

Sundhedsøkonomiske problemstillinger i psykiatrien

Artiklen er struktureret efter den velkendte opdeling: Efterspørgsel, udbud og mekanisme for ressourceallokering. Der er en omfattende litteratur om cost-of-illness og økonomisk evaluering, en del om udbudssiden og næsten fravær vedr. efterspørgselssiden, utvivlsomt fordi rationalitetsmodellen ikke holder ubetinget.



KJELD MØLLER PEDERSEN

professor,
Institut for Sundhedstjenesteforskning,
Syddansk Universitet, Odense

Organisatorisk skelnes der mellem stationær psykiatri (hospitalsindlæggelse), ambulant psykiatri som også omfatter distriktspsykiatri med hovedvægt på ambulant behandling i lokalsamfundet og social psykiatri. Socialpsykiatrien omfatter alle former for sociale tilbud til sindslidende. Det kan eksempelvis være botilbud, væresteder og beskæftigelse. Socialpsykiatrien organiseres efter strukturreformen alene af kommunerne, medens de øvrige er et regionalt ansvar. Fagligt set består psykiatri af to lægevidenskabelige specialer, hhv. for voksne og børn-unge. Bengtson giver i ny rapport en udmærket oversigt over psykiatriens udvikling i de seneste årtier (Bengtson 2011).

Psykiatrien omfatter mange sygdomme/diagnoser. Populært sagt dækker psykoser (sindssygdom) over, at en person har hallucinationer, vrangforstillinger, tankeforstyrrelser m.m. – 'manglende kontakt til virkeligheden, svigtende realitetssans'. Eksempler på sygdomskategorier er manio-depressiv psykose, skizofreni, Alzheimer og narkomani/afhængighed. I forhold til økonomisk teori rejser det bl.a. spørgsmålet, om man meningsfyldt kan anvende den rationelle homo economicus-model. Neuroser (nervøse tilstande) er en anden hovedkategori i psykiatrien. Der er tale om angstprægede tilstande eller led i en obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD), men der er ikke tale om de samme symptomer som for neuroser – virkelighedsopfattelsen er nogenlunde intakt. Som det siges lakonisk i Den Store Danske Encyklopædi har den syge har indsigt i symptomernes

irrationelle eller overdrevne karakter, men evner ikke uden behandling at ændre herpå. Affektive lidelser, bl.a. depression, er den tredje store hovedgruppe.

I 2008 var omkring 116.000 i behandling for psykiatriske lidelser, heraf knap 25.000 indlagte og ca. 18.000 i børne- og ungdomspsykiatrien (Danske Regioner 2010; Madsen et al. 2010). Der er tale om en stigning på 42% sammenlignet med år 2000. Opdelt på hovedsydgrupper var der – fortsat i 2008 – knap 22.000 med psykoser, en større gruppe, 26.932, med affektive lidelser (depression m.m.), knap 23.000 med nervøse og stress-relaterede lidelser, 8.570 havde psykiske lidelser forårsaget af alkohol og psyko-aktive stoffer, ligesom godt 11.000 havde en dobbeltdiagnose med misbrug og godt 8.300 havde forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd. En særlig gruppe udgøres af retspsykiatriske patienter, incl. dom til behandling. I 2008 godt 4.000, hvoraf 1757 var indlagte. Væksten fra 2000 er på 141%.

En lidt anden taldimension får man ved at notere, at i 2009 indløste 750.000 danskere mindst én recept på lægemidler mod psykiske lidelser (Lægemedelstyrelsen 2011), heraf 115.000 personer, som indløste recept vedrørende skizofreni og andre psykotiske tilstande og omkring 440.000 personer brugte antidepressiv og angstdæmpende medicin. Omsætningen i primærsektoren beløb sig til en lille milliard kr., hvortil

kommer 135 mio. udleveret via sygehusapotekerne. Hertil skal dog lægges yderligere en milliard kr, idet anti-depressive midler, psyko-stimulerende og anti-demens midler, der ikke er omfattet af lægemiddelsystemets N05-kode (psykofarmaka), men findes som en særskilt gruppe, N06.

I økonomiske henseende udgør den behandlende del af psykiatrien kun et hjørne – i 2009 knap 7 mia. kroner, svarende til 8% af regionernes sundhedsudgifter. I 2010 var 51% af tilkendte førtidspensioner begrundet med en psykiatrisk diagnose. Det drejer sig om godt 8.500 tilkendelser (Ankestyrelsen 2011). Hertil kommer en række arbejdsmarkedsproblemløser, bl.a. sygefravær, lav produktivitet og i det hele taget problemer med at blive integreret på eller fastholde tilknytningen til arbejdsmarkedet (Borg et al. 2010).

Terminologisk har man i Danmark i stigende grad adopteret det bredere angelsaksiske 'mental sundhed' eller 'mentalt helbred' – og dermed skulle man måske snarere tale om 'sundhedsøkonomi og mental sundhed' eller 'den mentale sundheds økonomi'. Det eneste dedikerede tidsskrift spejler denne terminology: *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, ligesom der også i en periode fandtes et europæisk mental health economics netværk (www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/PSSRU/researchAndProjects/mheen.aspx)

De sundhedsøkonomiske problemstillinger kan struktureres efter økonomiens velkendte opdeling: Efterspørgsel, udbud/produktion, mekanisme for ressourceallokering, herunder værktøjer som økonomiske evaluering (omkostnings-effekt-analyse), cost-of-illness analyser (den økonomiske byrde ved psykiske sygdomme), DRG m.m.. Gennemgangen i det følgende starter bagfra. Der vil være tale om en blanding af teoretisk, empirisk og statistisk beskrivende materiale.

