt sjuk. Psykisk sjukdom är förutom den egna upplevelsen något som kan diagnostiseras utifrån vissa symptom eller beteenden.⁸ Mer specifikt lider omkring 5-7 procent av den vuxna befolkningen av depression. Omkring 6 procent lider av ångest. Läger vi till tvångssyndrom och social fobi är det ytterligare 2 respektive 12 procent av den vuxna befolkningen.⁹

Depressioner och andra psykiska sjukdomar svarar för **EN FEMTEDEL AV DEN SAMLADE SJUKDOMSBÖRDAN** i Sverige. Sjukdomsbördan är en kombination av antal förlorade friska år genom funktionsnedsättning och antalet förlorade år genom för tidig död. Endast hjärt-/kärlsjukdomar svarar för en marginellt större andel av sjukdomsbördan i Sverige.¹⁰

I den senaste Folkhälsorapporten konstaterar Socialstyrelsen att psykisk ohälsa orsakade 40 procent av alla nya fall av sjuk- och aktivitetsersättningar som beviljades 2006.¹¹

Vidare visar upprepade studier att cirka **EN TREDJEDEL AV DEM SOM SÖKER SIG TILL PRIMÄRVÅRDEN** har en psykisk ohälsa som är så pass påtaglig att den bör mötas med adekvat hjälp.¹²

⁶ BEHANDLING AV DEPRESSIONSSJUKDOMAR – EN SYSTEMATISK LITTERATURÖVERSIKT, STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK UTVÄRDERING (SBU) 2004

⁷ HÄLSO- OCH SJUKVÅRD – PRIMÄRVÅRD – LÄGESRAPPORT 2006, SOCIALSTYRELSEN 2007.

SAMT BEFOLKNINGSSTATISTIK

FRÅN STATISTISKA CENTRALBYRÅN – BEFOLKNINGEN 18-64 ÅR 5 686 427 PERSONER (WWW.SCB.SE).

⁸ NATIONELLA RIKTLINJER FÖR DEPRESSIONSSJUKDOM OCH ÅNGESTSYNDROM – BESLUTSSTÖD FÖR PRIORITERINGAR, PRELIMINÄR VERSION, SOCIALSTYRELSEN 2009.

⁹ NATIONELLA RIKTLINJER FÖR DEPRESSIONSSJUKDOM OCH ÅNGESTSYNDROM – BESLUTSSTÖD FÖR PRIORITERINGAR, PRELIMINÄR VERSION, SOCIALSTYRELSEN 2009. SAMSJUKLIGHETEN MELLAN DESSA SJUKDOMAR ÄR HÖG.

¹⁰ MORADI, TAHEREH ET AL, SJUKDOMSBÖRDAN I SVERIGE MÄTT MED DALY – NEUROPSYKIATRISKA SJUKDOMAR OCH HJÄRT-KÄRLSJUKDOMAR DOMINERAR, LÄKARTIDNINGEN 2006;103(3):137-41. WHO OCH VÄRLDSBANKEN HAR TAGIT FRAM ETT MÅTT (DALY) SOM MÄTER DEN SAMLADE BETYDELSEN AV OLIKA FOLKSJUKDOMAR.

¹¹ FOLKHÄLSORAPPORT 2009, SOCIALSTYRELSEN 2009

¹² CARLSSON, SVEN G., PSYKOLOGI I PRIMÄRVÅRDEN, FÖRSÄKRINGSKASSAN VÄSTRA GÖTALANDS LÄN, VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN OCH GÖTEBORGS UNIVERSITET 2001

PSYKISK OHÄLSA OCH LIVSKVALITET

Vi talar inte här om en välfärdssjuka, där människor har för höga förväntningar om att de ska vara såväl lyckliga som lyckade. Vi talar om människor vars liv är lamslaget av depression eller ångest.

Psykisk ohälsa är en av de vanligaste orsakerna till att man upplever sitt hälsotillstånd som dåligt, konstaterar Socialstyrelsen i sin årliga Folkhälsorapport.¹³

När psykologer studerar hur olika former av funktionsnedsättningar påverkar människors upplevelse av välbefinnande finner de regelmässigt att **PSYKISK OHÄLSA ÄR DEN STARKASTE PREDIKTORN FÖR NEDSATT VÄLBEFINNANDE**. Det finns en vanligt förekommande missuppfattning att den vanligaste orsaken till känslor av hopplöshet och olycka är fattigdom. Studier har visat att tidigare psykisk sjukdom (tio år tidigare) förklarar mer rådande olycka än vad fattigdom gör.¹⁴

Livskvaliteten halveras vid en depression. Personer med depression har en livskvalitet på samma nivå som personer som haft en allvarlig stroke. Patienter med depression uppger en negativ påverkan på deras dagliga aktiviteter, en ökad nivå av smärta och obehag, liksom oro och nedstämdhet. **MÅNGA PATIENTER MED EN DEPRESSION SLUTAR ATT FUNGERA SOCIALT OCH FÖRLORAR FÖRMÅGAN ATT ARBETA.**¹⁵

Ovanstående innebär dessutom **OFTA EN ENORMT TUNG BÖRDA FÖR ANHÖRIGA OCH NÄRSTÅENDE**. Det är tungt och arbetsamt att stödja en person som är sjuk, det innebär ofta en kris när en anhörig eller närstående drabbas av en psykisk sjukdom och det är svårt att se sin närstående förändrad eller lida.

