

Indenrigs- og sundhedsministeren

Gigtforeningen
Gentoftegade 118
2820 Gentofte

København, den 18. februar 2005
3.k.kt. j.nr.: 2003-11033-19

Kære Lene Witte

Tak for din henvendelse af 13. september 2004 vedrørende Gigtforeningens forslag til en reumatologisk handlingsplan 2004/2005.

Jeg har med stor interesse læst jeres forslag til en handlingsplan, som jeg gerne vil knytte nogle kommentarer til.

Et af handlingsplanens gennemgående temaer er ønsket om at styrke de sammenhængende patientforløb i forhold til reumatologiske patienter. Vi drøftede også dette tema på vores møde i januar 2004, da vi drøftede Gigtforeningens forslag til reumatologisk handlingsplan for 2003. Jeg er ganske enig i, at det er vigtigt, at der tages initiativer til at styrke de sammenhængende forløb i det stadigt mere specialiserede sundhedsvæsen, der er en nødvendig forudsætning for kvaliteten i behandlingsforløbene.

Jeg er derfor tilfreds med, at Dansk Selskab for Almen Medicin og Dansk Reumatologisk Selskab nu har besluttet at udarbejde fælles retningslinjer for samarbejdet mellem alment praktiserende læger, reumatologiske specialafdelinger og praktiserende speciallæger i reumatologi med henblik på en rationel, effektiv og optimal udnyttelse af den reumatologiske speciallægeeksperise. Det er forventningen, at arbejdes igangsættes primo 2005.

Jeg vil i denne forbindelse også nævne, at regeringen og amterne i økonomiaftalen for 2005 har aftalt, at der for indlagte og kroniske patienter skal tilknyttes faste, navngivne kontaktpersoner til patientens forløb igennem sygehusene for dermed at øge kvalitet, sammenhæng og tryghed. Det er min forventning, at også reumatologiske patienter vil få gavn heraf.

Endelig vil jeg, for så vidt angår målsætningen om et mere sammenhængende sundhedsvæsen, fremhæve regeringens igangværende arbejde med at gennemføre en kommunalreform. Regeringen agter med kommunalreformen at fastlægge mere forpligtende rammer for samarbejdet på sundhedsområdet mellem regioner og kommuner bl.a. ved indførelse af obligatoriske sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

bl.a. på grundlag af indsatsområder, der er udmeldt af de centrale sundhedsmyndigheder. Hertil kommer, at ikke mindst en ny kommunal medfinansiering af regionernes udgifter til sygehusvæsenet og praksissektoren skal give incitamentter til yderligere styrkelse af samarbejdet.

Siden 1. juli 2001 har amterne skullet udarbejde genoptræningsplaner til patienter, der ved udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Jeg har ikke systematiske oplysninger om hvor mange patienter, der efter sygehusbehandling har brug for genoptræning, og altså heller ikke tal for hvor mange patienter, der ikke får en genoptræningsplan, selv om de har behov herfor.

Gigtforeningens handlingsplan viser på grundlag af en rundspørge til sygehuse med ortopædkirurgiske afdelinger, at der udarbejdes stadigt flere genoptræningsplaner til hofte- eller knæopererede patienter. På ca. 42 % af de omhandlede afdelinger fik alle patienterne genoptræningsplaner i 2004 – det tilsvarende tal i 2003 var 24 %. Antallet af genoptræningsplaner siger isoleret set ikke noget om genoptræningsbehovet, men viser dog udviklingen på området.

Tilsvarende har amterne i regi af projektet Den Gode Medicinske Afdeling i 2003/2004 gennemført undersøgelser af genoptræningsindsatsen i forhold til akut indlagte medicinske patienter. Undersøgelse viser, at kun 7 ud 10 af de patienter, der har et lægefagligt vurderet behov for genoptræning, får udarbejdet en genoptræningsplan i forbindelse med udskrivelsen. Jeg mener ikke, at dette er tilfredsstillende.

Det er regeringens opfattelse, at der generelt er behov for at styrke genoptræningsområdet. Regeringen lægger med kommunalreformen derfor vægt på at styrke sammenhængen i genoptræningsindsatsen. Kommunerne vil fremover få ansvaret for al genoptræning efter udskrivelse fra sygehus. Samtidig opretholdes sygehusenes forpligtelse til at udarbejde genoptræningsplaner. For genoptræningsplanen udarbejdet på et sundhedsfagligt grundlag er patientens sikkerhed for en målrettet indsats også i forhold til den træning, der foregår efter udskrivning fra sygehuset. Det nye forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner skal yderligere styrke indsatsen genoptræningsområdet.

