



# Screening for livsstilssygdomme blandt personer med psykisk sygdom

Analyse

Danske Fysioterapeuter

## Indholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Resumé</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Screening for livsstilssygdomme</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Gevinster ved tidlig opsporing</b>	<b>4</b>
3.1	Tidlig opsporing af KOL	4
3.2	Tidlig opsporing af type 2-diabetes	5
3.3	Tidlig opsporing af hjerte-kar-sygdomme	6
3.4	Tidlig opsporing af overvægt	7
<b>4</b>	<b>Omkostninger</b>	<b>8</b>
4.1	Omkostninger til screening	8
4.2	Omkostninger forebyggelses-/behandlingsforløb	8
<b>5</b>	<b>Omkostningseffektivitet</b>	<b>9</b>
<b>6</b>	<b>Kilder</b>	<b>10</b>

Kolofon	Kontakt
Forfatter(e): Lise Hagelund, Mette Bøgelund	Incentive, Holte Stationsvej 14, 1., DK-2840 Holte
Dato: 2. december 2013	T: (+45) 2916 1223, E: <a href="mailto:kontakt@incentive.dk">kontakt@incentive.dk</a>
Version: 1	<a href="http://www.incentive.dk">www.incentive.dk</a>

## 1 Resumé

Megen forskning viser, at personer med psykisk sygdom har større risiko for at udvikle livsstilssygdomme, og at de i højere grad dør af dem. Danske Fysioterapeuter foreslår derfor, at personer med psykisk sygdom screenes for livsstilssygdomme, når de er i kontakt med sundhedsvæsenet (lægen, kommunen eller lignende).

I dette dokument har vi samlet viden om personer med psykisk sygdoms risiko for livsstilssygdomme og givet nogle eksempler på de økonomiske effekter, det kunne have, hvis blot meget få procent af disse personer undgik at få hhv. KOL, diabetes og hjertesygdomme.

Vi har også beregnet, hvad en screening af personer med psykisk sygdom hos egen læge (når de alligevel var der) ville koste. Analysen baserer sig på udvalgt eksisterende litteratur.

## 2 Screening for livsstilssygdomme

Den forventede levetid for mennesker med en psykisk lidelse i Danmark er cirka 20 år kortere end for resten af befolkningen. 60% af dette tilskrives fysiske lidelser som diabetes, KOL, kræft og hjerte-kar-sygdomme. 75% af mennesker med psykisk sygdom har en eller flere fysiske sygdomme. Eksempelvis har tidligere studier vist, at mennesker med depression har 65% øget risiko for at udvikle diabetes og dobbelt så stor risiko for at få iskæmisk hjertesygdom. Samtidig har man set, at psykiatriske patienter med fysiske lidelser ofte bliver underbehandlet sammenlignet med ikke-psykiatriske patienter (Bredkjær *et al*, 2011).

En af årsagerne til, at mennesker med psykiske lidelser har større risiko for at udvikle fysiske lidelser, er livstil. Der er flere rygere og flere med et højt alkoholforbrug blandt mennesker med psykiske lidelser i forhold til den almene befolkning. Blandt skizofrenipatienter har 35% et BMI over 30 (mod ca. 15% i befolkningen<sup>1</sup>), 62% har forhøjet blodtryk (mod ca. 20% i befolkningen<sup>2</sup>) og 20% har forhøjet blodsukker (mod ca. 11% i befolkningen<sup>3</sup>) (Bredkjær *et al*, 2011).

Derfor anbefaler Danske Fysioterapeuter, at alle mennesker med psykiske lidelser bliver screenet for livsstilssygdomme ved mødet med sundhedsvæsenet. Når alle sundhedsprofessionelle har fokus på fysiske lidelser hos psykiatriske patienter, kan livsstilssygdommene opspores tidligere. Det vil kunne øge patienternes levetid og spare sundhedsvæsenet for øgede omkostninger.

---

<sup>1</sup> <http://country-bmi.findthedata.org/d/g/Denmark>

<sup>2</sup> <http://min.medicin.dk/Artikler/Artikel/37>

<sup>3</sup> Diabetes.dk

### 3 Gevinster ved tidlig opsporing

I dette afsnit giver vi eksempler på de gevinster, man kan opnå ved at opspore henholdsvis KOL, diabetes og hjerte-kar-sygdom tidligt. Disse inkluderer udelukkende sparede omkostningerne til sundhedsudgifter. Der er dermed ikke beregnet, hvilke omkostninger der yderligere kunne spares i eksempelvis produktionsomkostninger.