Det handlar i många fall också om att mötet med vården är påfrestande genom att det är svårt att hitta rätt, upplevelser av att inte bli tagen på allvar och att bli skickad mellan olika vårdinstanser utan att få den hjälp man behöver.¹⁶

MÅNGA KÄNNER DESSUTOM AV SAMHÄLLETS FÖRDOMAR MOT PSYKISKA SJUKDOMAR OCH MOT PSYKISK OHÄLSA. Stigmatisering av personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning är en realitet. Negativa attityder från andra och en negativ självbild kan, ofta i kombination, bidra till att människor upplever sig ha små chanser till att utvecklas, de känner sig ovälkomna och inte delaktiga i samhället.¹⁷

¹³ FOLKHÄLSORAPPORT 2009, SOCIALSTYRELSEN 2009

¹⁴ THE DEPRESSION REPORT – A NEW DEAL FOR DEPRESSION AND ANXIETY DISORDER, LONDON SCHOOL OF ECONOMICS 2006

¹⁵ SOBOCKI, PATRIK, HEALTH ECONOMICS OF DEPRESSION, KAROLINSKA INSTITUTET 2006

¹⁶ AMBITION OCH ANSVAR – NATIONELL STRATEGI FÖR UTVECKLING AV SAMHÄLLETS INSATSER TILL PERSONER MED PSYKISKA SJUKDOMAR OCH FUNKTIONSHINDER, SOU 2006:100

¹⁷ AMBITION OCH ANSVAR – NATIONELL STRATEGI FÖR UTVECKLING AV SAMHÄLLETS INSATSER TILL PERSONER MED PSYKISKA SJUKDOMAR OCH FUNKTIONSHINDER, SOU 2006:100

OBEHANDLAD PSYKISK OHÄLSA

Det är svårt att säkert veta hur många med depression och ångest som inte får någon behandling eller som får en otillräcklig eller felaktig behandling.

SOCIALSTYRELSEN KONSTATERAR ATT MÄNNISKOR MED FRAMFÖR ALLT DEPRESSION JÄMFÖRELSEVIS SÄLLAN KOMMER TILL BEHANDLING. Flera studier talar för att uppemot hälften av dem som har en depression inte blir diagnostiserade när de söker sig till primärvården för besvär som sannolikt kan förklaras av bakomliggande depression, men som ofta upplevs som kroppsliga symtom, exempelvis smärta eller värk.¹⁸

AV DEM SOM SÖKER VÅRD FÖR DEPRESSION OCH ÅNGEST SÖKER SIG CIRKA 70 PROCENT TILL PRIMÄRVÅRDEN.¹⁹ Måttlig och lindrig depression samt ångest ska i första hand behandlas med evidensbaserad psykologisk behandling. **ENDAST 54 PROCENT AV VÅRDCENTRALERNA KAN ERBJUDA NÅGON ELLER NÅGRA AV BEHANDLINGSFORMERNA - KOGNITIV BETEENDETERAPI (KBT), KOGNITIV PSYKOTERAPI ELLER BETEENDETERAPI.²⁰** Det här innebär att knappt hälften av de 70 procent av personer med depression och ångest som söker sig till primärvården inte ens har möjlighet att få rekommenderad behandling.

I en webbaserad undersökning av primärvårdsläkares behandlingspraxis framkom 2006 att drygt **VAR TREDJE PATIENT ORDINERADES NÅGON FORM AV STÖDSAMTAL, MEN MINDRE ÄN VAR TIONDE PATIENT FICK NÅGON SPECIFIK PSYKOLOGISK BEHANDLING.²¹** Det här innebär att även av dem som skulle ha tillgång (54 procent enligt ovan) så får endast omkring 10 procent någon specifik psykologisk behandling.

En övervägande majoritet av verksamhetscheferna på landets vårdcentraler uppger att möjligheterna att få samtalsbehandling vid psykisk ohälsa är otillfredsställande.²² Samtidigt visar studier att **MÅNGA PATIENTER**

FÖREDRAR PSYKOLOGISK BEHANDLING framför läkemedel om möjligheten finns.²³ En nyligen genomförd opinionsundersökning bland allmänheten visar att 66 procent i första hand skulle vilja ha psykologisk behandling om de skulle drabbas av en psykisk ohälsa. Endast 9 procent skulle i första hand vilja ha medicinering.²⁴

Hur stor del av den årliga hälso- och sjukvårdsbudgeten som faktiskt går till behandling av depression och ångest är svårt att säga. Stockholms läns landsting, som har cirka 22 procent²⁵ av Sveriges vuxna befolkning, bekostade förra året 20 000 besök hos psykolog i primärvården.²⁶ Under samma period tillhandahöll landstinget 2,8 miljoner läkarbesök i primärvården. Om förekomsten av lindrig till måttlig depression och ångest är jämt fördelad över landet skulle Stockholms läns landsting med 22 procent av den vuxna befolkningen ha 88 000 personer i behov av behandling för lindrig till måttlig depression och ångest inom upptagningsområdet.²⁷ Landstinget bekostade alltså förra året 20 000 besök hos psykolog, vilket, försiktigt räknat (ett flertal patienter hade sannolikt fler än ett besök till psykolog), innebär att omkring 68 000 personer i Stockholms län som sökte hjälp för depression eller ångest inte fick träffa en psykolog. **DE PATIENTER SOM SÖKER VÅRD FÅR INTE TILLGÅNG TILL PSYKOLOGISK BEHANDLING DÄRFÖR ATT LANDSTINGET INTE ANSTÄLLT ELLER SLUTIT AVTAL MED TILLRÄCKLIGT MÅNGA PSYKOLOGER, DÄRFÖR ÄR SÅ PASS MYCKET PSYKISK OHÄLSA OBEHANDLAD.**

Tillgång till psykologisk behandling är begränsad också av andra skäl. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har i sin litteraturoversikt över behandling av depression och ångest, som publicerades 2004, visat att samtalsbehandling är minst lika effektiv som antidepressiva läkemedel vid lindrig och måttlig depression.

PRIORITERINGAR SPELAR OCKSÅ ROLL. Något fler än 700 000 personer behandlades med antidepressiva läkemedel under 2007. Kostnaden för antidepressiva läkemedel under 2007 var cirka 1 miljard kronor. Besök till psykolog i primärvården i Stockholms läns landsting utgjorde 0,7 procent av besöken i primärvården. Det motsvarar en kostnad av 70 miljoner kronor av primärvårdens budget på 10,3 miljarder kronor.²⁸ Ser proportionerna likadana ut i övriga Sverige avsätts cirka 300 miljoner kronor för psykologisk behandling av personer med depression och ångest i primärvården.²⁹ Förra året gick således cirka **0,7 PROCENT AV RESURSERNA I PRIMÄRVÅRDEN I STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING TILL PSYKOLOGISK BEHANDLING AV DE DRYGT 30 PROCENT AV PATIENTERNA** i primärvården som hade en psykisk ohälsa.