Sundhedsøkonomiens bidrag

I *Handbook of Health Economics* skriver Frank og McGuire: 'Mental health economics is like health economics only more so: uncertainty and variation in treatment is greater; the assumption of patient self-interested behavior is more dubious ... the social consequences and external costs of illness are formidable' (Frank RG and McGuire TG 2000) Det karakteristiske for dette og et andet oversigtskapitel (Frank RG 2011) er imidlertid, at der stort set kun fokuseres på udbudssiden og primært baseret på amerikanske empiriske undersøgelser. Et andet karakteristisk træk for litteraturen er, at den empiriske litteratur er omfattende medens den teoretiske litteratur er sparsom. Den samme karakteristisk gælder for den danske litteratur.

Den samfundsøkonomiske byrde ved psykiske sygdomme

Det første sundhedsøkonomiske arbejde med fokus på psykiatri er Rashi Feins bog om *The economics of mental illness* (Fein 1958) fra 1958. Det er et klassisk arbejde i cost-of-illness-traditionen (Pedersen 2009) – og ét af de første bidrag overhovedet til litteraturen om den samfundsøkonomiske byrde ved forskellige sygdomme. De samfundsøkonomiske omkost-

ninger ved psykiske sygdomme opdeles i direkte omkostninger (behandlings-og rehabiliteringsomkostninger) og indirekte omkostninger (de arbejdsmarkeds-mæssige konsekvenser) baseret på human capital tænkning, dvs. at de indirekte omkostninger ved at en person førtidspensioneres opgøres som nutidsværdien af den erhvervs-mæssige indkomst i den forventede resterende erhvervs-mæssige funktionsperiode.

Der er fulgt et hav denne type af analyser i kølvandet på Rashi Feins, men disse studier begyndte dog først at komme fra 1980 og fremefter (McGuire T 1990). Der var med andre ord tale om et langt tilløb. I dag er det fortsat den analysekategori, hvor der offentliggøres flest økonomiske analyser af psykisk sundhed – uden dog at have skabt metodiske fornyelser på området.

Den første danske analyse af de samfundsøkonomiske omkostninger ved psykiske sygdomme kom i 1995 baseret på en regnemodel, der havde været anvendt på arbejdsmiljøet (NA-STRAS 1995). De foreliggende danske undersøgelser præsenteres og vurderes i det følgende.

Figur 1 og 2 viser hovedresultaterne fra den såkaldte NA-STRAS-undersøgelse fra 1995, henholdsvis sammenlignet med andre sygdomsgrupper og særskilt for psykiske sygdomme opdelt på direkte og indirekte omkostninger.

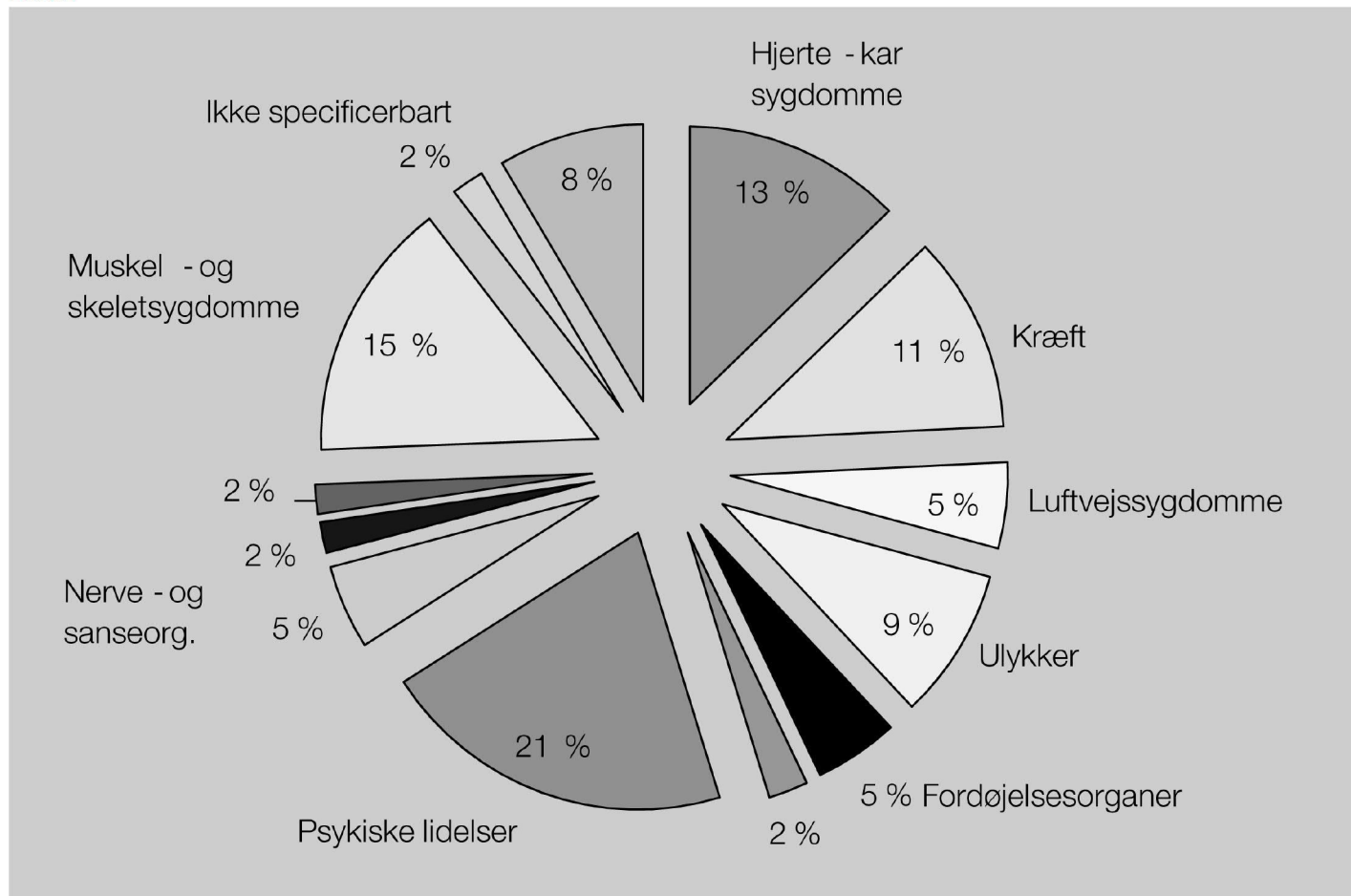
Psykiske lidelser udgør med 21% den procentvise største andel af de samlede samfundsøkonomiske omkostninger. I rapporten er psykiske lidelser lig med psykoser. Bortset fra unøjagtigheder ved de konkrete beregninger – og den anvendte model var meget summarisk – er det åbenbart, at procentdelen er en undervurdering, fordi angsttilstande og depression ikke er medregnet, jfr. tabel 1, ligesom man også med rimelighed kunne medregne omkostninger ved afhængighed (narko, alkohol).

