

# Potentialet ved investering i bedre tilbud til mennesker med gigt



# Indholdsfortegnelse

<b>Forord</b>	<b>2</b>
<b>1. Sammenfatning</b>	<b>4</b>
<b>2. Indledning</b>	<b>7</b>
<b>3. Budgetøkonomiske omkostninger ved gigt</b>	<b>11</b>
3.1 Meromkostninger ved gigt	11
<b>4. Potentiale ved investering i patientrettede forløb</b>	<b>17</b>
4.1 Metode	17
4.2 Potentiale ved patientuddannelse og træning til mennesker med artrose	21
4.3 Potentiale ved tilbud om vægttab	23
4.4 Potentiale ved tværfagligt smertetilbud	26
4.5 Potentiale ved træning og patientuddannelse for rygpatienter	29
<b>5. Påvirkning på velfærdsarbejdet</b>	<b>33</b>
5.1 Personer med gigt i velfærdssektoren	33
5.2 Tilbøjelighed til at skifte væk fra velfærdssektoren	34
5.3 Sygefravær i velfærdssektoren	35
<b>6. Litteraturliste</b>	<b>39</b>
<b>7. Metodebilag</b>	<b>43</b>
7.1 Omkostningsberegninger	43
7.2 Afgrænsning af målgrupper	44
7.3 Beregning af potentiale	45
7.4 Stillinger i velfærdssektoren	47

# Forord

Denne rapport er udarbejdet af Kraka Advisory i på vegne af Gigtforeningen i perioden maj til september 2021. Formålet med rapporten er at frembringe viden om omkostningerne ved gigt og potentialet ved investering i patientrettede forløb, der kan forbedre arbejdsevne og reducere sundhedsmkostningerne.

Rapporten er udarbejdet af director Svend Torp Jespersen, konsulent Marc Skov Jacobsen, konsulent Nis Lydixen og analytiker Ludvig Scott Poulsen. Kraka Advisory takker Jørgen Søndergaard for værdifuld faglig sparring. Analyserne og beregningerne bag rapporten er alene Kraka Advisories ansvar.

## Om Kraka Advisory

Kraka Advisory er en samfundsøkonomisk konsulentvirksomhed, der er ejet af Fonden Kraka. Vores overskud går ubeskåret til aktiviteter i tænketanken Kraka til at udvikle samfundsrelevante analyser. I Kraka Advisory benytter vi os løbende af sparring med anerkendte forskere for at sikre, at kvaliteten af vores analyser er på det højeste faglige niveau. Derudover benytter vi vores politiske indsigt til at forstå kundens strategiske behov for derved at kunne levere et forståeligt materiale, som er direkte anvendeligt i beslutningsprocessen. Kraka Advisory har et strategisk samarbejde med Deloitte, som giver os adgang til en bred vifte af klassiske konsulentkompetencer. Sammen har vi en unik position i markedet, baseret på faglighed, uafhængighed og troværdighed.

Adresse: Kraka Advisory, Frederiksgade 7, 4. sal, 1265 København K

E-mail: [admin@kraka-advisory.com](mailto:admin@kraka-advisory.com)

[www.kraka-advisory.com](http://www.kraka-advisory.com)





# 1. Sammenfatning

## Der er store omkostninger ved gigt

Mange danskere har en gigt diagnose, som både er en stor hindring for hver enkelt person og en stor omkostning på de offentlige budgetter. Flere af de omkostninger kan opstå gennem fx flere sundhedsydelse og indkomstoverførsler, og derfor kan de være svære at forbinde direkte til en gigt diagnose. Vores analyse viser, at en person med gigt koster de offentlige budgetter ca. 100.000 kr. mere om året i gennemsnit end en person uden gigt. Hvis hjemmehjælp, medicinforbrug og reduceret livskvalitet medregnes, må omkostningen antages at være endnu større.

## Patientrettede forløb har stort potentiale

Patientrettede forløb med fokus på at forbedre arbejdsevnen, livskvaliteten, evnen til at være selvhjulpne og reducere smerter for bestemte gigtpatienter kan give offentlige nettopbesparelser på mellem 5.000 og 31.000 kr. pr. person i den erhvervsaktive alder i det givne år. Besparelsens størrelse afhænger af flere ting. For det første spiller gigttypen en rolle i, hvor stor en effekt personen har af det givne patientrettede forløb. Effekterne er beregnet på baggrund af kliniske studier fra de nationale kliniske retningslinjer (Sundhedsstyrelsen, 2012, 2017, 2018, 2019, 2021). For det andet afhænger meromkostningen til indkomstoverførsler og sundhedsydelser også af gigttypen.

## Effekterne kan være lavere, og investeringen stadig god

Hvis de patientrettede tilbud forankres i kommunale indsatser, og effekterne er som i studierne, vil det derfor have store økonomiske gevinster for de offentlige budgetter, selv hvis effekternes usikkerhed tages med i betragtningen. Der er en del usikkerheder i disse beregninger: 1) Hvad koster indsatsen, 2) hvor stor er effekten, og 3) hvor meget kan meromkostningerne til overførsler og sundhedsydelser reduceres for personer med gigt? Potentialet ved disse indsatser viser sig dog så stort, at selv hvis vi bruger mere konservative skøn, vil investeringen stadig have en positiv nettogevinst.

## Incitamentsproblemer kan være en hindring

På trods af store positive nettogevinster for de offentlige finanser ved at gennemføre patientrettede forløb kan incitamentsproblemer betyde, at forløbene ikke bliver gennemført. Kommunen vil i de fleste tilfælde stå for hele omkostningen til det patientrettede forløb, men vil ofte kun realisere en mindre del af gevinsten. Det kan gøre, at investeringen for visse kommuner vil være urentabel, da kommunen har en højere omkostning end den forventede kommunale gevinst. Tilmed ligger udgiften i den ene forvaltning, mens store dele af besparelserne ofte ligger i den anden forvaltning, hvilket også internt i kommunen kan give incitamentsproblemer.

## Mange personer med gigt arbejder i velfærdsjobs

I gruppen af personer, der har gigt og er i arbejde, er der en større andel, der arbejder i velfærdssektoren end i gruppen af personer uden gigt og i arbejde. I gennemsnit var der årligt 27.000 personer med gigt, der i årene 2013 til 2018 arbejdede i velfærdssektoren.

## Større frafald og fravær hos personer med gigt

Personer med gigt, der er beskæftiget i velfærdssektoren, har mere sygdomsfravær og er mere tilbøjelige til at skifte væk fra sektoren end personer i velfærdssektoren uden gigt. Det skaber problemer for arbejdsudbuddet i sektoren. I alt svarer merfraværet hos personer med gigt til 630 årsværk årligt, mens frafaldet fra sektoren, er større hos personer med gigt end hos personer uden gigt.





## 2. Indledning

### Mange danskere rammes af gigt

Gigt er en folkesygdom i Danmark. Over 700.000 danskere er ifølge Sundhedsministeriet diagnosticeret med en gigtsygdom (SUM, 2015). Det svarer til ca. hver ottende dansker. Gigt har således en indgribende påvirkning på samfundet og ikke mindst de personer, der lever med gigt og deres pårørende.

### Gigtsygdomme har store omkostninger

Gigtsygdomme giver nemlig store begrænsninger og omkostninger for den enkelte. Mobilitet, arbejdsevne, livskvalitet og leveår kan bl.a. ende med at blive forringet af gigtsygdomme. Gigt påvirker dog ikke kun den enkelte og den enkeltes pårørende, men har en effekt på hele samfundet. Sygefravær, læge- og hospitalsomkostninger og overførselsindkomster er blot nogle af de områder, hvor gigt udgør større omkostninger for virksomheder og på de offentlige budgetter.

### Formålet med rapporten - potentialet

Formålet med denne rapport er at kaste lys over nogle af de meromkostninger på de offentlige budgetter, som knytter sig til personer med gigt. Med viden om meromkostningen vil vi beregne et potentiale for en budgetøkonomisk offentlig besparelse ved at foretage kommunale indsats og patientrettet forebyggelse til personer med gigt. Besparelserne, der medregnes i denne undersøgelse, stammer bl.a. fra en reduceret omkostning til overførselsindkomster, lægebesøg, hospitalsomkostninger, sygefravær, mv. Vi laver disse beregninger for at vise, at penge til patientrettede forløb for personer med gigt ikke nødvendigvis er en omkostning, men faktisk kan vise sig at være en god budgetøkonomisk investering for de offentlige myndigheder.

### Formålet med rapporten - incitamenterne

Et andet formål med rapporten er at belyse hvilke offentlige myndigheder, der bærer meromkostningerne ved personer med gigt og dermed også hvem, der står til at høste de potentielle gevinster af investeringer i patientrettede forløb. Beregningerne vil bidrage til en forklaring af, hvorfor investeringerne i patientrettede forløb ikke allerede foretages. Der kan nemlig være incitamentsproblemer til stede. Det vil ofte være kommunen, der betaler for de patientrettede forløb, mens besparelserne fordeles mellem kommunale, regionale og statslige budgetter. Samfundet står på den måde med et strukturelt problem, hvor de gode investeringer ikke foretages som følge af en uheldig budgetstruktur i det offentlige.

### Første kapitel beskriver omkostningerne

I rapportens første kapitel går vi i dybden med at beskrive de budgetøkonomiske meromkostninger, der er for personer med gigt i forhold til personer uden gigt. Fokus er på de budgetøkonomiske omkostninger ved overførselsindkomster, hospitalsomkostninger og omkostninger til den primære sektor.<sup>1</sup> Beregningen af meromkostningerne er lavet på baggrund af sammenligninger mellem personer med gigt og lignende personer uden gigt. Sammenligningen er sket på baggrund af køn, alder og bopælskommune.

### Andet kapitel beregner potentiale

I andet kapitel beregnes potentialet ved, at investeringer i kommunale tilbud kan give personer med gigt en bedre livskvalitet og arbejdsmarkedstilknytning, som derigennem giver færre omkostninger for de offentlige budgetter. De potentielle besparelser ved

<sup>1</sup> Den primære sektor indeholder den del af sundhedssektoren, der står for den primære kontakt til borgeren. Dette omfatter bl.a. praktiserende læge, speciallæger, tandlæger, fysioterapi, mv.



investeringerne holdes op mod omkostningerne for at vise, om investeringen kan betale sig for kommunen.

**Tredje kapitel  
gennemgår  
betydning for  
arbejdsstyrken**

I tredje kapitel beregnes en anden type omkostning for det offentlige, nemlig hvordan gigt-sygdom påvirker arbejdsstyrken for de kommunale og regionale velfærdsområder. Vi viser, hvor stor en andel af personer med gigt, der arbejder inden for velfærdssektoren, samt hvor tilbøjelige de er til at skifte væk fra den type arbejde. Hvis mange i sektoren lider af gigt, vil velfærdssektoren være ekstra sårbar over for sygefravær og frafald i denne gruppe, hvilket kan påvirke hele den offentlige velfærd.





## 3. Budgetøkonomiske omkostninger ved gigt

**Formål med kapitlet – er at beregne meromkostningen**

Formålet med kapitlet er at undersøge, om personer med gigt er dyrere for de offentlige finansier end personer uden gigt. Vi sammenligner således de offentlige omkostninger til de offentlige sundhedsydelser og overførselsindkomster for personer med gigt og personer uden gigt. Vi har opdelt de offentlige omkostninger i to overordnede grupper, overførselsindkomster og omkostninger til hospital og primær sektor.

### 3.1 Meromkostninger ved gigt

**Sundhedsomkostninger og indkomstoverførsler**

#### 3.1.1 Metode for beregning

I beregning af omkostningerne for personer med gigt har vi inkluderet flere relevante budgetøkonomiske omkostninger ved hjælp af Danmarks Statistiks registerdata. Dette inkluderer bl.a. hospitalsomkostninger, kontakt med primærsektor og omkostninger til overførselsindkomster. Der er andre relevante omkostninger, som vi på grund af manglende dataadgang desværre ikke har kunnet medregne. Dette inkluderer fx omkostninger til receptpligtig medicin og omkostninger til hjemmehjælp og anden støtte. Disse omkostninger forventes at fylde en hel del for visse af grupperne.

**Sammenligning med lignende personer**

Omkostningerne, der præsenteres i analyserne, er baseret på alle personer i Danmark over 18 år i perioden 2013 til 2018. De er inddelt på baggrund af køn, aldersgruppe og bopælskommune. Derudover er personerne inddelt på baggrund af, om de i perioden 2008 til 2017 er registreret i Landspatientregisteret med en af gigt diagnoserne beskrevet i Tabel 4.1 i næste kapitel.<sup>2</sup>

**Andre parametre kan være relevante**

Sammenligningen af grupperne af personer med gigt og uden gigt giver ikke nødvendigvis det perfekte overblik over meromkostningerne ved personer med gigt. Der er mange socioøkonomiske parametre, der kan spille ind, som vi ikke har taget højde for. Hvis der eksempelvis er et sammenfald mellem personer med gigtrelaterede sygdomme og personer med andre sygdomme som diabetes, kræft, eller lignende, kan nogle af meromkostningerne til fx hospitalsomkostninger være uafhængige af gigtssygdommen, men opstår på grund af andre sygdomme.

**Højere overførselsindkomster**

#### 3.1.2 Øgede overførselsindkomster

Personer med gigt modtager i gennemsnit højere overførselsindkomster end personer uden gigt. Det ses i Figur 3.1, der også viser, at omkostningerne til overførselsindkomster stiger med alderen for begge grupper. Her er taget udgangspunkt i personer, der i perioden 2008 til 2017 er registreret i Landspatientregisteret med mindst en af gigt diagnoserne beskrevet i Tabel 4.1. Forskellen er størst for personer i den erhvervsaktive alder, mens den er mindre for personer under 30 år og personer over pensionsalderen.

**Forskellige fordelinger**

Typen af overførselsindkomster samt hvilken offentlig myndighed, der betaler den, er også forskellig på tværs af aldersgrupperne. For de erhvervsaktive personer med gigt udgøres de store poster specielt af dagpenge, førtidspension og kontanthjælp. For personer over

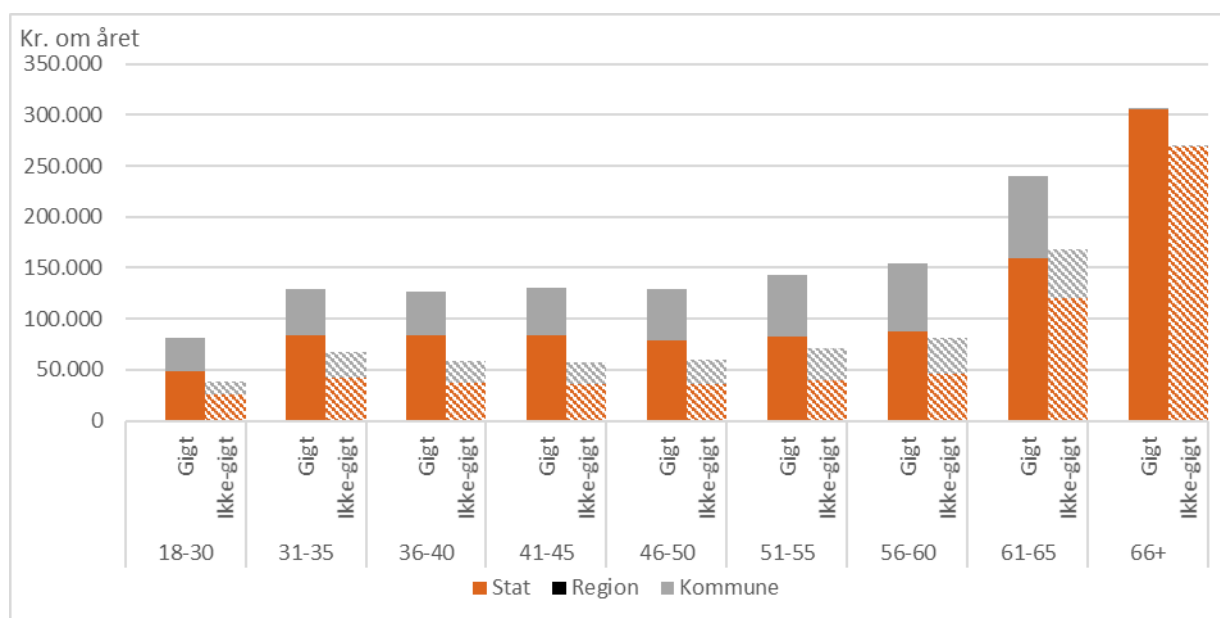
<sup>2</sup> Der er ifølge Gigtforeningen over 200 gigt diagnoser, og grupperne i tabel 3.1 viser således kun udvalgte diagnoser.

pensionsalderen er det næsten udelukkende folkepensionen, ældrecheck og andre tillæg. Folkepension betales af staten, som altså har størstedelen af meromkostningerne til pensionisterne, mens omkostningerne til de andre aldersgrupper er mere delt mellem kommuner og staten.

