



Bilaga 1.

Överskuldsettingens kostnader

Överskuldsetting – hur fungerar samhällets stöd och insatser? (RiR 2015:14)

Hur stora är samhällskostnaderna för svenska hushålls överskuldssättning med avseende på sjukvårdskostnader, produktionsbortfall, samt ersättningsnivåer i socialförsäkringssystemen och A-kassan?

Richard Ahlström

Uppdragsrapport till Riksrevisionen avseende avtalsnummer: 38-2014-1553

2015-04-20

Förord

I föreliggande uppdragsrapport till Riksrevisionen har utredningsmannen Docent Richard Ahlström, haft som uppdrag att kartlägga och analysera de samlade samhällskostnaderna för överskuldssättning i Sverige med avseende på produktionsbortfall, sjukvårdskostnader, samt kostnader för arbetslöshetsersättning, långtidssjukskrivning och sjukpensionering.

Utredningsmannen har som utgångspunkt för sitt arbete utgått från den beräkning av samhällskostnaderna som Kronofogden presenterade i sin egen rapport ”Alla vill göra rätt för sig – Överskuldssättningens orsaker och konsekvenser” (2008). Vid tidpunkten för Kronofogdens studie som låg till grund för rapporten ifråga, förelåg inga som helst uppgifter, vare sig inom officiella register eller inom forskning, om de samhällskostnader, med avseende på hälsa och produktionsbortfall, som överskuldssättning kan resultera i. Kronofogden var i stället hänvisad att arbeta utifrån schabloner baserade på antaganden om genomsnittliga nivåer i sjukvårdskonsumtion och produktionsbortfall i olika åldersintervall inom normalbefolkningen.

För att på ett mer utvecklat sätt kunna kartlägga och analysera samhällskostnaderna på grundval av vad som idag är känt om överskuldssättningens konsekvenser på hälsa, har utredningsmannen valt att arbeta utifrån den hälsostudie som nyligen rapporterats av utredningsmannen (Ahlström & Edström, 2015). I denna studie har 693 överskuldssatta svenskars hälsa, ekonomi och arbetsförmåga kartlagts baserat på moderna valida och reliabla instrument baserade på självrapporterad hälsa. I utredningen har vi i likhet med Kronofogden valt att utreda produktionsbortfallet och sjukvårdskostnaderna för överskuldssatta. Vi har därtill för gruppen överskuldssatta beräknat samhällskostnaderna med avseende på ersättningsnivåer i socialförsäkringssystemen och A-kassan.

Det samlade resultatet avviker högst avsevärt från den beräkning som Kronofogden tidigare kommit fram till.

Helsingfors i april 2015

Richard Ahlström (Docent)

Hur stora är samhällskostnaderna för svenska hushålls överskuldssättning med avseende på sjukvårdskostnader, produktionsbortfall, samt ersättningsnivåer i socialförsäkringssystemen och A-kassan?

Richard Ahlström (Docent)

Bakgrund

Enligt två relativt nya statliga utredningar lever mellan 370 000 och 1,3 miljoner människor i Sverige i en situation av överskuldssättning (SOU 2013:78; SOU 2013:72). Den förra siffran anger antal människor i Sverige som har minst en skuld hos Kronofogden, medan den senare innefattar människor med andra skulder, men även gäldenärernas familjemedlemmar (make, maka, partner och barn). Räknar man barn till föräldrar där minst en av dem har minst en skuld hos kronofogden, är antalet drygt 216 000 (SOU 2013:78). Båda utredningarna, samt aktuella uppgifter från Kronofogden visar också att, sett över en längre tidsperiod så ökar antalet överskuldssatta hushåll.

Att vara överskuldssatt innebär typiskt att personen regelmässigt inte kan betala sina räkningar och/eller skulder och inte beräknas kunna göra det inom överskådlig tid. Sjukdom, arbetslöshet, skilsmässa eller andra traumatiska livshändelser anses vara huvudorsaken till problemet, inte överkonsumtion, som många tror (Kronofogden 2008).

För den överskuldssatta personen (hushållet) leder situationen typiskt till mer eller mindre total ekonomisk exkludering, d.v.s. till ett liv i armod, med en uttalad risk för vräkning och exekutiv tvångsförsäljning av ägodelar som bostad, fordon och andra tillhörigheter som tillmäts ett utmätningbart värde. Till detta kommer känslor av skam, hopplöshet och vanmakt.

Överskuldssatta individer drabbas i mycket högre grad än andra av sjukdom och förtidig död. Människor med skuldproblem har en betydligt högre risk för t.ex. hjärt- och kärlsjukdom, högt blodtryck, diabetes, allergier, magbesvär, alkohol- och narkotikamissbruk, depression och ångest samt självmord. Den relativa risken att avlida är avsevärt högre i den här gruppen än i normalbefolkningen. Sjukdom är således inte bara orsak till överskuldssättning utan även ett typiskt resultat av den (se referenser nedan).

Situationen med överskuldssättning är också en stor samhällsekonomisk börda och beräknas av Kronofogden (2008) kosta samhället 30-50 miljarder om året.

Skuldssättning – dess omfattning och dess orsaker

Visserligen är det utan tvekan så att många skulder till kronofogden är små och betalas tillbaka utan problem, vilket gör att de överskuldssatta kan vara färre. Å andra sidan beräknas det finnas en hel del överskuldssatta människor som inte är registrerade hos Kronofogden, vilket innebär att siffran även skulle kunna vara högre (Kronofogden 2008). Även om siffran skulle visa sig vara lägre än de ca 400 000, så vet vi att 250 000 människor (2013) haft en skuld sedan 2007, alltså i ca 6 år. Situationen med överskuldssättning är för övrigt snarlik i de flesta marknadsbaserade länder (Ahlström 2011).

Problemet har vuxit konstant under många år och situationen har förvärrats med tiden, inte minst på grund av de senaste årens ekonomiska kris, men också på grund av ett välfärdssamhälle i omdaning. År 1992 var antalet skuldsatta hos Kronofogden måttliga 95 000, för att växa till nämnda 370 000 år 2013. Den kraftigaste ökningen, som inträffade efter 2007, tycks vara förknippad med finanskrisen år 2008. Fler människor än tidigare har idag också hamnat i det s.k. prekariatet (Standing 2011), och har därmed bristande resurser när oförutsedda omvälvande livshändelser inträffar, t.ex. arbetslöshet, sjukdom eller skilsmässa. Ökad ekonomisk ojämlikhet, försämrade försäkringsvillkor och den senaste ekonomiska krisen är möjliga förklaringar till att de som generellt sett har det sämst ekonomiskt är överrepresenterade i Kronofogdens register.

Möjliga orsaker

Många faktorer kan bidra till överskuldsättning. Inkomstbortfall anses vara huvudorsaken till överskuldsättning. Kronofogden har redovisat åtta vanliga orsaker till överskuldsättning: (1) traumatiska livshändelser, (2) individens arbetsförmåga, (3) individens kunskaper om ekonomi, (4) brister i individens sociala nätverk, (5) individens ekonomi, (6) systemgenererade problem, (7) individens personlighet, samt slutligen, (8) individens hälsotillstånd (Kronofogden 2008). Den här listan fokuserar nästan uteslutande på s.k. individfaktorer och (i de flesta fallen) det man ibland kallar utlösande orsaker, men det finns utan tvekan ett stort antal system- eller bakgrundsfaktorer, till exempel lagstiftning, regelverk, myndighetsutövning, marknadskrafter och normer, som är lika viktiga kausalfaktorer.

Sociala konsekvenser

Forskning visar att konsekvenserna för den överskuldsatte är ett liv på existensminimum, och en ständig oro och upplevelse av hot från inkassobyråer och myndigheter, vilket i många fall resulterar i en förlust av den egna bostaden och förlust av ägodelar (Sandvall 2011; McLaughlin et al. 2012). Känslan av skam, social utsatthet och personligt misslyckande bidrar ofta till en motvilja bland överskuldsatta att diskutera sin livssituation med andra. Detta leder inte sällan till utanförskap, och till att livssituationen successivt försämras, enligt ett specifikt mönster som kommit att kallas ”skuldspiralen” eller den skuldsattes ”karriär” (Drentea & Lavrakas 2000; Rock 1973). Ett annat sätt att uttrycka detta är, att den överskuldsatte personens liv kan ses som en serie av förluster, som på sikt hotar att helt utarma personens resurser, vilket i sig är en viktig källa för s.k. ”livsstress” (Hobfoll, 1989).