Det karakteristiske ved samfundsmæssige omkostningerne for alle sygdomsgrupper er, at de indirekte omkostninger, og dermed de arbejdsmarkeds-mæssige konsekvenser, er altdominerende. Figur 2 viser dette for de psykiske sygdomme. Noget over 80% af de samlede omkostningerne er indirekte omkostninger.

En af de seneste beregninger for de samfundsøkonomiske omkostninger er fra 2008 (Olesen et al. 2008), tabel 1.

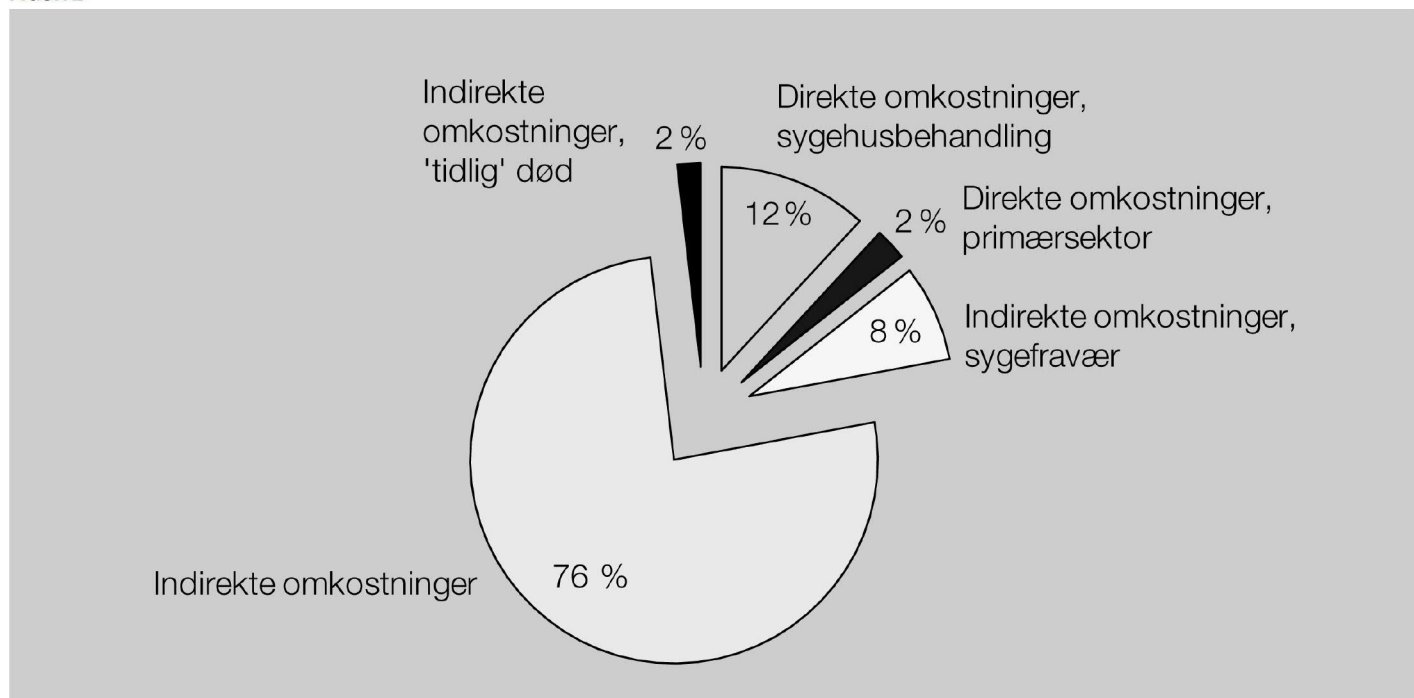
Beregningerne i tabel 1 er baseret på en standardiseret europæisk regnemodel med grove og summariske antagelser om stort set alt i beregningerne, dvs. prævalens, incidens, forbrug af sundhedsydelse, ydelse i socialektoren, sygefravær, og udstødning fra arbejdsmarkedet. Præcisionen er næppe stor, incl. at man for Danmark ikke har kunnet finde tal til beregning af de indirekte omkostninger for psykoser. Det ville dog have været relativt let ved at bruge statistikker fra Arbejdsskadsstyrelsen og Ankestyrelsen. Her ville man bl.a. have set, at i 2004 var psykiske lidelser begrundelsen for lidt under 40% af alle tilkendte førtidspensioner, ligesom diagnoseniveauet er detaljeret baseret på ICD10.