### Folkepension, ældrecheck og tillæg varierer

Størstedelen af omkostningerne for den ældste gruppe i Figur 3.1, består af folkepension, hvor grundsatserne er ens for langt de fleste. At der alligevel er forskel mellem personer med gigt og personer uden gigt kan formentlig forklares af de ekstra ydelser, fx ældrecheck, delpension, varmhjælp og skattefrie tillæg, der er inkluderet i beregningerne.<sup>3</sup> Denne forskel i overførselsindkomster er dog ikke et udtryk for personernes nuværende arbejdsevne, men kan evt. være et udtryk for en lavere arbejdsevne for pensionerede personer med gigt, mens de stadig var erhvervsaktive.

**Figur 3.1 Gns. årlige omkostninger til overførselsindkomster for personer med/uden gigt i perioden 2013 til 2018, aldersfordelt**



Anm.: Personer med gigt er opgjort som personer, der i perioden 2008 til 2017 er registreret i Landspatientregisteret med en af gigt diagnoserne beskrevet i Tabel 4.1.

Følgende ydelser indgår som overførselsindkomster: Folkepension inkl. ældrecheck (supplerende pension), delpension, varmhjælp samt skattefrie tillæg til førtidspensionister, førtidspension, efterløn, flexydelse, ledighedsydelse, dagpenge mv.: Indeholder også integrationsydelse, a-kasseydelse inkl. orlov og arbejdsledshedsdagpenge, kontanthjælp: Kontanthjælp omfatter ren kontanthjælp og uddannelseshjælp, sygedagpenge: Udbetalte barsels- og sygedagpenge fra de offentlige budgetter inkl. udbetalinger til selvstændigt erhvervsdrivende.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DST forskerservice, Statistikbanken og Vive.

### Manglende skatteindtægter

Skattebetalinger er udeladt fra beregningerne, hvilket gør, at forskellen mellem de to grupper må betragtes som et underkantsskøn, da en vigtig del af nettoomkostningerne ved at være i arbejde eller ej, er skattebetalingen fra lønindkomsten. På grund af de højere overførselsindkomster for personer med gigt må det antages, at de i højere grad er uden arbejde og dermed i lavere grad genererer skatteindtægter til stat og kommune. Hvis skatteindbetalingerne fra lønnen regnes med, vil forskellen mellem personer med gigt og personer uden gigt være væsentligt større (hvis lønindkomsten er større end overførselsindkomsten).

<sup>3</sup> Størstedelen af overførselsindkomsterne for aldersgruppen over pensionsalderen stammer fra variabelen FOLKEFORTID\_13, fra personregisteret, der bl.a. inkluderer ældrecheck, delpension og varmhjælp.



**Højere hospitals-  
omkostninger**

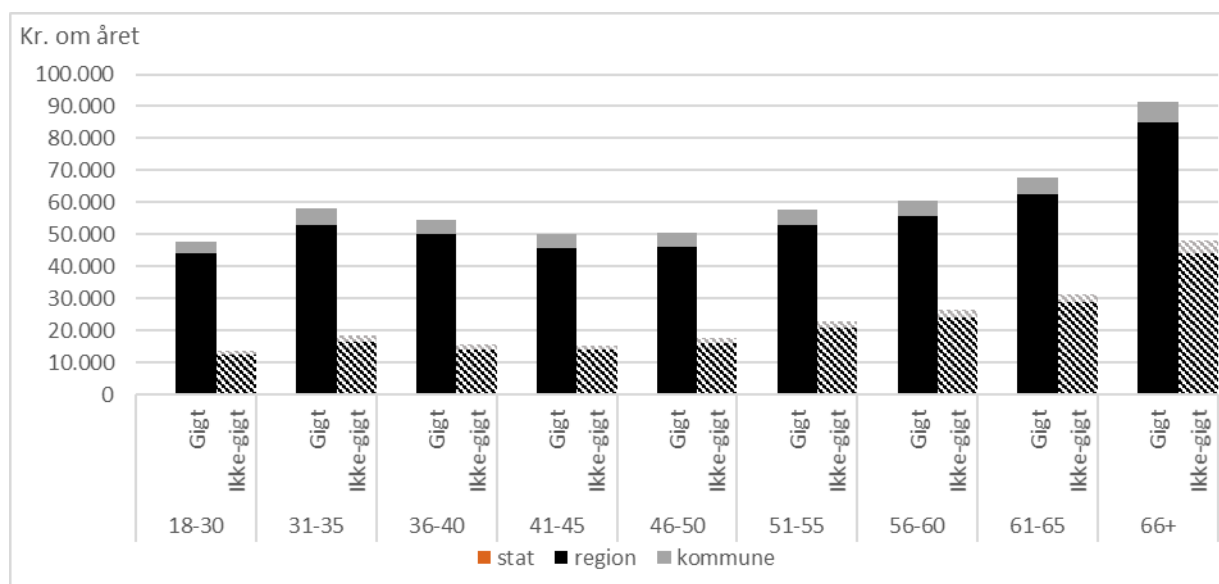
**Regionen har størst  
omkostning**

### 3.1.3 Øgede omkostninger til sundhedsydelse

Personer med gigt medfører højere hospitalsomkostninger og omkostninger til primær sektor end personer uden gigt, jf. Figur 3.2. Personer med en gigt diagnose bruger i gennemsnit sundhedsydelse for 72.000 kr. om året, hvilket er ca. 40.000 kr. mere end personer uden gigt. Omkostningerne til hospital og primær sektor stiger med alderen og specielt personer i folkepensionsalderen medfører høje sundhedsydelse.

Regionen har omkring 90 pct. af omkostningerne til hospital og primær sektor, og dette er nogenlunde konstant for alle aldersgrupper. De sidste 10 pct. af omkostningerne betales af kommunerne. Hospitalsomkostninger står for størstedelen af omkostningerne, mens omkostningerne til primær sektor er relativt små. Den kommunale andel af hospitalsbetalingen er registreret i Landspatientregistret på baggrund af kommunale medfinansieringssatser i perioden 2013-2018.

**Figur 3.2 Gns. årlige omkostninger til hospitaler og primær sektor for person med/uden gigt i perioden 2013 til 2018, aldersfordelt**



Anm.: Den kommunale andel af hospitalsbetalingen er registreret i Landspatientregistret på baggrund af kommunale medfinansieringssatser i de pågældende år. Denne medfinansieringssats er ændret, og den kommunale medfinansiering vil sandsynligvis ændres fremadrettet.  
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DST forskerservice, Statistikbanken og Vive.

**Også sammenhæng  
med andre  
sygdomme**

Forskellen vist i Figur 3.2 kan skyldes flere ting, der ikke nødvendigvis er relateret til gigt. Hvis fx en bestemt livsstil kan relateres til gigt, og samtidig til andre sygdomme, vil noget af forskellen mellem personer med gigt og uden gigt kunne hænge sammen med disse sygdomme (fx diabetes, cancer, mv.).

**Kan undervurdere  
kommunens andel i  
omkostningerne**

Beregningerne for Figur 3.2 er baseret på omkostningerne til stationære og ambulante behandlinger (DRG- og DAGS takster) taget fra Landspatientregisteret i perioden 2013 til 2018. I Landspatientregisteret er det muligt at fordele omkostninger mellem kommune og region. Sidenhen er der sket en ændring i den kommunale medfinansiering, så kommunen står for en større del af omkostningerne for visse aldersgrupper (SUM, 2016). Denne ændring er ikke medregnet i vores beregninger, men forventes at kunne påvirke fordelingen mellem region og kommune.

**Ydelser til primær sektor kan være underkantsskøn**

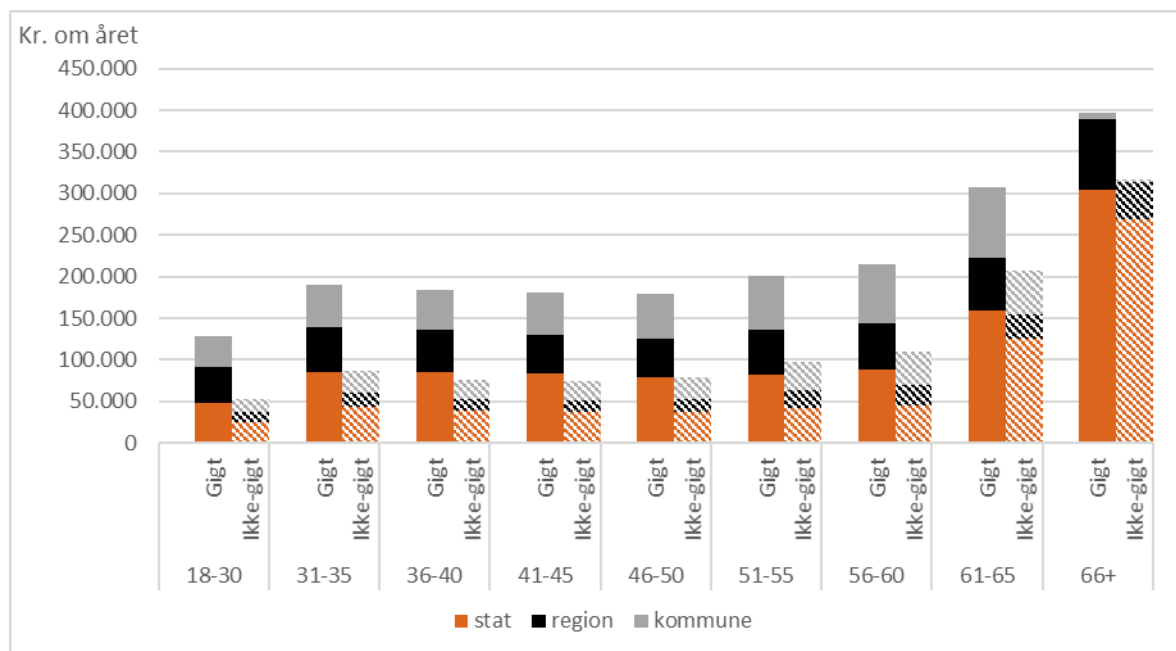
Beregningen for sundhedsydelser i primærsektoren og forskellen mellem personer med og uden gigt kan være et underkantsskøn, da den er baseret på den laveste sats for kontakter i den primære sektor. Omkostningerne er beregnet på baggrund af antallet af kontakter med den primære sektor på individniveau.<sup>4</sup> Vi har dog ikke haft adgang til data for typen af kontakt eller for hvilken del af den primære sektor. For at beregne kontakter til omkostninger har vi derfor taget udgangspunkt i omkostningen på ca. 142 kr. pr. konsultation til praktiserende læge (Praktiserende Lægers Organisation, 2018). Det må forventes, at mange af kontakterne, specielt for personer med gigt, er til reumatologer, der er dyrere end praktiserende læge, hvilket vil undervurdere forskellen i omkostningerne mellem personer med gigt og uden gigt.

**3.1.4 Samlede omkostninger**

**Samlede budgetomkostninger**

Samlet set er der væsentlig større omkostninger til personer med gigt end til lignende personer uden gigt, jf. Figur 3.3, der viser de samlede omkostninger til overførselsindkomster, hospitalsomkostninger og omkostninger til primær sektor. Forskellen er størst for aldersgrupperne 31-65 år, hvor gennemsnitsforskellen for alle grupper er på over 100.000 kr. om året. Det ses, at de gennemsnitlige omkostninger er stigende med alderen for begge grupper. Det er dog specielt de ældste grupper, der har høje omkostninger, som primært drives op af højere hospitalsomkostninger og højere overførselsindkomster, herunder efterløn og folkepension. Figuren viser også, at størstedelen af omkostningerne betales af staten, mens en relativt lille del betales af kommunerne, hvilket specielt er gældende for personer over pensionsalderen, hvor størstedelen af omkostningen kommer fra folkepensionen.

**Figur 3.3 Samlede gns. årlige omkostninger for person med/uden gigt i perioden 2013 til 2018, aldersfordelt**



Anm.: Figuren er de summerede omkostninger af Figur 3.1 og Figur 3.2.  
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DST forskerservice, Statistikbanken og Vive.

<sup>4</sup> Kontakterne til primær sektor består af kontakter med bl.a. praktiserende læge, speciallæge, tandlæger, fysioterapi og ridefysioterapi. Hver enkelt kontakt kan bestå af konsultationsbesøg, telefonkonsultation, e-mailkonsultation eller hjemmebesøg. Kontakterne er yderligere beskrevet her: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/sygesikringsstatistik/kontakttagg>

**Hjemmehjælp er en stor omkostning for kommunen**

Resultaterne i Figur 3.3 tager ikke højde for nogle af de større omkostninger for de offentlige budgetter fx hjemmehjælp og manglende skatteindtægter for højere indkomst ved arbejde og må derfor betragtes som et underkantsskøn. Beregningerne tager udgangspunkt i forskellen mellem overførselsindkomster, hospitalsomkostninger og omkostningerne til primær sektor for personer med gigt og personer uden gigt. Hjemmehjælp og manglende skatteindtægter er begge udeladt fra beregningerne. Begge er dog store poster for hhv. den ældste aldersgruppe og den erhvervsaktive aldersgruppe.<sup>5</sup> En tidligere undersøgelse fra SDU (2018), baseret på tal fra 2013, viser, at meromkostningen til hjemmehjælp og praktisk hjælp var på ca. 4.400 kr. om måneden for personer med leddegigt i forhold til lignende personer uden gigt.

**Nogenlunde samme som tidligere studier**

Det kan være svært direkte at sammenligne de her opgjorte omkostninger med tidligere studier. Umiddelbart minder vores resultater dog om de resultater, Statens Institut for Folkesundhed (SIF) finder i deres grupperinger blandt personer med muskel- og skeletsygdom kombineret med aktivitetsbesvær (SDU, 2017). Der er dog enkelte forskelle. Bl.a. er sundhedsomkostningerne i vores beregninger lidt højere. De forskellige resultater kan der være flere forklaringer på. For det første er beregningerne lavet på forskellige gigttyper. For det andet er vores tal baseret på nyere data. For det tredje er overførselsindkomsterne beregnet på forskellige måder, hvilket kan give lidt forskelle. For det fjerde regner SIF omkostningerne til den primære sektor baseret på bruttohonorarer fra sygesikringsregisteret, mens vi bruger antal kontakter med den primære sektor. For det femte medregner de også omkostninger til medicin, hvilket vi grundet manglende dataadgang ikke har taget højde for i beregningerne.

---

<sup>5</sup> Bemærk, at der betales stadig skatteindtægter af overførselsindkomster. Den manglende skattebetaling vil dermed være forskellen mellem den eventuelle lønindkomst ved at få et job og indtægterne fra overførselsindkomsten.



