
REHABILITERING AF MENNESKER MED MUSKEL- OG SKELETSYGDOMME

- HVAD KAN DER SPARES PÅ DE OFFENTLIGE UDGIFTER?

Resume: Notatet gennemgår forskellige eksempler på rehabilitering af mennesker med muskel- og skeletsygdomme. De gennemgåede eksempler dokumenterer, at rehabilitering er effektivt og at rehabilitering kan reducere sygefravær og sikre fastholdelse på arbejdsmarkedet. Dermed kan rehabilitering medføre besparelser i de offentlige udgifter til overførselsindkomster – besparelser, der langt overstiger omkostningerne ved de pågældende tiltag.

Muskel- og skeletsygdomme medfører store offentlige udgifter

Muskel- og skeletsygdomme er den største årsag til langvarigt sygefravær, og den næsthøjestår årsag til førtidspensionering. Hertil kommer, at patienterne har et stort forbrug af ydelser i sundhedsvæsenet, som f.eks. besøg hos praktiserende læger, fysioterapeuter, medicin og sygehusindlæggelser. Mange mennesker med muskel- og skeletsygdomme har desuden behov for sociale ydelser som f.eks. hjemmehjælp, hjælpemidler m.m.

Udover de menneskelige konsekvenser medfører muskel- og skeletsygdomme således store offentlige udgifter – udgifter, der berører både stat, region og kommune. Spørgsmålet er imidlertid, om der findes alternativer til den indsats, der i dag gøres for patienterne. Alternativer, som kan reducere de menneskelige konsekvenser og samtidigt reducere de offentlige udgifter.

Dette notat gennemgår nogle eksempler på rehabiliteringstiltag, som ved forsøg har vist sig at kunne reducere sygefravær og førtidspensionering samt forbrug af ydelser i sundhedsvæsenet. Desuden præsenteres et regneeksempel på, hvad der totalt set kan opnås af besparelser for de offentlige kasser, såfremt et af disse tiltag indføres på landsplan. Indledningsvist gennemgås størrelsen af de offentlige udgifter specifikt til førtidspension og sygedagpenge som følge af muskel- og skeletsygdomme.

Udgifter til sygedagpenge til personer med muskel- og skeletsygdomme

I 2009 blev der påbegyndt i alt ca. 615.000 dagpengesager¹. Heraf varede hver femte - eller knap 130.000 sager - mere end 9 uger. Ca. 5 % - eller 33.000 sager - varede mere end 26 uger, og knap 1 %, eller 6.000, af sagerne mere end 52 uger. De samlede udgifter udgjorde 14,7 mia. kr.²

¹ Udtræk fra DREAM databasen

² Danmarks Statistik

Statistikken viser ikke hvilke sygdomme sygedagpengesagerne vedrører, men SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd gennemførte i 2008 en undersøgelse af langtidssygemeldte (personer med fravær over 9 uger), og ifølge denne undersøgelse er hver fjerde af de langtidssygemeldte personer med sygdomme i bevægeapparatet³.

Med udgangspunkt i SFI's undersøgelse, kan det således beregnes, at muskel- og skeletsygdomme hvert år er årsag til 154.000 sygedagpengesager, hvoraf 26.000 har en varighed på over 9 uger. Endvidere kan det beregnes, at udgifterne til sygedagpenge til mennesker med muskel og skeletsygdomme årligt udgør 3,6 mia. kr.

Udgifter til førtidspension til personer med muskel- og skeletsygdomme

I 2009 fik næsten 16.000 personer tildelt førtidspension. Heraf havde de 3.000 en lidelse i bevægeapparatet.

Førtidspension er en livsvarig ydelse. Personer, der tildeles førtidspension, er berettigede til at få denne ydelse frem til de dør eller overgår til folkepension. Aldersfordelingen blandt de personer, der fik tilkendt førtidspension i 1. kvartal 2010, fremgår af tabellen nedenfor. Det ses, at ca. en tredjedel af de personer, der fik tilkendt førtidspension, er under 50 år, og derfor er berettiget til førtidspension i mindst 15 år.