FIGUR 1



Pct-fordeling af de samfundsmæssige omkostninger for 12 sygdomsgrupper. Sum i 1992 priser: ialt 140 mia., fremskrevet til 2011 med forbrugerprisindekset: ca. 198 mia.

FIGUR 2



Omkostningerne ved psykisk sygdom (NASTRA 1995).

I 1992 priser 29 mia. kr, opregnet til 2011 med forbrugerprisindekset ca. 41 mia. kr.

TABEL 1 De samfundsøkonomiske omkostninger ved hovedgrupper af psykiske sygdomme, 2004-priser. Oprindeligt opgjort i 2004 PPP (purchasing power parity) €. Konverteret til kr. med faktoren $7,49 \cdot 1,26 = 1$ PPP € = kr. 9,44 i 2004 priser (Eurostat info.)

	Direkte omkostninger	Indirekte omkostninger	I alt
Misbrug	2322,2	4899,4	7221,6
Psykotiske lidelser	3153,0		3153,0
Angst, incl. OCD	2202,1	2501,6	4703,7
Depression	3124,6	10346,2	13470,9
I alt, psykiatri	10801,9	17747,2	28549,1

Hvis man lidt heroisk, men nok alligevel ikke helt urealistisk antager, at psykoser har uændret fordeling mellem direkte og indirekte omkostninger svarende til beregningen i figur 1, ville et groft skøn over indirekte omkostninger for psykoser i tabel 1 være på omkring 19 mia. kroner – og dermed (hypotetisk) bringe de samlede omkostninger ved psykiske sygdomme op på ca. 48 mia. kroner (2004 prisniveau).

Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø, NFA, offentliggjorde i 2010 en Hvidbog (Borg, Nexø, Kolte, & Andersen 2010) om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. Heri indgår også en beregning af de samfundsøkonomiske omkostninger, tabel 2.

TABEL 2 Skøn over samlede omkostninger ved mentale helbredsproblemer i Danmark 2008

	<i>mio. kr.</i>
Direkte omkostninger	5.664
Indirekte omkostninger	
* nedsat produktivitet	9.953
* sygefravær	3.861
* ophør	35.422
I alt samfundsøkonomiske omkostninger	54.900

'Mentale helbredsproblemer' afgrænses stort set som de diagnoser, hvorefter der tilkendes førtidspensioner. Det må formodes, at beregningen af de indirekte omkostninger for sygefravær og ophør er nogenlunde præcise, fordi det statiske grundlag er godt, medens der kan være usikkerhed omkring nedsat produktivitet, og skønnene for direkte omkostninger er taget fra andre undersøgelser (Borg, Nexø, Kolte, & Andersen 2010; Søgaard et al. 2008; Søgaard and Bech 2006)

Hvad kan man så konkludere om de samfundsøkonomiske omkostninger ved psykiske lidelser? For det første, at det er den diagnosegruppe, som er forbundet med de største samfundsøkonomiske omkostninger. For det andet, at der endnu ikke er gennemført en detaljeret dansk analyse – der anvendes meget grove skøn – og i forlængelse heraf, for det tredje, at der er usikkerhed om det præcise beløb, men baseret på det foregående nok mellem 45-55 mia. kr. Her ses der bort fra omkostningerne ved afhængighed. Medtages dette ville alkohol bidrage med ca. 8 mia. kroner og stofmisbrug ca 3,1 mia. kroner i 2005-prisniveau (Juel et al. 2007). For det fjerde, at de indirekte omkostninger udgør omkring 80-90% af de samlede omkostninger, hvilket illustrerer de alvorlige konsekvenser af psykiske lidelser for detagelse i arbejdsmarkedet. For det femte skal noteres, at pårørendes omkostninger ikke indgår i nogle af beregningerne. Der er ikke tvivl om, at pårørende er vigtige aktører i forbindelse med psykiske lidelser.

Hvad kan sådanne analyser bruges til? (Pedersen 2009). De sponsoreres typisk af patientforeninger og medicinalindustrien og peger dermed på, at de tænkes anvendt i det løbende lobbyarbejde for bedre forhold for psykiatriske patienter. Jo større tal, jo bedre – fordi man tror på overtalelseskraften af tal i den offentlige debat.

Overordnet er cost-of-illness, COI, analyser ikke handlingsanvisende i almindelighed og kan i særdeleshed ikke danne grundlag for ressourceallokering, muligvis bortset fra fordeling af forskningsmidler. Tallene kan i bedste fald illustre et potentiale – nemlig hvad der potentielt kan vindes ved en effektiv indsats. Men COI-analyser indeholder netop ikke indsats mod problemet. For at kunne være handlingsanvisende for ressourceallokering kræves økonomiske evalueringer, som eksplicit forholder sig til effekten af en nærmere defineret intervention/indsats.