## 4. Potentiale ved investering i patientrettede forløb

### Kommunal indsats kan reducere omkostningerne

Der findes flere forskellige kommunale indsatser, som kan bidrage til en bedre tilværelse for personer med gig. Udover en forøget livskvalitet vil disse tilbud kunne styrke arbejdsevnen blandt mennesker med gig, reducere smerter og dermed reduceret antallet af læge- og hospitalsbesøg. De kommunale indsatser bør dog ikke nødvendigvis betragtes som en omkostning for det offentlige, men kan i stedet betragtes som en investering, der potentielt kan have en positiv effekt på de offentlige budgetter.

### Formål med kapitlet

Vi opstiller potentialeberegninger for fire relevante kommunale indsatser for at vise, om gevinsterne ved disse indsatser kan stå mål med omkostningerne. Potentialeberegningerne fokuserer på personer i den erhvervsaktive alder, da flere af effekterne indebærer en forbedret arbejdsevne. Kapitlet har derudover til formål at vise, om der er nogle strukturer i det offentlige system, der afholder kommunerne fra at lave investeringer i disse indsatser.

### 4.1 Metode

#### De kommunale indsatser

Potentialeberegningerne tager udgangspunkt i de personer, der har en gigtdiagnose, og som man dermed har mulighed for at hjælpe via et patientrettet forløb. Disse forløb vil være en del af en kommunal indsats, som er illustreret i Tabel 4.1. Tabellen viser en diagnoseafgrænsning og hvilken indsats, der passer til disse personer. De kommunale indsatser i tabellen er derfor af forskellige karakter. Hvor indsatsen for gruppe 1 fokuserer på patientuddannelse og træning for personer med artrose (slidgigt) i knæ og hofter, fokuserer indsatsen til gruppe 2 på hjælp til vægttab.

#### Potentialeberegning tager udgangspunkt i omkostninger

Potentialeberegningerne i dette kapitel tager udgangspunkt i meromkostningerne for personer med gig. Omkostninger for personer med gig sammenlignes med lignende personer uden gig, tilsvarende med analysen i kapitel 3. Det antages, at disse meromkostninger kan reduceres via en kommunal og patientrettet indsats, der har fokus på at forbedre funktionsevne, mindske smerte og sænke sygefravær. Dette er beskrevet yderligere i metodebilaget.

#### Kan overvurdere potentialet

Sammenligningen af omkostningerne mellem personer med gig og lignende personer uden gig vil, ligesom i kapitel 3, ske på baggrund af alder, køn og bopælskommune, men uden sammenligning af andre socioøkonomiske variable. Det betyder dog, at potentialet kan overvurderes, da flere socioøkonomiske faktorer kan hænge sammen med både omkostningerne til de offentlige budgetter og sandsynligheden for at få gig. Hvis dette er tilfældet, vil en kommunal indsats, der er rettet mod at afhjælpe en gigtsygdom, ikke nødvendigvis kunne reducere hele meromkostningen.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Antag fx, at der er en sammenhæng mellem personer med en kort uddannelse og personer med en gigtsygdom, og begge ting øger sandsynligheden for at være på overførselsindkomster. I dette tilfælde vil noget af forklaringen på, at personer med gig har højere overførselsindkomster være pga. sygdommen, mens noget af forklaringen vil være pga. den kortere uddannelse. Selv hvis der gøres en indsats, der afhjælper gigtsygdommen fuldstændig, kan personer med gig stadig godt have højere overførselsindkomster end personer uden gig, da de i gennemsnit har en kortere uddannelse, som er en forklarende faktor for, om personen er på overførselsindkomst. Da ikke alle socioøkonomiske faktorer er taget med, kan det derfor overvurdere potentialet.



**Tabel 4.1 Beskrivelse af diagnoseafgrænsningen og de kommunale indsatser**

Gruppe	Kommunal indsats	Målgruppebeskrivelse	Diagnosekoder	Kilde
Gruppe 1	Patientuddannelse og træning ved knæ- og hofteartrose	Mennesker med artrose i hofte eller knæ	DM16: Hofteartrose DM17: Knæartrose DM150: Primær generaliseret artrose	Nationale kliniske retningslinjer for hhv. knæ og hofteartrose
Gruppe 2	Tilbud om vægttab for bl.a. personer med gigt	Mennesker med muskel- og skeletsygdom og overvægt	DM15-19, DK076D: Slidgigt DM05-06: Leddegigt DM80-82: Knogleskørhed DM45-49: Rygsygdom	Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen
Gruppe 3	Tværfagligt smertetilbud for mennesker med bl.a. muskel- og skeletsygdom	Mennesker med muskel- og skeletsygdom, typisk karakteriseret ved smerter	DM05-06: Leddegigt DM150: Primær generaliseret artrose DM45-49: Rygsygdom DM07: Psoriatisk artropati og artropati ved tarmlidelse DM30-34: Generaliserede bindevævssygdomme DM797: Fibromyalgi	Afdækning af smertområdet - Fagligt oplæg til en smertehandlingsplan
Gruppe 4	Tilbud til rygpatienter (længerevarende) inkl. træning og patientuddannelse	Mennesker med længerevarende rygsygdomme	DM40-43, DM45-49: Længerevarende rygsygdomme	Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygmerter

Anm.: Gruppe 2 er baseret på SIF's opdeling af mennesker med muskel- og skeletsygdom fra SDU (2015). Denne opgørelse er dog baseret på registeroplysninger, hvor SIF's beregninger laves på baggrund af selvrapporteret sygdom.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra SDU (2015), Gigtforeningen og National Kliniske Retningslinjer.

### Effekterne af de kommunale indsatser

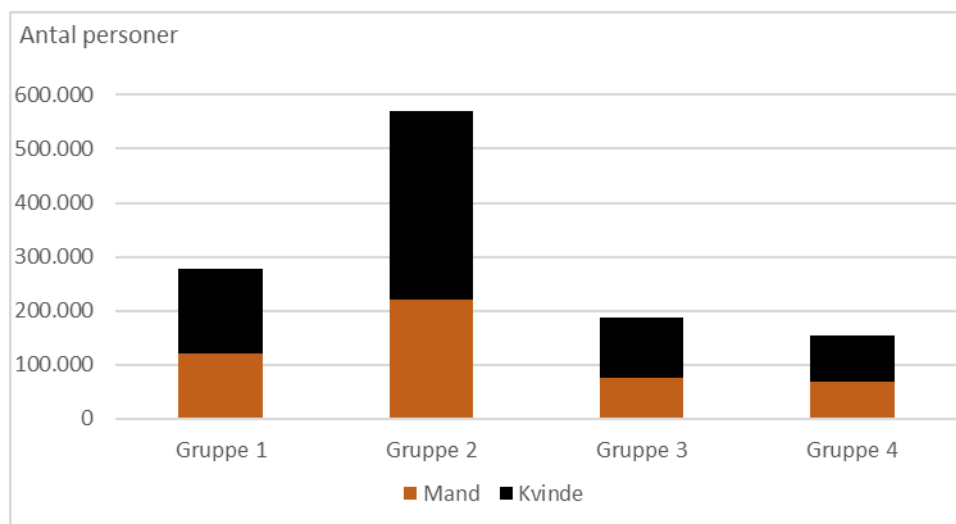
De forskellige kommunale indsatser har forskellige målgrupper og forskelligt indhold. Indsatsernes effekter på sygefravær, jobevne og hospitalsomkostninger varierer derfor også meget. Effekterne er udregnet på baggrund af litteratur gennemgået i de nationale kliniske retningslinjer (NKR) og anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygmerter (Sundhedsstyrelsen, 2017), som stammer fra kliniske forsøg. Effekterne er behæftet med en vis usikkerhed, og ikke alle effekterne er på baggrund af indsatser, der er helt identiske med dem i Tabel 4.1. Vi sammenligner fx studier af effekten af træning for personer med hoftegigt, hvor behandlingsgruppen i det ene studie modtog 20 ugers gruppebaseret superviseret træning, mens behandlingsgruppen i andre studier modtog 16 ugers træning kombineret med patientuddannelse. Samtidig vurderes gevinsten ved hjælp af forskellige relevante mål. Eksempelvis sammenligner vi studier, hvor funktionseffekten er målt ved en konditionstest med andre studier, hvor funktionseffekten er baseret på standardiserede spørgeskemaer. Vi har generelt valgt at vurdere gevinsten ud fra relativt konservative effektestimater.

### Antal personer i grupperne

Antallet af personer i målgruppen for de forskellige kommunale indsatser varierer. I Figur 4.1 er vist antallet af personer med diagnoserne beskrevet i Tabel 4.1. Dette er antallet af personer, der i årene 2008 til 2017 var i kontakt med sygehusvæsenet og blev diagnosticeret (eller tidligere har været diagnosticeret) med gigt diagnoserne beskrevet i tabellen. Personer, der blev diagnosticeret med gigt inden 2008 og i perioden 2008 til 2017 og ikke har været i kontakt med sygehusvæsenet, har vi desværre ikke kunne identificere i datasættet.

Det samme gælder personer, som udelukkende er diagnosticeret og behandlet i primærsektoren.

**Figur 4.1** Antal personer i 2018 med gigtdiagnoserne beskrevet i Tabel 4.1



Anm.: Bemærk, figuren er en optælling af alle personer over 18 år med gigtdiagnoserne beskrevet i Tabel 4.1. Ikke alle personer er i målgruppen for de kommunale indsatser. Her skal der frasorteres personer der allerede har modtaget en indsats i gruppe 1 og personer, der ikke er overvægtige i gruppe 2. Derudover viser figuren alle personer over 18 år, mens potentialeberegninger fokuserer på gruppen mellem 18 og 65 år.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DST forskerservice.

#### Indsatsen er ikke relevant for alle

Den kommunale indsats er ikke nødvendigvis relevant for alle i grupperne. For det første kan nogle personer have modtaget et lignende tilbud allerede, som det er tilfælde med nogle personer i gruppe 1, der har deltaget i en indsats gennem GLAiD. For det andet vil effekterne i gruppe 2 kun være gældende for de overvægtige personer i gruppen. For det tredje beregner vi i alle tilfælde kun potentialet for personer i den erhvervsdygtige alder (18-65 år).

#### Fokus på de erhvervsaktive

I potentialeberegningen tager vi udgangspunkt i de erhvervsaktive af to grunde. For det første ligger store dele af omkostningerne til pensionisterne i den kommunale service (hjemmehjælp, mv.), som vi ikke har dataadgang til. For det andet vil en kommunal indsats for folkepensionister, der forbedrer deres arbejdsevne, ikke kunne forventes at reducere meromkostningerne til overførselsindkomster. Grunden er, at deres pensionsbetaling og tillæg ikke er et udtryk for deres nuværende arbejdsevne. Af disse to grunde undlader vi folkepensionister i vores potentialeberegning.

### 4.1.1 Effekter

#### Effekter ved træningsforløb

Besparelsespotentialet ved de kommunale indsatser afhænger af effekten på jobtab, medicinforbrug og benyttelse af sygehus. Vi finder effekterne for de fire indsatser i to trin. Først gennemgår vi den kliniske litteratur for at finde et samlet overblik over de direkte, kliniske effekter af træningsforløb, som er vist i Tabel 4.2. Derefter omregner vi effektstørrelserne til et potentiale for omkostningsreduktion i forbindelse med jobtab og offentlige ydelser, medicinforbrug og sygehusbenyttelse. Her antager vi, at de kliniske effekter på funktion, smerte og sygefravær kan reducere omkostninger direkte. Den detaljerede beskrivelse findes i metodebilag.

**Tabel 4.2 Potentiale for indsatser til patientrettet forebyggelse**

	Jobtab og offentlige ydelser	Sygehusbenyttelse	Gigt-justeret sygehusbenyttelse*
Indsats 1 - Patientuddannelse og træning ved hofte- og knæartrose	-10 pct.	-18 pct.	-8 pct.
Indsats 2 - Tilbud om vægttab for bl.a. personer med muskel- og skeletsygdom	-24 pct.	-24 pct.	-11 pct.
Indsats 3 - Tværfagligt smertetilbud for bl.a. mennesker med muskel- og skeletsygdom	-19 pct.	-16 pct.	-7 pct.
Indsats 4 - Tilbud til rygpatienter inkl. træning og patientuddannelse	-26 pct.	-29 pct.	-13 pct.

Anm.: Effekterne for den gigtjusterede sygehusbenyttelse er lavet på baggrund af en beregning af gigtandelen af de samlede hospitalsomkostninger, som ligger på ca. 46 pct. De 46 pct. er ganget på effekterne for sygehusbenyttelse for at få de gigt-justerede effekter for sygehusbenyttelse.

Kilde: Sundhedsstyrelsen (2021, 2018a, 2017, 2012)

### Potentiale for sygehus reduceres

Potentialeberegningen for reduktion i læge- og hospitalsomkostninger må betragtes som et overkantsskøn. Ikke alle hospitalsomkostninger for personer med gigt skyldes gigt. Derfor korrigerer vi for, at indsatserne påvirker de samlede læge- og hospitalsomkostninger relateret til gigt i kolonne 3 i Tabel 4.2 i potentialeberegningen. Vi korrigerer det samlede potentiale ved at påregne en faktor på 0,45. Faktoren er beregnet som andelen af gigtpatienters samlede hospitalsomkostninger fra Landspatientregistret, der direkte relaterer sig til en gigt diagnose. Flere af disse kommunale indsatser vil dog både påvirke læge- og hospitalsomkostninger relateret til gigt og til mange andre typer sygdomme, som ikke er inkluderet i vores beregninger.

### Potentiale kan variere afhængigt af personen

Effekterne i Tabel 4.2 og potentialeberegningerne er gennemsnitsbetragtninger på tværs af alle personer, der deltager i de kliniske studier. Forskellige personer i indsatsgrupperne vil have meget forskellige potentialer. Eksempelvis vil en person med gigt, der er på kanten af arbejdsmarkedet, kunne have en meget stor arbejdsmæssig fordel ved disse indsatser. Omvendt vil en person med svær sygdom, som allerede modtager førtidspension, ikke kunne drage fordel af et træningsforløbs positive effekt på jobtab. Vi kan som udgangspunkt ikke vurdere, hvilke personer vores potentiale- og effektberegninger direkte henfører til, da vi ikke kender forsøgspersonernes baggrund. Generelt er potentialerne gennemsnitsbetragtninger i den udstrækning, at forsøgspersonerne er repræsentative for patienterne i de enkelte indsatsgrupper.

### Potentielle besparelser er for et år

Potentialet ved investering i disse kommunale indsatser tager udgangspunkt i omkostninger og besparelser for et år. Det vil sige, at der regnes på den årlige omkostning ved en kommunal indsats, som holdes op mod den årlige besparelse i form af lavere overførselsindkomster, færre hospitalsomkostninger mv. De langvarige positive effekter er ikke medregnet, og derfor er det langsigtede potentiale formentlig større end det, vi viser.

