

Rekonvalescens og sygemelding

Patienterne har krav på saglig information og rådgivning om, hvad der kan forventes.

Varigheden af rekonvalescens og sygemelding efter operation eller sygdom har stor betydning for patienterne. I videnskabelige undersøgelser anvendes varigheden ofte til vurdering af behandlingens kvalitet, og sygemeldinger har stor samfundsøkonomisk betydning.

Rekonvalescens og sygemelding bestemmes imidlertid ikke kun af operationstype, kirurgisk teknik, sygdom og medicinsk behandling, men er

i høj grad også påvirket af patientrelaterede faktorer (f.eks. forventninger, holdninger etc.) og sociokulturelle faktorer (f.eks. mangel på information og anbefalinger, kulturelle forhold etc.).

I dette temanummer gennemgås det tidlige efterforløb efter en række almindelige operationer og sygdomme med henblik på evidensbaserede forslag til varighed af rekonvalescens og sygemelding. God læselyst!

Thue Bisgaard, redaktør

Rekonvalescens, sygemelding og sundhedsøkonomi

Projektleder Michael Nyhus & direktør Jes Sjøgaard

STATUSARTIKEL

Dansk
Sundhedsinstitut

Hver dag er i alt 150.000 personer på det danske arbejdsmarked sygemeldte. Sygefraværet medfører omkostninger for samfundet i form af lønindkomstab for borgerne, produktionstab for virksomhederne og udgifter til sygedagpenge for den offentlige sektor. Vi ved også, at langvarigt sygefravær øger den enkelte borgers risiko for udstødelse fra arbejdsmarkedet. Det gør de allerede nævnte omkostninger endnu højere og vil også indebære en belastning for de forsikringsselskaber, der f.eks. medfinansierer den samlede pensionsbetaling ved førtidspensionering. Netop derfor er der grund til også i et økonomisk perspektiv at se på måder til at reducere det langvarige sygefravær. Det kan bl.a. ske via en optimeret rekonvalescensindsats, der i stor grad afhænger af evidensbaseret afkortet rådgivning, idet selve informationen synes at være en vigtig selvstændig faktor til bestemmelse af længde af sygemelding og rekonvalescens.

Vi beskriver i denne artikel sygefraværets omfang og karakter, dernæst beskrives og perspektiveres de samfundsøkonomiske konsekvenser af sygefravær og hermed også økonomiske fordele ved en optimeret rekonvalescensindsats, og sluttelig vil vi kort beskrive fælles sundheds- og arbejdsmarkedspolitiske redskaber til reduktion af sygefraværet i Danmark.

MATERIALE OG METODER

Sygefraværets omfang samt sundheds- og arbejdsmarkedspolitiske redskaber er analyseret og beskrevet via litteratursøgning i danske sundheds- og samfundsvidenskabelige tidsskrifter, og søgning i rapporter og andre publikationer fra det Nationale Forskningscenter for Velfærd, det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, Arbejdsmarkedsstyrelsen og Beskæftigelsesministeriet. Summariske baggrundsstatistikker herfra er anvendt til analyse, dokumentation, perspektivering og casestudier.

Til beskrivelse og perspektivering af de samfundsøkonomiske konsekvenser af sygefravær og optimal rekonvalescens er der udvalgt to empiriske cases, der illustrerer sygefraværets/rekonvalescensens betydning, dels på overordnet samfundsøkonomisk niveau, dels på mere operationelt niveau.