Økonomiske evalueringer

Økonomisk evaluering dækker over omkostnings-effekt og omkostnings-nytte-analyser (Drummond MF et al. 1997), men ikke cost-benefit analyser (i den velfærdsøkonomiske

betydning), som der reelt ikke findes nogen af, omend der findes studier af hypotetisk willingness-to-pay for eksempelvis depressions-behandling (Healey and Chisholm 1999; Morey et al. 2007; Mulvaney-Day 2005) uden dog at have været anvendt i konkrete cost-benefit analyser, dvs. det er mere akademiske feasibility studier. Der ses endvidere bort fra økonomiske evalueringer af psykofarmaka, som der findes rigtig mange af og hvorom kan noteres, at for en lang række psykofarmaka er der omkostnings-effektbrøker, der let måler sig med somatisk medicin.

Der er gennemført mange økonomiske evalueringer og publiceret en række reviews (Evers et al. 1997; Knapp et al. 2011; Knapp 1999; McCrone and Knapp 2007; Mihelopoulos et al. 2011) både af behandlinger og forebyggende foranstaltninger. De viser, at der er lige så meget 'value for money' ved at satse på psykiatrien som indenfor somatikken. De har ikke været metodisk nyskabende, men der har dog været metodologiske diskussioner med fokus på, om en række forhold fra somatiske økonomiske evalueringer også gælder i psykiatrien (Mavranouzouli 2010). Det gør de dog, med mulig undtagelse af visse patientorienterede værdisætningsmetoder. Det har ikke været muligt at identificere danske økonomiske evalueringer indenfor psykiatrien.

På det praktiske plan skal man være forsigtig med at overføre resultater fra udenlandske økonomiske evalueringer til danske forhold, fordi der kan være forskelle i klinisk praksis, organisation og omkostningsstruktur. En dansk gennemgang af bedre behandling af angst indeholder en klar formulering: »De gennemgæede [udenlandske] studier er eksempler på, hvordan behandlingsændringer rettet mod personer med angstsygdomme kan medføre betydeligt bedre behandlingsresultater, samtidig med at de øgede behandlingsomkostninger opvejes af besparelser andre steder i sundhedsvæsenet. Det må dog understreges, at de gennemførte studier er foretaget i udlandet og derfor afspejler behandlingsindsats og omkostninger i de respektive lande. Resultaterne kan derfor ikke umiddelbart overføres til danske forhold« (Christensen M et al. 2007). Det kan i sagens natur være svært at acceptere – men næppe at forstå – for patientforeninger og behandlere, men må desværre understreges igen og igen.

Ligesom indenfor de somatiske økonomiske evalueringer, har der været en diskussion af, hvorfor gennemførte økonomiske evalueringer ikke anvendes mere ved konkrete allokering-dispositioner (Evers et al. 2007). Forklaringen er i virkeligheden simpel og overset: Er kriteriefunktionen i de økonomiske evalueringer – 'mest mulighed sundhed per kr.' – den samme som de politiske beslutningstagere har (Pedersen 2005; Williams et al. 2007) – hvis ikke, kan manglende inddragelse af resultaterne i konkrete beslutningssituationer ikke undre.

Underfinansiering og udbudssiden

I den seneste survey-artikel om internationale tendenser i mental sundhed og sundhedsøkonomi (Frank RG 2011) er et tilbagevendende tema 'underfinansiering'. Med andre ord:

Enten tilføres området ikke tilstrækkelige midler i bred almindelighed eller der har været en mindre vækstrate end i somatikken. Det er også en debat, der har været i Danmark med afsæt i en betydelig lavere vækst, men dog positiv, for psykiatrien sammenlignet med somatikken i perioden 2000-2008 (Danske Regioner 2009). Betyder det, at der har været foretaget en bevidst eller ubevidst nedprioritering eller er det blot udtryk for nogle svingninger? Det er svært at afgøre empirisk, men den beskrevne udvikling er ubestridelig.

Ser man på 2009 kan en hypotese om vedvarende nedprioritering dog ikke bekræftes. I 2009 blev der ifølge Danske Regioner brugt omkring 6,9 mia driftkroner på psykiatrien, hvoraf godt 1 mia blev brugt på børn-unge psykiatri. I forhold til 2008 var dette en vækst på 6%. Hertil kommer de kommunale udgifter til social-psykiatrien, hvorfra der ikke findes økonomiske data. Psykiatrien udgør godt 8% af de regionale sundhedsudgifter.

Det analytiske spørgsmål er, hvordan man afgør om et område er underfinansieret? Svaret er, at det kan ikke afgøres objektivt. Ligesom i Danmark sker ressourceallokering i de fleste af verdens sundhedsvæsenet i en politisk forhandlingsmekanisme og ikke via markedsmekanismen – og desværre er public choice tilgangen til sundhedsøkonomi tæt på at være ikke-eksisterende i sundhedsøkonomien i almindelighed. Uanset hvilken allokeringmekanisme, der bruges er der imidlertid ikke som sådan et rigtigt svar. Det afhænger enten af den politiske betalingsvilje/prioritering eller den individuelle behandlingstilbud – og ikke at forglemme den bagvedliggende ability-to-pay, uanset om det er politisk eller individuel ABT.

I irsk sammenhæng har man undersøgt befolkningens præferencer (rangordning) og betalingsvilje for tre forskellige tilbud (O'Shea et al. 2008): Kræftbehandling, distriktpsychiatri og ældreomsorg. Rækkefølgen var den samme ved såvel rangordningen som WTP: Kræftbehandling kom ind på førstepladsen, efterfulgt af ældreomsorg og psykiatri på tredjepladsen.