Der er desuden tale om gevinster på længere sigt, men ved en løbende screening af personer med psykisk sygdom vil der være tale om en permanent effekt pr. år<sup>4</sup>.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at fysisk aktivitet er et central element i forebyggelsen og behandling af KOL, hjerte-kar-sygdomme og type-2 diabetes (Sundhedsstyrelsen, 2011). Det er derfor oplagt at patienter der screenes til at være i højrisikogruppen inkluderes i forløb med struktureret fysisk aktivitet.

#### 3.1 Tidlig opsporing af KOL

Lungeforeningen vurderer, at cirka 430.000 har KOL i Danmark – hvoraf cirka 200.000 er ikke-diagnosticeret. Behandling af lungesygdomme koster samlet set omkring 8 mia. årligt i udgifter til sundhedssystemet. Derudover bruger det danske samfund mellem 4 og 5 mia. til at kompensere lungepatienter for indkomsttab grundet tab af arbejdsevne (Lungeforeningen).

En tidligt diagnosticeret og velbehandlet lungepatient koster det halve af en gennemsnitspatient, vurderer Lungeforeningen.

Tabel 1

Udgifter pr. KOL-patient med og uden tidlig opsporing	
Samlede årlige udgifter til behandling og pleje pr. KOL-patient	79.800 kr.
Halvering af årlige udgifter pr. patient som følge af tidlig opsporing	39.400 kr.

Kilde: Andreasen og Maltbæk, 2007

---

<sup>4</sup> Det har ikke været muligt at finde information, så man evt. kunne diskontere effekterne.

Tabel 2

Gevinst ved tidlig opsporing af KOL	
Antal personer med psykisk lidelse pr. år (Kilde: SIF, 2007)	750.000
Andel rygere blandt psykiatriske patienter (Antagelse - 17% i den totale befolkning (Sundhedsstyrelsen))	35% 262.500 personer
Andel af rygere, der forventes at udvikle KOL (Kilde: Lungeforeningen)	40% 105.000 personer
Andel KOL-tilfælde, der opspores tidligere som følge af screening pr. år (Antagelse)	1% 1050 personer
<b>Gevinst pr. år ved tidlig opsporing</b>	<b>41,4 mio. kr.</b>

Tabel 2 viser, at hvis man som følge af screening for KOL blandt psykiatriske patienter kan opspore 1% af KOL-tilfælde blandt psykiatriske patienter tidligt, vil man kunne spare lidt over 41 mio. kr. årligt i sundhedsudgifter. Antagelse på de 1% af KOL-tilfældene, der opspores tidligt, vurderes at være en meget konservativ antagelse.

### Effekt af rygestop

I et studie af Susanne Reindahl Rasmussen (DSI, 2004) kan man se, at rygere mellem 35-89 år koster samfundet 10,5 mia. kr. i udgifter til sundhedsvæsenet. Dette svarer cirka til 14.300 kr. pr. ryger. Antager man, som i tabel 2, at der er cirka 35% af de psykiatriske patienter, der ryger, og hvis vi antager, at det er muligt at få 0,5% til at stoppe med at ryge, vil det på sigt give en besparelse af omkostninger på 18,8 mio. kr. årligt.

## 3.2 Tidlig opsporing af type 2-diabetes

Ifølge Diabetesforeningen ved 200.000 danskere ikke, at de har type 2-diabetes. Dertil kommer, at omkring 750.000 danskere vurderes at have forstadier til diabetes. Op mod halvdelen af alle patienter med nykonstateret diabetes har allerede én eller flere senkomplikationer fx hjerte-kar-sygdomme, øjenssygdomme mv. (SST, 2010).

Diabetes er en meget omkostningstung sygdom for samfundet. I 2006 var den samfundsøkonomiske omkostning af diabetes cirka 31,5 mia., hvoraf 22 mia. gik direkte til behandling af diabetes.

Statens Institut for Folkesundhed vurderer, at mellem 10 og 20% af udgifterne til diabetes går til ambulante kontroller og komplikationsforebyggende arbejde, og op mod 80% af udgifterne går til behandling af komplikationer som følge af diabetes (SIF, 2007).