Hälsa och sjukdom

Studier har visat att överskuldsättningsproblem ofta skapar stor psykologisk påfrestning i form av stress, inte minst som individen mister stora delar av kontrollen över sitt eget liv (Ahlström 2007). Denna stress uppvisar likheter med symptom bilden vid posttraumatiskt stressyndrom och ökar avsevärt risken för psykiska problem, som depression, ångest, och självmord (Ahlström 1998; Bridges & Disney 2010; Hintikka et al. 1998). Situationen ökar även risken för många stressrelaterade fysiska sjukdomar, som hjärt/kärlsjukdom, högt blodtryck, diabetes, allergier och magbesvär (Ahlström 1998; Balmer et al. 2006; Lyons & Yilmazer 2005; Meltzer et al. 2013).

En registerforskningsstudie om mortalitet och dödsorsaker bland de överskuldsatta personer som erhöll skuldsanering 2003 och normalbefolkningen i Sverige, visar på stora skillnader i livslängd hos de överskuldsatta jämfört med normalbefolkningen (Ahlström & Savemark 2010). Studien visar att den relativa risken för cancer, diabetes och hjärt-kärlsjukdomar som dödsspecifika orsaker var genomgående dubbelt så hög som i normalbefolkningen. Vad gäller individer med psykiska besvär, vilket ofta omfattar alkohol- och narkotikamissbruk, var den

relativa risken att dö över fem gånger så hög. Slutligen var självmordsfrekvensen ca 10 gånger så hög i gruppen överskulsatta jämfört med normalbefolkningen.

Många personer i målgruppen är visserligen sjuka redan innan skuldproblemen startar, men, som vi tidigare påpekat, ökar sjukbördan typiskt efterhand. En ny tvärsnittsstudie av Ahlström och Edström (2015) bekräftar tidigare studier. Vad gäller självrapporterad generell hälsa, är målgruppens resultat ungefär 35 % lägre än hos normalbefolkningen. Förekomsten av vanliga folksjukdomar, t.ex. högt blodtryck, stroke, hjärtinfarkt och Typ II diabetes, är hos målgruppen i några fall upp till 15 gånger högre än i normalbefolkningen. Dessutom visade samtliga använda mätinstrument på påtagliga, negativa ohälsoeffekter med avseende på psykisk hälsa, t.ex. tre gånger högre förekomst av klinisk depression och ångest, sju gånger högre förekomst av upplevd hopplöshet och fem gånger högre frekvens av självmordsförsök, i jämförelse med normalbefolkningen.

Samhällsekonomi

Men det rör sig inte bara om ett individproblem, utan det är även ett samhällsproblem. Kronofogden har i rapporten *Alla vill göra rätt för sig* (2008) beräknat samhällskostnaderna för överskulsättningen i Sverige. Såvitt vi vet, har inga andra försök att beräkna samhällskostnaderna gjorts i Sverige.

Metod

Som tidigare nämnts, beräknar Kronofogden (2008) att den årliga samhällskostnaden för privatpersoners överskulsättning i landet ligger i intervallet 30-50 miljarder kronor.

I den beräkningsmodell som Kronofogden bygger sitt resonemang bygger på, räknar man med att 400.000 personer i Sverige är överskulsatta, och att åldersspannet inom gruppen överskulsatta är i intervallet 45-64 år. Vidare bygger Kronofogdens beräkningsmodell på att samhällskostnaderna för gruppen överskulsatta huvudsakligen hänför sig till två områden¹:

- (1) Sjukvårdkostnader
- (2) Produktionsbortfall

Sjukvårdkostnaderna har beräknats utifrån en tidigare studie av Ahlström (1998). I denna studie framkom att de överskulsatta som grupp betraktad, uppvisade omkring 35% lägre hälsovärden än normalbefolkningen (självrapporterad hälsa enligt instrumentet SF-36). Kronofogden (2008) skriver;

”Sådana låga värden är sällsynta och påträffas nästan uteslutande bland äldre, 75 år och äldre. För att få fram en sjukvårdkostnad för just de överskulsatta kan vi utgå från den genomsnittliga sjukvårdkostnaden för olika ålderskategorier. Den genomsnittliga sjukvårdkostnaden för personer 75 år och äldre uppgår till 24 200

¹ Kronofogden tar *inte* med ökade kostnader för försörjningsstöd, sjukpenning, A-kassa och förtidspensionering. Myndighetskostnader är inte heller inkluderade, t. ex. Domstolsverkets kostnader, kommunernas budget- och skuldrådgivning eller Kronofogdens handläggning för indrivning av skulder och kostnader för skuldsaneringar. Bankernas och finanssektorns kreditförluster och kostnader för hanteringen av desamma har dessutom inte ingått i Kronofogdens beräkningar. Å andra sidan har de vinster som genereras inom t.ex. inkassobranchen inte heller tagits i beaktande.

kr per år. Detta kan jämföras med den genomsnittliga sjukvårdskostnaden för personer i åldersgruppen 45-64 år som uppgår till 7 400 kr per år. De beräknade vårdkostnaderna avser Skånes läns landsting år 2000 men används här som rikssiffror.

Skillnaden mellan 24 200 kronor och 7 400 kr kronor kan rimligen antas spegla skillnaden mellan sjukvårdskostnaderna för gruppen överskuldssatta och gruppen icke överskuldssatta. Det handlar om genomsnittssiffror för de olika grupperna och inte kostnaden för de som faktiskt blir sjuka.

Den ökade sjukvårdskostnaden för de överskuldssatta kan – utifrån ovanstående antaganden beräknas uppgå till **7,6 miljarder årligen** $((24\ 200 - 7\ 400) \times 400\ 000)$, enligt Kronofogden, 2008, sid 55².

Produktionsbortfallet

Kronofogden (2008) menar, att det är svårt att beräkna produktionsbortfallet, eftersom det vid tiden för Kronofogdens analys inte förelåg några andra studier som visade hur många överskuldssatta som deltar eller inte deltar i produktionen. Dock, menar Kronofogden

”att man kan beräkna produktionsbortfallet per person (genom) att utgå från bruttonationalprodukten per capita som uppgår till 280 000 kronor. Mer korrekt är dock att utgå ifrån bruttonationalprodukten per sysselsatt person. Då får man varje sysselsatt persons genomsnittliga bidrag till produktionen. Den totala befolkningen uppgår till 9 miljoner och antalet sysselsatta uppgår till 4,3 miljoner (enligt SCB:s statistikdatabas). Det innebär att bruttonationalprodukten per sysselsatt uppgår till $((9\ \text{miljoner}/4,3\ \text{miljoner}) \times 280\ 000) = 560\ 000$ kronor.

.....De samhällsekonomiska konsekvenserna i form av produktionsbortfall får man sedan fram genom att multiplicera kostnaden (produktionen) per person med antalet som inte deltar i produktionen som en direkt följd av överskuldssättningen.

Om man antar att **10 procent av de överskuldssatta** (det vill säga 40 000) inte deltar i produktionen på grund av sin överskuldssättning, blir samhällskostnaderna **22 miljarder kronor**. Om man antar att den andelen är **20 procent** blir samhällskostnaderna **44 miljarder kronor**.”

(Kronofogden, 2008, sid 55-56)

Slutligen menar Kronofogden (2008) att vi kan beräkna den sammanlagda samhällskostnaden för överskuldssättningen, genom att addera de årliga sjukvårdskostnaderna (7,6 miljarder kronor) till kostnaderna för det årliga produktionsbortfallet (22-44 miljarder kronor). Härigenom kan därför de **sammanlagda kostnaderna** beräknas hamna i ett intervall mellan **30-50 miljarder** kronor årligen. Denna årliga kostnad bör ses i ljuset av att det samlade skuldsaldot hos Kronofogden avseende privatpersoner är totalt ca 95 miljarder kronor (Kronofogden, 2014).

Ett av de allra största problemen när det gäller beräkningar av kostnaderna för överskuldssättningen i samhället, är det faktum att varken myndigheter, finansindustrin eller forskarna hittills inte lyckats etablera en entydig och konsensusbaserad definition av vad begreppet överskuldssatt ska innehålla. Detta förhållande gäller både nationellt och internationellt. Kronofogden för en ingående diskussion av detta förhållande i rapporten ”Alla vill göra rätt för sig” (2008, sid 51-54). Detta får bl. a. till följd att det är utomordentligt svårt

² En kontrollräkning visar dock att korrekt uppgift bör vara 6,72 miljarder.

att beräkna *antalet* överskuldsatta i ett visst givet samhälle under en viss tidsperiod. Detta i sin tur försvårar självklart också möjligheterna att på ett korrekt, otvetydigt sätt beräkna t. ex. sjukvårdskostnaderna -och speciellt då merkostnaderna av desamma i jämförelse med normalbefolkningen- för gruppen överskuldsatta i det svenska samhället.