I dansk sammenhæng kan man notere, at kræftbehandling har været højprioriteret med ikke mindre end tre kræftpakker fra 2000 – 2011 og massiv mertilførelse af midler til kræftbehandling. Det vil føre for langt her at komme ind på en detaljeret forklaring af dette (og det irske resultat), men to faktorer kan dog nævnes: Livstruende og mange berøres – MEN på den anden side bør man tænke på, hvor mange der berøres af psykisk sygdom, ligesom antallet af selvmord i gruppen er betydeligt, ligesom der i almindelighed er en betydelige overdødelighed.

Den systematiske brug af midler fra satspuljen gør psykiatrien til noget særligt sammenlignet med somatikken, ligesom det skaber usikker omkring permanenten af midler (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010).

Fordelingen mellem psykiatriens delsektorer har også været diskuteret med særlig vægt på, om den stationære sengebaseerede psykiatri er blevet reduceret for meget i forhold til di-

strikspsykiatrien. Det økonomiske svar på dettes spørgsmål er ret intetsigende og kan udtrykkes ved velkendte marginal-betingelser: Marginalomkostningen per indvunden sundhedseffekt skal være den samme i de to sektorer. Men der findes ikke analyser, der har dette udgangspunkt. Der er ikke tvivl om, at ambulans behandling er billigere end stationær behandling, men spørgsmålet er så, om det sundhedsmæssigt er ligeværdigt vurderet på kort og lang sigt. Igen støder man på manglende analyser af et så centralt spørgsmål.

Det er ubestrideligt, at antallet af sengepladser i voksenpsykiatrien er faldet og dermed skabt forudsætningen for overgang til ambulans psykiatri, enten i sygehusambulatorium, daghospital eller i distriktspsykiatrien. I 1996 var der 4.121 sengepladser sammenlignet med 2.949 i 2009. Sengetallet i børne-ungepsykiatrien er vokset fra 139 i 1996 til 200 i 2009.

I økonomisk forstand kan man se diskussionen om balancen mellem den stationære psykiatri og ambulans/distriktspsykiatri som spørgsmålet om produktionsfunktionen for mental health – vel og mærke hvor 'output' er behandlingsresultat, ikke antal serviceydelser, sengedage m.m... Som en lille illustration kan tages spørgsmålet om retspsykiatriske patienter og reduktionen i sengetal. Kramp og Gabrielsen anfører, at sengereduktion ikke umiddelbart påvirker hyppigheden af kriminalitet begået af psykisk syge, men mangel på sengepladser har en kumuleret effekt over tid. Den kraftige stigning i antallet af retspsykiatriske patienter skyldes således den tidligere massive deinstitutionalisering. Der er ingen nævneværdig effekt af udbygningen af social- og distriktspsykiatri (Kramp and Gabrielsen 2010; Kramp and Gormsen 2009). Når man skal forstå en institutionel struktur spiller spørgsmålet om produktionsteknologien naturligvis en central rolle. Det er mere end tankevækkende, at der kun er et fåtal af studier af den nævnte karakter – heraf dog mindst et eksempel fra psykiatrien (Lu 1999).

Et andet vigtigt område på udbudssiden er samspillet og samarbejdet mellem psykiatri og somatik. Psykiateren Merete Nordentoft skrev i en nylig leder i Ugeskrift for Læger (Nordentoft 2011): »Det er velbeskrevet, at psykiatriske patienter har overdødelighed på grund af somatisk sygdom. I danske registerbaserede studier er det påvist, at dødeligheden er mere end fordoblet for de fleste somatiske sygdommes vedkommende, og at overdødeligheden er størst for patienter med skizofreni. En stor del af overdødeligheden skyldes faktorer, der er relateret til metabolisk syndrom og delvist forklares af livsstilsforhold og delvist af bivirkninger i forbindelse med medikamentel behandling. Det er også i en lang række undersøgelser beskrevet, at somatisk sygdom overses, og at diagnosticeret somatisk sygdom underbehandles hos psykisk syge. Det er ligeledes veldokumenteret, at alvorlige somatiske lidelser, blandt andet cancer, i nogle tilfælde misklassificeres som psykiatriske lidelser.« Organisatorisk kan det pege på 'søjler', hvor samarbejdet endnu ikke fungerer godt nok, jfr. bl.a. at flere psykiatriske hospitaler er adskilt fra somatiske hospitaler.

Efterspørgselssiden

Som det er fremgået af det foregående, kan man uden for store problemer anvende ret traditionelle økonomiske modeller og værktøjer på psykiatriske problemstillinger på udbudssiden, men når man ser på efterspørgselssiden er der en lang række tankevækkende problemkredse, som i et vist omfang sætter traditionelle modeller ud af kraft.

Cirka hver femte psykiatriske patient blev udsat for tvang i en eller anden form i 2009. Antallet af psykiatriske patienter, der blev frihedsberøvet, var i 2009 4.392 (Sundhedsstyrelsen 2011). Heraf var godt 800 udsat for tvangsbehandling, medens de øvrige var udsat for fiksering eller udøvelse af fysisk magt. Tvangsindlæggelse forekommer i mere end 2.000 tilfælde om året. Disse tal illustrerer, at homo economicus antagelsen om rationalitet og frit valg *ikke holder for alle* med psykiatriske lidelser. Store dele af Psykiatriloven er også en påmindelse herom.

