



Genoptræningsplaner til personer med psykisk sygdom

Analyse

Danske Fysioterapeuter

Indholdsfortegnelse

1	Resumé	3
2	Økonomiske effekter	4
2.1	Omkostninger	4
2.2	Gevinster	4
3	Følsomhedsanalyser	7
4	Metode	10
5	Kilder	12

Kolofon	Kontakt
Forfatter(e): Lise Hagelund, Mette Bøgelund	Incentive, Holte Stationsvej 14, 1., DK-2840 Holte
Dato: 22. januar 2014	T: (+45) 2916 1223, E: kontakt@incentive.dk
Version: 2	www.incentive.dk

1 Resumé

Danske Fysioterapeuter har bedt Incentive om at gennemføre en analyse af gevinsterne ved ”Genoptræningsplaner til personer med psykisk sygdom”. Analysen baserer sig på eksisterende litteratur.

Danske Fysioterapeuter anbefaler, at mennesker med psykisk sygdom skal have vurderet behovet for en genoptræningsplan på lige fod med personer med en somatisk lidelse. Genoptræningsplanen skal sikre, at den fysioterapeutiske behandling ikke afbrydes ved udskrivelse fra sygehuset. Indholdet i genoptræningen skal være rettet mod de spor, den psykiske sygdom kan sætte i kroppen som eksempelvis manglende kropsafgrænsning, tunghed, træthed mv. Vi forventer, at tiltaget koster 35 mio. kroner årligt til ekstra personale beregnet ud fra erfaringerne med de genoptræningsplaner, som allerede tilbydes.

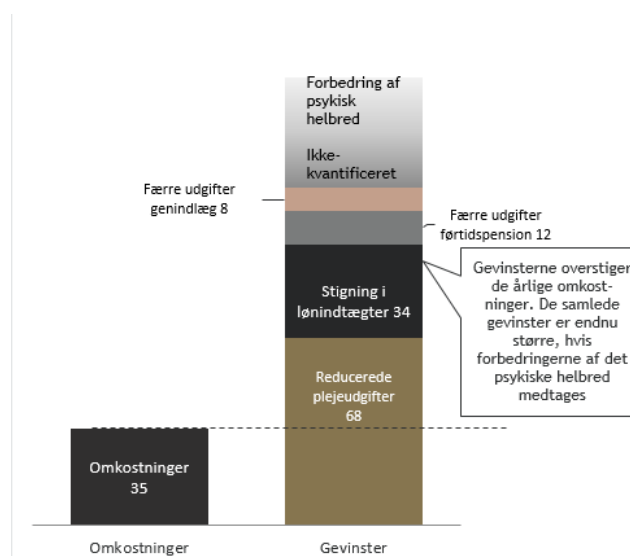
Det er Danske Fysioterapeuters erfaring, at genoptræningsplaner til borgere med sindslidelser kan give borgeren en række redskaber til i højere grad at klare sig i eget hjem. En genoptræningsplan vil således give borgeren mulighed for leve et bedre liv.

Flere undersøgelser viser, at støtte fra en fysioterapeut efter en udskrivelse vil kunne reducere omfanget af hjemmehjælp, reducere hyppigheden af genindlæggelser og også betyde en større sandsynlighed for at komme tilbage på arbejdsmarkedet. På baggrund af eksisterende litteratur har vi beregnet, at tiltaget herigennem vil give besparelser på 123 mio. kr. året efter at tiltaget implementeres. Fratrukket omkostningerne på 35 mio. kroner, er nettogevinsterne ved tiltaget 88 mio. kroner.

Borgerens livskvalitet vil blive forbedret, idet han/hun i højere grad bliver selvstændig og herre i eget liv. Dette skaber værdi for borgeren og derved for samfundet. Værdien for den enkelte borger af øget evne til selvhjælp er imidlertid vanskelig at kvantificere. Derfor kvantificerer vi ikke denne del.