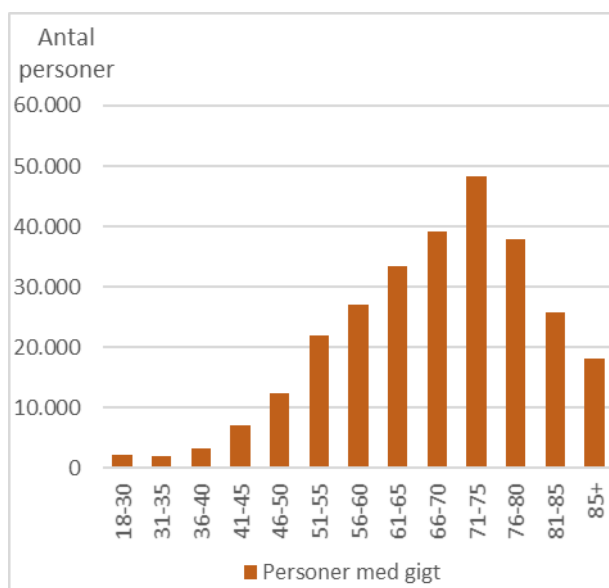
## 4.2 Potentiale ved patientuddannelse og træning til mennesker med artrose

**110.000 erhvervsaktive med knæ- og hofteartrose**

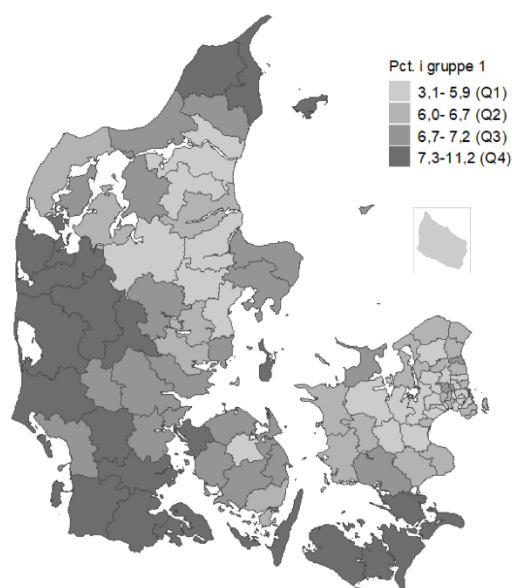
Der er ca. 280.000 personer i Danmark, der i løbet af perioden 2008 til 2017 blev diagnosticeret eller registreret med knæ- eller hofteartrose. Ud af de 280.000 er ca. 110.000 i den erhvervsaktive alder, som er i fokus i potentialeberegningen, jf. Figur 4.2.a. Forekomsten af knæ- og hofteartrose er størst uden for storbykommunerne, og specielt Syd- og Vestjylland samt Lolland og Falster er hårdt ramt, jf. Figur 4.2.b. Forklaringerne på hvorfor forekomsten er størst uden for storbyerne kan være grundet en ældre befolkning og mere fysisk belastende arbejde.

**Figur 4.2 Forekomst af knæ- og hofteartrose i 2018**

Figur 4.2.a Antal personer med knæ- og/eller hofteartrose, aldersfordelt



Figur 4.2.b Andel personer med knæ og/eller hofteartrose, kommunalt fordelt



Anm.: Forekomststallene er baseret på diagnosticeringer i Landspatientregisteret i perioden 2008 til 2017 af personer med diagnoserne fra gruppe 1 i Tabel 4.1.  
Kilde: Danmarks Statistiks forskerservice.

**Nogle får allerede hjælp**

Det relevante tilbud om patientrettet forebyggelse for personer med knæ- og hofteartrose indeholder patientuddannelse og træning, jf. Tabel 4.1. Ca. 40.000 personer har allerede deltaget i en lignende indsats gennem GLAiD (2018), der indeholder patientuddannelse og neuromuskulær træning. Det vurderes, at ca. 16.000 ud af de 110.000 erhvervsaktive i denne gruppe har deltaget i GLAiD. Det skønnes derfor, at ca. 94.000 personer med knæ- og hofteartrose i den erhvervsaktive alder vil få gavn af tilbuddet, i form af bedre livskvalitet, bedre arbejdsevne, samt færre læge- og hospitalsomkostninger.

**Samlet potentiale fordelt på alder og myndighed**

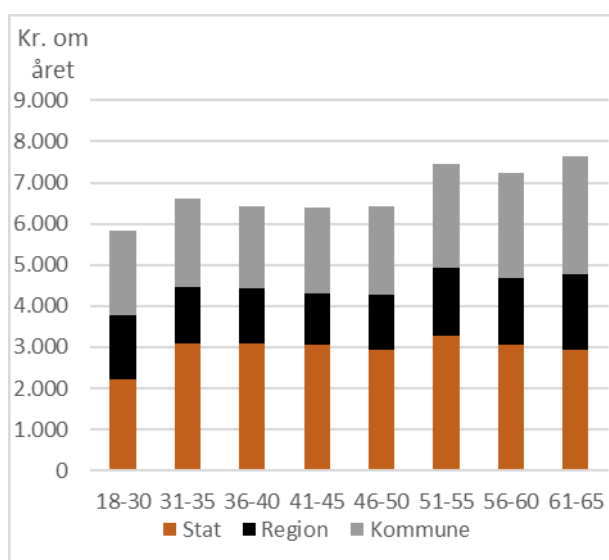
Det samlede potentiale for personer med knæ- og hofteartrose i den erhvervsaktive alder er på mellem 4.600 og 10.200 kr. pr. person i behandlingsåret, som vist i Figur 4.3.b (se metodeafsnit 4.1.1. for beskrivelse af den årlige potentialeberegning). Her ses det også, at potentialet er størst blandt de ældre og erhvervsaktive aldersgrupper samt i de sjællandske og nordjyske kommuner. Beregningerne er foretaget ved at gange meromkostninger til overførselsindkomster, lægebesøg og hospitalsomkostninger med effekterne vist i Tabel 4.2.

**Kommunen får lav andel af besparelsen**

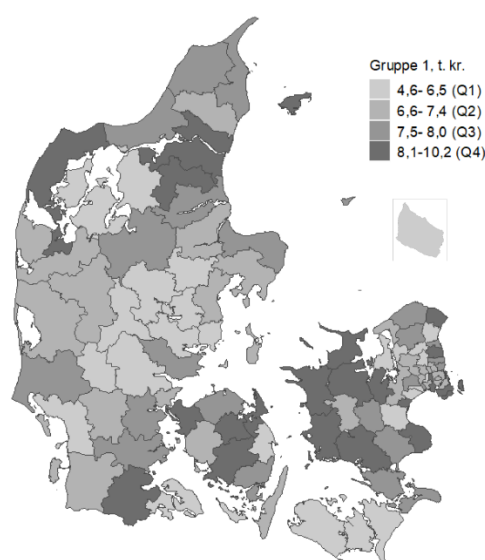
Kommunen får ca. 1/3 af besparelsen ved investeringen, men det varierer lidt på tværs af aldersgrupperne, jf. Figur 4.3.a. Fordelingen af besparelserne mellem de offentlige myndigheder beror på den kommunale medfinansiering, der skete i perioden 2013 til 2018. Den kommunale medfinansiering er dog ændret for sundhedsudgifter, så kommunerne fremover vil have kan risikere at have større omkostningsandel for visse aldersgrupper og en lavere omkostningsdel for andre aldersgrupper. Dette vil ligeledes påvirke hvor stort potentialet er for kommunerne.

**Figur 4.3 Potentiale for reduktion af sundhedsomkostninger og overførselsindkomster ved brug af patientuddannelse og træning for hofte- og knæpatienter**

Figur 4.3.a Potentiale for omkostningsreduktion for personer med artrose i knæ og/eller hofte, aldersfordelt



Figur 4.3.b Potentiale for omkostningsreduktion for personer med artrose i knæ og/eller hofteartrose, kommunalt fordelt



Anm.: Potentialeberegningerne tager udgangspunkt i meromkostningerne ved personer med denne gigttpe ift. lignende personer uden gigtt på de omkostninger beskrevet i kapital 3. Det antages, at denne forskel kan reduceres med de effekter beskrevet i Tabel 4.2, hvis individerne deltager i den relevante kommunale indsats.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DST forskerservice, Statistikbanken, GLAID, Vive og NKR.

**Besparelser på 670 mio. kr.**

De samlede potentielle besparelser er på ca. 670 mio. kr. i behandlingsåret, hvis alle 94.000 personer deltager i indsatsen, og hvis det har effekterne, som beskrevet i Tabel 4.2. Dette skal holdes op mod en forventet omkostning på ca. 1.700 kr. pr. forløb, svarende til en omkostning på lidt over 160 mio. kr.<sup>7</sup> Den samlede nettobesparelse ved investering i den kommunale indsats er dermed på over 510 mio. kr., som vist i Tabel 4.3.

**Kan tåle lavere effekter**

Effekterne er fundet ved hjælp af de nationale kliniske retningslinjer, som vist i Tabel 4.2. Disse effekter er det bedste skøn på baggrund af de kliniske studier. På trods af dette er effekterne dog stadig behæftet med en vis usikkerhed. Potentialeberegningen i Tabel 4.3 viser dog, at investeringen stadig vil være profitabel, hvis effekterne er lavere end i effekterne i Tabel 4.2. Faktisk kan effekterne reduceres til under en tredjedel, og investeringen vil stadig være profitabel.

<sup>7</sup> Omkostningen på 1.700 kr. pr. forløb er baseret på Hvidovre og Horsens kommunes erfaringer med at implementere trænings- og uddannelsesprogrammet GLAID (Godt liv med artrose i Danmark). Se "Beslutningsoplæg Sundhedsfremmende indsats til borgere med slidgigt i hofte og knæ" <https://horsens.dk/-/media/Content/ESDH/committees/62/2451/27655.pdf>.



**Tabel 4.3 Potentielle besparelser for de offentlige budgetter af indsats målrettet mennesker med artrose i knæ eller hofte**

Offentlige budgetter		
	Pr. person, kr.	Potentiale i alt, mio. kr.
Bruttobesparelser	7.200	700
Omkostning	1.700	200
Nettobesparelser	5.400	500
Heraf kommunale budgetter		
	Pr. person, kr.	Potentiale i alt, mio. kr.
Bruttobesparelser	2.500	200
Omkostning	1.700	200
Nettobesparelser	800	100

Anm.: Potentialeberegningerne tager udgangspunkt i meromkostningerne ved personer med denne gigttpe i den erhvervsaktive alder ift. lignende personer uden gigtt på de omkostninger beskrevet i kapital 3. Det antages, at denne forskel kan reduceres med de effekter beskrevet i Tabel 4.2, hvis individerne deltager i den relevante kommunale indsats.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DST forskerservice, Statistikbanken, GLAiD, Vive og NKR.

#### Underkantsskøn

Potentialeberegningerne tager udgangspunkt i meromkostningen for alle personer med knæ og/eller hofteartrose (i.e. gruppe 1) og vil formentlig undervurdere det samlede potentiale. Grunden er, at det ikke er muligt at adskille de individer, der har deltaget i patientuddannelse og træning, fx i form af GLAiD, fra dem, der ikke har. Da de individer, der har deltaget i patientuddannelse og træning som GLAiD formentlig allerede har oplevet den positive effekt på arbejdsevne og smerteniveau, må de antages at trække de gennemsnitlige omkostninger til personer med knæ- og hofteartrose ned. Det vil samtidig gøre forskellen mellem personer med og uden artrose mindre, og dermed også trække potentialet ned.

#### Incitamentsproblemer

Kommunerne kan stå med et incitamentsproblem, da de kun modtager en andel af besparelsen ved investeringen, men vil stå for hele omkostningen ved indsatsen. I gennemsnit vil kommunerne have en lille nettobesparelse på ca. 800 kr. pr. person ved investeringen i patientuddannelse og træningsforløb for personer med knæ- og hofteartrose i den erhvervsaktive alder. For visse kommuner vil den forventede besparelse dog være lavere, hvilket betyder, at investeringen ikke længere er profitabel. Det kan være grunden til, at der er investeringer, der ikke foretages på trods af, at de på tværs af den offentlige sektor er budgetøkonomiske profitable, da omkostningen er centreret i kommunen, mens besparelsen spredes blandt alle offentlige myndigheder.

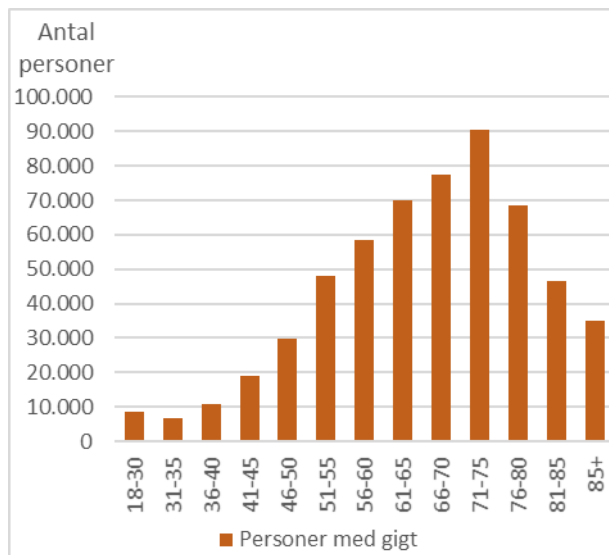
## 4.3 Potentiale ved tilbud om vægttab

#### Antal fordelt på alder

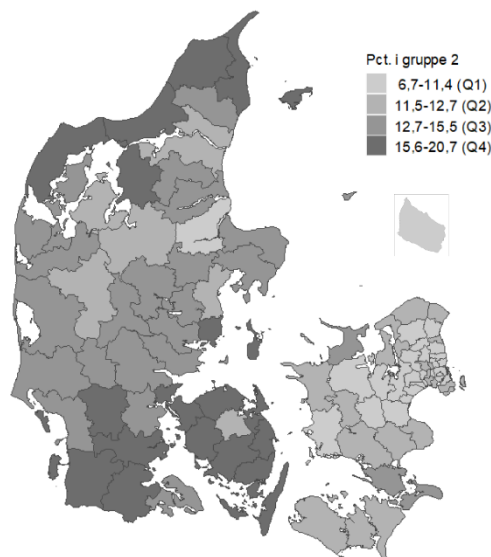
Der er ca. 570.000 personer i Danmark, der i løbet af perioden 2008 til 2017 blev diagnosticeret på et sygehus med slidgigt, leddegigt, knogleskørhed eller længerevarende ryg sygdomme (se diagnoser i Tabel 4.1). Ud af de 570.000 personer er ca. 252.000 i den erhvervsaktive alder, og 318.000 personer er ældre end 65 år, jf. Figur 4.4.a. Forekomsten af ovenstående gigtsygdomme er størst i Region Syddanmark og i Nordjylland, jf. Figur 4.4.b. Forklaringerne på hvorfor forekomsten er størst uden for storbyerne kan være grundet en ældre befolkning og mere fysisk belastende arbejde. Grunden til at Region Syddanmark har så høj en andel, kan være fordi de har et gighthospital i Sønderborg og et rygcenter i Middelfart, som gør, at de ikke underdiagnosticerer i lige så høj grad som flere andre yderkommuner.

**Figur 4.4 Forekomst af udvalgte gigtsygdomme (i.e. afgrænsning af gruppe 2) i 2018**

Figur 4.4.a Antal personer med gigt, aldersfordelt



Figur 4.4.b Andel personer med gigt, kommunalt fordelt



Anm.: Forekomststallene er baseret på diagnosticeringer i Landspatientregisteret i perioden 2008 til 2017 af personer i med diagnoserne fra gruppe 2 i Tabel 4.1.  
 Kilde: Danmarks Statistiks forskerservice.

#### Ikke relevant for alle

De kommunale indsatser - der ligger til grund for de følgende beregninger - er centreret omkring vægttab til forebyggelse og behandling af kroniske lidelser. Tilbuddet er således primært henvendt til de overvægtige, ligesom effektstudierne baserer sig på overvægtige personer. Ifølge SDU (2009) var ca. 39 pct. af kvinder og 53 pct. af mænd med slidgigt overvægtige i 2009. Dette tal er nogenlunde i overensstemmelse med tal fra den voksne befolkning fra Danskernes Sundhed, der viser at hhv. 44 pct. af kvinder og 58 pct. af mænd i 2017 var overvægtige (Sundhedsstyrelsen 2018b). Tager vi udgangspunkt i det konservative skøn og bruger fordelingen fra SDU (2009), vil det patientrettede tilbud om vægttab dermed være relevant for ca. 112.000 personer med gigt i den erhvervsaktive alder.