En annan viktig fråga att ta ställning till är huruvida kostnader för produktionsbortfall överhuvudtaget bör inkluderas i en analys av samhällets kostnader för överskuldsättning. Produktionsbortfallet som kan ses som exempel på *indirekta kostnader* brukar, när det gäller beräkningar av totalkostnaderna för samhällets sjuk – och hälsovård, tveklöst vara den tyngsta utgiftsposten. Produktionsbortfallet som begrepp är dock komplext, och inte på något sätt helt ut accepterat eller invändningsfritt (Se t.ex. Drummond, 2005; Rahmqvist, 2007).

Detta till trots, kan vi utifrån analysen av s.k. *kliniska sampel* av överskuldsatta individer och grupper föra ett resonemang om sjukvårdskostnader, produktionsbortfall och annat som bidrar till, och adderar sig till de totala samhällskostnaderna för överskuldsättningen i det svenska samhället. Det är dock av betydelse, att påpeka att denna form av studier, som ofta är icke-randomiserade studier av tvärsnittskaraktär, kan vara behäftad med statistiska tillkortakommanden som handlar om generaliserbarhet och representativitet.

Ett exempel på en sådan studie är den i ovan refererade aktuella studien av Ahlström & Edström (2015). Denna studie, som omfattar nästan 700 (n = 693) överskuldsatta individer, är den första och hittills enda svenska studie som kartlägger och analyserar sjukdomsutbredningen och ett stort antal bakgrundsvariabler som förutom demografiska bakgrundsfaktorer och levnadsförhållanden bl. a. täcker in områden som omfattning som ekonomi (skulder, inkomster och utgifter), utbildning och sysselsättningsgrad.

Eftersom denna studie sannolikt är av stort värde för en analys av samhällskostnaderna med avseende på sjukvård, produktionsbortfall och övriga kostnader (t. ex. försörjningsstöd, sjukpenning, A-kassa och förtidspensionering), har vi valt att förse läsaren med denna studie i form av en bilaga (Bilaga 1).

Resultat och diskussion

I den följande texten, har vi när det gäller analysen av de samlade kostnaderna för produktionsbortfall och sjukvårdskostnader för gruppen överskuldsatta i Sverige idag, utgått från Kronofogdens analys (2008), och jämfört den med motsvarande erhållna resultat i studien av Ahlström och Edström, 2015.

Produktionsbortfall

Oavsett om man önskar inkludera produktionsbortfallet eller ej i den här analysen, kan vi konstatera att Kronofogden anser att så borde vara fallet. I studien av Ahlström & Edström (2015) ingick totalt 693 överskuldsatta personer, varav 36 personer vid undersökningstillfället hade blivit skuldfria via skuldsanering eller skuldavskrivning.

När det gäller hälsoläget hos denna grupp uppvisade 59, 5% av männen sjukdom i perioden *innan* skulderna blev ett problem respektive 35,3% *efter* det att skulderna blivit ett problem.

Motsvarande siffror för kvinnorna var 63,1% respektive 31,3%. Detta förhållande, d v s att fler personer uppgivit sjukdom i perioden innan skuldproblemens debut än efter, är tankeväckande, eftersom detta faktiskt kan signalera att sjukdom i sig kan utgöra en riskfaktor för överskuldssättning. Detta förhållande är dock känt fr a i forskning från Storbritanien när det gäller risker för överskuldssättning hos personer som bär på någon form av psykisk sjukdom, t. ex. bipolär sjukdom.

När det gäller *sysselsättningsgraden* och *inkomstslaget* hos undersökningsgruppen, förändrades dessa markant vad gäller tiden före, respektive tiden efter skuldproblemens debut. I tiden innan var 66,7% av respondenterna i arbete, varav det övervägande antalet (54%) arbetade heltid. I tiden efter skuldproblemens debut hade antalet respondenter i arbete sjunkit till 43,3% och antalet heltidsarbetande dessutom minskat till 29,3%. Antalet respondenter som inte alls arbetade i tiden efter skuldproblemens debut, hade nästan tredubblats från 12,7% till 33,5% jämfört med tiden innan skuldernas debut. När det gäller inkomstslag skedde en påtaglig övergång *från* lönebaserade inkomster *till* pension, sjukpension, försörjningsstöd och arbetslöshetsersättning. Frekvensen av dessa hade i princip fördubblats i tiden efter skuldproblemens debut (pension: från 5,9% till 10,2%; sjukpension från 9% till 20%, och arbetslöshetsersättning från 3,4% till 8%).

Dessa sakernas tillstånd måste ses som ytterligt allvarligt. En enkel överslagsberäkning i vilken vi jämför Kronofogdens siffror med våra egna, ger upphov till en stor diskrepans i uppskattningen av produktionsbortfallet. Då Kronofogden uppskattar att som mest 20 % av de överskuldssatta *inte* deltar i produktionen, visar studien av Ahlström & Edström (2015) att antalet individer som arbetade (heltid, $\frac{3}{4}$ tid och $\frac{1}{2}$ tid) *innan* de fick problem med skulder uppgick, som tidigare nämnts, till 66,7 % medan motsvarande siffror *efter* det att skulderna blivit ett faktum var 43,6%. Detta innebär alltså att nästan 60% av respondenterna i den aktuella studien *inte* längre är i arbete i tiden efter det att skuldproblemen debuterat. Givet vårt data, att ca 60% av de överskuldssatta inte längre befinner sig i produktionen, innebär detta att kostnaderna för det totala produktionsbortfallet i princip kan skattas som *tre gånger* så stort jämfört med Kronofogdens beräkningar, som räknar med att 20% som mest av de överskuldssatta lämnat arbetsmarknaden (Kronofogden, 2008). Om vi vill se detta i ekonomiska termer och i överensstämmelse med Kronofogdens (2008) uppskattning av antalet överskuldssatta som varande 400.000 individer, innebär detta att kostnaden för produktionsbortfallet i värsta fall alltså kan uppgå till **132 miljarder** per år.

Ett annat sakförhållande som behöver kommenteras är den relativt låga sysselsättningsgraden (drygt 60%) hos överskuldssatta också i tiden innan skuldproblemen debuterar. Sverige har i en internationell jämförelse en förhållandevis låg arbetslöshet. För närvarande ligger den på 8,4% enligt aktuella uppgifter (SCB, 2015). I jämförelse med detta arbetslöshetstal är alltså en sysselsättningsgrad på 64,3% låg. Sannolikt har detta att göra med den stora utbredningen av sjukdom hos gruppen överskuldssatta, d.v.s. sjukligheten medför en markant sänkning av sysselsättningsgraden hos denna grupp.

Medan Kronofogden alltså beräknar att mellan 10 och 20 % av de överskuldssatta slutar arbeta efter en tids överskuldssättning (ovisst dock hur länge), visar två ytterligare studier att andelen överskuldssatta personer i förvärsarbete i princip halveras efter några år av överskuldssättning. Förutom den aktuella studien av Ahlström & Edström (2015) finner Hintikka et al. (1998) utifrån finska förhållanden, och Ahlström & Edström (2014), överensstämmande resultat. Hintikkas et als studie är intressant, eftersom den bygger på 4.600 telefonintervjuer med ett randomiserat och representativt urval av den finska normalbefolkningen och då även

inkluderande överskuldssatta personer. Enligt intervjuvaren anger de överskuldssatta personerna i urvalet att de slutat arbeta antingen för att de inte längre orkar, eller för att det inte är lönt eftersom motsvarigheten till Kronofogden i Finland (Ulosotto) likafullt mäter ut inkomsterna för att betala skulderna. Detta är tankeväckande, eftersom överskuldssatta personer i Finland, som arbetar extra till skillnad från Sverige, får behålla en relativt stor del av extrainkomsterna för egen del.

Kostnader för arbetslöshetsersättning, långtidssjukskrivning och sjukpensionering.

Beroende på om man i produktionsbortfallet även inkluderar kostnader för socialförsäkrings, arbetslöshets- och försörjningsbidragsgrundade inkomster eller ej, kan det likafullt vara intressant att analysera storleken på sådana kostnader i sig.