I økonomisk teori har problemerne omkring den (i økonomisk forstand) manglende rationalitet og dermed neoklassisk nyttemaksimering reelt set ikke været behandlet, hvis man bortser fra afhængighedsområdet, hvor Becker og Murphys (omdiskuterede) model fra 1988 er en undtagelse, (Becker and Murphy 1988). Der er ikke tvivl om, at udvikling af principal-agent-modeller er vejen frem, ikke blot med informationsasymmetri, men hvor agenten har betydelige paternalistiske træk.

En central bærende antagelse i Becker og Murphys rationelle model er eksponentiel diskontering af fremtiden med en konstant diskonteringsfaktor. Det er i realiteten dette, der gør, at modellen (for)bliver rationel – og dermed understøtter især Beckers forsøg på at gøre næsten alt rationelt, jfr. hans og Stiglers berømte og berygtede *De gustibus non est disputandum*-artikel fra 1977 (Stigler and Becker 1977). Bruger man i stedet hyperbolisk diskontering (Frederick et al. 2002), som der synes at være empirisk belæg for, især på afhængighedsområdet, se bl.a. (Bickel and Marsch 2001; Eisenhauer and Ventura 2006; Kan 2007), bryder modellen (delvist) sammen, fordi der vil blive tale om tidsinkonsistente præferencer, som medfører manglende selvkontrol og efterspørgsel efter hjælp til at holde et misbrug i skak (Bickel & Marsch 2001; Kan 2007). Med andre ord: Rationalitet, som normalt defineret, bryder sammen for dele af psykiatri-området.

Kriminalitet hos psykisk syge kan betragtes som en (negativ) eksternalitet – og udgør ud fra traditionel velfærdsøkonomisk tænkning en af de nødvendige, men langt fra tilstrækkelige betingelser, for offentlig intervention. I en rapport fra 2006 (Indenrigs- og sundhedsministeriet et al. 2006) oplyses, at antallet af behandlingsdømte i perioden 1995 til 2004 er steget fra 849 til 1.427 svarende til en stigning på 68 %. I samme periode er antallet af lovovertrædelser, psykisk syge dømmes for, steget med 61 % fra 1.344 til 2.170. Samlet set – per 2006 – dømmes psykisk syge for 0,8 % af kriminaliteten i Danmark. Ses alene på den andel af den samlede kriminaliteten, der har ført til enten en ubetinget frihedsstraf eller en foranstaltningssdom, står psykisk syge for 2,1 % af kriminali-

teten. Uanset hvordan andelen gøres op, er psykisk syge for visse typer af kriminalitet overrepræsenteret. Psykisk syge står således for omkring hver ottende dom for drab og for mere end en tredjedel af alle domme for forsøg på manddrab. Endvidere er det iøjnefaldende, at næsten hver femte dom for brandstiftelse vedrører psykisk syge. Ses der på den alvorlige personfarlige kriminalitet samlet, står psykisk syge for 6 % af denne kriminalitet. At psykisk syge står for så relativ stor en andel af de nævnte lovovertrædelser skal ses i lyset af, at de psykisk syge lovovertrædere udgør 0,4 % af samtlige lovovertrædere.

af, at de psykisk syge lovovertrædere udgør 0,4 % af samtlige lovovertrædere (Indenrigs-og sundhedsministeriet, Socialministeriet, & Justitsministeriet 2006).

Set velfærdsøkonomisk er eksternalitetsspørgsmålet og manglende rationalitet i dele af den heterogene gruppe af psykiatiske patienter nok den bedste illustration af market failure og dermed (delvist) nødvendigt, men ikke tilstrækkeligt rationale for offentlig intervention.