RESULTATER

150.000 sygemeldte – hver dag

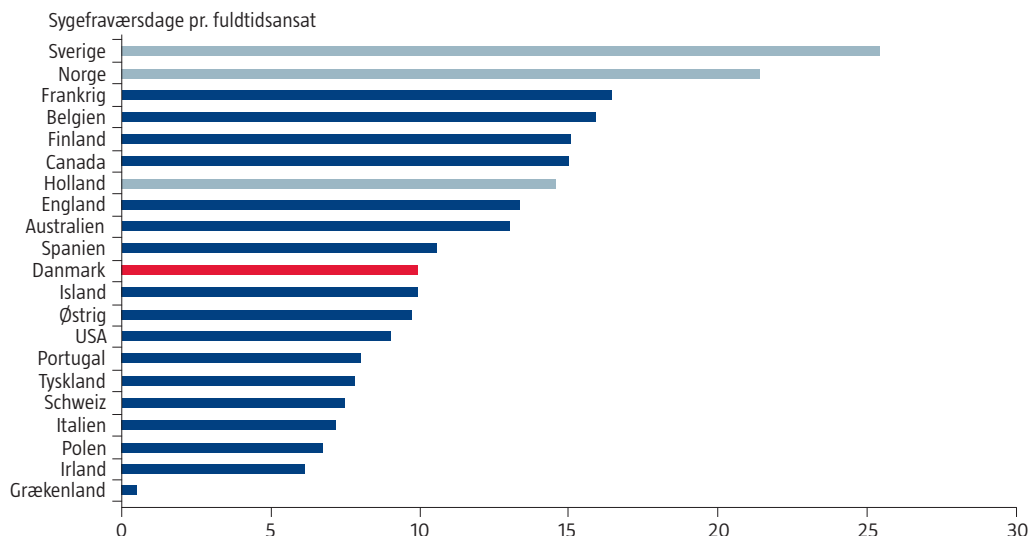
Det samlede sygefravær udgør ifølge en analyse fra Beskæftigelsesministeriet ca. 150.000 helårspersoner i 2006, svarende til 5% af arbejdsstyrken. I 2003 var det tilsvarende tal ca. 142.000. I gennemsnit har danskerne ti fraværdsdage om året.

Sygefravær med sygedagpenge skønnes at ud-



FIGUR 1

Sygefraværdsdage pr. fuldtidsansat, 2004.
Kilde: [1].



gøre knap 60% af det samlede sygefravær. Analysen viser, at lidt over 92.000 helårspersoner modtog sygedagpenge i 2007, hvilket er en stigning på 18% siden 2004. Det dækker over godt 800.000 sygedagpengeforløb, som vedrører knap 500.000 personer. Længden af fraværperioderne er stigende, især inden for det længerevarende sygefravær. Dette er væsentligt, da der er en klar sammenhæng mellem sygefraværets længde og andelen, der ender på førtidspension. Jo længere sygefravær, jo sværere er det således at komme tilbage på arbejdsmarkedet. Endvidere gælder, at relativt få personer tegner sig for hovedparten af fraværet. Således tegner de 30% mest syge sig for knap 75% af sygedagpengeomfanget.

Sygefravær i Danmark sammenlignet med andre lande

Figur 1 viser sygefraværet pr. fuldtidsansat i 2004 i 21 OECD lande. Danmark ligger mediant og lidt under gennemsnittet vedrørende sygefravær. I Norge og Sverige havde de beskæftigede i 2004 i gennemsnit over 20 sygefraværdsdage, hvilket er over dobbelt så meget som i Danmark [1]. Her bemærkes, at sygefraværet i Danmark er steget siden OECD's opgørelse i 2004. Sveriges markant højere sygefravær forklares bl.a. med andre arbejdsmarkedspolitiske tilgange end i Danmark, hvilket understreger, at der er potentiale i en velfungerende sundheds- og arbejdsmarkedssindsats. Internationale sammenligninger vanskeliggøres dog af forskellige opgørelsesmetoder og regler.

Sygefraværet koster 37 milliarder kroner årligt

Ifølge Beskæftigelsesministeriet koster sygefraværet

det danske samfund mindst 37 milliarder kroner årligt i 2006-priser i udgifter til sygedagpenge og løn [1]. Heraf gik ca. 12 mia. kr. til sygedagpenge, mens arbejdsgivernes udgifter til løn beløb sig til ca. 21 mia. kr. i arbejdsgiverperioden (de første to ugers sygefravær) og ca. 4 mia. kr. ud over arbejdsgiverperioden. Når der alene ses på udgifter til sygedagpenge og løn, koster en ekstra dag væk fra arbejdet således i gennemsnit knap 1.200 kr. (2009), hvoraf ca. to tredjedele i gennemsnit afholdes af arbejdsgiveren, mens en tredjedel betales fra de offentlige kasser i form af sygedagpenge.