Tabel 1. Aldersfordelingen blandt personer, som fik tildelt førtidspension som følge af en sygdom i bevægeapparatet, 1. kvartal 2010.

| | Bevægeapparatsygdomme | |
|----------|-----------------------|------|
| | antal | % |
| I alt | 712 | 18 % |
| 15-19 år | 0 | 0 % |
| 20-29 år | 6 | 1 % |
| 30-39 år | 74 | 10 % |
| 40-49 år | 203 | 29 % |
| 50-59 år | 360 | 51 % |
| 60-66 år | 69 | 10 % |

Kilde: Danmarks statistik

Med udgangspunkt i aldersfordelingen blandt nytilkendte førtidspensionister, kan det beregnes, at i alt ca. 45.000 personer i 2010 modtager førtidspension som følge af sygdomme i bevægeapparatet. Videre kan det med udgangspunkt i de gennemsnitlige udbetalinger i januar 2010 beregnes, at udgifterne til førtidspension til personer med sygdomme i bevægeapparatet i 2010 vil udgør ca. 7 mia. kr.

³ Socialforskningsinstituttet. Effekter af ændringer i sygedagpengeloven 2008

Eksempler på rehabiliteringstiltag, der virker

Det fremgik af afsnittet ovenfor, at muskel- og skeletsygdomme medfører store udgifter til overførselsindkomster. I alt udgør udgifterne alene til sygedagpenge og førtidspension således 3,6 mia. kr. + 7 mia. kr. = 10,6 mia. kr. Spørgsmålet er, om den indsats, der i dag ydes overfor denne store gruppe af borgere, er optimal, eller om det er muligt ved en forbedret indsat ikke blot at forbedre livskvaliteten men også at sikre, at patienterne bevarer tilknytningen til arbejdsmarkedet, således at de offentlige udgifter reduceres.

I det følgende gennemgås nogle eksempler på tiltag, som ved forsøg i praksis har vist sig at reducere de offentlige udgifter. Og hvor det yderligere har vist sig, at reduktionen i de offentlige udgifter mere end opvejer omkostningerne ved at gennemføre tiltagene.

KIA-projektet

Det daværende Vejle Amt gennemførte i 2004-2005 et forsøg, der havde til formål at forebygge udstødelse fra arbejdsmarkedet på grund af længerevarende sygefravær⁴. Målgruppen var borgere, der havde været sygemeldt mellem 4 og 12 uger som følge af smerter i bevægeapparatet (ryg, hofte, nakke, skuldre arme mv.). Indsatsen var en tværfaglig rehabilitering gennemført af et team bestående af en arbejdsmediciner, en kiropraktor, en fysioterapeut, en psykolog og en socialrådgiver. Også arbejdspladsen var inddraget.

Ved opfølgningen efter 12 måneder havde personerne i forsøget (interventionsgruppen) et betydeligt lavere sygefravær sammenlignet med en kontrolgruppe. Således havde personerne i interventionsgruppen i gennemsnit 341 færre sygefraværstimer sammenlignet med en kontrolgruppe. Dette svarer til en forskel på 34 %. Yderligere var 14 % i interventionsgruppen sygemeldte på fuld tid, mod 31 % i kontrolgruppen.

Selve rehabiliteringsprogrammet blev beregnet til at koste 12.000 kr. pr. deltager. Besparelsen i udgiften til sygedagpenge som følge af det reducerede sygefravær blev beregnet til 30.651 kr. pr. deltager. Rehabiliteringsindsatsen indebar altså en samlet besparelse pr. deltager på 18.651 kr.

Udover et reduceret sygefravær viste opfølgningen, at rehabiliteringsindsatsen medførte et mindre forbrug af ambulante besøg i sygehusregi. Forskellen i omkostninger til ambulante besøg imellem interventionsgruppen og kontrolgruppen udgjorde efter 12 måneder i gennemsnit 3.598 kr. pr. person.

Medregnes det reducerede forbrug af ambulante ydelser, bliver den samlede nettobesparelse pr. deltager på 22.249 kr. Tabellen nedenfor sammenfatter en række nøgletal fra projektet.