Figur 1 illustrerer de økonomiske effekter af tiltaget.

Figur 1: Økonomiske omkostninger og gevinster året efter ”Genoptræningsplaner til personer med psykisk sygdom” implementeres, mio. kr.



2 Økonomiske effekter

2.1 Omkostninger

Det Nationale institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning ((Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, 2013)), har via et projekt for 8 kommuner beregnet at de gennemsnitslige udgifter er på 8.000 kr. pr. genoptræningsplan. I denne analyse forudsætter vi en omkostning på +25%, altså 10.000 pr. plan for at være på den sikre side.

2.2 Gevinster

Genoptræningsplaner har flere effekter for patienterne. Vi har i det følgende opgjort to forskellige typer af gevinster:

1. Gevinster som følge af lavere støttebehov i eget hjem
2. Gevinster fra færre genindlæggelser

Gevinster, der bliver skabt som følge af lavere støttebehov i eget hjem

Danske Fysioterapeuter vurderer på baggrund af anbefalinger fra relevante fagpersoner, at tiltaget bør sigte mod at lave genoptræningsplaner for 3.000 til 4.000 personer, der for nyligt blev udskrevet fra et psykiatrisk hospital. Vi regner i det følgende med, at tiltaget vil tilrettelægge 3.500 genoptræningsplaner.

Borgere, der bliver udskrevet fra psykiatrisk hospital, modtager ofte relativt meget støtte i hjemmet. På baggrund af (Kommunernes Landsforening, 2009) benytter vi et gennemsnitligt støttebehov på 15 timer pr. uge. Der findes andre undersøgelser, der skønner plejebehov blandt sindslidende (SFI, 2012). Disse omhandler imidlertid ikke udelukkende personer, der har været indlagt. Deres plejebehov er derfor lavere. Følsomhedsanalyserne viser, at plejebehovet som udgangspunkt skal helt ned på 3-4 timer per uge, for at tiltaget ikke længere er rentabelt.

Omkostningen pr. time til støtte er forskellig fra kommune til kommune, og derfor benytter vi en omkostning på 500 kr. pr. time i gennemsnit. Vi har lavet dette skøn på baggrund af omkostningsniveauet til ydelser, der er offentliggjort på Fritvalgsdatabasen.dk. Vi antager, at der både er behov for støtte til personlig pleje og praktisk hjælp. Bruger vi den billigste takst på 311 kr. per time fra Fritvalgsdatabasen (praktisk hjælp), bliver den samlede gevinst ved tiltaget på 62 mio kr. i stedet for de 88 mio kr. Bruger vi i stedet den højeste takst på 815 kr. per time (personlig pleje uden for hverdagstimerne), bliver den samlede gevinst 131 mio kr.

I den centrale beregning har vi antaget, at 10% af borgerne, der får en genoptræningsplan, har behov for 25% mindre støtte (fra 15 timer pr. uge til 11,25 timer pr. uge). Alt i alt sparer genoptræningsplanerne samfundet for 2,5% af udgifterne til støtte i hjemmet til disse 3.500 borgere. Det svarer til ca. 34 mio. kr. pr. år.

Gevinster fra færre genindlæggelser

Der er i psykiatrien relativt mange genindlæggelser, hvor patienter, der er udskrevet, indlægges igen senere i livet. Et studie fra CBS estimerer, at andelen af personer med skizofreni, der bliver indlagt to eller flere gange, er 75% (Jacobsen, 2011). Vi læner os i analysen op ad tallene fra (Jacobsen, 2011) og antager altså, at disse nøgletal også gælder andre patienter, der bliver udskrevet fra psykiatrisk hospital. Hvis tallene er mindre, falder gevinsten ved tiltaget. Hvis det er 50% bliver gevinsten 70 mio kr., og

hvis det er 25%, bliver gevinsten 51 mio. kr. Tiltaget er altså stadig økonomisk rentabelt, også selv om genindlæggelsesprocenterne er markant mindre end i (Jacobsen, 2011).