#### Samlet potentiale fordelt på alder og myndighed

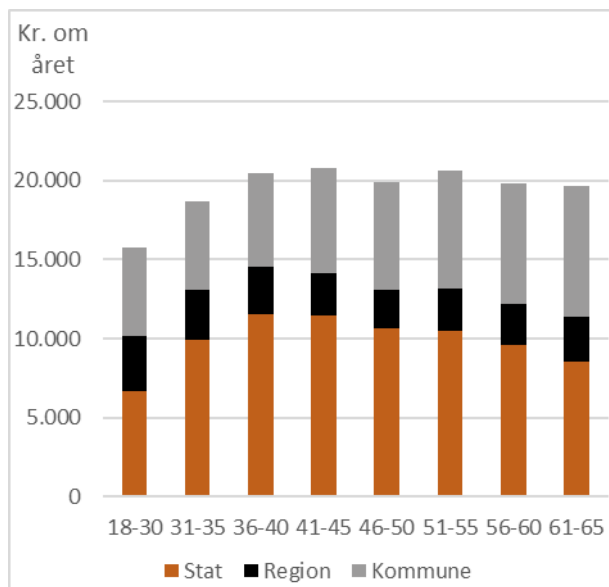
Potentialet ved vægttabstilbuddet for gruppe 2 ligger på mellem 13.900 og 25.700 kr. pr. person i behandlingsåret, jf. Figur 4.5.b (se metodeafsnit 4.1.1. for beskrivelse af den årlige potentialeberegning). Potentialet er størst i grupperne 36-65 år, der alle ligger omkring 20.000 kr. på et år. Det ses også, at potentialet er størst i kommunerne i Region Nordjylland, samt Vestsjælland, Lolland og Falster. Potentialet ved vægttabstilbuddet for personer med slidgigt, leddegigt, knogleskørhed eller længerevarende rygsygdomme – og overvægt - beregnes ved at gange deres meromkostninger til overførselsindkomster, lægebesøg og hospitalsomkostninger med effekterne vist i Tabel 4.2.

#### Kommunen får lav andel af besparelsen

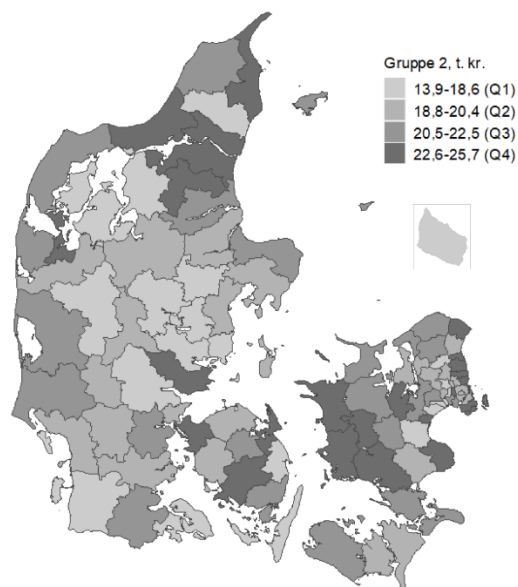
Figur 4.5.a viser fordelingen af de potentielle besparelser mellem stat, region og kommune. Her ses det, at kommunen for alle aldersgrupper får under halvdelen af besparelsen. Kommunens andel af besparelsen er størst for gruppen af 61-65-årige, hvor kommunen får ca. 42 pct. af besparelserne. Ligesom for gruppe 1, så beror fordelingen mellem de offentlige myndigheder også her på den medfinansiering, der skete i perioden 2013 til 2018, hvilket efterfølgende er ændret.

**Figur 4.5 Potentiale for reduktion af sundhedsomkostninger og overførselsindkomster ved brug af vægttabstilbud til mennesker med gigt og overvægt**

Figur 4.5.a Potentiale for omkostningsreduktion for personer med gigt, aldersfordelt



Figur 4.5.b Potentiale for omkostningsreduktion for personer med gigt, kommunalt fordelt



Anm.: Potentialeberegningerne tager udgangspunkt i meromkostningerne ved personer med denne gigttype ift. lignende personer uden gigt på de omkostninger beskrevet i kapital 3. Det antages, at denne forskel kan reduceres med de effekter beskrevet i Tabel 4.2, hvis individerne deltager i den relevante kommunale indsats. Omkostninger tilknyttet personer med overvægt kan ikke identificeres, hvorfor der bruges et gennemsnit på tværs af hele gruppen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DST forskerservice, Statistikbanken, GLAiD, Vive og NKR.

**Nettobesparelser på over 2 mia. kr.**

Bruttobesparelserne er på over 2,2 mia. kr. i behandlingsåret, hvis alle 112.000 personer med gigt i den erhvervsaktive alder med overvægt deltager i indsatsen, og det har effekterne som beskrevet i Tabel 4.2 (se metodeafsnit for beskrivelse af den årlige potentialeberegning). Dette skal holdes op mod en forventet omkostning på ca. 1.700 kr. pr. forløb, svarende til en omkostning på ca. 190 mio. kr.<sup>8</sup> Den samlede nettobesparelse ved investering i vægttab er dermed på over 2,0 mia. kr. i behandlingsåret, som vist i Tabel 4.4.

**Kan tåle lavere effekter**

Potentialet er så stort, at det både ved meget lavere effekter end de, der bruges i de nationale kliniske retningslinjer, og ved højere omkostninger til den kommunale indsats vil give en nettobesparelse for de offentlige budgetter. Effekterne skal reduceres til en tiendedel af de nuværende skøn, før investeringen ikke længere vil være profitabel.

**Stor kommunal besparelse**

Den kommunale nettobesparelse ved indsatsen forventes at være på ca. 5.700 kr. pr. person i behandlingsåret, svarende til omkring 630 mio. kr. i alt, hvis alle de 112.000 erhvervsaktive med de relevante gigt diagnoser deltager. Nettobesparelsen for kommunerne er dermed lidt mindre end for de samlede offentlige budgetter, men stadig så store, at effekterne skal reduceres til en tredjedel af de nuværende skøn, før investeringen ikke længere er profitabel for den gennemsnitlige kommune.

<sup>8</sup> Omkostningen på 1.700 kr. pr. forløb er baseret på Hvidovre og Horsens kommunes erfaringer med at implementere trænings- og uddannelsesprogrammet GLAiD (Godt liv med artrose i Danmark). Se "Beslutningsoplæg Sundhedsfremmende indsats til borgere med slidgigt i hofte og knæ" <https://horsens.dk/-/media/Content/ESDH/committees/62/2451/27655.pdf>. Disse omkostninger er ikke nødvendigvis tilsvarende med den kommunale indsats for denne gruppe, men danner alligevel en god referenceramme for omfanget af omkostningen.

**Tabel 4.4** Potentielle besparelser for de offentlige budgetter ved kommunal vægttabsindsats for personer i gruppe 2

<b>Offentlige budgetter</b>		
	Pr. person, kr.	Potentiale i alt, mio. kr.
Bruttobesparelser	19.900	2.200
Omkostning	1.700	200
Nettobesparelser	18.200	2.000
<b>Heraf kommunale budgetter</b>		
	Pr. person, kr.	Potentiale i alt, mio. kr.
Bruttobesparelser	7.400	800
Omkostning	1.700	200
Nettobesparelser	5.700	600

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DST forskerservice, Statistikbanken, GLAiD, Vive og NKR.

### Underkantsskøn

Vores omkostningsberegninger vil formentlig undervurdere omkostningen til de overvægtige personer med gigt i denne gruppe, da vi ikke har haft adgang til data, der giver os mulighed for at adskille de overvægtige fra de ikke-overvægtige. Der er antaget en fast andel, baseret på et tidligere studie fra SDU (2009) af overvægtige personer med slidgigt. Hvis de personer med gigt, der er overvægtige, har større omkostninger til indkomstydelse og læge- og hospitalsomkostninger end de ikke-overvægtige personer med gigt, vil potentialeberegningen være et underkantsskøn. Omvendt ved vi, at undervægt kan være en årsag til øget risiko for osteoporose, og derved kan vores estimat for forekomsten af overvægt være overvurderet for denne diagnose-gruppe isoleret set.

## 4.4 Potentiale ved tværfagligt smertetilbud

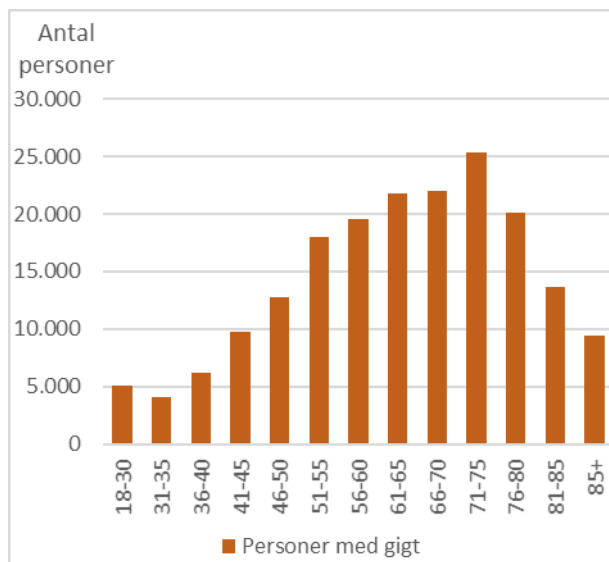
### Antal fordelt på alder

Der er ca. 190.000 personer i Danmark, der i løbet af perioden 2008 til 2017 blev diagnosticeret med leddegigt, rygsygdomme, psoriasisgigt, bindevævssygdomme eller fibromyalgi på et sygehus (se diagnoser i Tabel 4.1).<sup>9</sup> Ud af de 190.000 personer er 97.000 i den erhvervsaktive alder, jf. Figur 4.6. Derudover viser figuren også samme mønster som for forekomsten i gruppe 2. Figuren viser, at andelen af personer med disse gigtsygdomme er større i stort set samtlige kommuner i Region Syddanmark ift. resten af landet. Forklaringerne på hvorfor forekomsten er størst uden for storbyerne kan være grundet en ældre befolkning og mere fysisk belastende arbejde. Grunden til at Region Syddanmark har så høj en andel, kan være fordi de har et gighthospital i Sønderborg og et rygcenter i Middelfart, som gør, at de ikke underdiagnosticerer i lige så høj grad som flere andre yderkommuner.

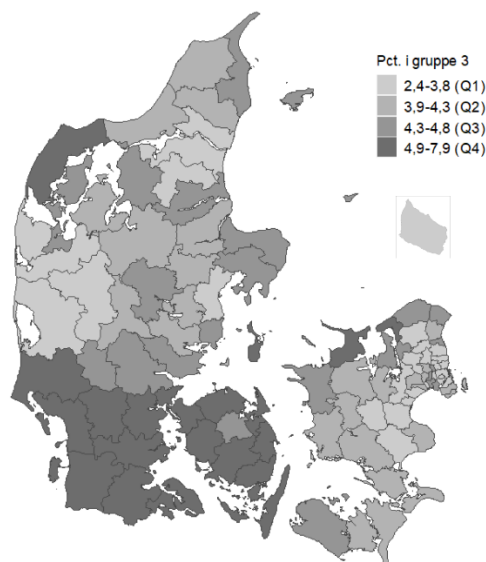
<sup>9</sup> Disse sygdomme vil ofte være ledsaget af længerevarende smerter.

**Figur 4.6 Forekomst af udvalgte gigtsygdomme (i.e. gruppe 3) i 2018**

Figur 4.6.a Antal personer med udvalgte gigtsygdomme, aldersfordelt



Figur 4.6.b Andel personer med udvalgte gigtsygdomme, kommunalt fordelt



Anm.: Forekomststallene er baseret på diagnosticeringer i Landspatientsregisteret i perioden 2008 til 2017 af personer i med diagnoseerne fra gruppe 3 i Tabel 4.1.  
Kilde: Danmarks Statistiks forskerservice.

### Samlet potentiale fordelt på alder og myndighed

Potentialeberegningerne tager udgangspunkt i, at den kommunale indsats er relevant for alle med diagnoseerne omtalt som gruppe 3 og beskrevet i Tabel 4.1. Den kommunale indsats, som danner grundlag for de følgende beregninger, giver en potentiel besparelse på mellem 17.000 og 30.900 kr. pr. person i behandlingsåret, som vist i Figur 4.7.b (se metodeafsnit for beskrivelse af den årlige potentialeberegning). Her ses det også, at potentialet stiger med alderen op til, de bliver 60 år. Herudover ses det, at der ikke er nogen klar tendens til større potentiale i visse områder af Danmark, men at der er en relativ stor forskel på potentialet mellem de kommuner, hvor potentialet er størst (Gentofte med ca. 30.900 kr. pr. person) og hvor potentialet er mindst (Faxe med ca. 17.000 kr. pr. person).

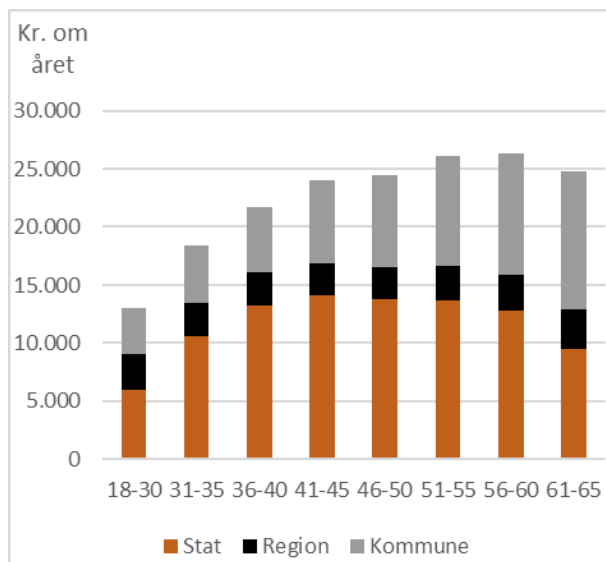
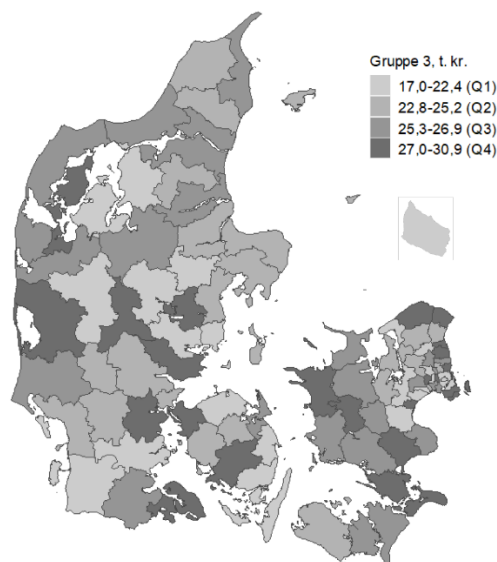
### Kommunen får under halvdelen af besparelsen

Ligesom for de andre grupper får kommunen under halvdelen af besparelserne ved de kommunale indsatser, jf. Figur 4.7. For gruppen med 61-65-årige vil ca. 48 pct af den forventede besparelse dog gå til kommunen, mens resten fordeler sig til region og primært staten. Ligesom for gruppe 1, beror fordelingen mellem de offentlige myndigheder også her på den medfinansiering, der skete i perioden 2013 til 2018, hvilket er efterfølgende er ændret.

### Nettobesparelser på 2,2 mia. kr.

De samlede potentielle bruttobesparelser for de offentlige budgetter er på ca. 2,3 mia. kr. i behandlingsåret, hvis alle 97.000 personer deltager i indsatsen, og indsatsen har effekterne som beskrevet i Tabel 4.2. Dette skal holdes op mod en forventet omkostning på ca. 1.700 kr. pr. forløb, svarende til en omkostning på ca. 165 mio. kr.<sup>10</sup> Den samlede nettobesparelse ved investering i vægttab er dermed på over 2,2 mia. kr. i behandlingsåret, som vist i Tabel 4.5.

<sup>10</sup> Omkostningen på 1.700 kr. pr. forløb er baseret på Hvidovre og Horsens kommunes erfaringer med at implementere trænings- og uddannelsesprogrammet GLAID (Godt liv med artrose i Danmark). Se "Beslutningsoplæg Sundhedsfremmende indsats til borgere med slidgigt i hofte og knæ" <https://horsens.dk/-/media/Content/ESDH/committees/62/2451/27655.pdf>. Disse omkostninger er ikke nødvendigvis tilsvarende med den kommunale indsats for denne gruppe, men danner alligevel en god referenceramme for omfanget af omkostningen.