I föreliggande studie av Ahlström & Edström (2015) har vi genomfört en sådan analys. I denna analys har vi sammanslagit kostnaderna för kategorierna arbetslöshet, långtidssjukskrivning och sjukpension för de totalt 269 respondenter i studien som uppbär någon av dessa tre ersättningstyper. För respektive inkomstintervall har vi allra först tagit fram medianvärdet. Därefter har vi multiplicerat medianvärdet med antalet respondenter i respektive kategori, summerat dessa över kategorier, och därigenom kunnat räkna fram en sammanlagd kostnad på nästan 39 miljoner kronor (38.978.000 kr) för det år som undersökningen genomfördes (2011). I Tabell 1 återfinns en sammanställning av kostnaderna för dessa tre ersättningslag.

I analogi med beräkningarna av de totala kostnaderna för produktionsbortfallet i ovan, kan vi nu även skatta kostnaderna för arbetslöshet, långtidssjukskrivning och sjukpension för gruppen överskuldssatta i Riket. Om vi utgår från antalet i studien ingående respondenter ($n = 693$) med antalet överskuldssatta ($N = 400.000$) enligt Kronofogden, kan vi med omräkningsfaktorn **577** multiplicera kostnaderna för de 269 respondenter som uppbär någon av de tre ersättningstyperna. Det framräknade resultatet blir då **22, 5 miljarder**. Det står oss sedan fritt att inkludera, eller inte, denna kostnad i det totala produktionsbortfallet.

Sjukvårdskostnader

Det är viktigt att framhålla att det inte föreligger några allmänt accepterade sätt att göra hälsoekonomiska beräkningar. Det finns i forskningslitteraturen ett antal olika modeller för hur sådana beräkningar bäst låter sig utföras. För värdefulla genomgångar av sådana se (Bernfort, 2009; Drummond, 2005; Malmqvist, 2007). Hälsoekonomiska beräkningar bygger dock nästan alltid på tre grundförutsättningar dels en *tidshorisont* inom vilken en hälsoekonomisk studie kan förläggas, dels tillgången på ett detaljerat patientdata vilket medger att patienter noggrant kan följas över tid med avseende på behandlingsregimer och utfall, d.v.s. det vårdbaserade resultatet. Den tredje komponenten i hälsoekonomiska beräkningar bygger ofta på att olika behandlingsåtgärder *jämförs* över tid för att därigenom kunna fatta beslut vad gäller vårdresultat och kostnadseffektivitet. En fördel, och ibland ett uttalat syfte, med många renodlade hälsoekonomiska studier är, att man även kan dra vissa slutsatser om förväntad överlevnad och kvalitetsbaserade levnadsår – s.k. *QUALIES*, givet olika behandlingsregimer. Rent generellt brukar man ofta i hälsoekonomiska studier också göra en distinktion mellan s.k. direkta kostnader och indirekta kostnader. Med direkta kostnader avses då i regel de direkta kostnaderna för olika sjukvårdsåtgärder vid olika typer av sjuklighet, medan vi med indirekta kostnader fr. a. avser produktionsbortfallet, d.v.s. de samhällskostnader som genereras av frånvaro i arbetslivet p.g.a. sjukdom.

Tabell 1. Inkomster re arbetslöshetsersättning, långtidssjukskrivning och sjukpension i respondentgruppen (n = 693).

Gifva/sambo			
Inkomst före skatt (kr)	Utan arbete	Långtidssjukskriven	Sjukpensionerad
0-145 000	10	12	15
145 001-235 000	3	5	31
235 001-375 000	7	5	9
Mer än 375 000	4	2	7

Ensamstående			
Inkomst före skatt (kr)	Utan arbete	Långtidssjukskriven	Förtidspensionerad
0-145 000	23	14	55
145 001-235 000	18	11	29
235 001-375 000	2	2	4
Mer än 375 000	1	0	0

I de fall där hälsoekonomiska grundförutsättningar som ett detaljerat patientdata och förekomst av olika behandlingsregimer inte föreligger, kommer ofta analysen av sjukvårdskostnader basera sig på s.k. *cost-of-illness* studier (Olofsson, 2008). Detta innebär att man så noggrant som möjligt strävar efter att kartlägga de direkta sjukvårdskostnaderna utifrån den dokumentation som kan föreligga.

Som tidigare berörts, så är Kronofogdens (2008) uppskattning av kostnaderna för sjukvård för gruppen överskuldssatta baserad på ett antagande om att denna grupps *samlade* hälsoläge, trots ett antaget åldersintervall på 45-64 år, i själva verket bör motsvaras av det som påträffats hos åldersgruppen 75 år + i normalbefolkningen. Givet att antalet överskuldssatta uppgår till 400 000 individer, och att den genomsnittliga sjukvårdskostnaden per individ uppgår till 16 800 kronor blir den totala kostnaden 7,6 miljarder (egentligen 6,72 miljarder – se not 2) årligen.

I studien av Ahlström & Edström (2015) kunde vi dock påvisa att den samlade sjukligheten hos den undersökta gruppen är *påtagligt* förhöjd i jämförelse med normalbefolkningen. I Tabell 2 återfinns prevalenserna för trettio vanligt förekommande somatiska och psykiska sjukdomar – folksjukdomar för män och kvinnor. I de anslutande tabellerna 3 och 4 har de viktigaste sjukdomarna, baserat på prevalensernas storlek i detta material, åldersindelats (tre grupper), och i möjligaste mån även jämförts med motsvarande åldersgrupper i normalbefolkningen.

När det gäller redovisningen av den samlade sjukligheten för gruppen överskuldssatta i ovanstående tabellmaterial (Tabell 2 - 4), är det viktigt att påpeka att hälsan mätts medelst

självrapporering, d. v. s. de i studien ingående respondenterna har själva besvarat frågor om de har en viss given sjukdom eller inte. Vi har inte haft möjlighet att få tillgång till ett mer detaljerat patientmaterial som sjukjournaler och/eller läkemedelslistor eller andra former av dokumentationsmaterial från vården/medicinsk expertis. Detta medför självklart, att det inte är möjligt att följa en respondents specifika sjukdomshistoria, ej heller vilken åtgärds –eller behandlingsplan som kan föreligga retrospektivt eller prospektivt för respondenten ifråga.

Tabell 2. Sjukdomsfördelning uppdelat på kön (Källa: Ahlström & Edström, 2015)

Sjukdomskategori	Man	Kvinna
Hjärt- och kärlsjukdomar	16,8 %	10,4 %
-Infarkt	7,6 %	2,0 %
-Pacemaker	0,0 %	0,5 %
-Klaffel/klaffelprotes	1,4 %	0,3 %
Stroke	5,5 %	3,5 %
Högt blodtryck	28,9 %	19,9 %
Blodsjukdom, anemi	0,3 %	3,0 %
Benägenhet för blödning	2,4 %	2,8 %
Diabetes	12,7 %	7,3 %
Sjukdom i andningsorganen, astma	12,7 %	16,7 %
Sjukdom i matsmältningsorgan, magsår	13,1 %	15,2 %
Sjukdom i stödj- och rörelseorganen	7,2 %	11,9 %
Reumatisk sjukdom	6,2 %	10,9 %
Reumatisk feber	0,0 %	1,5 %
Allergi (mediciner, födoämnen eller annat)	12,7 %	21,5 %
Njursjukdom	3,8 %	2,8 %
Leversjukdom, hepatit	5,5 %	4,3 %
Sköldkörtelsjukdom	1,0 %	11,6 %
Cancer	4,8 %	3,8 %
Neurologisk sjukdom, epilepsi	2,4 %	3,3 %
Återkommande huvudvärk	17,5 %	24,2 %
Psykisk sjukdom	19,2 %	20,7 %
Hudsjukdom	8,9 %	9,1 %
Nedsatt syn, hörsel	27,1%	23,7%
Smittosam sjukdom	3,8 %	1,5 %
Ledprotes, blodkärlsprotes	2,1 %	2,5 %
Organtransplantation	0,3 %	0,0 %
Gikt	3,4 %	2,3 %
Värk från rygg, skuldror och nacke	40,5 %	49,2 %
Annan sjukdom	12,4 %	16,4 %

Normdata är här hämtat från Socialstyrelsens olika sjukdomsregister (Se nedan under normdatakällor, Tabell 14). Det är dock så att samtliga diagnostyper inte är jämförbara mellan målgrupp och normdata eftersom de bygger på delvis olika kategoriseringsförfaranden. Breda sjukdomskategorier som "hjärt –och kärlsjukdomar" återfinns t ex inte som diagnoskategori i Socialstyrelsens sjukdomsregister, medan t ex hjärtinfarkt gör det, vilket i sin tur medför att jämförelser målgrupp och normdata saknas för vissa diagnoskategorier. För nästintill samtliga tre åldersgrupper uppvisade överskuldssatta män och kvinnor i jämförelse med normdata, högre förekomst av hjärtinfarkt, diabetes, sjukdom i matsmältningsorgan/ magsår, leversjukdom/hepatit, astma, cancer och psykisk sjukdom. Det motsatta förhållandet, d v s lägre förekomst än normdata, gäller endast för allergi, medan

förekomsten av högt blodtryck är ungefär lika mellan överskuldssatta och normdata. Resultaten av dessa jämförelser återfinns i tabellerna 13 och 14.