Ifølge Green *et al.* (2001) er der ved et tværsnit lidt under 50.000 diabetespatienter med svære senkomplikationer. De fleste patienter vil dog på et tidspunkt i deres liv opleve senkomplikationer. For hvert år man kan forebygge som følge af screening, at 1% af de psykiatriske patienter med diabetes har senkomplikationer, vil man kunne spare cirka 31 mio. kr. i sundhedsudgifter.

**Tabel 3 Gevinst i ét år**

Sparede omkostninger ved tidlig opsporing af type 2-diabetes	
Årlig omkostning pr. patient med senkomplikation (Beregnet)	75.400 kr.
Antal personer med psykisk lidelse pr. år (Kilde: SIF)	750.000 personer
Antal personer med psykisk lidelse, der forventes at have diabetes (Tal for almenbefolkningen, Diabetesforeningen)	5,5% 41.250 personer
Andel diabetestilfælde, der opspores tidligere som følge af screening pr. år (Antagelse)	1% 412 personer
<b>Gevinst ved at 1% af diabetestilfælde blandt psykiatriske patienter har ét år mere uden senkomplikationer</b>	<b>31,1 mio. kr.</b>

Bemærk, at omkostninger ved komplikationerne spares efter en årrække, og at der derfor er tale om en investering i sundhed på længere sigt. Efter en periode med screening vil der være tale om en permanent effekt. Antagelsen om tidlig opsporing af 1% af diabetestilfældene vurderes at være meget konservativ.

### 3.3 Tidlig opsporing af hjerte-kar-sygdomme

Ifølge Hjerteforeningen har 420.000 danskere en form for hjertesygdom, og der kommer 45.000 flere til hvert år.

Hjerte-kar-sygdomme bringer betydelige omkostninger med sig for samfundet. Ifølge Hjerteforeningen viser de seneste opgørelser, at danskere, der indlægges med hjerte-kar-sygdomme, koster over 4,6 mia. kroner om året. Samtidig er der 2,4 mia. kroner i udgifter til receptpligtig medicin.

Hvis man som følge af screening hvert år kan forebygge bare 1% af hjertesygdomme blandt mennesker med en psykisk lidelse, vil man kunne spare cirka 12,5 mio. kr. i sundhedsudgifter.

**Tabel 4 Gevinst i ét år**

Gevinst ved tidlig opsporing af hjertesygdom	
Årlig omkostning pr. patient med hjerte-kar-sygdomme (Beregnet)	16.667 kr.
Antal personer med psykisk lidelse pr. år (Kilde: SIF)	750.000 personer
Antal personer med psykisk lidelse, der forventes at have en hjerte-kar-sygdom (Tal for almenbefolkningen over 15 år)	10% 75.000 personer
Andel hjertetilfælde, der opspores tidligere og forebygges som følge af screening pr. år (Antagelse)	1% 750 personer
<b>Gevinst ved at 1% af hjerte-kar-sygdomme blandt psykiatriske patienter har ét år mere uden sygdommen</b>	12,5 mio. kr.

Bemærk, at omkostninger ved sygdommen spares efter en årrække, og at der derfor er tale om en investering i sundhed på længere sigt. Efter en periode med screening, vil der være tale om en permanent effekt. Antagelse på de 1% af hjerte-kar-sygdommene, der opspores tidligt, vurderes at være konservativt.

### 3.4 Tidlig opsporing af overvægt

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen (SUSY) fra 2010 viser, at cirka 600.000 voksne danskere er svært overvægtige (SIF, 2012). Sundhedsudgifterne i forbindelse med overvægt er cirka 1 mia. årligt ifølge Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (Sundhedsministeriet, 2007). Da overvægt er en risikofaktor for både type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme og andre alvorlige lidelser, vil der være et overlap mellem de svært overvægtige og personer, der har disse sygdomme, samt de, der er i risiko for at udvikle dem.

Indsats mod overvægt vil derfor kunne nedbringe forekomsten af både diabetes, KOL og hjertesygdom.

## 4 Omkostninger

### 4.1 Omkostninger til screening

Danske Fysioterapeuter vurderer, at selve screeningen for livsstilssygdomme vil kunne gøres udgiftsneutralt ved at sundhedspersonalet, der har kontakt med mennesker med psykiske lidelser, har et fokus på de fysiske lidelser og livstil hos deres patienter.

Hvis alle psykiatriske patienter blev screenet i en konsultation hos egen læge over en 4-årig periode, ville det koste 25 mio. kr. pr. år i 4 år (se tabel 5). Det svarer til, at 25% af patienterne blev screenet hvert år i 4 år.