Der vil naturligvis være stor variation afhængig af, hvilken psykisk sygdom patienterne har været indlagt med. I hovedberegningen har vi antaget, at genoptræningsplanerne kan reducere antallet af genindlæggelser med 5%. Et skøn, som på basis af de få erfaringer, der er på området, er et ret konservativt skøn. For at vurdere følsomheden af disse nøgletal har vi gennemført en række følsomhedsanalyser.

Patienter, der bliver genindlagt, har sværere ved at fastholde en kontakt med arbejdsmarkedet og belaster naturligvis sundhedssektoren mere i kraft af deres indlæggelser. Lønindtægten for de patienter, der bliver indlagt flere gange, er lavere end for de patienter, der kun indlægges en enkelt gang. Desuden er det dokumenteret, at de patienter, der indlægges flere gange, i større omfang får førtidspension, dagpenge eller andre ydelser end de patienter, der kun indlægges en gang. Vi har medregnet begge disse effekter i analysen.

Vi går ud også ud fra, at patienter, der bliver indlagt på psykiatriske hospitaler, er der i gennemsnitlig 19 dage. Desuden har vi antaget, at patienter, der bliver indlagt flere gange, indlægges én gang hvert andet år.

På denne baggrund kommer vi frem til, at tiltaget vil:

- øge løn-indtægterne i samfundet (øget løn pga øget beskæftigelse) med 17,0 mio. kr. om året
- reducere udgifterne til førtidspension med 6,1 mio. kr. om året
- reducere udgifterne i sundhedsvæsnet med 4,2 mio. kr. om året.

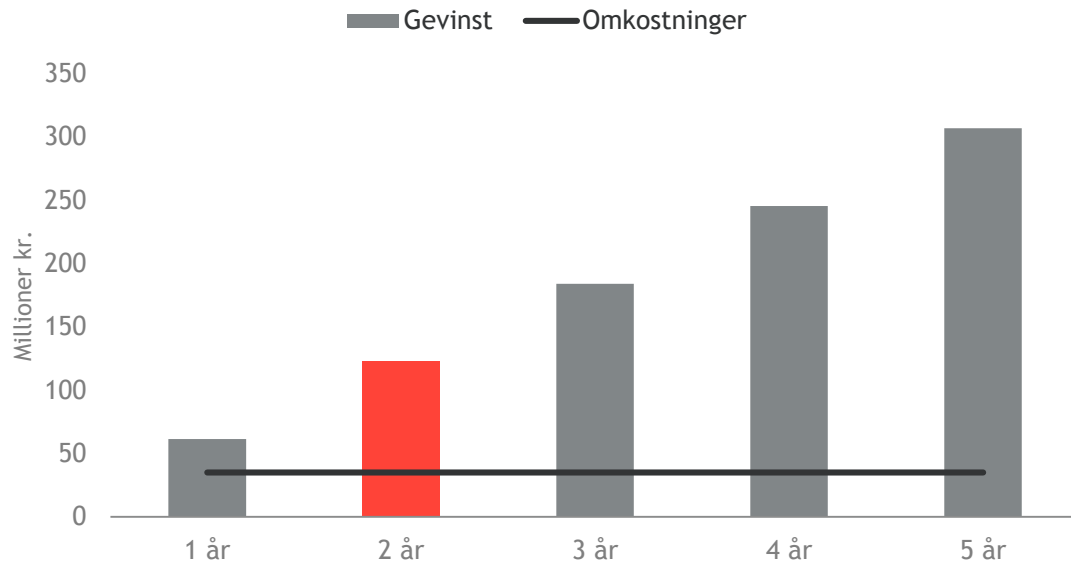
Varighed af effekterne

De personer, der undgår at blive genindlagt og derved får en tættere kontakt til arbejdsmarkedet, får i bedste fald glæde af genoptræningsprogrammet resten af deres liv. Det er dog også sandsynligt, at genoptræningen kun vil have en positiv effekt i en begrænset periode. Vi har ikke kunnet identificere undersøgelser af varigheden af gevinsterne. Vi benytter derfor som udgangspunkt, at arbejdsmarkedseffekterne varer to år. Derudover rapporterer vi også gevinsternes størrelse, hvis effekterne varer et, tre, fire eller fem år.