Tabell 3. Sjukdomsfördelning bland män (Källa: Ahlström & Edström, 2015)

Sjukdomskategori	Överskuld, ålderskategori, %, (n =271)			Normdata, ålderskategori, %		
	30-44 (97)	45-64 (207)	65-84 (53)	30-44	45-64	65-84
Hjärt- och kärlsjukdomar	4,8 (2)	14,9 (27)	31,3 (15)			
Infarkt	2,4 (1)	3,9 (7)	25,0 (12)	0	0,4	1,8
Stroke	2,4 (1)	5,0 (9)	12,5 (6)			
Högt blodtryck	7,1 (3)	27,6 (50)	50,0 (24)	8	29	45
Diabetes	4,8 (2)	11,0 (20)	50,0 (24)	2	8	17
Astma	11,9 (5)	11,6 (21)	18,8 (9)	10	9	8
Sjukdom i matsmältningsorgan, magsår	11,9 (5)	13,8 (25)	10,4 (5)	0,6	1	2,2
Reumatisk sjukdom	2,4 (1)	5,5 (10)	12,5 (6)			
Allergi (mediciner, födoämnen eller annat)	16,7 (7)	12,7 (23)	8,3 (4)	33	24	13
Leversjukdom, hepatit	4,8 (2)	6,6 (12)	4,2 (2)	0	0,1	0,1
Sköldkörtelsjukdom	2,4 (1)	1,1 (2)	0,0 (0)			
Cancer	4,8 (2)	2,2 (4)	12,5 (6)	0,1	0,6	2,7
Återkommande huvudvärk	26,2 (11)	18,2 (33)	8,3 (4)			
Svår huvudvärk				2	3	1
Psykisk sjukdom	23,8 (10)	21,0 (38)	10,4 (5)	0,7	0,9	0,6
Nedsatt psykiskt välbefinnande				17	14	8
Gikt	2,4 (1)	3,3 (6)	4,2 (2)			

Tabell 4. Sjukdomsfördelning bland kvinnor (Källa: Ahlström & Edström, 2015)

Sjukdomskategori	Överskuld, ålderskategori, %, (n =357)			Normdata, ålderskategori, %		
	30-44 (97)	45-64 (207)	65-84 (53)	30-44	45-64	65-84
Hjärt- och kärlsjukdomar	2,1 (2)	11,1 (23)	20,8 (11)			
Infarkt	0,0 (0)	1,9 (4)	5,7 (3)	0	0,1	1
Stroke	1,0 (1)	2,9 (6)	9,4 (5)			
Högt blodtryck	6,2 (6)	22,7 (47)	39,6 (21)	4	23	51
Diabetes	2,1 (2)	8,7 (18)	15,1 (8)	2	5	14
Astma	9,3 (9)	22,7 (47)	13,2 (7)	11	10	12
Sjukdom i matsmältningsorgan, magsår	8,2 (8)	17,4 (36)	15,1 (8)	0,7	1	2
Reumatisk sjukdom	3,1 (3)	15,0 (31)	9,4 (5)			
Allergi (mediciner, födoämnen eller annat)	20,6 (20)	20,3 (42)	22,6 (12)	32	28	20
Leversjukdom, hepatit	4,1 (4)	3,9 (8)	3,8 (2)	0	0	0,1
Sköldkörtelsjukdom	9,3 (9)	10,6 (22)	24,5 (13)			
Cancer	0,0 (0)	5,3 (11)	7,5 (4)	0,2	0,7	1,7
Återkommande huvudvärk	33 (32)	24,6 (51)	7,5 (4)			
Svår huvudvärk				6	5	2
Psykisk sjukdom	24,7 (24)	20,8 (43)	15,1 (8)	0,7	0,7	0,6
Nedsatt psykiskt välbefinnande				23	18	15
Gikt	1,0 (1)	2,9 (6)	3,8 (2)			

Normdatakällor:

Cancer hämtad från Socialstyrelsens Cancerregister, siffror från 2009. www.socialstyrelsen.se 2011-10-27

Hjärtinfarkt hämtad från Socialstyrelsens statistikregister, siffror från 2008. www.socialstyrelsen.se 2011-10-27
 Psykisk sjukdom hämtad från Socialstyrelsens statistikregister, siffror från 2010. www.socialstyrelsen.se 2011-10-27.
 Matsmältningsorgan/magsår hämtad från Socialstyrelsens statistikregister, siffror från 2010. www.socialstyrelsen.se 2011-10-27
 Leversjukdomar hämtad från Socialstyrelsens statistikregister, siffror från 2010. www.socialstyrelsen.se 2011-10-27.

En annan omständighet när det gäller den samlade sjukligheten hos respondenterna i studien av Ahlström & Edström (2015) är att graden av *komorbiditet* (samsjuklighet) i materialet är hög. I tabellerna 5 och 6 redovisas denna separat för män och kvinnor. När det gäller beräkningen av vårdkostnader för komorbiditet, är denna inte helt okomplicerad. Enkla modeller som bygger på att vårdkostnaderna för sjukdomar skulle addera sig till varandra för en viss given person som uppvisar samsjuklighet i t. ex. tre avseenden; högt blodtryck, diabetes och njurproblem, är antagligen inte korrekta, utan man behöver använda andra mer komplexa beräkningsmodeller, som kan få till resultat att de reella sammantagna kostnaderna för en komorbiditetsproblematik ibland genererar lägre kostnader än de sammanlagda kostnaderna för sjukdomarna tagna var för sig, och ibland högre kostnader. I avsaknad av ett detaljerat patientmaterial (se ovan) ställer det sig därför svårt att beräkna sjukvårdskostnaderna för komorbiditet i detta material. Denna problematik diskuteras ingående av Rahmqvist (2007).

Det är också så, vilket måste betonas, att studien av Ahlström & Edström (2015) är av *tvärsnittskaraktär*, och alltså inte spänner över en längre tidsperiod. Dock, var studien upplagd på ett processinriktat, longitudinellt synsätt, på så sätt att flera frågeområden, i de här fallet sjukdomsförekomst, belyser respondenternas situation i tidsperioden *innan* respektive *efter* det att problemen med skulderna manifesterats. När det gäller uppgifter om prevalens, d.v.s. förekomst av olika sjukdomar, såsom respondenterna rapporterar desamma, måste vi likafullt beakta att studien inte medger exakt när i tiden, som en viss given sjukdom debuterar hos en respondent, ej heller när den huvudsakliga behandlingsåtgärden inom sjukvården insattes.

När vi därför betraktar den samlade sjukligheten och de därmed förknippade vårdkostnaderna hos respondentgruppen av överskuldssatta individer, och då speciellt sett ur ett årsbasisperspektiv, behöver vi därför göra några överväganden:

- (1) De empiriskt erhållna prevalenserna i tabellerna 2-4 bör snarare uppfattas som risker uttryckta i procent, att i livssituationen som överskuldssatt, drabbas av någon eller flera av sjukdomarna i Tabell 2-4, snarare än att prevalensen för en viss sjukdom kan betraktas som fastslagen och därmed alltid är den samma år efter år bland gruppen överskuldssatta i allmänhet. Detta medför att den faktiska prevalensen för olika sjukdomar är svår att fastställa på en precis årsbasis.
- (2) Merparten av de sjukdomar som återfinns i tabellerna 2-4 kan betraktas som *kroniska* sjukdomar, vilket innebär att man som drabbad av sjukdomen i regel behöver se sjukdomen som livslång från det att den debuterar. Detta innebär också att vårdinsatserna och därmed sammanhängande kostnader ofta måste ses i mycket långt perspektiv, och som därför sträcker sig långt utöver årsbasisperspektivet.