Ett annat stort problem är den dolda psykiska ohälsan. Bland unga vuxna som uppsökte vårdcentral berättade endast en tredjedel av dem med ett nedsatt psykiskt välbefinnande något om det för sin läkare. Anledningarna angavs vara rädsla för **STIGMATISERING**, tidsbrist vid besöket hos läkare och det fokus på somatiska sjukdomar som vårdcentralerna upplevs ha.³⁰

- ¹⁸ NATIONELLA RIKTLINJER FÖR DEPRESSIONSSJUKDOM OCH ÅNGESTSYNDROM – BESLUTSSTÖD FÖR PRIORITERINGAR, PRELIMINÄR VERSION, SOCIALSTYRELSEN 2009
- ¹⁹ NATIONELLA RIKTLINJER FÖR DEPRESSIONSSJUKDOM OCH ÅNGESTSYNDROM – BESLUTSSTÖD FÖR PRIORITERINGAR, PRELIMINÄR VERSION, SOCIALSTYRELSEN 2009
- ²⁰ HÄLSO- OCH SJUKVÅRD – PRIMÄRVÅRD - LÄGESRAPPORT 2006, SOCIALSTYRELSEN 2007
- ²¹ ANTIDEPRESSIVA LÄKEMEDEL VID PSYKISK OHÄLSA. STUDIER AV PRAXIS I PRIMÄRVÅRDEN. SOCIALSTYRELSEN 2006
- ²² ANTIDEPRESSIVA LÄKEMEDEL VID PSYKISK OHÄLSA. STUDIER AV PRAXIS I PRIMÄRVÅRDEN. SOCIALSTYRELSEN 2006
- ²³ CHILVERS, C. ET AL, ANTIDEPRESSANT DRUGS AND GENERIC COUNSELLING FOR TREATMENT OF MAJOR DEPRESSION IN PRIMARY CARE: RANDOMISED TRIAL WITH PATIENT PREFERENCE ARMS, BRITISH MEDICAL JOURNAL, 322 (31 MARCH 2001)
- ²⁴ ALLMÄNHETEN OM PSYKOLOGISK BEHANDLING, OPINIONSUNDERSÖKNING BLAND ALLMÄNHETEN, NOVUS OPINION OCH SVERIGES PSYKOLOGFÖRBUND MARS 2009
- ²⁵ BEFOLKNINGSSTATISTIK FRÅN STATISTISKA CENTRALBYRÅN ([WWW.SCB.SE](http://www.scb.se))
- ²⁶ STATISTIK PRESENTERAD AV ANDERS OLSSON, UTREDARE OCH PROJEKTLEDARE FÖR VÅRDVAL STOCKHOLM, VID SVERIGES PSYKOLOGFÖRBUNDS REGIONALA KONFERENS I STOCKHOLM 7 MAJ 2009.
- ²⁷ BERÄKNAT PÅ CA 8 PROCENT AV BEFOLKNINGEN (SIFFRAN HAR JUSTERATS FÖR ATT TA HÄNSYN TILL SAMSJUKLIGHET MELLAN DEPRESSION OCH ÅNGEST SAMT ATT PSYKOLOGISK BEHANDLING INTE ÄR REKOMMENDERAD BEHANDLING FÖR SVÅR DEPRESSION). 8 PROCENT AV DEN VUXNA BEFOLKNINGEN ÄR CIRKA 455 000 PERSONER.
- ²⁸ BESÖK HOS EN PSYKOLOG KOSTAR MINDRE ÄN ETT BESÖK HOS LÄKARE P G A FÄRRE KRINGKOSTNADER, MEN ETT BESÖK HOS PSYKOLOG VARAR I GENOMSNITT NÅGOT LÄNGRE ÄVEN OM DE AKTUELLA PATIENTGRUPPERNA OFTA ÄR TIDSKRÄVANDE HOS ALLMÄNLÄKARNA.
- ²⁹ STOCKHOLM SVARAR FÖR 24 PROCENT AV SVERIGES TOTALA PRIMÄRVÅRDSBUDGET. STATISTIK OM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD SAMT REGIONAL UTVECKLING, 2008 ([WWW.SKL.SE](http://www.skl.se)).
- ³⁰ DEN DOLDA PSYKISKA OHÄLSAN BLAND UNGA VUXNA SOM UPPSÖKER VÅRD-CENTRAL, KAROLINSKA INSTITUTETS FOLKHÄLSOAKADEMI 2009:3

DEN EKONOMISKA KOSTNADEN

Depression och ångest hindrar många människor från att arbeta. En del av dem som är utan arbete förlorar viljan eller förmågan att komma tillbaka och de som har ett arbete har många fler sjukdagar.³¹

MELLAN ÅREN 1997 OCH 2005 FÖRDUBBLADES SAMHÄLLETS KOSTNADER FÖR DEPRESSIONSSJUKDOMAR, FRÅN 16 TILL 33 MILJARDER KRONOR ÅRLIGEN. I dessa kostnader ingår direkta utgifter för vård och läkemedel, men också indirekta kostnader för förlorad produktion som en följd av sjukskrivningar och förtidspensioneringar. Det är främst det ökade antalet sjukskrivningar som har lett till de ökade kostnaderna mellan 1997 och 2005.³²

Hur stor samhällets kostnad bedöms vara beror delvis på hur vilken metod som används för kostnadsberäkningar. Siffran ovan är beräknad genom en top-down-studie, där man utgår från de resurser och kostnader som totalt går till vård, omsorg etc i hela landet, vilket sedan fördelas på olika sjukdomar. I bottom-up-studier å andra sidan, undersöks en begränsad grupp, oftast mycket noggrant, och sedan extrapoleras resultaten till en mycket större grupp, t ex alla som har sjukdomen i fråga. I bottom-up-studier där man inkluderar alla kostnader och extrapolerar dessa har man summerat samhällets kostnader för depression till så mycket som 64 miljarder kronor per år.³³