Resultater

Resultaterne er opsummeret i grafen nedenfor.

Figur 2: Resultater afhængig af tiltagets varighed



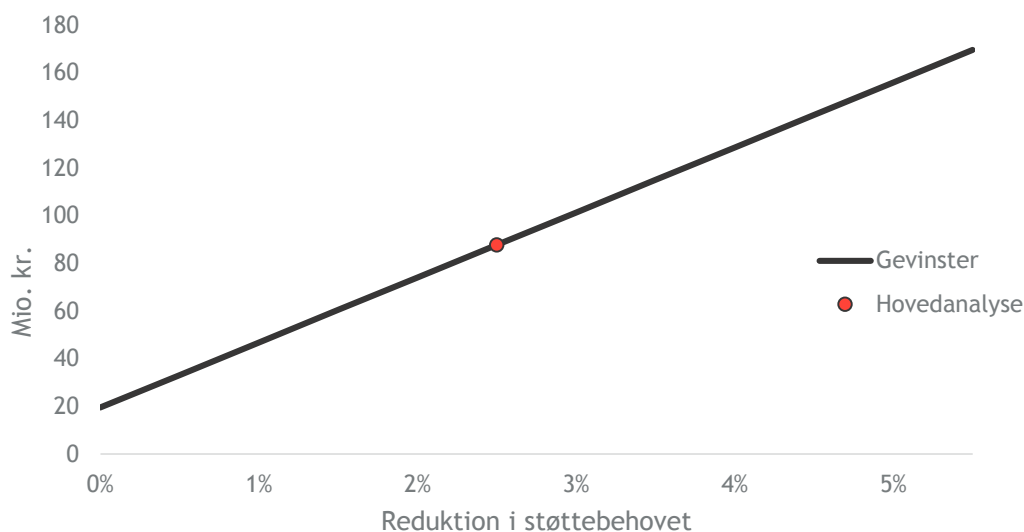
Allerede det første år hvor tiltaget implementeres vil det netto have en positiv effekt. Hvis gevinsterne varer to år eller længere, bliver nettogevinsten kun større. Dette resultat gælder vel at mærke med de meget konservative antagelser om effekt på behov for hjælp og genindlæggelsesrate.

3 Følsomhedsanalyser

I beregningerne af gevinsterne er der en række centrale variable, der påvirker resultatet. Vi har derfor beregnet, hvordan resultatet påvirkes, hvis disse ændres. Beregningerne er lavet med udgangspunkt i hovedanalysen.

Figur 3 viser, hvordan gevinsten af projektet påvirkes af ændringer i, hvor meget støttebehovet reduceres, givet gevinsterne fra reduktionen i genindlæggelser. Hvis reduktionen i støttebehovet er 2,5%, er nettogevinsten 89,5 mio. kr. Hvis reduktionen i støttebehovet i stedet er 5%, er nettogevinsten 158 mio. kr. Faktisk skal tiltaget øge støttebehovet for at gøre det ufordelagtigt.