Hvorvidt screening er omkostningseffektivt på lang sigt, afhænger af de langsigtede effekter, det vil fx sige, hvor mange KOL- og diabetestilfælde, der bliver opdaget og behandlet bedre, end de ellers ville være blevet.

Tabel 5

Udgifter til screening	
Lægekonsultation (Kilde: Lægeforeningen)	133,50 kr.
Antal personer med psykisk lidelse pr. år (Kilde: SIF)	750.000 personer
Samlede omkostninger for screening af alle psykiatriske patienter pr. år de første 4 år	25 mio. kr.

### 4.2 Omkostninger forebyggelses-/behandlingsforløb

Danske Fysioterapeuter vurderer, at et toårigt forebyggende eller behandlende forløb for mennesker, der er blevet screenet for livsstilssygdomme i gennemsnit vil koste 38.300 kr. (se beregninger i bilag 1). Det vil ikke være alle personer, der gennemfører forløbet. Vi vurderer dog, at forløbene på trods af frafald vil resultere i mindst de relativt lave effekter på diabetes, KOL og hjertesygdom, som indgår i beregningen. Vi ved at fysisk aktivitet forebygger senkomplikationer og det er derfor sandsynligt at forløbene vil resultere i en højere effekt.



## 5 Omkostningseffektivitet

Vi antager i disse beregninger, at der ikke er overlap mellem sygdommene. Det vil sige, at alle de tidligt opsporede sygdomstilfælde er unikke (der er ingen overlap mellem eksempelvis tidlig opsporet diabetes og tidligt opsporet hjertesygdom). Derfor tages der heller ikke hensyn til, at en forebyggende indsats muligvis kunne være gavnlig i forhold til flere sygdomme på samme tid.

Tabel 6

Omkostningseffektivitet, screening	
Samlede gevinster ved tidlig opsporing af 1% KOL-tilfælde, 1% type 2-diabetes tilfælde og 1% hjerte-kar-sygdomme blandt psykiatriske patienter Kilde: Tabel 2, tabel 3 og tabel 4	85 mio. kr.
Årlig udgift, screening Kilde: Tabel 5	25 mio.
<b>Overskud pr. år</b>	<b>60 mio. kr.</b>

Tabel 6 viser, at opsporing af 1% KOL-tilfælde, 1% type 2-diabetes-tilfælde og 1% hjerte-kar-sygdom-tilfælde som følge af screening hos egen læge årligt vil kunne give et overskud på 60 mio. i sparede sundhedskostninger.

Tabel 7

Omkostningseffektivitet, screening og fysioterapeutisk behandling	
Samlede gevinster ved tidlig opsporing af 1% KOL-tilfælde, 1% type 2-diabetes-tilfælde og 1% hjerte-kar-sygdomme blandt psykiatriske patienter Kilde: Tabel 2, tabel 3 og tabel 4	85 mio. kr.
Årlige udgifter forebyggelses-/behandlingsforløb for alle videresendte patienter Kilde: Danske Fysioterapeuter	42,4 mio. kr.
Årlig udgift, screening Kilde: Tabel 5	25 mio. kr.
<b>Overskud pr. år</b>	<b>17,6 mio. kr.</b>

Som det fremgår af ovenstående afsnit vil der ifølge vores estimater kunne videresendes 2.213 personer til et forebyggelses- eller behandlingsforløb på et år (750 med hjertesygdomme, 413 med diabetes samt 1050 med KOL). Danske Fysioterapeuter har beregnet et toårigt forløb vil koste 38.300. kr. Det vil sige 19.150 kr. pr. år. Den årlige udgift til dette forløb vil dermed løbe op i 42,4 mio. kr.

Det samlede overskud for screening for livsstilssygdomme med efterfølgende forebyggelses-/behandlingsforløb for mennesker med psykiske lidelser, vil derfor være 17,6 mio. kr.

Det er vigtigt at pointere, at dette er et regneeksempel, da omkostninger og gevinster vil ske forskudt.

## 6 Kilder

Søren Bredkjær *et al.* Delprojekt 4: Højere middellevetid for psykiatriske patienter. 2011. Danske Regioner

Lungeforeningens hjemmeside, lunge.dk

Diabetesforeningens hjemmeside, diabetes.dk

Hjerteforeningens hjemmeside, hjerteforeningen.dk

Green *et al.* *The societal impact of Diabetes mellitus and diabetes care.* 2001. Syddansk Universitet

Andreasen og Maltbæk, *Sundhedsøkonomisk kommunalanalyse Diabetes, KOL og Hjertekarsygdomme* 2007.