⁴ Koordineret indsats for arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte borgere med længerevarende smertegener fra bevægeapparatet. Arbejds miljøinstituttet, Syddansk Universitet og Vejle amt.

| | Kontrolgruppe (1) | Interventionsgruppe (2) | Forskel (1)-(2) |
|------------------------------------|----------------------|----------------------------|--------------------|
| Gnst. antal sygetimer 0-12 mdr. | 997 timer | 657 timer | 341 timer |
| Udgifter til sygedagpenge* | 83.143 kr. | 52.492 kr. | 30.651 kr. |
| Omk. ambulante besøg efter 12 mdr. | 9.782 kr. | 6.184 kr. | 3.598 kr. |
| Rehabiliteringsomk. pr. deltager | 0 | 12.000 kr. | -12.000 kr. |
| Nettoudgift pr. Person | 92.925kr. | 70.676 kr. | 22.249 kr. |

*dagpengesats 2006 niveau 90,05 pr. time.

Kilde: Koordineret indsats for arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte borgere med længerevarende smertegener fra bevægeapparatet. Arbejdsmiljøinstituttet, Syddansk Universitet og Vejle amt.

KIA projektet følger alene personerne i 12 måneder, og har således ikke mulighed for at vurdere interventionens effekt på tildeling af førtidspension. Men da en stor del af de langtidssygemeldte med muskel og skeletsygdomme ender med at forblive uden for arbejdsmarkedet⁵, må det antages at der udover besparelserne i udgifterne til sygedagpenge, vil være besparelser i udgifterne til førtidspension.

Forsøg med rehabilitering i Sverige

I en svensk undersøgelse⁶ har man ligeledes afprøvet effekten af et tværfagligt rehabiliteringsprogram rettet mod sygemeldte patienter med smerter i bevægeapparatet. Rehabiliteringen blev varetaget af et tværfagligt team bestående af fysioterapeut, ergoterapeut, socialrådgiver og læge. Rehabiliteringen bestod i hård fysisk træning efter individuelle programmer, kombineret med patientuddannelse, der bl.a. havde til formål at øge patientens kropsbevidsthed og kendskab til sundhedsspørgsmål samt at øge patientens selvtillid. Desuden inkluderede programmet aktiv planlægning af patientens tilbagevenden til arbejde.

Efter 6 måneder var patienternes fysiske funktionsevne signifikant forbedret. Desuden var kun 22 % af patienterne fortsat fuldtidssygemeldte. Resultaterne var bedst for den del af deltagerne, som havde været sygemeldte i mindre end et år. Således var mindre end 10 % af de patienter, der havde været sygemeldte i mindre end 1 år, stadig sygemeldte efter 6 måneder. Blandt de patienter, der havde været sygemeldte i mere end 1 år, var halvdelen fortsat sygemeldte.

Forfatterne konkluderer, at selv om et tværfagligt rehabiliteringsprogram, som det afprøvede, har størst effekt over for patienter, der har været sygemeldte i kortere tid, kan det også være effektivt selv over for personer, som har været sygemeldte i meget lange perioder.

⁵ Se note 3

⁶ Ulla-Britt Larsson m.fl. Rehabilitation of long-term sick listed patients in Sweden through techniques of sports medicine. Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation 15 (2000).

De reumatologiske rygambulatorier i Nordjyllands Amt

I det daværende Nordjyllands Amt blev der i 1997 oprettet tværfaglige rygambulatorier ved amtets to reumatologiske afdelinger i hhv. Aalborg og Hjørring. Baggrunden var en stigning i antallet af operationer for diskusprolaps. Formålet var at optimere den reumatologiske behandling, forkorte ventetiden hertil samt afklare patientens behov for henvisning til kirurgisk vurdering. Der blev gennemført en evaluering af de nyoprettede tværfaglige ryg-ambulatorier, og resultatet er afrapporteret i en rapport udgivet af Sundhedsstyrelsen i 2004⁷. Behandlingen i rygambulatorierne bestod i relevant patientudvælgelse, grundig undersøgelse, information, vejledning, kort ventetid samt instruktion i egne øvelser. De tværfaglige teams var sammensat af reumatologisk læge, sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut, socialrådgiver og sekretær.

Af de patienter, der indgik i evalueringen, var 66 % af de erhvervsaktive sygemeldte ved starten, men ved opfølgningen et år efter var tallet kun 14 %. Derudover medførte etableringen af rygambulatorierne, at behovet for diskusprolapsoperationer blev halveret.