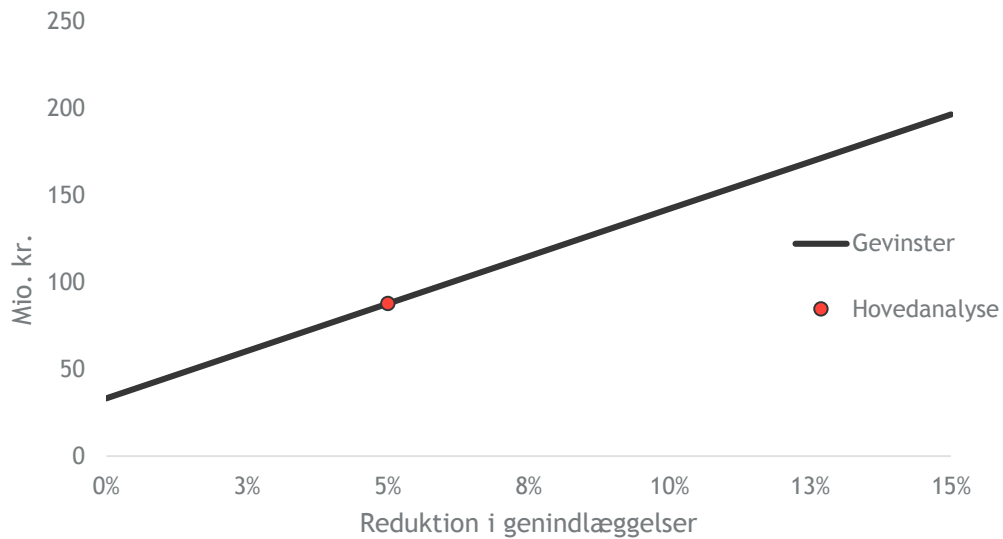
Figur 3: Resultatets følsomhed over for ændringer i, hvor meget støttebehovet reduceres



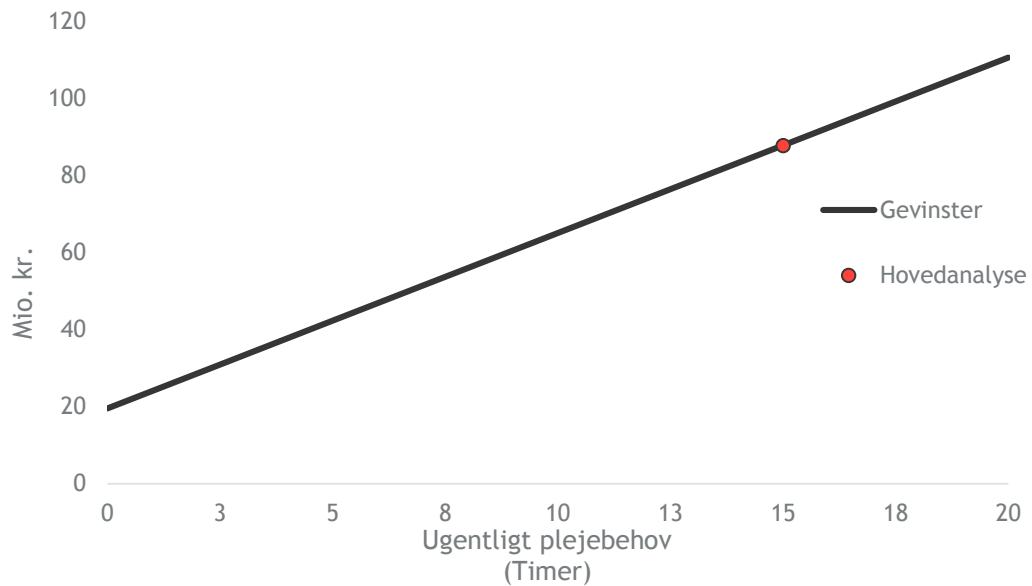
En anden central parameter i analysen er reduktionen i genindlæggelser. Figur 4 viser, hvordan resultatet påvirkes, når reduktionen i andelen, der genindlægges, ændres.

Figur 4 viser, at tiltaget har en positiv nettogevinst, selv hvis andelen der genindlægges er uændret i forhold til niveauet i dag. Hvis andelen der genindlægges reduceres med 3 % er nettogevinsten 61 mio. kr. Derudover viser den, at i takt med, at antallet af genindlæggelser reduceres yderligere, bliver den økonomiske fordel ved projektet større. Hvis genindlæggelserne reduceres med 5%, bidrager tiltaget med en gevinst på 89,5 mio. kr.