Två tredjedelar av samhällets kostnader för depression är en följd av sjukskrivningar och förtidspensioneringar. Den genomsnittliga kostnaden för en depressionsepisod uppgår till 51 000 kronor per person, varav 65 procent är indirekta kostnader och resten är vårdrelaterade kostnader.³⁴

PSYKISK OHÄLSA SOM SJUKSKRIVNINGSORSAK ÖKADE MELLAN ÅREN 1999 OCH 2003 FRÅN 18 TILL 30 PROCENT av det totala antalet sjukskrivna.³⁵ I dag ligger andelen sjukskrivning p g a psykiska ohälsa kring knappt 30 procent.³⁶ Personer med en depression är borta från arbetet i genomsnitt 1,5 månader under en sexmånadersperiod.³⁷

Mätningar har också gjorts av närvaro på arbetsplatsen under en specifik vecka. Av personer med psykisk funktionsnedsättning, d v s personer som har en varaktig funktionsnedsättning till följd av en psykisk sjukdom, som hade ett arbete var endast 59 procent närvarande under den vecka som mätningen gjordes.³⁸ Hela 41 procent var alltså av ett eller annat skäl borta från arbetet hela veckan – motsvarande siffra i befolkningen som helhet var 10 procent, och bland personer med funktionsnedsättning som helhet 15 procent.³⁹

Bland dem som uppger att de har en psykisk funktionsnedsättning anger nästan nio av tio att de har en nedsatt arbetsförmåga, vilket antyder att **EN PSYKISK FUNKTIONSNEDSÄTTNING HAR EN MER LÅNGTGÅENDE NEGATIV EFFEKT PÅ ARBETSFÖRMÅGAN ÄN ANDRA FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR**. Personer med psykisk funktionsnedsättning är också den grupp som har lägst sysselsättningsgrad av alla handikappgrupper.⁴⁰

Personer med psykisk funktionsnedsättning är också arbetslösa i högre utsträckning än såväl andra handikappgrupper som befolkningen i övrigt. Medan arbetslösheten sista kvartalet 2006 var 4,5 procent i befolkningen som helhet och 6 procent i gruppen personer med funktionsnedsättning

som helhet, var siffran hela 12 procent bland dem som angav att de har en psykisk funktionsnedsättning. Denna höga siffra ska ses mot bakgrund av att det stora flertalet personer med psykisk funktionsnedsättning står helt utanför detta system och återfinns i socialförsäkringssystemet.⁴¹

ATT HA ETT ARBETE ATT GÅ TILL ÄR EN STARKT BIDRAGANDE FAKTOR TILL ÅTERHÄMTNING från psykisk sjukdom. Mycket erfarenhet talar för att arbetslöshet i många fall allvarligt kan förvärra prognosen för personer med en psykisk ohälsa. Många människor hamnar i en ond cirkel där förlusten av arbetet förstärker depressionen, vilket gör det än svårare att återkomma till arbete. Såvida inte hjälp erbjuds. **DE MILJARDER SOM GÅR FÖRLORADE GENOM INAKTIVITET ÄR EN MYCKET STOR KOSTNAD JÄMFÖRT MED DE DRYGT 4,6 MILJARDER KRONOR ÅRLIGEN SOM DET SKULLE KOSTA ATT ERBJUDA PERSONER MED EN LINDRIG TILL MÅTTLIG DEPRESSION ELLER ÅNGEST EN EVIDENSBASERAD VÅRD MED GOD TILLGÄNGLIGHET.**⁴²

³¹ SOCIALSTYRELSEN SKRIVER I FOLKHÄLSORAPPORTEN 2009 ATT SJUKFRÅNVARON ÄR MYCKET VANLIGARE BLAND PERSONER HAR EN NEDSATT PSYKISK HÄLSA.

³² SOBOCKI, PATRIK ET AL, THE ECONOMIC BURDEN OF DEPRESSION IN SWEDEN FROM 1997-2005, EUROPEAN PSYCHIATRY 2007:3; 146-152

³³ SE BL A SOBOCKI, PATRIK, HEALTH ECONOMICS OF DEPRESSION, KAROLINSKA INSTITUTET 2006

³⁴ SOBOCKI, PATRIK, HEALTH ECONOMICS OF DEPRESSION, KAROLINSKA INSTITUTET 2006

³⁵ PSYKISKA SJKDOMAR OCH STRESSRELATERADE BESVÅR – LÅNGVARIGA SJUKSKRIVNINGAR ÅREN 1999-2003, RIKSFÖRSÄKRINGSVERKET 2004:8

³⁶ STATISTIK FRÅN FÖRSÄKRINGSKASSAN, KVARTALSDATA JUNI 2008, SJUKFALL EFTER SJUKSKRIVNINGSDIAGNOS (WWW.FORSÄKRINGSKASSAN.SE)

³⁷ SOBOCKI, PATRIK, HEALTH ECONOMICS OF DEPRESSION, KAROLINSKA INSTITUTET 2006

³⁸ EN PSYKISK FUNKTIONSNEDSÄTTNING INNEBÄR OMFATTANDE OCH VARAKTIGA BESVÅR SOM INNEBÄR SVÅRIGHETER ATT UTFÖRA AKTIVITETER PÅ VIKTIGA LIVSOMRÅDEN, T EX UTFÖRA ETT ARBETE, SVÅRIGHETERNA SKA VARA EN KONSEKVEN AV EN PSYKISK SJKDOM. AMBITION OCH ANSVAR – NATIONELL STRATEGI FÖR UTVECKLING AV SAMHÄLLETS INSATSER TILL PERSONER MED PSYKISKA SJKDOMAR OCH FUNKTIONSHINDER, SOU 2006:100

³⁹ AMBITION OCH ANSVAR – NATIONELL STRATEGI FÖR UTVECKLING AV SAMHÄLLETS INSATSER TILL PERSONER MED PSYKISKA SJKDOMAR OCH FUNKTIONSHINDER, SOU 2006:100

⁴⁰ AMBITION OCH ANSVAR – NATIONELL STRATEGI FÖR UTVECKLING AV SAMHÄLLETS INSATSER TILL PERSONER MED PSYKISKA SJKDOMAR OCH FUNKTIONSHINDER, SOU 2006:100

⁴¹ FUNKTIONSHINDRADES SITUATION PÅ ARBETSMARKNADEN – 4:E KVARTALET 2006, ARBETSMARKNADSSTYRELSEN OCH STATISTISKA CENTRALBYRÅN 2007

⁴² CA 8 PROCENT AV VUXNA BEFOLKNINGEN ÄR 455 000 PERSONER GÅNGER 10 000 KRONOR FÖR EN BEHANDLING.