**Figur 4.7 Potentiale for reduktion af sundhedsomkostninger og overførselsindkomster ved brug af tværfagligt smertetilbud**
**Figur 4.7.a** Potentiale for omkostningsreduktion for personer med udvalgte gigtsygdomme, aldersfordelt

**Figur 4.7.b** Potentiale for omkostningsreduktion for personer med udvalgte gigtsygdomme, kommunalt fordelt


Anm.: Potentialeberegningerne tager udgangspunkt i meromkostningerne ved personer med denne gigtype ift. lignende personer uden gig på de omkostninger beskrevet i kapital 3. Det antages, at denne forskel kan reduceres med de effekter beskrevet i Tabel 4.2, hvis individerne deltager i den relevante kommunale indsats.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DST forskerservice, Statistikbanken, GLAiD, Vive og NKR.

### Kan tåle lavere effekter

Potentialet er så stort, at det selv ved meget lavere effektestimater end de, der bruges i de nationale kliniske retningslinjer og ved højere omkostninger til den kommunale indsats, vil give en nettobesparelse for de offentlige budgetter. Effektestimaterne skal reduceres til 1/13, af de nuværende skøn, før investeringen ikke længere vil være profitabel.

**Tabel 4.5** Potentielle besparelser for de offentlige budgetter ved kommunal indsats for personer i gruppe 3

Offentlige budgetter			
	Pr. person, kr.	Potentiale i alt, mio. kr.	
Bruttobesparelser	24.100	2.300	
Omkostning	1.700	200	
Nettobesparelser	22.300	2.200	
Heraf kommunale budgetter			
	Pr. person, kr.	Potentiale i alt, mio. kr.	
Bruttobesparelser	9.000	900	
Omkostning	1.700	200	
Nettobesparelser	7.300	700	

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DST forskerservice, Statistikbanken, GLAiD, Vive og NKR.

### Stor kommunal besparelse

Den kommunale nettobesparelse ved indsatsen forventes at være på ca. 7.300 kr. pr. person i behandlingsåret, svarende til omkring 710 mio. kr. i alt, hvis alle de 97.000 erhvervsaktive med de relevante gigtdiagnoser deltager. Nettobesparelsen for kommunerne er dermed lidt mindre end for de samlede offentlige budgetter, men stadig store.



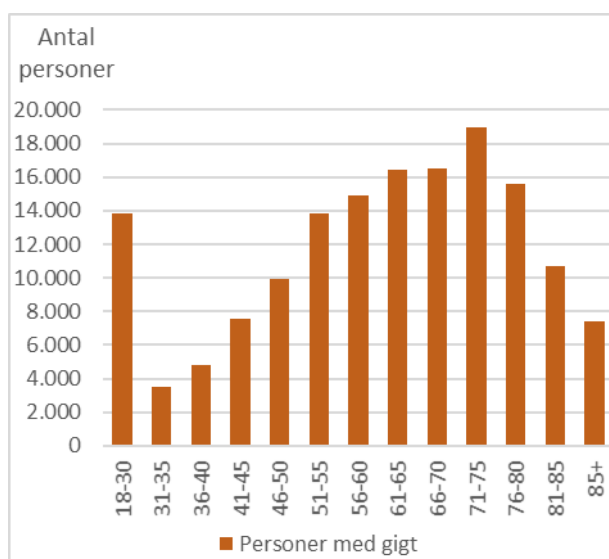
## 4.5 Potentiale ved træning og patientuddannelse for rygpatienter

### Antal fordelt på alder

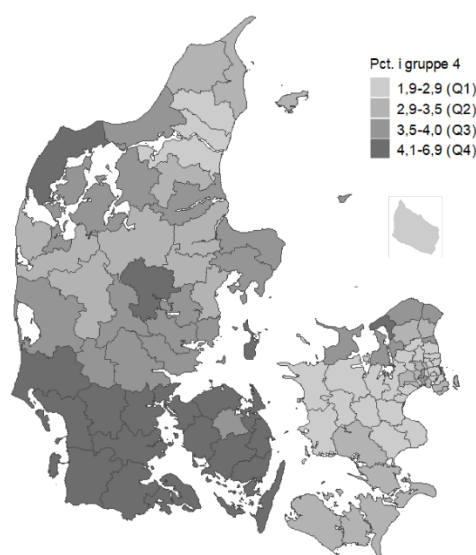
Der er ca. 154.000 personer i Danmark, der i løbet af perioden 2008 til 2017 blev diagnosticeret med længerevarende rygsygdomme. Ud af de 154.000 personer er ca. 85.000 af dem i den erhvervsaktive alder, jf. Figur 4.8. Her ses det også, at der er mange personer med rygsygdomme i aldersgruppen 18-30-årige. Forklaringen på dette er formentlig, at den dækker et større spænd end de fem år, som grupperne 31-85, og at rygsygdomme i højere grad end de andre gigtsygdomme rammer på tværs af alle aldersgrupper. Figuren viser også, at andelen af personer med gigt er større i stort set samtlige kommuner i Region Syddanmark end i resten af landet. Forklaringerne kan være forskelle i andelen af ældre i befolkningen, mere fysisk belastende arbejde og at yderkommunerne underdiagnosticerer, bortset fra i Region Syddanmark, der har et gighthospital i Sønderborg og et rygcenter i Middelfart.

**Figur 4.8 Forekomst af længerevarende rygsygdomme (i.e. gruppe 4) i 2018**

Figur 4.8.a Antal personer med længerevarende rygsygdomme, aldersfordelt



Figur 4.8.b Andel personer med længerevarende rygsygdomme, kommunalt fordelt



Anm.: Forekomststallene er baseret på diagnosticeringer i Landspatientregisteret i perioden 2008 til 2017 af personer i med diagnoserne fra gruppe 4 i Tabel 4.1.  
Kilde: Danmarks Statistiks forskerservice.

### Samlet potentiale fordelt på alder og myndighed

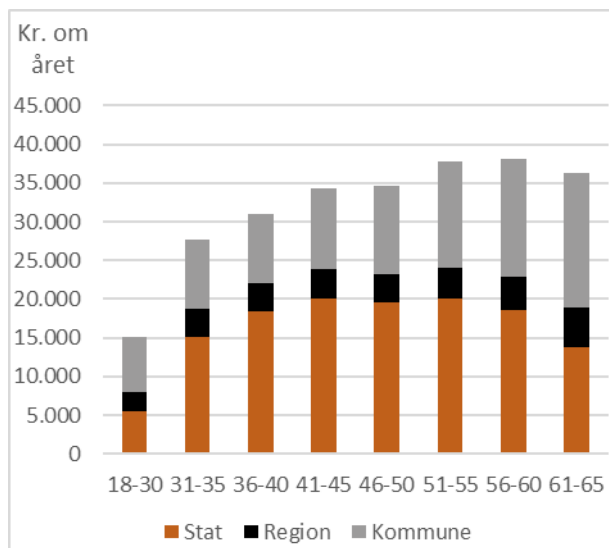
Potentialet ved træning og patientuddannelse til rygpatienter i gruppe 4 ligger på mellem 21.100 og 44.800 kr. pr. person i behandlingsåret, jf. Figur 4.9 (se metodeafsnit for beskrivelse af den årlige potentialeberegning). Potentialet er størst for de ældre og erhvervsaktive aldersgrupper, der alle ligger over 30.000 kr. Figuren viser også, at potentialet er størst i kommunerne i den sydlige del af Sjælland og den nord- og vestlige del af Jylland.

### Kommunen får lav andel af besparelsen

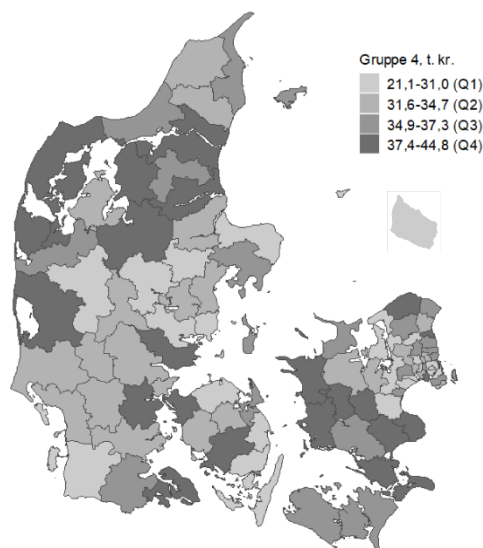
Kommunen får ca. en tredjedel af besparelsen ved investeringen, selvom det varierer lidt på tværs af aldersgrupperne, jf. Figur 4.9.a. Ligesom for gruppe 1, beror fordelingen mellem de offentlige myndigheder også her på den medfinansiering, der skete i perioden 2013 til 2018, hvilket er efterfølgende er ændret.

**Figur 4.9 Potentiale for reduktion af sundhedsomkostninger og overførselsindkomster ved brug af træning og patientuddannelse for rygpatienter**

Figur 4.9.a Potentiale for omkostningsreduktion for personer med længerevarende rygsygdomme, aldersfordelt



Figur 4.9.b Potentiale for omkostningsreduktion for personer med længerevarende rygsygdomme, kommunalt fordelt



Anm.: Potentialeberegningerne tager udgangspunkt i meromkostningerne ved personer med denne gigttpe ift. lignende personer uden gigtt på de omkostninger beskrevet i kapital 3. Det antages, at denne forskel kan reduceres med de effekter beskrevet i Tabel 4.2, hvis individerne deltager i den relevante kommunale indsats.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DST forskerservice, Statistikbanken, GLAiD, Vive og NKR.

**Nettobesparelser på 2,6 mia. kr.**

Bruttobesparelserne er på ca. 2,8 mia. kr. i behandlingsåret, hvis alle 85.000 personer deltager i indsatsen, og indsatsen har effekterne, som beskrevet i Tabel 4.2. Dette skal holdes op mod en forventet omkostning på ca. 1.700 kr. pr. forløb, svarende til en omkostning på ca. 145 mio. kr.<sup>11</sup> Den samlede nettobesparelse ved den kommunale indsats er dermed på over 2,6 mia. kr. i behandlingsåret, som vist i Tabel 4.6.

**Tabel 4.6 Potentielle besparelser for de offentlige budgetter af indsats målrettet mennesker med rygsygdomme**

Offentlige budgetter		
	Pr. person, kr.	Potentiale i alt, mio. kr.
Bruttobesparelser	32.800	2.800
Omkostning	1.700	200
Nettobesparelser	31.100	2.600
Heraf kommunale budgetter		
	Pr. person, kr.	Potentiale i alt, mio. kr.
Bruttobesparelser	12.600	1.100
Omkostning	1.700	100
Nettobesparelser	10.900	900

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DST forskerservice, Statistikbanken, Vive og Sundhedsstyrelsen.

<sup>11</sup> Omkostningen på 1.700 kr. pr. forløb er baseret på Hvidovre og Horsens kommunes erfaringer med at implementere trænings- og uddannelsesprogrammet GLAiD (Godt liv med artrose i Danmark). Se "Beslutningsoplæg Sundhedsfremmende indsats til borgere med slidigt i hofte og knæ" <https://horsens.dk/-/media/Content/ESDH/committees/62/2451/27655.pdf>. Disse omkostninger er ikke nødvendigvis tilsvarende med den kommunale indsats for denne gruppe, men danner alligevel en god referenceramme for omfanget af omkostningen.

**Kan tåle lavere  
effekter**

Effekterne er fundet ved hjælp af Sundhedsstyrelsen (2017), som vist i Tabel 4.2. Disse effekter er det bedste skøn på baggrund af kliniske studier. På trods af dette er effekterne dog stadig behæftet med en vis usikkerhed, ligesom omkostningerne til de kommunale indsatser også kan ende med at blive højere, end det viste. Potentialeberegningen i Tabel 4.3 viser dog, at investeringen stadig vil være profitabel, hvis effekterne er lavere end effekterne i Tabel 4.6. Faktisk kan effekterne reduceres til ca. 1/18, og investeringen vil stadig være profitabel.



## 5. Påvirkning på velfærdsarbejdet

### Gigt kan påvirke de offentlige tilbud

Gigt kan være forbundet med smerter, nedsat arbejdsevne og flere sygedage. Af denne grund kan sektorer, der har mange ansatte med gigt, være meget følsomme over for sygemeldinger og frafald. Disse sektorer vil derfor have et ekstra stort incitament til at undgå, at deres ansatte bliver nedslidte og til at sørge for bedre rehabilitering. Data fra Danmarks Statistik viser, at velfærdssektoren er en af de sektorer, der har mange ansatte med gigt.<sup>12</sup> Denne sektor kan være dobbelt følsom for det offentlige: En høj forekomst af ryg- og gigt-sygdomme i sektoren kan bidrage til at skubbe ansatte hen på offentlig forsørgelse. Dette vil trække en person ud af det arbejdsmarked, der skal kunne levere den offentlige velfærd.

### Formål med kapitlet

I dette kapitel belyser vi, hvilken påvirkning gigt har på arbejdskraften i velfærdssektoren. Dette gør vi først ved at se på, hvor mange personer med gigt der arbejder i velfærdssektoren. Dernæst belyser vi, om de personer med gigt, der arbejder i velfærdssektoren, har flere sygedage, og om de er mere tilbøjelige til at skifte væk fra sektoren end lignende personer uden gigt.

### 5.1 Personer med gigt i velfærdssektoren

#### Mange med gigt arbejder i velfærdssektoren

Erhvervsaktive personer med gigt var i perioden 2013 til 2018 mere tilbøjelige til at arbejde i velfærdssektoren, sammenlignet med personer uden gigt jf. Figur 5.1.<sup>13</sup> Figuren viser, at 42 pct. af de pågældende personer med gigt, der var i arbejde i perioden, var beskæftiget i velfærdssektoren på et tidspunkt. Til sammenligning var det samme tal for personer uden gigt blot 36 pct. Generelt har personer med gigt en lavere beskæftigelsesfrekvens end personer uden gigt.

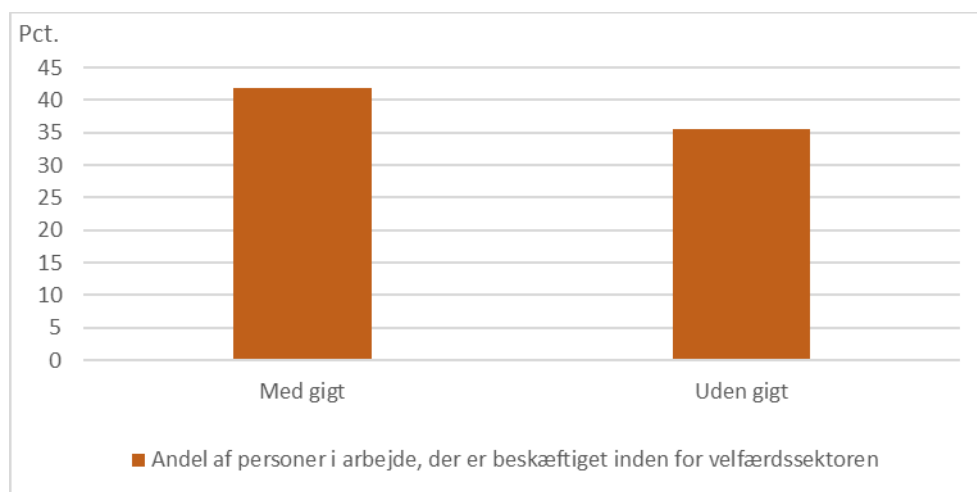
#### Jobbet kan være nedslidende

Ca. otte pct. af ansatte i velfærdssektoren har gigt, mens ca. seks pct. af de beskæftigede på det generelle arbejdsmarked har en gigt-diagnose. Der kan være flere forklaringer på, at personer med gigt er overrepræsenteret i velfærdssektoren sammenlignet med andre sektorer. For det første kan det skyldes, at personer med høj sandsynlighed for gigt, er mere tilbøjelige til at vælge jobs i velfærdssektoren. For det andet kan det være, fordi flere jobs i velfærdssektoren er relativt nedslidende, som dermed øger risikoen for visse typer gigt. Vi kan dog ikke på baggrund af vores data se, om det er jobbet i sig selv, der øger sandsynligheden for at få gigt.