Rapporten indeholder en sundhedsøkonomisk beregning af de tværfaglige rygambulatorier sammenlignet med "sædvanlig praksis". Beregningerne viser, at hospitalsomkostningerne ved et forløb i det tværfaglige rygambulatorie er 2.000 kr. mindre end omkostningerne ved et sædvanligt forløb for patienter med 4-12 ugers lænderygbesvær. Ligeledes fremgår det af beregningerne, at sygefraværet blandt patienterne, der behandles i rygambulatoriet, kan forventes at være ca. 50 % lavere end sygefraværet for patienter, der behandles efter sædvanlig praksis. Alt i alt skønnes det, at rygambulatorierne har medført en årlig samfundsmæssig besparelse på 26.000 kr. pr. patient. Hertil kommer besparelser som følge af, at færre udstødes af arbejdsmarkedet. Disse er beregnet til gennemsnitligt 183.254 kr. pr. patient.

MTV af tværfaglig indsats overfor patienter med ondt i ryggen

Ovennævnte resultater vedrørende effekten af en tværfaglig indsats over for patienter med rygbesvær bekræftes i en Medicinsk Teknologivurdering (MTV) udgivet i 2010⁸. MTV'en er baseret på en systematisk litteraturgennemgang og gennemgår dokumenterede effekter af tidlig tværfaglig og tværsektoriel indsats over for patienter i den erhvervsaktive alder med væsentlige smerter i rygsøjlen af 4 – 12 ugers varighed.

Rapporten konkluderer bl.a., at der er

- en moderat evidens for, at tidlig tværfaglig indsats er mere effektiv end en monofaglig indsats
- en moderat evidens for, at inddragelse af arbejdspladsen forstærker indsatsen af den tværfaglige indsats.

Om de økonomiske konsekvenser konkluderes det, at

⁷ Evaluering af den reumatologiske rygambulatorier I Nordjyllands amt- med focus på behandlingen af diskusprolaps. Sundhedsstyrelsen 2004

⁸ Tværdisciplinær og tværsektoriel indsats over for patienter med ondt i ryggen. Medicinsk Teknologivurdering – 2010, 12 (1)

- en intervention med arbejdspladsinddragelse er omkostningseffektiv sammenlignet med sædvanlig praksis, når man ser på hurtigere tilbagevenden til arbejde.

Hvad kan spares, hvis der sættes ind med rehabilitering?

Foregående afsnit viste nogle eksempler på tiltag, der i praksis har vist sig at kunne reducere udgifterne til sygedagpenge. Og eksempler på tiltag hvor besparelsen endda oversteg udgifterne ved at drive de pågældende tiltag, således at de medfører en samlet besparelse i de offentlige udgifter. I det følgende vises et regneeksempel på, hvad der årligt kan spares på landsplan, hvis der sættes systematisk ind med rehabilitering af mennesker, der er sygemeldte på grund af muskel- og skeletsygdomme.

Eksemplet er lavet med udgangspunkt i resultaterne fra KIA- projektet⁹ fremskrevet til 2009 prisniveau samt tal for DREAM-databasen.

Som det fremgår af tabellen nedenfor, medfører rehabiliteringsprogrammet en netto besparelse på 24.400 pr. person. Hvis dette ganges op med antallet af personer, der potentielt kunne deltage i programmet, resulterer det i en samlet besparelse i de offentlige udgifter på 1,1 mia. kr. Hertil kommer forventede besparelser i udgifterne til førtidspension, der som nævnt ikke er beregnet i KIA-projektet

Regneeksempel på konsekvenser for de årlige offentlige udgifter af et rehabiliteringsprogram for sygemeldte på grund af muskel- og skeletsygdomme.

| | | |
|---|-----------------------|--|
| Antal sager med mere end 4 ugers varighed | 194.822 | |
| Heraf sager muskel og skeletsygdomme (25 %) | 48.706 | |
| Rehabiliteringsudgifter pr. person | 13.000 | |
| Sparede omkostninger sygedagpenge pr. person | -33.400 | |
| Sparede omkostninger ambulante besøg pr. perso | -4.000 | |
| <i>Netto pr. person</i> | <i>-24.400</i> | |
| samlede besparelser alle sager (24.400*48.706) | -1.188.414.200 | |