Hertil kommer sundhedsvæsenets udgifter og virksomhedernes produktionstab.



FAKTABOKS

Hver dag er ca. 150.000 personer på det danske arbejdsmarked sygemeldte. Det koster det danske samfund over 37 mia. kr. årligt i uproduktive lønudbetalinger for virksomhederne og offentlige udgifter til sygedagpenge.

Sygefraværet i Danmark er gennemsnitligt i forhold til andre europæiske lande og betydeligt under niveauet i andre nordiske lande.

Langvarigt sygefravær øger den enkelte borgers risiko for udstødelse fra arbejdsmarkedet, hvilket forhøjede de omkostninger, der er relateret til sygefravær, betragteligt.

I et presset arbejdsmarked kan reduktion i sygefravær være en af måderne at øge arbejdsudbuddet på.

Optimeret rekonvalescens og brugen af delvise sygemeldinger kan medvirke til at forkorte både det korte og det langvarige sygefravær og derved reducere samfundets omkostninger.

TABEL 1

Den samfundsøkonomiske byrde ved sygdom.

Fordeling af resurseforbrug	%
Behandling – ambulant (DAGS)	8
Behandling – somatisk (DRG)	28
Sygesikringsydelse	3
Førtidspension	19
Sygedagpenge, løn	7
Overførselsindkomst II (aktivering, fleksjob-, revalidering, ledighedsydelse, kontanthjælp)	5
Hjemmepleje	9
Boligydelser, plejehjem	17
Hjælpebidler, kommunale tillæg	2
Total	100

DAGS = Dansk Ambulant Grupperingssystem;

DRG = Diagnose Relaterede Grupper.

Kilde: Sammensat tabel på baggrund af [1] og [2].

SYGEMELDINGER I

SAMFUNDSØKONOMISK PERSPEKTIV

Ser vi på sygdommeldinger og rekonvalescens i et bredere samfundsøkonomisk perspektiv, er der yderligere en lang række omkostninger knyttet til et sygdomsforløb, som alt andet lige kan påvirkes gennem optimeret rekonvalescens.

Et registerbaseret sundhedsøkonomisk case-kontrol-studie af sygdommene diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom og hjerte-kar-lidelser med i alt 10.099 patienter perspektiverer sygefraværets økonomiske omkostninger, jf. **Tabel 1** [2], som angiver de årlige sygdomsrelaterede »nettoomkostninger« – dvs. efter der er taget højde for kontrolgruppen – og repræsenterer omkostninger for i alt 53.500 kr., hvilket er et udtryk for den gennemsnitlige ekstraomkostning pr. person med en af de nævnte lidelser målt i forhold til en ikke sygdomsramt person. Dertil kom-

mer medicinudgifter, der skønsmæssigt udgør 12-14% af de samlede udgifter.

Analysen viser, at ca. 40% af de sygdomsrelaterede omkostninger går til behandling og sygesikringsydelse, mens 60% i større eller mindre grad kan relateres til rekonvalescens; sygedagpenge og ekstra lønudgifter, ekstraordinære overførselsomkostninger, hjemmepleje, boligydelse og hjælpemidler. De arbejdsmarkedsrelaterede følger af sygdom indikeres tydeligt. Hele 25% af de sygdomsrelaterede omkostninger går til overførselsindkomster, primært førtidspension, foruden overførselsindkomsterne til sygedagpenge.

Omkostninger ved for langt sygefravær – et konkret eksempel

I en statusartikel fra Ugeskrift for Læger om sygemeldinger og rekonvalescens efter laparoskopisk kolecystektomi [3] angives ændrede retningslinier for rekonvalescensen. Lad os se, hvad artiklens anbefalinger betyder rent økonomisk i en afgrænset analyse, hvor kun sygefraværet inkluderes.