LITTERATUR

- Ankestyrelsen 2011, *Førtidspensioner: Årsstatistik 201*, Ankestyrelsen, København.
- Becker, G.S. & Murphy, K.M. 1988. A Theory of Rational Addiction. *Journal of Political Economy*, 96, (4) 675-700
- Bengtson, S. 2011. *Danmark venter stadig på sin psykiatrireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier*. København, SFI.
- Bickel, W. & Marsch, L. 2001. *Toward a behavioral economic understanding of drug dependence: delay discounting processes*. *Addiction*, 97, 76-83
- Borg, V., Nexø, M., Kolte, I., & Andersen, M. 2010, *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde*, Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø, København.
- Christensen M, Albæk J, & Ankjær-Jensen A 2007. *Undersøgelse af angstsygdomme* København, DSI.
- Danske Regioner 2009, *Fakta om psykiatrien*, Danske Regioner, København.
- Danske Regioner 2010, *Benchmarking af psykiatrien – herunder nøgletal for aktiviteten i 2009*, Danske Regioner, København.
- Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, & Torrance GW 1997. *Methods for the economic evaluation of health care programmes. Second edition* Oxford, Oxford University Press.
- Eisenhauer, J.G. & Ventura, L. 2006. The Prevalence of Hyperbolic Discounting: Some European Evidence. *Applied Economics*, 38, (11) 1223-1234
- Evers, S., Salvador-Curulla, V., Halsteinli, L., McDavid, D., & the MHEEN Group 2007. Implementing mental health economic evaluation evidence: Building a Bridge between theory and practice. *Journal of Mental Health*, 16, (2) 223-241
- Evers, S.M., Van Wijk, A.S., & Ament, A.J. 1997. Economic evaluation of mental health care interventions. A review. *Health Econ*, 6, (2) 161-177
- Fein, R. 1958. *Economics of mental illness* New York.
- Frank RG 2011, »Economics and mental health: An international perspective,« *In The Oxford Handbook of Health Economics*, S. Glied & P. Smith, eds., Oxford: Oxford University Press, pp. 232-256.
- Frank RG & McGuire TG 2000, »Economics and mental health,« *In Handbook of Health Economics, vol 1B*, A. Culyer & Newhouse JP, eds., Amsterdam: North-Holland, pp. 895-954.
- Frederick, S., Loewenstein, G., & O'Donoghue, T. 2002. Time Discounting and Time Preference: A Critical Review. *Journal of Economic Literature*, 40, (2) 351-401
- Healey, A. & Chisholm, D. 1999. Willingness to pay as a measure of the benefits of mental health care. *J Ment. Health Policy Econ*, 2, (2) 55-58
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010, *Økonomiske midler til psykiatrien*, Indenrigs- og sundhedsministeriet, København.
- Indenrigs- og sundhedsministeriet, Socialministeriet, & Justitsministeriet 2006, *Psykiisk Sygdom og Kriminalitet*, Indenrigs- og sundhedsministeriet, København.
- Juel, K., Sørensen J, & Brønnum-Hansen H 2007. *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark* København, Statens Institut for Folkesundhed.
- Kan, K. 2007. Cigarette Smoking and Self-Control. *Journal of Health Economics*, 26, (1) 61-81
- Knapp, M., McDaid D, Parsonage M, & (eds) 2011. *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case* London, Department of Health.
- Knapp, M. 1999. Economic evaluation and mental health: sparse past. fertile future? *J Ment. Health Policy Econ*, 2, (4) 163-167
- Kramp, P. & Gabrielsen, G. 2010. Retspsykiatriske patienter og deinstitutionaliseringen. *Ugeskrift for Læger*, 172, (39) 2709
- Kramp, P. & Gormsen, G. 2009. The organization of the psychiatric service and criminality committed by the mentally ill. *Eur Psychiatry*, 24, 401-411
- Lægemedelstyrelsen. *Befolkningens brug af medicin mod psykiske lidelser*. 2011.
- Lu, M. 1999. The productivity of mental health care: an instrumental variable approach. *J Ment. Health Policy Econ*, 2, (2) 59-71
- Madsen, M., Hvenegaard, A., & Fredslund EK 2010, *Opgaveudvikling på psykiatriområdet Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger*, DSI, København.
- Mavranzouli, I. 2010. A review and critique of studies reporting utility values for schizophrenia-related health states. *Pharmacoeconomics*, 28, (12) 1109-1121 available from: PM:21080736
- McCrone, P. & Knapp, M. 2007. Economic evaluation of early intervention services. *Br J Psychiatry Suppl*, 51, s19-s22
- McGuire T 1990. Growth of a field in policy research: The economics of mental health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 17, (3) 165-175
- Mihalopoulos, C., Vos CT, Pirkis, J., & Carter, R. 2011. The Economic Analysis of Prevention in Mental Health Programs Annual Review of Clinical Psychology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 169-201
- Morey, E., Thacher, J.A., & Craighead, W.E. 2007. Patient preferences for depression treatment programs and willingness to pay for treatment. *J Ment. Health Policy Econ*, 10, (2) 73-85
- Mulvaney-Day, N.E. 2005. Using Willingness to Pay to Measure Family Members' Preferences in Mental Health. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 8, (2) 71-81
- NASTRA 1995. *Forslag til en national strategi for sundhedsvidenskab. Betænkning nr. 1284* København, Forskningsministeriet.
- Nordentoft, M. 2011. *Patienter med debuterende psykose skal undersøges grundigt. Ugeskrift for Læger*, 173, (7) 483
- O'Shea, E., Gannon, B., & Kennelly, B. 2008. Eliciting preferences for resource allocation in mental health care in Ireland. *Health Policy*, 88, (2-3) 359-370
- Olesen, J., Sobocki, P., Truelsen, T., Sestoft, D., & Jønsson B 2008. *Cost of disorders of the brain in Denmark. Nordic Journal of Psychiatry*, 62, (2) 114-120
- Pedersen, K. 2005. *Sundhedspolitik. Beslutningsgrundlag, beslutningstagen og beslutninger i sundhedsvæsenet* Odense, Syddansk Universitetsforlag.
- Pedersen, K. 2009, »Økonomisk analyse og forebyggende arbejde,« *In Forebyggende Sundhedsarbejde. 5. udgave*, F. Kamper-Jørgensen, G. Almind, & B. Jensen, eds., Munksgaard, pp. 270-288.
- Søgaard, J. & Bech, P. 2006, »Depression og sundhedsøkonomi,« *Depression. Symptomer, årsager og behandling*, J. Gerlach, ed., København: Psykiatrifonden, pp. 289-297.
- Søgaard, J., Bech, P., Albæk, J., & Ankjær-Jensen, A. 2008, »Angst og sundhedsøkonomi,« *Angstbogen*, J. Gerlach, ed., København: Psykiatrifonden.
- Stigler, G. J. & Becker, G. De gustibus non est disputandum. *American Economic Review* 67, 76-90. 1977.
- Sundhedsstyrelsen 2011, *Anvendelse af tvang i psykiatrien 2009*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Williams, I., Bryan, S., & McIver, S. 2007. How should cost-effectiveness analysis be used in health technology coverage decisions? Evidence from the National Institute for Health and Clinical Excellence approach. *J. Health Serv. Res. Policy*, 12, (2) 73-79