Kilde: KIA-projektet, fremskrevet til 2009 prisniveau og DREAM-databasen

Konsekvenser for forskellige "kasser"

De offentlige udgifter er fordelt på forskellige kasser, der hver administreres af en af de tre offentlige myndigheder: Staten, regionerne og kommunerne efter nærmere fastlagte regler. Dette illustreres i skemaet på næste side, der viser fordelingen af hhv. førtidspension, sygedagpenge, kontanthjælp og sundhedsudgifter på hver af de tre kasser.

Tiltag der har til formål at reducere udgifterne som følge af muskel- og skeletsygdomme, f.eks. rehabilitering og behandling, vil derfor komme forskellige offentlige kasser til gode. Ligeledes vil udgifterne til de pågældende tiltag skulle bæres af den myndighed, der har ansvaret for finansiering af det pågældende område. Og det er ikke altid den kasse, der

⁹ Se note 4

betaler, der opnår besparelsen. Dette kan føre til "kassetænkning" – der kan defineres som: "en barriere for at indføre af tiltag, som er en fordel set ud fra et samfundsmæssigt perspektiv, men ikke ud fra den pågældende kasses perspektiv".

Eksempler på offentlige udgifters fordeling på forskellige offentlige kasser

| | Stat | regioner | Kommuner |
|----------------|---------|----------|----------|
| Førtidspension | 35 % | | 65 % |
| Sygedagpenge* | 50 % | | 50 % |
| Kontanthjælp | 35 % | | 65 % |
| Sygesikring** | | 80 % | 20 % |
| Sygehus** | Ca. 5 % | 75 % | 20 % |

*Arbejdsgiver betaler sygedagpenge eller fuld løn de første 14 dage. Efter 14 dage får arbejdsgiveren refunderet svarende til sygedagpenge. Udgiften i 3 og 4 uge betales 100 % af staten. Efter 4 uge frem til 52. uge deles udgiften mellem stat og kommune 50/50. I det omfang der udbetales dagpenge efter 52. uge betales disse 100 % af kommunerne.

**Tallene for sundhedsudgifternes fordeling på offentlige kasser, er ca. tal. Kommunerne bidrager til finansieringen af det regionale sundhedsvæsen med et grundbidrag og en aktivitetsbestemt medfinansiering som hver især udgør ca. 10 % af regionernes sundhedsudgifter. Staten bidrager via den statslige meraktivitetspulje med ca. 5 %.

Tabellen nedenfor viser hvilke kasser, der vil opnå besparelser og hvilke, der skal bære omkostningen ved indførelse af tværfaglig rehabilitering af sygemeldte med muskel- og skeletsygdomme (jf. beregningseksemplet ovenfor). Da udgiften til tværfaglig rehabilitering kan afholdes af såvel kommuner som regioner, er det forudsat, at udgiften deles ligeligt imellem region og kommune.

Regneeksempel på udgifter og besparelser pr. år fordelt på region og kommune ved rehabiliteringsprogram for sygemeldte på grund af muskel- og skeletsygdomme

| | Stat | Region | Kommune | I alt |
|-------------------------------------|----------------|--------------|----------------|----------------|
| Rehabiliteringsomkostninger | | 6.500 | 6.500 | 13.000 |
| Sparede sygedagpenge | -16.700 | | -16.700 | -33.400 |
| Sparede ambulante besøg | | -3.600 | -400 | -4.000 |
| <i>Netto pr. patient</i> | <i>-16.700</i> | <i>2.900</i> | <i>-10.600</i> | <i>-24.400</i> |
| Samlet besparelse v/48.706 personer | 813.390.200 | -141.244.500 | 516.283.600 | 1.188.429.300 |

Det ses af regneeksemplet ovenfor, at både stat og kommuner vil opnå en økonomisk gevinst, mens regionerne vil have en nettoudgift såfremt der systematisk gennemføres en rehabilitering af sygemeldte med sygdomme i muskel- og skeletsygdomme, og såfremt udgiften deles mellem kommuner og regioner.

Gigtforeningen/aaj

Oktober 2010