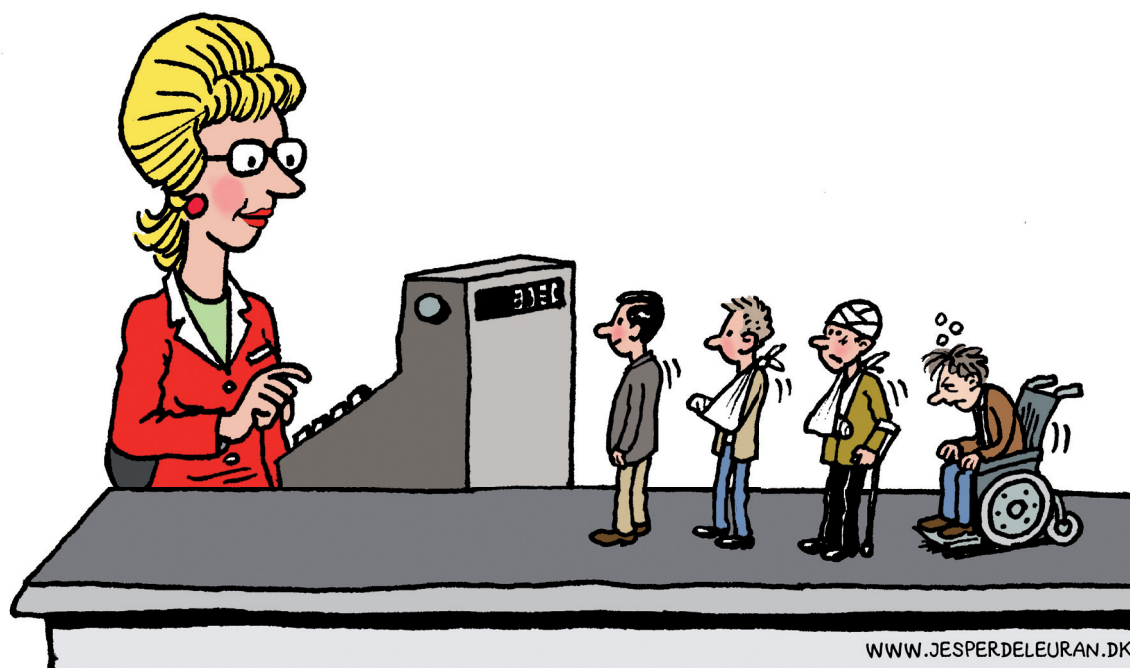
Via kontrollerede randomiserede case-kontrol-studier og større prospektive studier er det vist, at patienter traditionelt genoptager arbejdet efter 14-21 dage (median) efter laparoskopisk kolecystektomi. Nyere prospektive danske data har imidlertid sandsynliggjort, at rekonvalescensperioden kan afkortes til seks dage (median) ved standardiseret brug af rekonvalescensanbefaling på to dage. Anbefaling af to dages rekonvalescens var her vilkårligt. Det kunne påvises, at patienternes egne forventninger og planlægning før operationen samt smerter og træthed efter operationen var de vigtigste årsager til rekonvalescens ud over de første 2-3 dage efter laparoskopisk kolecystektomi. Samtidig har man ikke kunnet påvise nogen sammenhæng mellem standardiserede korte anbefalinger og risikoen for efterfølgende komplikationer.

TABEL 2

Sundhedsøkonomiske overvejelser i forbindelse med rekonvalescens efter laparoskopisk kolecystektomi.

Retrospektive data uden brug af anbefaling af kort rekonvalescens, postoperative dage	14-21
Prospektive data med anbefalet todages rekonvalescens, postoperative dage	6
Gennemsnitligt mindsket fravær fra arbejde ved anbefalet kort rekonvalescens heraf i arbejde (220 dage/år), postoperative dage	11,5 6,9
Antal forløb årligt med laparoskopisk kolecystektomi, personer	6.000
Mindsket fravær fra arbejde ved anbefalet kort rekonvalescens, personer i alt	41.600
Omkostning for sygefravær pr. dag, gennemsnit kr.	1.185
Omkostningsreduktion ved anbefalet kort rekonvalescens kr. i alt pr. år	49.300.000

Kilde: [3].