Tabell 5. Komorbiditet hos överskuldsatta män.
(Källa: Ahlström & Edström, 2015)

Män (n=191)	Innan	Efter
<i>Antal sjukdomar</i>		
1 sjukdom	46 pers	37 pers
2 sjukdomar	38 pers	21 pers
3 sjukdomar	25 pers	13 pers
4 sjukdomar	12 pers	11 pers
5 sjukdomar	2 pers	6 pers
6 sjukdomar		2 pers
7 sjukdomar	1 pers	
8 sjukdomar		1 pers

Tabell 6. Komorbiditet hos överskuldsatta kvinnor.
(Källa: Ahlström & Edström, 2015)

Kvinnor (n=255)	Innan	Efter
<i>Antal sjukdomar</i>		
1 sjukdom	67 pers	49 pers
2 sjukdomar	45 pers	30 pers
3 sjukdomar	24 pers	10 pers
4 sjukdomar	16 pers	6 pers
5 sjukdomar	14 pers	10 pers
6 sjukdomar	8 pers	1 pers
7 sjukdomar	3 pers	2 pers
8 eller fler sjukdomar	3 pers	0 pers

I följe dessa överväganden har vi i analysen av de direkta sjukvårdskostnaderna, som kan tänkas föreligga utifrån ifrågavarande studie (Ahlström & Edström, 2015), valt att arbeta utifrån den sjukvårdsstatistik som handhas av SKL – Sveriges Kommuner och Landsting. Närmare bestämt har vi fokuserat på det s.k. KPP-begreppet, d.v.s. kostnad per patient. Tillvägagångssättet att beräkna KPP-data beskrivs utförligt i följande två länkar:

<http://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistiknyckeltaljamforelser/kostnadperpatientkpp/omkpp.1081.html>

<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-467-1.pdf?issuusi=ignore>

I korta ordalag innebär KPP beräkningar, att huvudmannen (SKL) utifrån tillgänglig sjukvårdsstatistik inhämtad från hela riket, kontinuerligt beräknar kostnader utifrån sjukdomsdiagnos per patient och vårdtillfälle, både med avseende på slutenvård (sjukhusvård) och öppenvård (t. ex. besök på vårdcentraler). Sjukdomsdiagnoserna bygger i sin tur på sjukvårdens klassificeringssystem i diagnoskoder enligt det s.k. ICD-10 systemet (International classification of diseases). Det är viktigt att framhålla att KPP systemet,

inte omfattar samtliga i ett vårdssammanhang förekommande kostnader. Ambulans –och övriga sjuktransporter är t. ex. inte medräknade, ej heller läkemedelskostnaderna annat än de den förbrukning som förskrivs under patientens vistelse på vårdinrättningen (öppen –eller slutenvårdstillfället).

I samråd med Åke Karlsson, ansvarig för KPP-databasen hos SKL, har vi tagit fram sjukvårdskostnaderna för respondentgruppen bestående av överskuldsatta individer enligt en modell som förordas av Myndigheten för vårdanalys (2014). För att nå högsta möjliga överensstämmelse med de sjukdomsbeteckningar (diagnoser) som studien av Ahlström & Edström (2015) bygger på och klassifikationen enligt ICD-10 systemet, har vi därför arbetat med kombinationer av diagnoskoder. I vissa fall är detta tämligen okomplicerat. Vad gäller t. ex. beteckningen *fetma*, som relaterar till ett s.k. BMI (Body-mass-index) på 30 eller mer, motsvaras denna av diagnoskoden E66 i ICD-systemet. Beteckningen *diabetes*, som egentligen betecknar två huvudgrupper av sjukdom: Typ 1 (ungdomsdiabetes), respektive Typ II (vuxendiabetes) och motsvaras av diagnoskoderna E10-15, och bygger alltså på en kombination av sex diagnoskoder. I fallet *hjärtsjukdom* som är en betydligt mer komplex sjukdomsform innefattande olika många olika undertillstånd, behövs inte mindre än 28 diagnoskoder inkluderas.

Via SKL gjordes ett speciellt för denna studie anpassat, *uttag* av diagnosgrupper enligt ICD-10 systemet *och* därmed sammanhängande sjukvårdskostnader enligt KPP metodiken. Vi har i anpassningen av våra data arbetat med en viktning av kostnaderna som motsvarar år 2014. Detta uttag baserades dessutom på den åldersgruppering som återfinns i tabellerna 3 och 4.³

Som en vägledande princip i det här uttaget valde vi att för varje diagnostyp rapportera *ett* slutenvårdstillfälle och *ett* öppenvårdstillfälle per individ för de individer som rapporterat sjukdom i den underliggande enkäten i föreliggande studie (Ahlström & Edström, 2015). I avsaknad av detaljerad patientdokumentation (t. ex. sjukjournaler, vårdplaner, läkemedelsförbrukning etc.) har vi valt att arbeta utifrån denna begränsning. Det ställer sig dock svårt att med en hög grad av precision fastställa om denna approximation (ett slutenvårds –resp ett öppenvårdstillfälle) motsvarar den helt sanna förbrukningen av sjukvård och därmed sammanhängande kostnader för denna grupp av medborgare (de överskuldsatta). I vissa fall kan man hypotetiskt sett, säkert finna argument för att detta tillvägagångssätt undervärderar de faktiska kostnaderna, och i andra fall kan även det motsatta tänkas gälla.

Ett uppenbart exempel på det förra, d.v.s. att kostnaderna undervärderas kan vara det faktum att många överskuldsatta rapporterar att de varken har råd med uppsöka läkare (15,4%), köpa ut receptbelagd medicin (25,5 %) eller ha tandvård (68 %)- Se Bilaga 1, sid 26).

Resultatet av detta uttag återges på ett stegvist sätt i tabellerna 1-12 i bilaga 2. I tabellerna 1-4 redovisas sjukdomsrapporteringen för antalet individer per åldersgrupp (30-44; 45-64; 65-84 år), antingen med avseende på öppenvård eller slutenvård. I tabellerna 5-8 har så

³ I några fall har vi inte tagit fram data; (Astma, allergier, huvudvärk, gikt, psykisk sjukdom, nedsatt psykiskt välbefinnande, leversjukdom-hepatit och sköldkörtelsjukdom). Detta motiveras av att sjukdomarna antingen har låg prevalens t. ex. *gikt*, eller uttrycker alltför vida, oprecisa definitioner t. ex. *psykisk sjukdom*, och som därför ersatts av depression (förstämningssyndrom) och generaliserat ångestsyndrom, där vi också har ett bättre empiriskt underlag genom användningen av HAD – skalan (Hospitality and Anxiety Scale i den underliggande studien (Ahlström & Edström, 2015).

sjukvårdskostnaderna för respektive sjukdom per vårdtillfälle (öppenvård och slutenvård) redovisats, och slutligen i tabellerna 9-12 har sjukvårdskostnaderna för varje sjukdom (öppenvård och slutenvård) multiplicerats med antalet individer i respektive åldersgrupp. Tabellerna 9-12 ger två typer av information; (1) Totalkostnaden per sjukdom (radsummorna i respektive tabell), (2) Totalsumman för öppenvård respektive slutenvård (räknat över sjukdomar och åldersgrupper). Observera att materialet i samtliga tabeller redovisas separat för män och kvinnor. Då de i studien (Ahlström & Edström, 2015) ingående männen och kvinnorna inte var proportionellt lika stora, kan vi dock inte direkt jämföra kostnaderna för män och kvinnor.

Genom att slå samman totalsummorna (raden längst ned) i tabellerna 9-12 kan vi beräkna den totala sjukvårdskostnaden för de i studien ingående individerna. Denna summa uppgår till 81.315.119 kronor, eller **81,3 miljoner kronor**. Utifrån det att 693 individer ingick i studien kan den genomsnittliga sjukvårdskostnaden per individ då beräknas till 117.338 kronor. Denna siffra överstiger alltså vida den av Kronofogden (2008) beräknade prislappen på 16.800 kronor, och med en faktor på ca 6,5 ggr. Omräknat, utifrån antagandet att antalet överskuldssatta i Sverige är 400.000 individer, får vi med detta beräkningssätt en totalsumma på **46,9 miljarder**. Detta ska alltså sättas i proportion till Kronofogdens beräkning som slutar på en totalsumma 7,6 miljarder (egentligen korrekt räknad = 6,7 miljarder). De sjukdomar som står för de största kostnaderna är psykiska problem som ångest och depression. Andra kostsamma sjukdomstillstånd är fetma och hjärtproblem.