Figur 4: Resultatets følsomhed over for ændringer i andelen, der genindlægges



Figur 5: Resultatets følsomhed over for ændringer i det ugentlige plejebehov

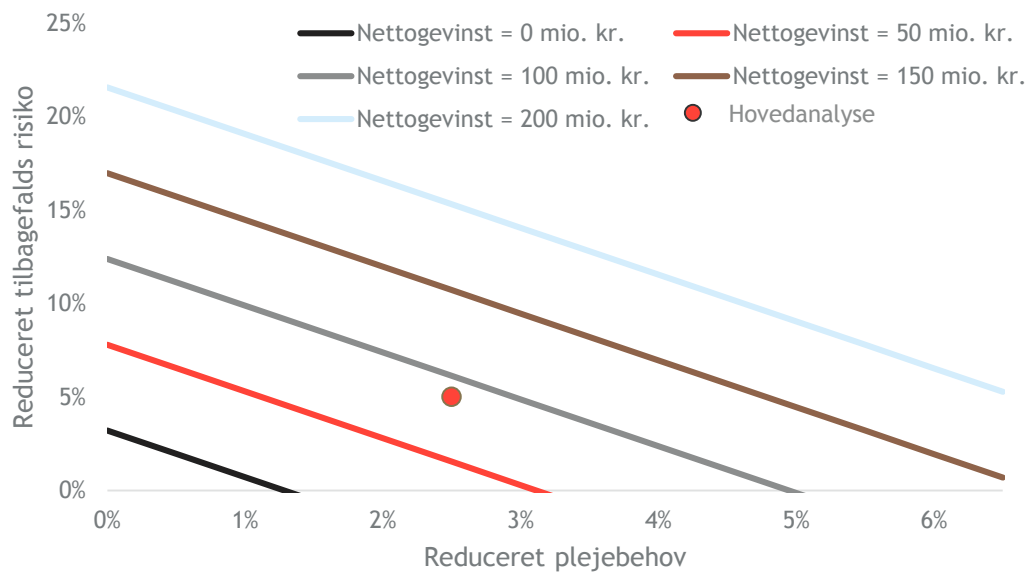


Figuren viser, at tiltaget er rentabelt, selv hvis plejebehovet per uge falder fra 15 timer til 3-4 timer.

Figur 3 og Figur 4 viser, hvordan resultatet påvirkes, hvis en af parametrene ændres, og alt andet forbliver uændret.

Det er sandsynligt, at de virkelige værdier af parametrene begge er ændret. Derfor har vi beregnet, hvordan resultatet påvirkes af ændringer i begge parametre. Figur 6 viser resultatet af disse beregninger. Linjerne på figuren repræsenterer kombinationer af reduceret genindlæggelsesrisiko og reduceret støttebehov, der giver en nutidsværdi på henholdsvis 0 kr., 50 mio. kr., 100 mio. kr., 150 mio. kr. og 200 mio. kr. Grafen skal derfor aflæses således, at alle punkter på den røde linje sammenlagt bidrager med 50 mio. kr., når omkostningerne er trukket fra. Tiltaget påvirker derfor samfundsøkonomien positivt, så længe kombinationen af parametre ligger "nord-øst" for den sorte linje.

Figur 6: Resultatets følsomhed over for ændringer i begge parametre



Set i lyset af følsomhedsanalyserne vurderer vi, at tiltaget vil bidrage med flere gevinster end omkostninger og derfor bidrage positivt til økonomien.

4 Metode

Vi uddyber i dette afsnit, hvordan vi har udregnet den værdi, som tiltaget skaber. Ligesom i de forrige afsnit opdeler vi gevinsterne i to grupper.