Økonomiske beregninger indgår i stigende omfang i styring og optimering af sundhedsvæsenet.

Under antagelse af at der udføres ca. 6.000 kolecystektomier om året i Danmark [4], hvoraf størstedelen udføres laparoskopisk, opgøres den samfundsøkonomiske besparelse ved indførelse af afkortet rekonvalescens til knap kr. 50 mio. kr. om året (se Tabel 2), svarende til ca. kr. 8.200 pr. forløb. Der findes naturligvis væsentligt større sundhedsfaglige felter, men analysen er meget konkret, og derfor egnet til perspektivering, og resultaterne kan sandsynligvis overføres til mange andre kliniske områder.

REKONVALESCENS OG ARBEJDSMARKEDSPOLITIK

Samspillet mellem den medicinske anbefaling for rekonvalescens og arbejdsmarkedspolitiske redskaber spiller ind i patientens restitutionsperiode og tilknytning til arbejdsmarkedet. Længden og udformningen af rekonvalescensen kan have indflydelse på patientens samlede restitutionsperiode. Ender fraværet med at blive langvarigt, kan patienten blive stigmatiseret, og muligvis helt miste tilknytningen til arbejdsmarkedet. Figur 1 viser, hvorledes førtidspensionering som følge af visse kroniske sygdomme i gennemsnit udgør knap 20% af de samlede omkostninger. I et andet studie påvistes, at lange sygedagpengeperioder mere end fordobler risikoen for førtidspensionering [5]. Vi ved endvidere, at især langtidssygefraværet over 15 dage er stigende, og at en ud af fem aldrig kommer tilbage på arbejde, hvis de er sygemeldt over et år [6]. Det understreger vigtigheden af optimal rekonvalescens.

DELVISE RASKMELDINGER

Delvise raskmeldinger er indført for at styrke det arbejdsmarkedsrettede fokus i sygedagpengeopfølgningen.

Formålet er at mindske patientens rekonvalescensperiode og samlede sygefravær via deltagelse i arbejdsmarkedet. Samfundsøkonomisk har initiativet et klart sigte:

- Den samlede sygdomsperiode forkortes til fordel for patienterne, de offentlige kasser og virksomhederne.
- Produktivitetstabet afgrænses til fordel for virksomhederne og de offentlige kasser.

Ordningen illustrerer mulighederne for meningsfyldt tværfagligt samarbejde mellem arbejdsmarked, kommune og sundhedsvæsen.

Initiativet har resulteret i, at sygemeldte med delvise raskmeldinger i højere grad bliver på arbejdsmarkedet, når sygdomsforløbet er afsluttet, end sygemeldte på fuld tid [1]. Og delvise raskmeldinger hjælper alle sygemeldte – effekterne afhænger ikke af diagnosen.

Beskæftigelsesministeriet har beregnet, at sygefraværet kan nedbringes med 7.500 helårspersoner, alene gennem brug af *delvise raskmeldinger* [1]. Dette har et økonomisk besparelsespotentiale på 1,3 mia. kr. årlig til sygedagpenge, hvortil kommer mindskede løn- og produktionstab [7].

DISKUSSION

Anbefaling af en optimal rekonvalescens er essentiel. Pointen er ikke, at rekonvalescensperioden nødvendigvis skal være enten kortere eller længere – men at den skal gennemtænkes i varighed og indhold til fordel for patientens samlede sundhedstilstand og livskvalitet. Læg hertil et ikke uvæsentligt gevinstpotentiale for det øvrige samfund.

Optimeret rekonvalescens afhænger i stor grad af evidensbaseret afkortet rådgivning, idet selve informationen synes at være en vigtig selvstændig faktor til bestemmelse af længden af sygemelding og rekonvalescens. Og informationen har vigtige sundheds- og samfundsøkonomiske perspektiver, idet mindst 37 milliarder kr. årligt bruges på sygefravær, eksklusive omkostninger til udredning, behandling, pleje og genoptræning, sociale pensioner m.m.