KOSTNADSEFFEKTIV BEHANDLING

Det är viktigt att tidigt behandla patienter med en depressionsepisod så att de snabbt blir helt fria från sina symptom, då dessa patienter rapporterar att de i genomsnitt mår 40 procent bättre än patienter som enbart får lindring av sina depressionssymptom. Dessutom har de patienter som behandlas effektivt även minskade kostnader med i genomsnitt 25 000 kronor per patient under sex månader till följd av ökad arbetsförmåga och minskat antal läkarbesök. Per år är det en kostnadsbesparing om närmare 50 000 kronor.⁴³

KBT är lika effektivt som läkemedel på kort sikt men på längre sikt är det mer effektivt.⁴⁴ För patienter som behandlas till remission med kognitiv terapi är sannolikheten för ett **ÅTERINSJUKNANDE EFTER AVSLUTAD BEHANDLING HÄLFTEN SÅ STOR SOM HOS PATIENTER SOM HAR BEHANDLATS MED LÄKEMEDEL.**⁴⁵

Så hur mycket kan en psykologisk behandling avlasta samhällskassan? I det kortsiktiga perspektivet blir i genomsnitt 50 procent av dem som behandlas med KBT symptomfria. En framgångsrik behandlingsperiod med KBT resulterar normalt sett i 12 extra depressionsfria månader för den enskilde.⁴⁶ Eftersom en person med depression är borta från sitt arbete i genomsnitt 1,5 månader under en sexmånadersperiod⁴⁷, skulle detta innebära 3 extra månader i arbete.

En behandling, vilken i genomsnitt inbegriper 10 behandlingstillfällen, kostar i genomsnitt 10 000 kronor.⁴⁸ Kostnaden för en månads sjukpenning är som högst 21 400 kronor. Genom en behandling som kostar 10 000 kronor sparas 64 200 kronor för tre månaders sjukpenning. **BEHANDLINGEN BETALAR SÅLEDES SIG SJÄLV DRYGT 6 GÅNGER OM.**

Utöver ovanstående innebär det här **ÄVEN ANDRA BESPARINGAR INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN** genom färre besök hos allmänläkare, färre besök på sjukhus, minskade läkemedelskostnader och minskad kontakt med sjukvården p g a fysiska symptom av psykisk ohälsa.⁴⁹ Enligt SBU:s rapport presenterade hela 80 procent av patienterna med ångest och depression sina besvär som rent kroppsliga.⁵⁰ Det blir också såväl mänskliga som ekonomiska besparingar av att patienterna inte medicinerar och därmed slipper biverkningar från den medicinska behandlingen. För i genomsnitt var tredje patient är läkemedelsbehandlingen otillfredsställande p g a utebliven effekt eller biverkningar.⁵¹

Det är dock viktigt att samtidigt konstatera att ovanstående goda resultat **FÖRUTSÄTTER BEDÖMNING OCH BEHANDLING AV MYCKET VÄL UTBILDADE OCH KVALIFICERADE PERSONER.** Flertalet studier visar att psykologisk behandling är mycket mindre effektiv om den utförs av mindre kvalificerade personer.⁵² Om den är illa utförd kan den till och med orsaka skada.⁵³

- ⁴³ SOBOCKI, PATRIK, HEALTH ECONOMICS OF DEPRESSION, KAROLINSKA INSTITUTET 2006
- ⁴⁴ THE DEPRESSION REPORT – A NEW DEAL FOR DEPRESSION AND ANXIETY DISORDER, LONDON SCHOOL OF ECONOMICS 2006
- ⁴⁵ HOLLON, STEVEN D. ET AL, ENDURING EFFECTS FOR COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY IN THE TREATMENT OF DEPRESSION AND ANXIETY, ANNU. REV. PSYCHOL. 2006;57:285-315
- ⁴⁶ THE DEPRESSION REPORT – A NEW DEAL FOR DEPRESSION AND ANXIETY DISORDER, LONDON SCHOOL OF ECONOMICS 2006
- ⁴⁷ SOBOCKI, PATRIK, HEALTH ECONOMICS OF DEPRESSION, KAROLINSKA INSTITUTET 2006.
- ⁴⁸ UPPGIFTER OM GENOMSNITTLIG BEHANDLINGSTID OCH BEHANDLINGSKOSTNAD FRÅN SVERIGES PSYKOLOGFÖRBUND MAJ 2009
- ⁴⁹ THE DEPRESSION REPORT – A NEW DEAL FOR DEPRESSION AND ANXIETY DISORDER, LONDON SCHOOL OF ECONOMICS 2006
- ⁵⁰ BEHANDLING AV ÄNGESTSYNDROM – EN SYSTEMATISK LITTERATURÖVERSIKT, STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK UTVÄRDERING (SBU) 2005
- ⁵¹ ANTIDEPRESSIVA LÄKEMEDEL VID PSYKISK OHÄLSA. STUDIER AV PRAXIS I PRIMÄRVÅRDEN. SOCIALSTYRELSEN JUNI 2006
- ⁵² ROY-BYRNE, PETER P. ET AL, A RANDOMIZED EFFECTIVENESS TRIAL OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AND MEDICATION FOR PRIMARY CARE PANIC DISORDER, ARCH GEN PSYCHIATRY, 2005;62:290-8
- ⁵³ THE DEPRESSION REPORT – A NEW DEAL FOR DEPRESSION AND ANXIETY DISORDER, LONDON SCHOOL OF ECONOMICS 2006

NATIONELLA RIKTLINJER FÖR BEHANDLING AV DEPRESSION OCH ÅNGEST

I de preliminära nationella riktlinjerna för depression och ångest konstaterar Socialstyrelsen att **BEHANDLING AV LINDRIG TILL MÅTTLIG DEPRESSION OCH ÅNGEST I FÖRSTA HAND SKA VARA PSYKOLOGISK BEHANDLING, FRAMFÖRALLT MED KOGNITIV BETEENDETERAPI.**⁵⁴ Detsamma konstaterade SBU i sin systematiska litteraturöversikt som presenterades 2004.