Gevinster der bliver skabt som følge af lavere støttebehov i eget hjem

Danske Fysioterapeuter vurderer på baggrund af anbefalinger fra relevante fagpersoner, at tiltaget bør sigte mod at lave genoptræningsplaner for 3.000 til 4.000 personer der for nyligt blev udskrevet fra et psykiatrisk hospital. Vi regner med, at tiltaget vil tilrettelægge 3.500 genoptræningsplaner.

Borgere, der bliver udskrevet fra psykiatrisk hospital, modtager ofte relativt meget støtte i hjemmet. På baggrund af (Kommunernes Landsforening, 2009) benytter vi et gennemsnitligt støttebehov på 15 timer pr. uge. Omkostningen pr. time til støtte er forskellig fra kommune til kommune, og derfor benytter vi en omkostning på 500 kr. pr. time i gennemsnit. Vi har lavet dette skøn på baggrund af omkostningsniveauet til hjemmehjælp, der er offentliggjort på Fritvalgsdatabasen.dk.

Genoptræningsplanernes effekt på støttebehovet er selvfølgelig central for besparelsernes størrelse. Der er ikke offentliggjort nogle studier af genoptræningens effekt på personer med psykisk sygdoms støttebehov, men Dansk Sundhedsinstitut (DSI) har lavet en vurdering af Fredericia-modellen¹, der finder, at genoptræning af svage ældre sænker behovet for hjemmepleje med 18%.

Der er stor forskel på psykisk velfungerende ældre med fysiske problemer og psykisk svage med velfungerende fysisk. Derfor bør direkte paralleller mellem resultaterne af Fredericia-modellen og det tiltag, som Danske Fysioterapeuter foreslår drages med forsigtighed. Trods forskellen i deltagergruppe mener vi, at erfaringer fra Fredericia-modellen kan bruges som indikator for genoptræningsplaners effekt. Vi forventer, at reduktionen i støttebehovet er lavere for personer med psykisk sygdom end for ældre. Derfor antager vi, at det sammenlagt er 2,5%. Dette svarer til, at hver tiende borger vil opleve en reduktion i støttebehovet på tre timer og tre kvarter om ugen. Selvom der er stor forskel på svage ældre og sindslidende, mener vi, at set i forhold til DSI's resultater er 2,5% reduktion i støttebehovet lavt. Det konservative estimat bidrager til at undervurdere gevinsterne ved tiltaget.

Den samlede reduktion i støttebehovet bliver på baggrund af disse antagelser 68.250 timer, svarende til 34 mio. kr.

Gevinster fra færre genindlæggelser

Der er i psykiatrien relativt mange genindlæggelser, hvor patienter, der er udskrevet, indlægges igen senere i livet. Et studie fra CBS estimerer, at andelen af personer med skizofreni, der bliver indlagt to eller flere gange, er 75% (Jacobsen, 2011). Vi læner os i analysen op ad tallene fra (Jacobsen, 2011) og antager altså, at disse nøgletal også gælder andre patienter, der bliver udskrevet fra psykiatrisk hospital.

Patienter, der bliver genindlagt, har sværere ved at fastholde en kontakt med arbejdsmarkedet og belaster naturligvis sundhedssektoren mere i kraft af deres indlæggelser.

¹ Fredericia-modellen er et forsøg, hvor ældre tilbydes ekstra genoptræning. Genoptræningen har fokus på, at de ældre i højere grad kan klare sig selv i eget hjem.

Hvis genoptræningsprogrammerne kan give patienterne nogle redskaber til at forebygge og undgå genindlæggelser, skaber det altså værdi for både samfundet og patienten. Andre studier har vist, at andre terapimetoder kan reducere genindlæggelsesprocenten med op til 40%. Vi skønner på denne baggrund at genoptræningsplanerne kan reducere antallet af genindlæggelser med minimum 5%. Dette svarer til, at tiltaget reducerer antallet af personer, der genindlægges med 131. Det svarer til 3,8% af de 3.500 personer.