När det gäller de sammanräknade kostnaderna för sjukvård, produktionsbortfall, samt arbetslöshetsersättning, långtidssjukskrivning och sjukpensionering har utredaren kommit fram till en summa motsvarande **201,4 miljarder** kronor på årsbasis. Detta motsvarar alltså en fyra gånger större kostnad än den högsta kostnaden som Kronofogden (2008) tidigare angett.

Avslutningsvis har vi inom ramen för detta uppdrag, valt att lyfta fram två ytterligare aspekter med klara implikationer för beräkningen av de totala samhällskostnaderna för överskuld-sättningsproblematiken i Sverige. Dessa är självmordsproblematiken och barnens och familjens situation i överskuldssatta familjer.

Självmordsproblematiken

I studien av Ahlström & Edström (2015), har även risk för självmord (suicid) och självmordsinriktat beteende mätts⁴. Det instrument som användes för att utvärdera detta är Paykels suicidskala. Detta är ett globalt sett ofta använt och beprövat instrument som använts under lång tid (Paykel et al, 1974). I studien av Ahlström & Edström (2015) uppger 10,9% av respondenterna att de försökt ta sitt eget liv *en* gång, och 7% anger *flera* ggr. Sammantaget innebär detta att nästan 18 % eller totalt 124 personer av respondenterna, försökt ta sitt eget liv. Dessa siffror är alarmerande. I ett samhällsekonomiskt perspektiv är detta också mycket allvarligt. Nationellt centrum för erfarenhetsåterföring från olyckor och Räddningsverket (2004) har i samverkan tagit fram samhällsekonomiska kostnader för suicid. Man har i dessa beräkningar kommit fram till en ungefärlig kostnad (i 2001 års prisnivå) av 3 075 000 kronor

⁴ Det var dock inte möjligt att inom ramen för denna studie att mäta den faktiska förekomsten av självmord. Generellt räknar man dock med att för varje självmord har ca sex självmordsförsök genomförts. Enligt Nationellt centrum för erfarenhetsåterföring från olyckor och Räddningsverket (2004), är den faktiska samhällskostnaden för varje genomfört självmord 18,68 miljoner kronor.

per självmordsförsök. Av dessa drygt tre miljoner utgör den direkta sjukvårdsrelaterade kostnaden till 475 000 kronor medan övriga kostnader 2 600 000 kronor motsvarar produktionsbortfallet. Med tanke på att totalt 124 personer i föreliggande studie har försökt att ta sitt eget liv åtminstone vid ett tillfälle kan vi här räkna med en ökad samhällskostnad på minst 381 miljoner kronor enbart för denna grupp. Vi har dock inte valt att översätta denna siffra till nationell nivå, motsvarande alla överskuldssatta personer i landet, eftersom vi räknar med att de två stora grupperna av personer med en djup ångest -respektive depressionsproblematik i denna studie, även inkluderar de personer i studien som bär på en uttalad suicidproblematik. Detta är dock antagande som mer noggrant bör följas upp i ytterligare forskning.

Barn –och familjeperspektivet

De senaste statliga utredningarna inom överskuldssättningsområdet (SOU 2013:72. *Ut ur skuldfällan*; SOU. 2013:78. *Överskuldssättning i kreditsamhället?*) har med all tydlighet visat att även familjen omkring den överskuldssatta också drabbas hårt ekonomiskt och socialt. En egenhet i svensk insolvenslagstiftning, som inte diskuteras i dessa utredningar, är det faktum att en överskuldssatt person de facto i ekonomiska termer ”smittar” den person som personen sammanlever med. Detta medför att den överskuldssatte tilldöms ett högre utmättningsbelopp, än om personen lever ensam, eftersom lagstiftaren menar att den överskuldssatte delar ekonomi och ekonomiskt stöttas av sin partner, trots att denne/denna många gånger inte har något att göra med skuldernas uppkomst att skaffa. Detta sakernas tillstånd anses främmande i de flesta andra, och jämförbara länders lagstiftning.

Barnens situation i överskuldssatta familjer är ytterst lite beforskad både vad gäller internationella men fr. a. svenska studier. Detta till trots visar ett antal, nya studier dock på störningar vad gäller familjebanden i överskuldssatta familjer (Dew, 2008; Rueger et al, 2011; Scheiman & Young, 2011). Speciellt barnens situation i skuldyngda/fattigdomspräglade familjer förtjänar här en extra uppmärksamhet, och det är viktigt att förstå betydelsen av överskuldssättning som en socioekonomisk riskfaktor, och hur relationen mellan överskuldssättning och psykisk ohälsa förmedlas bland barn och ungdomar. Studier inom detta område visar att barn som växer upp i hushåll där det dagliga behovet av pengar är större än de disponibla inkomsterna riskerar att utveckla psykisk ohälsa (Wadsworth & Achenbach, 2005).

Barn och ungdomar i överskuldssatta hushåll påverkas i flera dimensioner, som en direkt konsekvens av hushållens begränsade ekonomi men också genom andra medierande omständigheter. I en studie av Gutman & Eccles (2003) visade det sig t ex att överskuldssättning utgör en påverkansfaktor i uppkomsten av negativa relationer mellan barn och föräldrar, men även relaterat till svaga insatser i skolan och hög skolfrånvaro. Den starka samvariationen mellan depression, ångest och överskuldssättning är särskilt problematisk bland ensamstående mammor då psykisk ohälsa i hög grad påverkar föräldraskapets kvalitet och omsorg för barnen i kombination med ett bristande socialt stöd från omgivningen (Reading & Reynolds, 2001).

Inom forskningen börjar fler studier uppmärksamma hur barn i överskuldssatta hushåll påverkas av olika samverkande mekanismer som tillsammans utgör en risk för barn att i högre grad utvecklar psykiska besvär under barndomen (Morali & Oyeboode, 2004). Barn i överskuldssatta hushåll löper en tre gånger så hög risk att utveckla psykisk ohälsa jämfört med barn i hushåll med en stabil ekonomi. Överskuldssättning i kombination med begränsade sociala förutsättningar är enligt Duncan & Brooks-Gunn (1997) associerat med att barn har

sämre kognitiva förmågor (minne, uppmärksamhet, problemlösning och inläring) och därmed presterar sämre i skolan (Wadsworth, Raviv, Reinhard, Wolff, De Carlo-Santiago & Einhorn, 2008). De bakomliggande orsakerna, som utgör en förhöjd risk för barn i överskuldsatta hushåll att utveckla psykisk ohälsa, kan troligen förklaras utifrån den stress som föräldrarna upplever över sin situation. Sannolikt är, att konsekvenserna av långvarig stress bottnande i skulder, kan öka förekomsten av bristande informell social kontroll inom familjen samtidigt som föräldrarnas möjlighet att tillgodose barnens emotionella behov reduceras. Barns normativa värderingar som till stor del reglerar beteendet påverkas i hög grad av miljön i hemmet, samtidigt som föräldrarnas möjlighet att uppmärksamma barns beteende ofta minskar drastiskt genom exempelvis ångest och depression hos föräldrarna, vilket kan leda till endast sporadisk uppmärksamhet ges barnen (Ennis, Hobfoll & Schroder, 2000). Detta kan leda till en ökad risk för barnet att utveckla svårigheter när det gäller att förutsäga beteenden som leder till en viss konsekvens och kan resultera i internaliserade normer och värderingar som står i kontrast mot allmänt vedertagna, vilket kan orsaka svårigheter i att upprätthålla sociala relationer.

Andra studier (Evans, 2004) visar även att barn i resurssvaga hushåll utsätts för multipla miljömässiga risker, jämfört med barn som lever under mer ordnade förhållanden. Det kan t ex vara så att familjens dåliga ekonomi medför brister i barnens säkerhet och välbefinnande i närmiljön t ex vad gäller skyddsutrustning som cykelhjälm, avsaknad av vinter – och regnkläder och brister i den elektriska apparaturen i hemmet. Föräldrars lyhördhet inför barnens behov kan även reduceras påtagligt när stressen över den försvårade livssituationen manifesterar sig i psykisk ohälsa, med konsekvensen att engagemang i skolgången eller andra meningsfulla fritidsintressen uteblir. Det är också så, att barn i överskuldsatta hushåll löper en större risk att utsättas för konflikter och våld inom familjen. Barn och ungdomar i överskuldsatta hushåll upplever ofta en oro och stress över familjens materiella begränsning och kan enligt en undersökning från Konsumentverket (2010) välja att avstå från mat eller äta mindre portioner, framförallt flickor.