Endelig vil jeg nævne, at jeg har givet støtte til et projekt ved Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital, vedrørende genoptræning. Projektet vil give dels en status for amternes implementering af reglerne om genoptræningsplaner, dels en viden om patienternes oplevelse/vurdering af genoptræningsindsatsen i amter og kommuner.

Et andet væsentligt tema i jeres forslag til en handlingsplan er biologiske gigtmidler, hvor I anbefaler øget brug af biologiske gigtmidler i forbindelse med behandling af reumatologiske patienter, herunder udligning af forskelle mellem Østdanmark og Vestdanmark. I henviser i denne forbindelse til anbefalingerne i en medicinsk teknologivurdering, der er udarbejdet i regi af Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, *Leddegigt – medicinsk teknologivurdering af diagnostik og behandling (2002)*.

Det anbefales bl.a. i rapporten, at den nye type biologiske gigtmidler (såkaldte TNF-alfa hæmmende lægemidler) bliver tilbudt til gruppen af svært behandlelige leddegigtpatienter, der ikke har haft gavn af langsomtvirkende gigtmidler. Det skønnes i rapporten,

at 1.800-3.400 leddegigtpatienter over en 5-årig periode vil være kandidater til disse lægemidler, hvilket svarer til 10-20 % af de leddegigtpatienter, som behandles i reumatologisk speciallægeregi.

Jeg har bedt Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen om en udtalelse vedrørende omfanget af brugen af de biologiske lægemidler i behandlingen af reumatologiske patienter. Sundhedsstyrelsens udtalelse af 14. december 2004 og Lægemiddelstyrelsens udtalelse af 9. december 2004 er vedlagt.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens udtalelse, at indberetninger til en landsdækkende database på det reumatologiske område, DANBIO, viser, at der siden 2000 i alt er påbegyndt en biologisk behandling af 1459 reumatologiske patienter, herunder har 805 patienter påbegyndt behandling på hospitaler i Østdanmark og 654 patienter har påbegyndt behandling på hospitaler i Vestdanmark. Indberetningerne viser endvidere, at der i 2004 er påbegyndt behandling i forhold til 255 patienter i Østdanmark og 243 patienter i Vestdanmark.

Sundhedsstyrelsen konkluderer, at indberetningerne peger i retning af, at der er en geografisk forskel i brugen af de biologiske lægemidler i forhold til reumatologiske patienter, idet flest patienter synes at modtage behandlingen på østdanske sygehuse. Styrelsen anfører samtidig, at det foreliggende talmateriale ikke giver et klart grundlag for at vurdere forskelle i den kliniske praksis på området. Denne usikkerhed skyldes bl.a., at der ikke findes en systematisk opgørelse over antallet af patienter med leddegigt i Danmark, at den omhandlede medicin ikke kun anvendes til behandling af leddegigt, ligesom der ikke er taget højde for konsekvenserne af det frie sygehusvalg.

Det fremgår af Lægemiddelstyrelsens udtalelse, at anvendelsen af de omhandlede biologiske lægemidler har været stigende fra ca. 9.500 døgndoser i 1999 til ca. 557.000 døgndoser i 2004.

Det er sammenfattende min vurdering vedrørende brugen af biologiske gigtmidler, at der på det foreliggende grundlag ikke er behov for, at centrale sundhedsmyndigheder tager initiativer i sagen. Dels foreligger en nyere MTV-vurdering fra 2002 af de omhandlede biologiske lægemidlers anvendelse i forhold til patienter med leddegigt, som fagligt input til de driftsansvarlige amters planlægning af området. Dels viser indberetninger på området en øget brug af de biologiske lægemidler, herunder tendens til udleveling af geografiske forskelle i lægemiddelordinationen mellem Østdanmark og Vestdanmark.

Endelig vil jeg understrege mere generelt, at regeringen i perioden 2002 til 2005 har tilført sundhedsområdet over 4½ mia. kr., heraf 3 mia. kr. til sygehusvæsenet. Sammen med det udvidede frie sygehusvalg og aftalen fra 2003 om øget takststyring har regeringen dermed tilført sundhedsområdet ressourcer og en ny dynamik, som også er til gavn for det reumatologiske område.

Afslutningsvist vil gerne knytte en kommentar til Gigtforeningens opfordring om, at Nordisk Ministerråd skal følge op på anbefalinger fra Nordisk Råd bl.a. vedrørende kortlægning i nordisk regi af behandlingsmuligheder på det reumatologiske område, jf. Gigtforeningens henvendelse af 3. august 2004 herom. Jeg kan oplyse, at der i regi af

Nordisk Ministerråd pt. ikke er planer om at gennemføre en større udredning på det reumatologiske område, ud over den kortlægning og forskning på området, der allerede i dag pågår på området. Jeg henholder mig hertil.

Med venlig hilsen

Lars Løkke Rasmussen