Sygefraværet er vigtigt i et arbejdsudbudsperspektiv. F.eks. anbefalede OECD i en Danmarks-rapport sidste år, at det danske sundhedsvæsen fokuse-

rer mere på reduktion af sygefravær. Rapporten efterlyser blandt andet, at sundhedsvæsenet »... responded better when people are out of work due to health problems« [8].

KORRESPONDANCE: Michael Nyhus, Dansk Sundhedsinstitut, Dampfærgevej 27-29, DK-2100 København Ø. E-mail: mna@dsi.dk

ANTAGET: 15. august 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Beskæftigelsesministeriet. Analyse af Sygefraværet April 2008. København: Beskæftigelsesministeriet; 2008.
2. Nyhus Andreasen M, Maltbæk JP. Livsstilssygdomme – Et sundhedsøkonomisk studie. Hougaard JL (red.). København: Københavns Universitet; 2007.
3. Bisgaard T. Sygemelding og rekonvalescens efter laparoskopisk kolecystektomi? Ugeskr Læger 2005;167:2627.
4. Loft Jakobsen H, Gögenur I, Jacobsen B et al. Laparoskopisk kolecystektomi i dagkirurgisk regi. Ugeskr Læger 2005;167:2641.
5. Labriola M, Lund T. Self-reported sickness absence as a risk marker of future disability pension. Prospective findings from the DWECS/DREAM study 1990-2004. Int J Med Sci 2007;4:153-8.
6. Boy Christiansen M. Lægerollen og sygefraværet. Ugeskr Læger 2009;170:2211.
7. Beskæftigelsesministeriet. Kommunerne holder igen med delvise syge- og raskmeldinger. Samspil-info – Arbejdsmarkedsstyrelsens nyhedsbrev om beskæftigelse 2008;3.
8. OECD. OECD Economic Surveys: Denmark 2008, OECD, Paris, kapitel 5, p 153.

Rekonvalescens og sygemelding efter operation for hofte- og knæalloplastik

Overlæge Henrik Husted, cand.scient.san. Karen V. Andersen & professor Kjeld Søballe

STATUSARTIKEL

Hvidovre Hospital, Ortopædkirurgisk Afdeling, Århus Universitetshospital, Århus Hospital, Ortopædkirurgisk Afdeling, og Lundbeck-centeret for fast track-hofte- og -knæalloplastik

Indlæggelsesvarigheden efter både knæ- og hoftealloplastikker (TKA og THA) har været faldende i Danmark de seneste år [1] – et forhold, der formentlig primært skal tilskrives indførelse af accelererede forløb med optimering af både logistik og faglige tiltag [2, 3]. Patienterne genvinder således nu hurtigere deres færdigheder, hvorfor en gennemgang og mulig revision af varigheden af både sygemelding og rekonvalescens er af interesse både for den opererede og for samfundet [3].

HVAD PÅVIRKER RESTITUTION EFTER TOTAL KNÆ- OG HOFTEALLOPLASTIK?

En række faktorer vil kunne påvirke restitution og dermed rekonvalescens efter TKA og THA. Faktorerne er begrænset til bevægeapparatet samt mulige centrale påvirkninger.

SMERTER

Smerteopfattelse og -intensitet er individuel, og da smerter efter operation med TKA og THA kan søges kouperet på forskellig vis og med forskellige regimer, er angivelse af smertevarighed og -intensitet postoperativt vanskeligt. Men i en dansk undersøgelse fandtes smerterne i hvile at være nogenlunde konstante omkring visuel analogskala (VAS) 2 i de første ti dage efter TKA og også ved måling 30 dage postoperativt, hvorimod tilsvarende målinger for smerter i aktivitet androg VAS 3-4 i de samme perioder [4]. Empirisk vil majoriteten af patienter have meget få om nogen smerter ved klinisk kontrol efter ca. tre måneder. Efter et år androg smerterne henholdsvis VAS 0 i hvile og VAS 1 i aktivitet [4].

Patienter, der var opereret med THA, havde i samme undersøgelse færre smerter og scorede VAS 0