<sup>12</sup> Velfærdssektoren er defineret som stillinger inden for sundhedsområdet, teknikerarbejde og assisterende arbejde inden for sundhedsområdet, omsorgsarbejde og rednings- og overvågningsarbejde.

<sup>13</sup> Personer med gigt er defineret som personer, der i perioden 2008 til 2017 har registreret en gigt-diagnose beskrevet i Tabel 4.1.

**Figur 5.1** Andel af arbejdende personer hhv. med og uden gigt, der på et tidspunkt i perioden 2013 til 2018 arbejdede inden for velfærdssektoren



Anm.: Velfærdssektoren er defineret som stillinger inden for sundhedsområdet, teknikerarbejde og assisterende arbejde inden for sundhedsområdet, omsorgsarbejde og rednings- og overvågningsarbejde.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DST forskerservice.

## 5.2 Tilbøjelighed til at skifte væk fra velfærdssektoren

### Personer med gigt skifter hurtigere væk fra sektoren

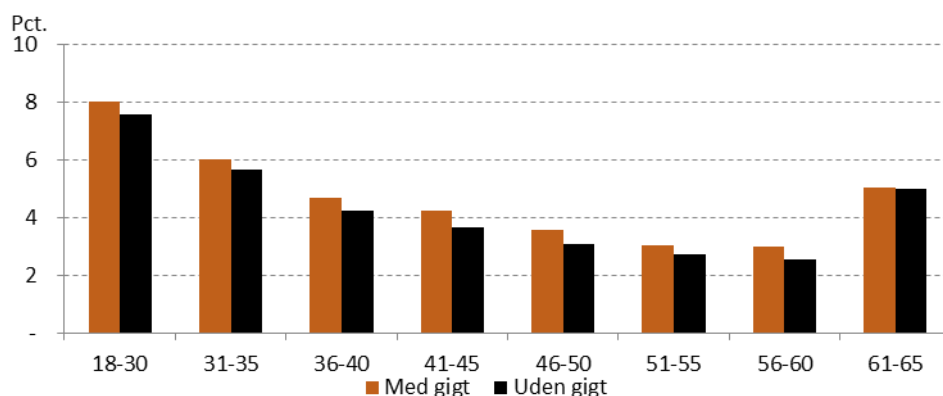
En større andel personer med gigt skifter væk fra arbejde i velfærdssektoren ift. lignende personer uden gigt, jf. Figur 5.2. Her ses det, at dette er gældende for alle de erhvervsaktive aldersgrupper, men frafaldet er størst for den unge aldersgruppe. At personer med gigt er mere tilbøjelige til at finde sig et andet arbejde, er måske ikke overraskende, men kan være problematisk for det offentlige evne til at levere kvalitet i den offentlige velfærd.

### Skifter til andet job, førtidspension eller arbejdsløshed

De personer med gigt, der tidligere har været ansatte i velfærdssektoren, men efterfølgende søger væk, ender i flere forskellige funktioner. Nogle af dem vælger et job uden for velfærdssektoren, mens andre ender i arbejdsløshed eller på førtidspension. Der skelnes i denne opgørelse ikke på, om frafaldet sker før eller efter diagnosticeringen af gigten. Der kan være flere forklaringer på, at nogle skifter før en diagnose. En forklaring kan være, at man hurtigt indser, at jobbet er nedslidende, og man søger væk, hvorefter man først senere diagnosticeres. En anden forklaring kan være, at de faktisk tidligere er diagnosticeret, men først senere bliver synlige i vores datasæt.



**Figur 5.2** Andel der er søgt væk fra velfærdssektoren – blandt personer hhv. med og uden gigt ansat i velfærdsektoren



Anm.: Velfærdssektoren er defineret som personer, der har en arbejdsfunktion som værende arbejde inden for sundhedsområdet, teknikerarbejde og assisterende arbejde inden for sundhedsområdet, omsorgsarbejde og rednings- og overvågningsarbejde.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DST forskerservice.

## 5.3 Sygefravær i velfærdssektoren

### Analyse af sygefravær

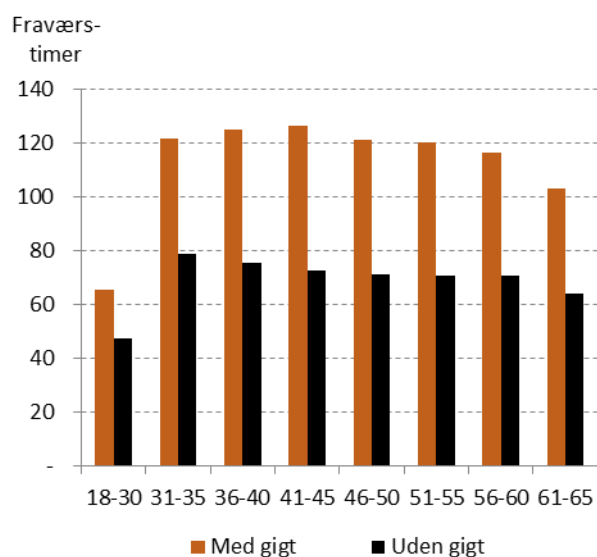
I indeværende afsnit analyseres sygefravær blandt mennesker beskæftiget i velfærdssektoren i perioden 2013 til 2018. Der er i beregningerne kun medregnet det sygefravær, der er registreret med egen sygdom som årsag, hvorimod fravær på grund af barns sygdom eller andet fravær ikke er medregnet. Der ses alene på sygefravær i den periode, personerne har været beskæftiget i velfærdserhvervene.

### Personer med gigt har mere sygefravær

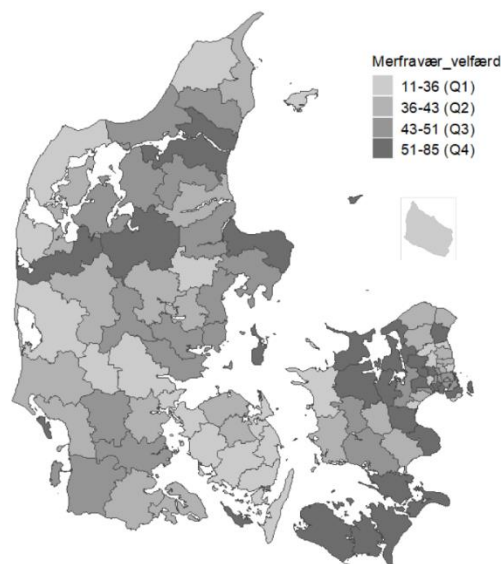
Personer med gigt, der arbejder i velfærdssektoren, har mere fravær end personer uden gigt, der arbejder i velfærdssektoren, jf. Figur 5.3. Her ses det, at denne tendens er gældende for alle erhvervsaktive aldersgrupper, hvor forskellen dog er størst for aldersgrupperne 36-55 år. I disse aldersgrupper har personer med gigt i gennemsnit 50 flere fraværs-timer om året på grund af egen sygdom. Figuren viser også, hvor i landet personer med gigt, der er beskæftiget i velfærdssektoren, har det største merfravær sammenlignet med personer uden gigt. Her ses det, at det primært er kommuner i Region Sjælland, hvor forskellen er stor.

**Figur 5.3 Mersygefravær for personer med gigt. personer uden gigt beskæftiget i velfærdssektoren, gns. antal timer pr. år, baseret på perioden 2013-2018**

Figur 5.3.a Mersygefravær for personer med gigt, aldersfordelt



Figur 5.3.b Mersygefravær for personer med gigt, kommunalt fordelt



Anm.: Velfærdssektoren er defineret som personer, der har en arbejdsfunktion inden for sundhedsområdet, teknikerarbejder og assisterende arbejde inden for sundhedsområdet, omsorgsarbejde og rednings- og overvågningsarbejde.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DST forskerservice.

### 630 årsværk i sygefravær

Der var i gennemsnit over 27.000 ansatte pr. år i velfærdssektoren i perioden 2013 til 2018 med en kronisk gigt diagnose.<sup>14</sup> Det gennemsnitlige merfravær for personer med gigt, der arbejder i velfærdssektoren, var i perioden 2013 til 2018 på ca. 44 timers merfravær om året ift. personer uden gigt, der arbejder i velfærdssektoren. Det svarer til, at personer med gigt har haft mersygdom svarende til ca. 630 årsværk hvert år, sammenlignet med personer uden gigt.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> Dette tal er opgjort som antal personer, der i løbet af året har arbejdet i sektoren.

<sup>15</sup> Beregningen tager udgangspunkt i et årsværk på 1.924 arbejdstimer, se kilde: <https://statens-adm.dk/fleks-og-barsel/den-stats-lige-fleksjobordning/spoergsmaal-og-svar/>





## 6. Litteraturliste

Costa, Leonardo OP, et al. "Motor control exercise for chronic low back pain: a randomized placebo-controlled trial." *Physical therapy* 89.12 (2009): 1275-1286.

Danmarks Statistik (2021), "PRIS115: NETTOPRISINDEKS".

Dorte Thalund Grønne, Søren Thorgaard Skou og Ewa Roos, GLA:D (2018). "GLA:D® Årsrapport 2018". <https://www.glaiddk/pdf/GLAD%20%C3%85rsrapport%202018.pdf>

Gigtforeningen (2018). "Nøgletal for gigtsygdomme". <https://www.gigtforeningen.dk/media/3884/gigtforeningens-noegletalspublikation-2018.pdf>

Horsens kommune (2019). GLAiD Beslutningsoplæg – Sundhedsfremmende indsats til borgere med slidgigt i hofte og knæ.

Kommunernes Landsforening, Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet (2015). "Indblik i sundhedsvæsenets resultater".

Praktiserende Lægers Organisation (2020). "Honorartabel". [https://www.laeger.dk/sites/default/files/honorartabel\\_pr\\_01.04.2020.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/honorartabel_pr_01.04.2020.pdf)

Praktiserende Lægers Organisation (2018). "Honorartabel". [https://www.laeger.dk/sites/default/files/honorartabel\\_plo\\_2018\\_oktober.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/honorartabel_plo_2018_oktober.pdf)

Praktiserende Lægers Organisation (2018). "PLO Analyse Det koster kun ca. 1.400 kr. om året at have fri adgang til praktiserende læge". [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_analyse\\_hvad\\_koster\\_almen\\_praksis\\_december\\_2018.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_analyse_hvad_koster_almen_praksis_december_2018.pdf)

Schaafsma, Frederieke G., et al. "Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8 (2013).

SDU (2018). "Leddegigt i Danmark Nøgletal 2018". [https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/sidste\\_chance/sif/udgivelser/2018/leddegigt\\_i\\_danmark.pdf](https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/sidste_chance/sif/udgivelser/2018/leddegigt_i_danmark.pdf)

SDU (2017). "De samfundsmæssige omkostninger ved muskel- og skeletlidelser i Danmark". [https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/sidste\\_chance/sif/udgivelser/2017/de\\_samfundsmæssige\\_omkostninger\\_ved\\_muskel\\_og\\_skeletlidelser\\_i\\_danmark.pdf](https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/sidste_chance/sif/udgivelser/2017/de_samfundsmæssige_omkostninger_ved_muskel_og_skeletlidelser_i_danmark.pdf)

SDU (2015). "Muskel- og skeletlidelser i Danmark. Nøgletal 2015". [https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/sidste\\_chance/sif/udgivelser/2015/muskel\\_og\\_skelet\\_lidelser\\_i\\_danmark\\_noegletal\\_gigtforeningen\\_november\\_2015.pdf](https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/sidste_chance/sif/udgivelser/2015/muskel_og_skelet_lidelser_i_danmark_noegletal_gigtforeningen_november_2015.pdf)

SDU (2009). "Slidigt. Forekomst og risikofaktorer Udviklingen i Danmark". [https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/sidste\\_chance/sif/udgivelser/2009/slidigt.pdf](https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/sidste_chance/sif/udgivelser/2009/slidigt.pdf)

SUM (2016). "Ændring af den kommunale medfinansiering" <https://sum.dk/Media/8/2/Aendring-af-den-kommunale-medfinansiering-juni-2016.pdf>

SUM (2015). "Indblik i sundhedsvæsenets resultater". <https://sum.dk/Media/637643673108575179/Indblik%20i%20sundhedsv%c3%a6senets%20resultater%202015.pdf>

Sundhedsstyrelsen (2021). "NKR: Hofteartrose – ikke-kirurgisk behandling og genoptræning efter total hoftealloplastik". <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2021/NKR-Hofteartrose-ikke-kirurgisk-behandling-og-genoptraening-efter-THA>

Sundhedsstyrelsen (2019). "NKR: Behandling af nyopståede lænderygmerter". <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/NKR-l%C3%A6nderygmerter/National-klinisk-retningslinje-laenderygmerter.ashx?la=da&hash=AF45A82DE3A17CD9C3043F2A46538E71AC615257>

Sundhedsstyrelsen (2018a). "NKR: Udredning og behandling af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet". <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/nkr-udredning-og-behandling-af-pnes-atienter-med-generaliserede-smerter-i-bevaegeapparatet>

Sundhedsstyrelsen (2018b). "Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017".

Sundhedsstyrelsen (2017). "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygmerter".

Sundhedsstyrelsen (2012). "NKR og faglige visitations-retningslinjer: Knæartrose". <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2012/nkr-knaeartrose>

Skouen, Jan S., et al. "Relative cost-effectiveness of extensive and light multidisciplinary treatment programs versus treatment as usual for patients with chronic low back pain on long-term sick leave: randomized controlled study." *Spine* 27.9 (2002): 901-909

VIVE (2018). "Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet". <https://www.vive.dk/media/pure/6999/1717876>

SUM (2015). "Indblik i sundhedsvæsenets resultater resultater". <https://sum.dk/Media/637643673108575179/Indblik%20i%20sundhedsv%c3%a6senets%20resultater%202015.pdf>

#### Hjemmesider:

Apotekerforeningen (2020). <https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/analysersundhed/analyse---lgemiddelforbrug-i-danmark-2020.pdf>

Dansk Reumatologisk Selskab. "Patientinformation for Osteoporose/knogleskørhed" <https://danskreumatologi.dk/wp-content/uploads/2020/06/Patientinformation-Osteoporose.pdf>

Gigtforeningen (2015). "Medicin til behandling af gigt – gigtmedicin". <https://www.gigtforeningen.dk/viden-om-gigt/behandlingsmuligheder/medicin/>



Laeger.dk. "Takstkort 28A – Reumatologi (fysiurgi)"

[https://www.laeger.dk/sites/default/files/reumatologi\\_takstkort\\_pr\\_040121.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/reumatologi_takstkort_pr_040121.pdf)



## 7. Metodebilag

### 7.1 Omkostningsberegninger

Omkostningsberegningerne i denne rapport tager udgangspunkt i omkostninger til overførselsindkomster, hospitalsomkostninger og omkostninger til primær sektor for hhv. personer med og uden gig. Analyserne er lavet på baggrund af registre fra Danmark Statistiks forskerservice i perioden 2013 til 2018. Omkostningerne er udregnet som de årlige gennemsnitlige omkostninger pr. person i den givne gruppe, for perioden 2013 til 2018.

#### 7.1.1 Omkostning til overførselsindkomster

Omkostningerne til overførselsindkomster er udregnet på baggrund af indkomstregisteret (IND) fra 2013 til 2018. Her er overførselsindkomsterne udregnet på baggrund af følgende variable KONTANTHJ\_13, DAGPENGE\_KONTANT\_13, SYG\_BARSEL\_13, EFTLOEN, FOLKEFORTID\_13, FLEXYD, LEDIGHEDSYDELSE.<sup>16</sup> Inddelingen mellem bl.a. dagpenge, sygedagpenge og kontanthjælp er vigtig for fordeling af hvilken offentlig myndighed, der afholder omkostningerne, da refusionen og fordelingen her er forskellig, jf. Tabel 7.1.