I avsaknad av hälsoekonomiskt baserade studier med ett familje -och barnperspektiv speglade venska förhållanden, kan vi därför i denna studie tyvärr inte göra någon form av beräkning gällande de samhällsekonomiska konsekvenserna av att familjemedlemmarna och då barnen i överskuldsatta familjer sannolikt far mycket illa i ett hälsoperspektiv. Vi ser det som helt nödvändigt att forskning inom detta viktiga område ges prioritet.

Slutord

Omfattningen av hushållens överskuldsättning har ökat betydligt under senare år, också i det svenska samhället. Trots att definitionsproblematiken –”vem är egentligen överskuldsatt?” – fortsatt utgör ett problem vid beräkningen av det exakta antalet överskuldsatta i landet, pekar de senaste statliga utredningarna på att hundratusentals medborgare, kanske så många som 1,2 miljoner personer, om vi även inkluderar familjemedlemmar, idag är drabbade av överskuldsättning.

Den ackumulerade forskning som vi idag har om överskuldsättningens konsekvenser på hälsa och livskvalitet och de ökande samhällskostnader som detta medför, bör även generera en aktiv utrednings –och forskningsverksamhet, något som denna utredningsrapport tydliggör, och förhoppningsvis kan inspirera till. Med en årlig kostnad på drygt 200 miljarder kronor, som denna utredning visar på, innebär detta att samhällskostnaderna för överskuldsättnings-

problemet i Sverige i sig utgör ett gigantiskt, svart hål i Rikets finanser. Det är utredarens förhoppning att utredningens resultat ska lända till eftertanke hos landets politiker, lagstiftare, myndigheter och andra verksamheter som hanterar överskuldsatta människor.

Litteraturreferenser

- Ahlström, R. (1998). Overindebtedness affects health –what are the costs to society? *Money Matters*, (2) 18-22.
- Ahlström, R. (red.) (2004). Hushållens överskuldsättning i Norden. Nordiska Ministerrådet, *Tema Nord*, 2004:513.
- Ahlström, R. (2007). The emotional impact of severe debts on the individual. *Proceedings of the Nordic Policy Research Conference*. Nordic Council of Ministers: Helsinki.
- Ahlström, R. (2008). Overindebtedness in Sweden. In (eds) Davydoff, D et al. *Towards a common operational European definition of over-indebtedness*. Bryssels: European Commission.
- Ahlström, R. (2011). Debt. In D. Southerton (ed). *Encyclopedia of Consumer Science*. New York: Sage.
- Ahlström, R. and Savemark, M. (2010). Dödsfall under och efter skuldsanering. *Rapport* (2010:18) Karlstad: Konsumentverket.
- Ahlström R. och Edström S. (2014). Är skuldsanering rehabiliterande? En utvärdering av skuldsanerade personers hälsa, livskvalitet och privatekonomi tre år efter genomförd skuldsanering. *Rapport 2014:12*, Karlstad: Konsumentverket.
- Ahlström R. och Edström S. (2015). Överskuldsättning och ohälsa. Konsumentverket (under utgivning).
- Balmer, N., Pleasence, P., Buck, A. & Walker, H.C. (2006). Worried sick: The experience of debt problems and their relationships with health, illness and disability. *Social Policy and Society*, 5, 39-51.
- Bernfort, L. (2009). Hälsoekonomiska utvärderingar – Vad menas och hur gör man? CMT Rapport 2009:2. Linköping: Linköpings universitet.
- Bridges, S. & Disney, R. (2010) Debt and depression. *Journal of Health Economics*, 29, 388-403.
- Dew, J. (2008) Debt change and marital satisfaction change in recently married couples, *Family Relations*, 57, 60-71.
- Drentea, P., & Lavrakas, P. J. (2000). Over the limit: the association among health, race and debt. *Social Science & Medicine*, 50, 517-529.
- Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* [3rd ed]. Oxford University Press, 2005.
- Duncan, G., & Brooks-Gunn, J. (1997). *Consequences of Growing Up Poor*. New York: Russell Sage.
- Ennis, N. E., Hobfoll, S.E., & Schroder, K.E.E., (2000). Money doesn't talk, it swears: how economic stress and resistance resources impact inner-city women's depressive mood. *American Journal of Community Psychology*, 28, 149-173.
- Evans, G. (2004). The environment of childhood poverty. *American Psychologist*, 59, 77-92.
- Fitch, C., Chaplin, R., Trend, C. & Collard, S. (2007) Debt and mental health: The role of psychiatrists. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 194-202.
- Gutman, L. M., & Eccles, J. S. (2002). The academic achievement of African- American students during early adolescence: An examination of multiple risk, promotive, and protective factors. *American Journal of Community Psychology*, 30, 367-468.

- Hintikka, J., Kontula, O., Saarinen, P., Tanskanen, A., Koskela., & Viinamäki, H. (1998). Debt and suicidal behaviour in the Finnish general population. *Acta Psychiatr Scand*, 98, 493-496.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Kronofogden. (2008). Alla vill göra rätt för sig – överskuldssättningens orsaker och konsekvenser. KFM Rapport 2008:1 Stockholm: Kronofogden.
- Lyons, A.C., & Yilmazer, T. (2005). Health and financial strain: Evidence from the survey of consumer finances. *Southern Economic Journal*, 71(4), 873-890.
- McLaughlin KA, Nandi A, Keyes KM, Uddin M, Aiello AE, Galea S, Koenen KC (2012): Home foreclosure and risk of psychiatric morbidity during the recent financial crisis. *Psychol. Med* 42(7):1441-1448.
- Meltzer H, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Jenkins R (2013): The relationship between personal debt and specific common mental disorders. *Eur J Public Health*, 23(1):108-113.
- Merlis, M., Gould, D., & Mahato, B. (2006). Rising out-of-pocket spending for medical care: A growing strain on family budgets. *The Commonwealth Fund pub. No 887, New York*. The Commonwealth Fund.
- Murali, V., & Oyebode, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 216-224.
- Olofsson, S. (2008). *Cost of illness: teoretisk genomgång (NCO 2008:4)*. Karlstad: Räddningsverket; Nationellt centrum för lärande från olyckor.
- Paykel, E.S., Myers, J.K., Lindenthal, J.J. & Tanner, J. (1974). Suicidal Feelings in the General population: A Prevalence study. *Brit. J. Psychiatr.*, 124, 460-469.
- Rahmqvist, M. (2007) Befolkningens hälsa och samhällets kostnader för vård och produktionsbortfall – Resultat från ULF-studien 1996 och 2005. CMT Rapport 2007:4, Linköping: Linköpings universitet.
- Reading, R. & Reynolds, S. (2001). Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science & Medicine*, 53, 441-453.
- Rock, P. (1973) *Making people pay*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Rueger, H., Schneider, N., Zier, U., Letzel, S. & Muenster, E. (2011) Health risks of separated or divorced over-indebted fathers: Separation from children and financial distress. *Social Work in Health Care*, 50(3), 242-256.
- Räddningsverket, Nationellt centrum för erfarenhetsåterföring från olyckor (2004). Suicid och Samhällsekonomiska kostnader, Rapport NCO 2004:7. Karlskoga: Räddningsverket och NCO.
- Sandvall, L. (2011). *Överskuldssättningens ansikten – En studie av vägar in och ut ur ekonomiska svårigheter*. Linnaeus University Dissertations. Växjö: Linnaeus University Press.
- Scheiman, S., & Young, M. (2011). Economic hardship and family-to-work conflict. The importance of gender and work conditions. *Journal of Family and Economic Issues*, 32. SOU 2013:72. *Ut ur skuldfällan*.
- SOU. 2013:78. *Överskuldssättning i kreditsamhället?*
- Standing, G. (2011): *The Precariat: The New Dangerous Class*. London: Bloomsbury Academic.
- Vip i vården? – (2014) *Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom (Rapport 2014:2)*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Wadsworth, M.E., & Achenbach, T.M. (2005). Explaining the link between low socioeconomic status and psychopathology: Testing two mechanisms of the social causation hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1146-1153.

Wadsworth, M. E., Raviv. T., Reinhard. C., Wolff. B., De Carlo-Santiago. C., & Einhorn. L. (2008). An indirect effects model of the association between poverty and child functioning: the role of Children´s poverty-related stress. *Journal of Loss and Trauma*, 13, 156-185.

Elektroniska källor:

<http://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistiknyckeltaljamforelser/kostnadperpatientkpp/omkpp.1081.html>

<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-467-1.pdf?issuusl=ignore>

SCB (2015) <http://www.scb.se/sv /Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Arbetsmarknad/Arbetskraftsundersokningar/Arbetskraftsundersokningarna-AKU/>