Sundhedsstyrelsen. *Tal på diabetes i kommunerne.* 2010. Webudgivelse.

Statens Institut for Folkesundhed. *Folkesundhedsrapporten 2007.* 2007.

Statens Institut for Folkesundhed. *Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 - og udviklingen siden 1987.* 2012.

Susanne Reindahl Rasmussen, DSI. *Livstidssundhedsomkostninger for rygere og aldrig-rygere.* 2004.

Sundhedsministeriet, I. o. (2007). *De samfundsøkonomiske konsekvenser af svær overvægt.* København: Indenrigs og Sundhedsministeriet.

Sundhedsstyrelsen, I. o. (2011). *Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling.* København: Indenrigs og Sundhedsministeriet.

# Bilag 1

Danske Fysioterapeuter



## Beregningseksempler – forebyggende og behandlende forløb for livsstilssygdomme

Der er foretaget en række beregninger for, hvad et to årigt forebyggende og behandlende forløb vil koste for de diagnoser, der er beskrevet i analysen fra Incentive.

Det er antagelsen at behandlingsforløbendes varighed vil være den samme selvom den fysioterapeutiske behandling vil variere i indhold afhængigt af diagnosen.

Dato:  
5. december 2013

E-mail:  
jpc@fysio.dk

Tlf. direkte:  
+45 3341 4636

### Standardforløb

Ud fra en faglig vurdering vil et robust standardforløb skulle have en varighed på to år, med løbende individuel opfølgning, der skal motivere og fastholde personerne i forløbet samtidig med, at der foretages en faglig vurdering af behandlingens virkning.

Helt konkret antages det, at et standardforløb vil kunne se således ud:

### Indholdet i et standardforløb

Et opstarts/udredningsmøde.

Intensiv opstart. 2 x holdtræning af 60 min i 12 uger (24 gange).

Herefter holdtræning en gang ugentligt i resten af den 2 årige periode (92 uger).

Fire årlige motivations- og opfølgningssessioner (8 gange over 2 år).

En afsluttende samtale (evaluering og planlægning af overgang til andre tilbud).

### Udgifter ved forløb i praksissektoren

Nedenfor er der foretaget beregninger af omkostningerne ved et standardforløb på baggrund af den afregning for fysioterapeutisk behandling, der aftalt med sygesikringen.

Danske Fysioterapeuter    [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk)  
Holmbladsgade 70        Telefon: +45 3341 4620  
DK-2300 København S    Mail: [fysio@fysio.dk](mailto:fysio@fysio.dk)



Der er tillæg hertil foretaget yderligere beregninger af udgiften i den situation, hvor udgiften til holdtræning antages at blive hhv. 25 pct. eller 50 pct. dyrere. Argumentet for, at forløbende kan blive dyrere, er, at holdstørrelsen vil være noget mindre end for den de normale patientgrupper, fordi målgruppen for tilbuddene kan have behov for at være i mindre grupper<sup>5</sup>.

Beregnet ud fra takster i overenskomsten med sygesikringen på praksisområdet (2013 priser)

Aktivitet	Pris	Antal	Samlet udgift
Opstart	402	1	402
Intensivt træningsforløb	179	24	4.296
Holdtræning	179	92	16.468
Motivationssamtaler	358 <sup>6</sup>	8	2.862
Afslutning	358	1	358
<b>I alt</b>			<b>24.385</b>

Beregnet ud fra takster i overenskomsten med sygesikringen på praksisområdet + 25 pct. ekstra udgifter til holdtræning (2013 priser)

Aktivitet	Pris	Antal	Samlet udgift
Opstart	402	1	402
Intensivt træningsforløb	224	24	5.370
Holdtræning	224	92	20.585
Motivationssamtaler	358	8	2.862
Afslutning	358	1	358
<b>I alt</b>			<b>29.576</b>

---

<sup>5</sup> Det skal bemærkes, at den nuværende overenskomst med sygesikringen ikke åbner op for en højere afregning ved deltagelsen på mindre hold. Der således alene tale om et beregning eksempler, der skal belyse hvilke omkostninger, der reelt kan være knyttet til mindre hold.

<sup>6</sup> Normal behandlingstakst samt tillæg for tidskrævende konsultation.