#### 7.1.2 Omkostning til sundhedsydelse

Omkostninger til sundhedsydelser i sygehussektoren er baseret på det DRG-grupperede landspatientregister fra perioden 2013-2018. I 2018 er der et databrud i det DRG-grupperede LPR. I 2018 kan vi derfor ikke adskille omkostninger til stationære patienter, fra omkostninger til ambulante behandlinger. Vi vælger derfor at udregne en samlet takst for alle hospitalsomkostninger i hele perioden for at sikre overensstemmelse med 2018 data.

Beregningen af hospitalsomkostningerne i perioden 2013-2017 er derfor baseret på variablene V\_TOTPRIS\_GENOP og V\_PRIS\_GENOP, mens den kommunale andel er beregnet på baggrund af variabelen V\_KOMPRIS. For 2018 har vi ikke en inddeling af ambulante og stationære patienter, så hospitalsomkostningerne er taget som variabelen TOTALPRIS\_DRG. Den kommunale andel i 2018 er beregnet på baggrund af gennemsnittet af den kommunale andel i årene 2013-2017 og den samlede hospitalsomkostning i 2018 (TOTALPRIS\_DRG). Alle ambulante og stationære aktiviteter på offentlige sygehuse er medtaget, uanset om det vedrører gigtdiagnoser.

Omkostninger til sundhedsydelser i primærsektoren er baseret på data fra Sygesikringsregisteret fra perioden 2013-2018. Beregningen tager udgangspunkt i variabelen KONTAKT-AGG, som angiver antallet af kontakter til bl.a. praktiserende læge, speciallæger, fysioterapeuter m.fl. Da vi ikke har haft adgang til oplysninger om bruttohonoraret for de enkelte kontakter er der antaget en enhedsomkostning for hver kontrakt, svarende til en 142,44 kr. hos almen praktiserende læge (Praktiserende Lægers Organisation, 2018).

<sup>16</sup> Enkelte af disse variable er undergrupper af andre variable. Dette er der taget højde for i beregningerne. En så detaljeret gruppering som muligt er dog vigtig for den efterfølgende opdeling mellem hvilken offentlig myndighed, der betaler.

### 7.1.3 Omkostningsfordeling mellem stat, region og kommune

Omkostningerne til overførselsindkomster og sundhedsydelse fordeles ud på hvilken myndighed, der afholder omkostningerne. Fordelingen mellem kommune, region og stat sker på baggrund af den refusion, der sker mellem de offentlige myndigheder. Denne fordeling er vist i Tabel 7.1.

Tabel 7.1 Fordelingsnøgle mellem stat, region og kommune

Overførselsindkomst			
Vægtet fordeling	Stat	Region	Kommune
Kontanthjælp	0,38	-	0,62
Dagpenge	1,00	-	-
Ledighedsydelse	1,00	-	-
Sygedagpenge	0,34	-	0,66
Efterløn	1,00	-	-
Folkepension	1,00	-	-
Førtidspension	0,35	-	0,65
Andre ydelser	1,00	-	-
Sundhedsydelse			
Vægtet fordeling	Stat	Region	Kommune
Almen læge	-	0,93	0,07

Anm.: Andel af overførselsindkomst og udgift til almen læge, der betales af henholdsvis stat, region og kommune i 2018. Baseret på gennemgang i Vive (2018).

Kilde: Vive (2018)

## 7.2 Afgrænsning af målgrupper

Målgrupperne for de enkelte kommunale indsatser (grupper) er afgrænset på baggrund af diagnoserne skitseret i Tabel 4.1. Her er brugt Landspatientregisteret for perioden 2008 til 2017. Hvis en person får diagnoser fra flere forskellige grupper, kan personen godt indgå i begge grupper. Diagnoserne antages at være kroniske. Personerne der rammes af gig, vil først blive registreret som havende en gigtdiagnose i det første år vi ser diagnosen i registrene. Derefter vil personen være registreret som havende gig i alle de efterfølgende år.

Personerne med gig i de forskellige grupper, sammenlignes i omkostningsberegningerne med en kontrolgruppe af lignende personer, der på intet tidspunkt i perioden 2008-2017 har fået registreret en gigtdiagnose. Det vil fx sige, at i kontrolgruppen for personer med knæ- og hofteartrose (gruppe 1), er der fjernet observationer for: 1) personer i årene inden vi ser en diagnose for knæ- eller hofteartrose og 2) personer der i løbet af perioden har fået en diagnose for en gigtsygdom fra en af de andre grupper. Kontrolgruppen laves på baggrund af køn, alder, år og bopælskommune.

Optællingen af personerne i de fire forskellige grupper tager udgangspunkt i antallet af personer, der i perioden 2008 til 2017 er registreret med en gigtdiagnose i Landspatientregisteret, og som samtidig findes i befolkningsregistret i 2018. Personer, der blev diagnosticeret med gig inden 2008 og som ikke har været i kontakt med sygehusvæsenet, har vi desværre ikke kunne identificere i datasættet. Det samme gælder personer, som udelukkende er diagnosticeret og behandlet i primær-sektoren, da vi her ikke observerer en specifik diagnose med kun antallet af kontakter.

## 7.3 Beregning af potentiale

Potentialeberegningerne tager udgangspunkt i omkostningsberegningerne for målgrupperne beskrevet ovenfor. Dette vil sige, at der tages udgangspunkt i de gennemsnitlige årlige omkostninger for personer med gig i alle årene fra 2013 til 2018. En person, der diagnosticeres i 2016, vil derfor indgå i tre år, mens en person, der diagnosticeres i 2018, kun indgår i et år i omkostningsberegningerne. De årlige omkostninger regnes som et gennemsnit fra 2013 til 2018 og der tages et gennemsnit baseret på værdier diskonteret ved Danmarks Statistiks nettoprisindeks.

Potentialet udregnes som forskellen mellem personer i de forskellige grupper beskrevet i Tabel 4.1 og deres respektive kontrolgrupper. Denne forskel kan tolkes som meromkostningen som personer i den gig-gruppe har ift. lignende personer uden en gigtdiagnose. I potentialeberegningen antages det, at kommunale indsatser kan forbedre arbejdsevnen og mindske smerter for personer med gig, som deraf vil reducere deres overførselsindkomster og deres sundhedsydelse.

Potentialet beregnes derfor på baggrund af de gennemsnitlige årlige meromkostninger for personer med gig, ift. personer uden gig i perioden 2013 til 2018. Dette tal ganges med en effekt (beskrevet længere nede), for hvor meget overførselsindkomster og sundhedsydelse kan reduceres ved hjælp af kommunale indsatser. Antallet af personer, der har gavn af de kommunale indsatser baseres på tre overordnede ting: 1) de skal i perioden 2008 til 2017 have registreret en gigtdiagnose i Landspatientregisteret, svarende til gigtgrupperne i Tabel 4.1, 2) de skal være at finde i befolkningsregistret i 2018, 3) de skal være i den erhvervsaktive alder (18-65 år). Derudover frasorteres et antal personer fra gruppe 1, der tidligere har deltaget i et lignende GLAiD-forløb og det antal personer fra gruppe 2, der ikke er overvægtige (da indsatsen ikke er relevant for dem).<sup>17</sup>

### 7.3.1 Effekter af kommunale indsatser

De direkte, kliniske effekter af træningsforløb er fundet i metaanalyser af kliniske lodtrækningsforsøg. Her refererer vi til store, anerkendte studier, der gennemgår den samlede litteratur, primært litteraturgennemgangen i Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Retningslinjer. Hvor Sundhedsstyrelsen systematisk gør litteraturgennemgangen tilgængelig bruger vi alle studier, og tilhørende vægtning for kvalitet. Hvor litteraturgennemgangen ikke er systematisk tilgængelig, bruger vi det studie, som har fået den højeste kvalitetsvurdering. Vi finder effekter for de specifikke kommunale indsatser, der er rettet mod de fire målgrupper. Generelt er effektmålet et udtryk for den gennemsnitlige procentuelle forbedring på klinisk funktion, smerte eller sygefravær mellem en behandlingsgruppe og en kontrolgruppe. Funktionsmålet er ofte en måling af fysisk formåen (fx hvor lang kan patient gå på 12 minutter) og smerte er målt ved standardiserede spørgeskemaer.

Tabel 7.2 viser de kliniske effekter fra litteraturgennemgangen. For indsats 1 og indsats 2 finder vi de kliniske effekter af indsatsen i Sundhedsstyrelsens evidensgennemgang i den nationale kliniske retningslinjer for hofte- og knæartrose (Sundhedsstyrelsen, 2021). Eksempelvis har patienter efter trænings- og patientuddannelsesforløb 10 pct. bedre funktion sammenlignet med kontrolgruppen. Denne beregning er baseret på gennemsnittet i syv

<sup>17</sup> Vi kan ikke se i registrene, hvem der har deltaget i GLAiD eller hvem der ikke er overvægtige. Vi ved dog hvor mange, der har deltaget i GLAiDs træningsforløb og har et skøn på hvor stor en andel, der er overvægtige. Vi kan derfor ikke fjerne de enkelte personer fra omkostningen i potentialeberegningen, men kan kun fjerne en gruppe personer fra det samlede antal af personer, der bruges til at gange på potentialet pr. person.

studier gennemgået i Sundhedsstyrelsen (2021). For indsats 2 om vægttabsintervention for personer med overvægt er effekten på funktion og smerte kun baseret på personer med knæartrose, da NKR gælder for hofteartrose, og ikke indeholder vægttabsinterventioner. For indsats 3 undersøger vi de kliniske effekter af træning og patientuddannelse for personer med generaliserede smerter i bevægeapparatet i Sundhedsstyrelsen (2018a). Der findes ikke en National Kliniske Retningslinjer for kroniske rygpatienter og derfor undersøger vi i stedet de kliniske effekter for indsats 4 i to studier af træning og patientuddannelse til patienter med kroniske rygsmerter (Costa et. al 2009, Skouen 2002). Disse to studier er udvalgt, da de bliver vurderet, som af høj kvalitet i Sundhedsstyrelsen (2017).

**Tabel 7.2 Effekter fra kliniske studier**

	Funktion	Smerte	Sygefravær
Indsats 1 - Patientuddannelse og træning ved hofte- og knæartrose	-10%	-25%	
Indsats 2 - Tilbud om vægttab for bl.a. personer med muskel- og skeletsygdom	-24%	-24%	
Indsats 3 - Tværfagligt smertetilbud for bl.a. mennesker med muskel- og skeletsygdom	-25%	-6%	-19%
Indsats 4 - Tilbud til rygpatienter inkl. træning og patientuddannelse	-38%	-21%	-26%

Anm.: Effekter fra kliniske studier målt som procentuelle gevinster på funktion, smerte og sygefravær for en behandlingsgruppe relativt til en kontrolgruppe. Baseret på Sundhedsstyrelsens litteraturgennemgang i forbindelse med de Nationale Kliniske retningslinjer og Anbefalinger for tværsektorielle forløb. For indsats 1 er effekter baseret på litteraturgennemgang i Sundhedsstyrelsen (2021). Indsats 2 er effekt baseret på Sundhedsstyrelsen (2012). For indsats 3 på Sundhedsstyrelsen (2018a). For indsats 4 er effekter baseret på de højest vurderede studier i Sundhedsstyrelsen (2017)

Kilde: Sundhedsstyrelsen (2021, 2018a, 2017, 2012)

De kliniske effekter i Tabel 7.2 kan, udover sygefravær, ikke direkte oversættes til besparelser for det offentlige. Vi løser denne udfordring ved at oversætte til omkostningseffekter, på baggrund af begrundede antagelser. For jobtab og offentlige ydelser bruger vi effekten for sygefravær. I de tilfælde, hvor vi ikke kan finde evidens for sygefravær, bruger vi funktionsgevinsten som et estimat for reduktion i jobtab. Eksempelvis antager vi, at indsats 1 reducerer udgifter til jobtab og offentlige ydelser med 10 procent baseret på funktionsgevinsten ved indsats 1. Reduktioner i sygehusbenyttelse betragtes som et gennemsnit af reduktioner i de kliniske mål for funktion og smerte.



**Tabel 7.3 Potentiale for indsatser til patientrettet forebyggelse**

	Jobtab og offentlige ydelser	Sygehusbenyttelse	Gigt-justeret sygehusbenyttelse*
Indsats 1 - Patientuddannelse og træning ved hofte- og knæartrose	-10%	-18%	-8%
Indsats 2 - Tilbud om vægttab for bl.a. personer med muskel- og skeletsygdom	-24%	-24%	-11%
Indsats 3 - Tværfagligt smertetilbud for bl.a. mennesker med muskel- og skeletsygdom	-19%	-16%	-7%
Indsats 4 - Tilbud til rygpatienter inkl. træning og patientuddannelse	-26%	-29%	-13%

Anm.: Effekterne for den gigtjusterede sygehusbenyttelse er lavet på baggrund af en beregning af gigtandelen af de samlede hospitalsomkostninger, som ligger på ca. 46 pct. De 46 pct. er ganget på effekterne for sygehusbenyttelse for at få de gigt-justerede effekter for sygehusbenyttelse.

Kilde: Sundhedsstyrelsen (2021, 2018a, 2017, 2012)

## 7.4 Stillinger i velfærdssektoren

Personer, der er ansat i velfærdssektoren, er fundet på baggrund af variabelen FUNK i datasættet FRAN (fravær ansættelsesforhold) på Danmarks Statistiks forskerservice. FUNK angiver de ansattes arbejdsfunktion (stilling) på arbejdspladsen. Velfærdssektoren er defineret som personer, der har en arbejdsfunktion som værende arbejde inden for sundhedsområdet, teknikerarbejde og assisterende arbejde inden for sundhedsområdet, omsorgsarbejde og rednings- og overvågningsarbejde. Denne inddeling vil bl.a. inkludere læger, sygeplejersker, social og sundhedspersonale mv. Ansættelsen kan være privat, kommunalt, regionalt eller andet. Det skelnes der ikke på i analysen.

I analysen for velfærdssektoren ses på personer, der i perioden 2013 til 2018 har været beskæftiget i denne sektor. Derudover ses der på, hvor mange af disse personer, der skifter væk fra sektoren, betinget på deres alder og på om de i løbet af perioden 2008 til 2017 har registreret en gigt diagnose. En person er antaget at skifte væk fra sektoren, hvis personen i løbet af perioden 2013 til 2017 arbejder i sektoren, men i 2018 ikke længere er beskæftiget i sektoren.

Personer med gigt er defineret som personer, der i perioden 2008 til 2017 i Landspatientregisteret har registreret en gigt diagnose, som beskrevet i Tabel 4.1. Personer der er skiftet væk fra velfærdssektoren inden deres gigt diagnose er registreret, vil således stadig fremgå i beregningerne vist i Figur 5.1 og Figur 5.2.

### 7.4.1 Sygefravær i velfærdssektoren

Analysen for sygefravær i velfærdssektoren baserer sig på den enkelte persons sygefravær i fraværregisteret (FRPE). Her opgøres alt registreret fravær, samt om det er registreret som egen sygdom eller andet sygefravær. Vores analyse tager kun udgangspunkt i den del, der er registreret som egen sygdom.

Det gennemsnitlige årlige sygefravær er i denne analyse registreret på samme måde som for omkostnings- og potentialeberegningerne. Det vil sige, at det årlige gennemsnitlige sygefravær for personer med gigt, er baseret på alle år fra diagnosen første gang ses i Landspatientregisteret og resten af årene, hvor personen arbejder i velfærdssektoren. Tilsvarende gælder sygefraværet for personer uden gigt også kun for de år, hvor personen har været ansat i velfærdssektoren.