Socialstyrelsen konstaterar också att det råder stor brist på personal med adekvat kompetens inom kognitiva och beteendearterade terapier. Om alla individer med lindrig till måttlig depression eller ångest skulle erbjudas psykologisk behandling har vi en skriande brist på psykologer inom hälso- och sjukvården, vilket också behöver hanteras. Samtidigt visar en nyligen genomförd enkätundersökning att 77 procent av Sveriges 2000 privatpraktiserande psykologer kan ta emot **YTTERLIGARE CIRKA 44 000 PATIENTER ÅRLIGEN.**⁵⁵

⁵⁴ NATIONELLA RIKTLINJER FÖR DEPRESSIONSSJUKDOM OCH ÅNGESTSYNDROM – BESLUTSSTÖD FÖR PRIORITERINGAR, PRELIMINÄR VERSION, SOCIALSTYRELSEN 2009

⁵⁵ PRIVATA PSYKOLOGERS SYN PÅ DEN PSYKISKA OHÄLSAN, SVERIGES PSYKOLOGFÖRBUND 2009

EN PSYKOLOG PÅ VARJE VÅRDcentral

Endast 30 procent av landets knappt 1 000 vårdcentraler har en psykolog anställd, ytterligare endast 4 procent har avtal med privatpraktiserande psykologer till vilka de kan remittera patienter.⁵⁶

Det här är särskilt oroande med tanke på att 70 procent av personer med depression och ångest söker sig till primärvården. I en nyligen genomförd opinionsundersökning framkom att 46 procent av allmänheten helst skulle vilja vända sig till vårdcentralen för att få hjälp vid psykisk ohälsa. Av de svarande i undersökningen ville ytterligare 24 procent vända sig direkt till en privatpraktiserande psykolog.⁵⁷ Vårdcentralerna är den vårdinstans som landstingen vill att personer med en psykisk ohälsa i första hand ska vända sig.

FÖR ATT KUNNA ERBJUDA EN VÅRD PÅ LIKA VILLKOR OCH EFTER BEHOV BEHÖVER SAMTLIGA AV LANDETS VÅRDcentralER KUNNA ERBJUDA BESÖK OCH BEHANDLING HOS PSYKOLOG.

Senast 1 januari 2010 ska alla Sveriges landsting övergå till ett vårdvalsystem i primärvården. Syftet med reformen är att öka patienternas valfrihet och underlätta för vårdgivare att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Grunderna i vårdvalsystemet ska vara att ersättningen följer den enskildes val av utförare och att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. Det enskilda landstinget beslutar själva vilken behandling som ska ingå i det s k basutbudet. Om Socialstyrelsen konstaterar att lindrig till måttlig depression samt ångest i första hand ska behandlas med evidensbaserad psykologisk behandling, innebär det att landstingen behöver kunna tillhandahålla en sådan behandling.

Försiktigt räknat kan man konstatera att ungefär 8 procent av den vuxna befolkningen, enligt Socialstyrelsens riktlinjer, skulle vara aktuella för psykologisk behandling, d v s cirka 455 000 personer.⁵⁸

Socialstyrelsen uppskattar att cirka 50 procent av dessa personer inte är diagnostiserade och därmed heller inte föremål för behandling för sin depression eller ångest. I dag får dessutom färre än var tionde patient av dem som är diagnostiserade någon form av specifik psykologisk behandling. Det här innebär att det sammantaget är cirka 420 000 personer som inte får rekommenderad behandling.

En behandling om cirka 10 behandlingstillfällen kostar 10 000 kronor.⁵⁹ Att ge ytterligare 420 000 människor en evidensbaserad och god vård skulle därmed **KOSTA 4,2 MILJARDER KRONOR ÅRLIGEN.**

Som konstaterats ovan diagnostiseras och behandlas cirka 50 procent av personer som drabbas av en depression. Cirka 35 procent av kostnaden för en depressionepisod utgörs av direkta utgifter för vård och läkemedel, det motsvarar närmare 18 000 kronor. Ett rimligt antagande är således att för många av dessa patienter skulle det inte innebära en ytterligare kostnad för behandling om 10 000 kronor för 10 behandlingstillfällen. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer ska behandlingen i första hand vara evidensbaserad psykologisk behandling, varför andra vårdkostnader kommer att ersättas. För de drygt hälften av patienterna som enligt Socialstyrelsen inte diagnostiseras innebär det här sannolikt en ny vårdkostnad. Gör vi antagande att relationen diagnostiserade och icke-diagnostiserade ser lik-

ande ut för människor med ångest så innebär det en nytillkommande behandlingskostnad för cirka 230 000 personer.

Ska ytterligare 420 000 patienter behandlas (d v s de som i dag inte behandlas alls samt de som i dag inte behandlas med evidensbaserad psykologisk behandling) så krävs det att fler psykologer utbildas än vad som görs i dag. Det skulle innebära en ytterligare kostnad för utbildning av fler psykologer. En utbyggnad av den här omfattningen är en stegvis process.