Beregnet ud fra takster i overenskomsten med sygesikringen på praksisområdet + 50 pct. ekstra udgifter til holdtræning (2013 priser)

Aktivitet	Pris	Antal	Samlet udgift
Opstart	402	1	402
Intensivt træningsforløb	269	24	6.444
Holdtræning	269	92	24.702
Motivationssamtaler	358	8	2.862
Afslutning	358	1	358
<b>I alt</b>			<b>34.767</b>

### Erfaring fra motion på recept

I Sundhedsstyrelsens evaluering af motion på recept er der foretaget en opgørelse af udgifterne til motionsforløb i en række amter- /amtskommuner<sup>7</sup>.

I et forsøg i Nordjylland var deltagerantallet på holdene sat til 8 deltagere pr. hold, men reelt har der gennemsnitligt kun været mellem 4-6 deltagere. Nedenfor er der foretaget en beregning af, hvad et to årigt træningsforløb vil koste med gennemsnitligt 4 eller 6 deltagere.

Rapporten beskriver ikke det præcise indhold til træningen, men det er antagelsen at der både har været tale om holdtræning, motivations- og udredningssamtaler.

#### Beregningseksempel Nordjylland - 4 deltagere

Aktivitet	Pris	An- tal	Samlet ud- gift
3 måneders træning	7.335*	1	7.335
Pr. måned	2.445		
<b>Toårigt forløb</b>	<b>2.445</b>	<b>24</b>	<b>58.680</b>

\*Udgiften er opgjort i Sundhedsstyrelsens evaluering fra 2010 s. 41, og beløbene er herefter fremskrevet til 2013 priser, idet det antages at dataene stammer fra 2005 (dette fremgår ikke eksakt af rapporten).

<sup>7</sup> Sundhedsstyrelsen evaluering af motion på recept fra 2010. s. 40-42.



#### Beregningseksempel Nordjylland - 6 deltagere

Aktivitet	Pris	An-tal	Samlet ud-gift
3 måneders træning	5.164*	1	5.164
Pr. måned	1.721		
<b>Toårigt forløb</b>	<b>1.721</b>	<b>24</b>	<b>41.311</b>

\*Udgiften er opgjort i Sundhedsstyrelsens evaluering fra 2010 s. 41, og beløbene er herefter fremskrevet til 2013 priser, idet det antages at dataene stammer fra 2005 (dette fremgår ikke eksakt af rapporten).

En anden opgørelse fra Sundhedsstyrelsens evaluering af forsøget om motion på recept er de aktiviteter, der har været gennemført i Frederiksberg Kommune.

Her har deltagerene i et 3-4 måneders forløb fået hvad der svarer til 9 individuelle træningstimer. De har dog reelt deltaget i aktivitet sammenlagt 24 gange på holdtræning samt fået 4 x 45 min. individuel vejledning. Dette skyldes at udgiften til holdtræningen fordeles på de 4 deltagere på holdet.

#### Beregningseksempel Frederiksberg

Aktivitet	Pris	An-tal	Samlet ud-gift
9 træningstimer (2013 pl.)	2.934	1	2.934
Pr. træningstime	326		
<b>Toårigt forløb</b>	<b>326</b>	<b>126</b>	<b>41.076</b>

\* Udgiften er opgjort i Sundhedsstyrelsens evaluering fra 2010 s. 41, og beløbene er herefter fremskrevet til 2013 priser, idet det antages at dataene stammer fra 2005 (dette fremgår ikke eksakt af rapporten).

#### Opsamling

Der er et spænd i prisen for et behandlende og forebyggende 2 årigt forløb på ca. 24.000 kr. til 58.000 kr. afhængigt af, hvilke antagelser der gøres omkring udgifterne på baggrund af henholdsvis erfaringer fra motion på recept eller ud fra de takster for behandling, der fastsat i overenskomsten med sygesikringen.

To beregninger ender på en udgift på ca. 41.000 kr. Tre andre beregninger ligger under denne udgift og en ligger over. Der er et spring fra de 41.000 kr. til højst beregnede udgift på ca. 18.000 kr., mens springet til den lavest beregnede udgift er på cirka 16.000 kr.

Tager man spredningen mellem beregningsresultaterne i betragtning vil det bedste bud på de udgifter, der vil være forbundet med at lade en person gennemføre et to årigt forløb, være gennemsnittet af de 6 forskellige beregninger. Udgiften for et to årigt forløb bliver dermed 38.300 kr. pr. person.