Lønindtægten for de personer, der bliver indlagt flere gange, er derfor lavere end for de personer, der kun indlægges en enkelt gang. På baggrund af (Jacobsen, 2011) og lønudvikling fra Danmarks Statistik tager vi udgangspunkt i, at gruppen af personer, der indlægges flere gange, har en årlig lønindkomst på 78.718 kr., mens lønindkomsten for personer, der kun indlægges en enkelt gang, er 208.041.

På grund af den lavere tilknytning til arbejdsmarkedet og værre sygdom får gruppen, der indlægges flere gange, oftere førtidspension end gruppen, der indlægges én gang. På baggrund af (Jacobsen, 2011) tager vi udgangspunkt i, at 55% af personerne, der indlægges flere gange, får førtidspension, mens det er 20% for den gruppe, der kun er indlagt én gang. I overensstemmelse med (Jacobsen, 2011) benytter vi en årlig førtidspension på 132.000 kr. pr. person.

Vi benytter, at folk, der bliver indlagt på psykiatriske hospitaler, indlægges i gennemsnitlig 19 dage. Dette er landsgennemsnittet offentliggjort af Danske Regioner (Danske Regioner, 2011). Hver indlæggelsesdag koster ifølge DRG-taksterne 3.374 kr. Desuden har vi antaget, at personer, der bliver indlagt flere gange, indlægges én gang hvert andet år.

På denne baggrund udregner vi at tiltaget vil;

- øge løn-indtægterne i samfundet (øget løn pga øget beskæftigelse) med 17,0 mio. kr. om året
- reducere udgifterne til førtidspension med 6,1 mio. kr. om året
- reducere udgifterne i sundhedsvæsenet med 4,2 mio. kr. om året.

Varighed af effekterne

De personer, som undgår at blive genindlagt og derved får en tættere kontakt til arbejdsmarkedet, får i bedste fald glæde af genoptræningsprogrammet resten af deres liv. Det er dog også sandsynligt, at genoptræningen kun vil have en positiv effekt i en begrænset periode. Vi benytter som udgangspunkt, at arbejdsmarkedseffekterne varer to år. Derudover rapporterer vi også gevinsternes størrelse, hvis effekterne varer et, tre, fire eller fem år.

Tabel 1 viser de økonomiske konsekvenser af tiltaget i tilfælde af, at erhvervseffekterne varer fra et til fem år. Nettogevinsten er de samlede gevinsterne fratrukket omkostningerne. Som nævnt mener vi, at erhvervseffekterne varer i hvert fald to år.

Tabel 1: Resultater og varigheden af erhvervseffekter, mio. kr.

	1 år	2 år (hoved-analyse)	3 år	4 år	5 år
Reducerede plejeudgifter	34	68	102	137	171
Stigning i lønindtægter	17	34	51	68	85
Reduceret udgifter til førtidspension	6	12	18	24	30
Reduceret omkostning til genindlæggelser	4	8	13	17	21
Samlet gevinster	61	123	184	245	307
Samlet omkostning	35	35	35	35	35
Nettogeinst	26	88	149	210	272

Kilde: Egne beregninger

5 Kilder

Danske Regioner. (2011). *Benchmarking af psykiatrien*. København: Danske Regioner.

Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning. (10. 10 2013). *Kommunal genoptræning - Produktivitet, udvikling og faglighed*. Århus: Temamøde om udfordringerne på genoptræningsområdet, som kommunerne står overfor.

Jacobsen, R. H. (2011). *Effekt af pårørendeinddragelse i behandlingen af mennesker med psykisk sygdom*. København: CEBR.

Kommunernes Landsforening. (2009). *Momentum 2. udgave*. København: Kommunernes Landsforening.

SFI. (2012). *Et liv i egen bolig*. København: SFI.

Sundhedsstyrelsen. (2011). *Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling*. København: Sundhedsstyrelsen.