För de patienter som behandlas effektivt, d v s till full remission, minskar kostnaden under ett år med i genomsnitt 50 000 kronor per patient till följd av ökad arbetsförhet och minskade läkarbesök.⁶⁰ Cirka 50 procent av dem som behandlas med KBT blir symptomfria.⁶¹ Om vi gör antagandet att kostnadsbilden mer eller mindre ser densamma ut för personer med ångest som för personer med depression, skulle det innebära att samhällskostnaden skulle kunna minska med i genomsnitt 50 000 kronor för hälften av de 455 000 personerna som drabbas årligen. Det här skulle motsvara en **BESPARING OM 11,4 MILJARDER KRONOR ÅRLIGEN.**

⁵⁶ TILLGÅNG TILL PSYKOLOG PÅ VÄRD-CENTRAL, TOTALKARTLÄGGNING, SVERIGES PSYKOLOGFÖRBUND 2009

⁵⁷ ALLMÄNHETEN OM PSYKOLOGISK BEHANDLING, OPINIONSUNDERSÖKNING BLAND ALLMÄNHETEN, NOVUS OPINION OCH SVERIGES PSYKOLOGFÖRBUND MARS 2009

⁵⁸ SIFFRAN HAR JUSTERATS FÖR ATT TA HÄNSYN TILL SAMSJUKLIGHET SAMT ATT PSYKOLOGISK BEHANDLING INTE ÄR REKOMMENDERAD BEHANDLING FÖR SVÅR DEPRESSION.

⁵⁹ UPPGIFTER OM GENOMSNITTLIG BEHANDLINGSTID OCH BEHANDLINGSKOSTNAD FRÅN SVERIGES PSYKOLOGFÖRBUND MAJ 2009. DET HÄR BASERAS PÅ UPPGIFTER FRÅN PRIVATPRAKTISERANDE PSYKOLOGER OM DEN FAKTISKA KOSTNADEN FÖR BEHANDLING.

⁶⁰ SOBOCKI, PATRIK, HEALTH ECONOMICS OF DEPRESSION, KAROLINSKA INSTITUTET 2006.

⁶¹ THE DEPRESSION REPORT – A NEW DEAL FOR DEPRESSION AND ANXIETY DISORDER, LONDON SCHOOL OF ECONOMICS 2006

SLUTSATSER

Hundratusentals personer får i dag inte hjälp, trots att psykologiska behandlingsmetoder finns som skulle hjälpa minst hälften av dem.

Att tillhandahålla psykologisk behandling för personer med depression och ångest är billigare för skattebetalarna och ger ett bättre resultat för den enskilde. Det handlar om **MÄNSKLIGA OCH EKONOMISKA VINSTER**.

I dag får 90 procent av dem som drabbas av depression och ångest inte en rekommenderad behandling. Att ge dem den behandlingen skulle kosta 4,1 miljarder kronor årligen. Minskade kostnader för behandling, sjukskrivning och förtidspensioneringar skulle spara cirka 11,4 miljarder kronor årligen.

Bättre och effektivare behandling skulle också innebära minskat lidande för den enskilde och dess anhöriga. Patienter som behandlas så att de snabbt blir fria från sina symptom rapporterar att de i genomsnitt mår 40 procent bättre än patienter som enbart får lindring av sina depressionssymptom.

DET ÄR VIKTIGT ATT OCKSÅ ARBETA MED SAMHÄLLET'S ATTITYDER. En person av fem kommer någon gång under livet att drabbas av depression. Det är anmärkningsvärt att personer inte erbjuds rekommenderad behandling, men också att människor inte vill söka hjälp p g a stigmatisering. Det är inte acceptabelt. Psykologer vid vårdcentraler skulle bidra till att psykisk ohälsa och psykisk sjukdom ses som det är; vanligt förekommande, ofta behandlingsbart och aldrig stigmatiserande för den enskilde.

SAMMANFATTNING

- Omkring 5–7 procent av den vuxna befolkningen lider av depression och omkring 6 procent lider av ångest.
- Depressioner och andra psykiska sjukdomar svarar för en femtedel av den samlade sjukdomsbördan i Sverige.
- Många patienter med en depression slutar att fungera socialt och förlorar förmågan att arbeta.
- Behandling av lindrig till måttlig depression samt ångest ska i första hand vara evidensbaserad psykologisk behandling.
- Omkring hälften av dem med depression diagnostiseras inte och får därmed inte heller någon specifik behandling för sin sjukdom.
- Av dem som söker vård för depression och ångest söker sig cirka 70 procent till primärvården.
- Endast 54 procent av landets vårdcentraler erbjuder någon eller några av behandlingsformerna - kognitiv beteendeterapi, kognitiv psykoterapi eller beteendeterapi.
- Färre än var tionde patient i primärvården med psykisk ohälsa får någon form av specifik psykologisk behandling.
- Mellan 1997 och 2005 fördubblades samhällets kostnader för depressionssjukdomar, från 16 till 33 miljarder kronor per år.
- Den genomsnittliga kostnaden för en depressionsepisod uppgår till 51 000 kronor, varav 65 procent är indirekta kostnader i form av sjukskrivningar och förtidspensioneringar.
- En person med depression är borta från sitt arbete i genomsnitt 1,5 månader under en sexmånadersperiod.
- I det kortsiktiga perspektivet blir i genomsnitt 50 procent av dem som behandlas med KBT symptomfria.

- En framgångsrik behandling med KBT resulterar normalt sett i tolv extra depressionsfria månader för den enskilde.
- Försiktigt räknat är 455 000 personer av den vuxna befolkningen i behov av psykologisk behandling för depression eller ångest.
- I dag får färre än var tionde patient som söker vård för psykisk ohälsa någon form av specifik psykologisk behandling. Det betyder att cirka 420 000 personer inte får det.
- Att ge ytterligare 420 000 människor en evidensbaserad och god vård skulle kosta 4,2 miljarder kronor årligen.
- För de patienter som behandlas effektivt, dvs till full remission, minskar kostnaden under ett år med i genomsnitt 50 000 kronor per patient till följd av ökad arbetsförhet och ett minskat antal läkarbesök.
- Om psykologisk behandling innebär att symptomfrihet kan uppnås för hälften av personerna som drabbats av lindrig till måttlig depression eller ångest skulle det kunna innebära en besparing om 11,4 miljarder kronor årligen.
- Att tillhandahålla psykologisk behandling för personer med depression och ångest är billigare för skattebetalarna och ger ett bättre resultat för den enskilde.

REFERENSLISTA

ALLMÄNHETEN OM PSYKOLOGISK BEHANDLING, OPINIONSUNDERSÖKNING BLAND ALLMÄNHETEN, NOVUS OPINION OCH SVERIGES PSYKOLOGFÖRBUND MARS 2009

AMBITION OCH ANSVAR – NATIONELL STRATEGI FÖR UTVECKLING AV SAMHÄLLET'S INSATSER TILL PERSONER MED PSYKISKA SJKDOMAR OCH FUNKTIONSHINDER, SOU 2006:100

ANTIDEPRESSIVA LÄKEMEDEL VID PSYKISK OHÄLSA. STUDIER AV PRAXIS I PRIMÄRVÅRDEN, SOCIALSTYRELSEN 2006

BEHANDLING AV DEPRESSIONSSJKDOMAR – EN SYSTEMATISK LITTERATURÖVERSIKT, STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK UTVÄRDERING (SBU) 2004

BEHANDLING AV ÅNGESTSYNDROM – EN SYSTEMATISK LITTERATURÖVERSIKT, STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK UTVÄRDERING (SBU) 2005

CARLSSON, SVEN G., PSYKOLOGI I PRIMÄRVÅRDEN, FÖRSÄKRINGSKASSAN VÄSTRA GÖTALANDS LÄN, VÄSTRA GÖTALANDS-REGIONEN OCH GÖTEBORGS UNIVERSITET 2001

CHILVERS, C. ET AL, ANTI-DEPRESSANT DRUGS AND GENERIC COUNSELLING FOR TREATMENT OF MAJOR DEPRESSION IN PRIMARY CARE, BRITISH MEDICAL JOURNAL, 322 (31 MARCH 2001)

DEN DOLDA PSYKISKA OHÄLSAN BLAND UNGA VUXNA SOM UPPSÖKER VÅRD-CENTRAL, KAROLINSKA INSTITUTETS FOLKHÄLSOAKADEMI 2009:3

FOLKHÄLSORAPPORT 2009, SOCIALSTYRELSEN 2009

FUNKTIONSHINDRADES SITUATION PÅ ARBETSMARKNADEN – 4:E KVARTALET 2006, ARBETSMARKNADSTYRELSEN OCH STATISTISKA CENTRALBYRÅN 2007

GENOMGÅNGEN AV LÄKEMEDEL MOT DEPRESSION – EN SAMMANFATTNING, TANDVÅRDS- OCH LÄKEMEDELS-FÖRMÄNSVERKET 2009

HOLLON, STEVEN D. ET AL, ENDURING EFFECTS FOR COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY IN THE TREATMENT OF DEPRESSION AND ANXIETY, ANNU. REV. PSYCHOL. 2006;57:285-315

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD – PRIMÄRVÅRD - LÄGESRAPPORT 2006, SOCIALSTYRELSEN 2007

MORADI, TAHEREH ET AL, SJUKDOMSBÖRDAN I SVERIGE MÄTT MED DALY – NEUROPSYKIATRISKA SJKDOMAR OCH HJÄRT-KÄRLSJKDOMAR DOMINERAR, LÄKARTIDNINGEN 2006;103(3):137-41

NATIONELLA RIKTLINJER FÖR DEPRESSIONSSJKDOM OCH ÅNGESTSYNDROM – BESLUTSSTÖD FÖR PRIORITERINGAR, PRELIMINÄR VERSION, SOCIALSTYRELSEN 2009

PRIVATA PSYKOLOGERS SYN PÅ DEN PSYKISKA OHÄLSAN, SVERIGES PSYKOLOGFÖRBUND 2009

PSYKISKA SJKDOMAR OCH STRESSRELATERADE BESVÄR – LÅNGVARIGA SJKSKRIVNINGAR ÅREN 1999-2003, RIKSFÖRSÄKRINGSVERKET 2004:8

ROY-BYRNE, PETER P. ET AL, A RANDOMIZED EFFECTIVENESS TRIAL OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AND MEDICATION FOR PRIMARY CARE PANIC DISORDER, ARCH GEN PSYCHIATRY, 2005;62:290-8

SOBOCKI, PATRIK, HEALTH ECONOMICS OF DEPRESSION, KAROLINSKA INSTITUTET 2006

SOBOCKI, PATRIK ET AL, THE ECONOMIC BURDEN OF DEPRESSION IN SWEDEN FROM 1997-2005, EUROPEAN PSYCHIATRY 2007;3; 146-152

THE DEPRESSION REPORT – A NEW DEAL FOR DEPRESSION AND ANXIETY DISORDER, LONDON SCHOOL OF ECONOMICS 2006

TILLGÅNG TILL PSYKOLOGER PÅ VÄRD-CENTRAL, TOTALKARTLÄGGNING, SVERIGES PSYKOLOGFÖRBUND 2009

YTERLIGARE UNDERLAG

BEFOLKNINGSSTATISTIK FRÅN STATISTISKA CENTRALBYRÅN ([WWW.SCB.SE](http://www.scb.se))

STATISTIK FRÅN FÖRSÄKRINGSKASSAN, KVARTALSDATA JUNI 2008, SJUKFALL EFTER SJUKSKRIVNINGSDIAGNOS (WWW.FORSAKRINGSKASSAN.SE)

STATISTIK OM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD SAMT REGIONAL UTVECKLING, 2008 (WWW.SK.L.SE).

UPPGIFTER OM GENOMSNITTLIG BEHANDLINGSTID OCH BEHANDLINGSKOSTNAD FRÅN SVERIGES PSYKOLOGFÖRBUND MAJ 2009

STATISTIK PRESENTERAD AV ANDERS OLSSON, UTREDARE OCH PROJEKTLEDARE FÖR VÄRDVAL STOCKHOLM, VID SVERIGES PSYKOLOGFÖRBUNDS REGIONALA KONFERENS I STOCKHOLM 7 MAJ 2009





SVERIGES PSYKOLOGFÖRBUND/SWEDISH PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION
VASAGATAN 48, BOX 3287, SE-103 65 STOCKHOLM. TEL 08-567 06 400. FAX 08-567 06 499
WWW.PSYKOLOGFORBUNDET.SE