

Folketingets Sundhedsudvalg
Christiansborg
1240 København K

23. januar 2008
HKH/JA

Hermed fremsendes vedlagt "*Prioritering af Folkesygdommene: Muskel-skeletsygdomme som det 3. satsningsområde på folkesygdomsområdet*" til brug for Gigtforeningens foretræde onsdag d. 30. januar 2008 for Folketingets Sundhedsudvalg, med anmodning om uddeling til udvalgets medlemmer.

Med venlig hilsen

Lene Witte
Direktør
Tlf. 39 77 80 36
lwitte@gigtforeningen.dk
www.gigtforeningen.dk

Prioritering af Folkesygdommene: Muskel-skeletsygdomme som det 3. satsningsområde på folkesygdomsområdet

Forslag:

Hvad vil Gigtforeningen?

Vi har med glæde set regeringen i regeringsgrundlaget komme med klare meldinger på de akutte sygdommes område. Også at der er sat en tidsfrist til 2008 for igangsættelse af de to nu prioriterede sygdomsområder. Nu synes vi tiden er kommet til, at de centrale sundhedsmyndigheder i samarbejde med regioner og kommuner sætter fokus på etablering af forløbsprogrammer for rygsygdomme, slidgigt og leddegigt, herunder tilrettelægger diagnostiske pakkeforløb for disse områder.

Gigtforeningen ønsker sundhedsudvalgets opbakning til at muskel- og skeletsygdomme gøres til det 3. prioriteringsområde på folkesygdomsområdet efter kræft- og hjertekarsygdomme.

Hvad kan der – lige nu – konkret gøres?

- 1) De centrale sundhedsmyndigheder bør snarest iværksætte og lede en overordnet planlægning og koordination af regionernes, kommunernes og de faglige selskabers arbejde med at tilvejebringe et nationalt forløbsprogram for muskel-skeletområdet. Sundhedsudvalget kunne bede sundhedsministeren om et rammeoplæg til dette, indeholdende en tidsplan for arbejdet, gerne med en flerårig horisont, men med en fast afslutningstermin.
- 2) I forbindelse med de indeværende finanslovsforhandlinger bør der afsættes midler til dette arbejde og til en tilskudsordning til kommunalt-regionalt udviklingssamarbejde om gigtforløb, genoptræning og samarbejde om arbejdsfastholdelse. Gigtforeningen har til "Modelregion-projektet" foreslået et beskedent tilskudsbeløb på 12 mio. kr. til samarbejdet i en enkelt – særlig fokuseret – region.

Begrundelse:

Hvorfor muskel-skeletområdet?

Næsten 700.000 danskere har lidelser i bevægeapparatet. Ca. 220.000 har diagnosen slidgigt. Mindst 35.000 har leddegigt. Flere end hver tiende dansker har rygsygdom eller eftervirkninger heraf. 43% af alle langtidssygemeldinger skyldes problemer i bevægeapparatet, og næsten hver fjerde førtidspensionering (mere end 3000 pr. år) skyldes lidelser i bevægeapparatet, kun overgået af psykiske lidelser. De samfundsøkonomiske udgifter ved sygdomsgruppen er beregnet til 25 mia. kr. årligt, den største del af dette tab er produktionstab. Det er nemlig en myte at muskel-skeletsygdomme er et problem for ældre. Rygproblemer og slidgigt i knæ er et massivt problem for mennesker i den erhvervsaktive alder.

I en tid med mangel på arbejdskraft, stigende pres på sygehusene og almen praksis og et voldsomt og stigende pres på den kommunale økonomi er der god grund til at få styr på dette sygdomsområde. En mere effektiv indsats vil dels gavne de mange mennesker, der lider af muskel- og skeletlidelser, dels være en stor kommunaløkonomisk fordel i form af reduceret sygedagpengeforbrug, med bedre kommunaløkonomi til følge. Det handler nemlig ikke om økonomien bag den kommunale medfinansiering af sygehusene. Økonomien knyttet til muskel-skeletområdet vedrører i langt højere grad sygedagpengeområdet og øvrige sociale og beskæftigelsesmæssigt forbundne områder. Potentialet er stort. Region Midt har fx dokumenteret, at alene rygsygdomme belaster bl.a. den kommunale hjælp til daglige gøremål 4 gange så meget, og de helbredsbedingede overførsler 5 gange så meget som kræft og blodprop i hjertet – tilsammen!

Men vigtigst af alt: På muskel-skeletområdet findes veldokumenteret effekt af såvel borgerrettet som patientrettet forebyggelse. Og det gælder også, at hurtig udredning og korrekt behandlingsindsats virkelig gør en forskel for den ramtes fremtidige funktionsevne og livskvalitet.

Alligevel er området præget af en helt utrolig forskel i ressourceanvendelse, kvalitet og metoder i såvel forebyggelses-, undersøgelses- som behandlingsindsats. En meget stor del af denne variation skyldes, at der indtil for nylig har manglet fokus på organisering af undersøgelses- og behandlingsforløb og manglet central indsats på kvalitetsområdet. Det har ændret sig betydeligt i de senere år.

Muskel-skeletområdet er parat nu.

Kommunalreformen har i særlig grad givet kommunerne nye opgaver og nye incitamenter. Der er en klart stigende forståelse i kommunerne for nødvendigheden af handling på muskel-skeletsygdommes område.

Kommunerne har den politiske vilje og potentialet til at løfte opgaven, men mangler på kritiske områder de rigtige værktøjer. Gigtforeningen iværksætter nu en flerårig indsats overfor kommunerne. Vi vil, sammen med stærke partnere, samarbejde med kommunerne om implementering af bedre, meget konkrete redskaber, med påviselige effekter, bl.a. på sygedagpenge og det beskæftigelsesmæssige område.

Også regionerne har fokus på området. Gigtforeningen arbejder for at realisere et projekt "Modelregion for muskel- og skeletlidelser". Kernen i modelregion-projektet er udarbejdelsen af et sammenhængende og tværsektorielt forløbsprogram vedrørende gigtsygdomme og projektet bygger på et udviklingsarbejde af kommunale henvisningstilbud til f.eks. slidgigt- og leddegigtpatienter og mennesker med rygproblemer. Sundhedsstyrelsen er positiv over for projektet.

Også forskningsmæssigt er området de allerseneste år styrket, dels ved Gigtforeningens egne midler, dels ved offentlige midler til bl.a. slidgigtsforskning og implementeringsforskning ved Syddansk Universitet.

Eksempler på hvad der kan opnås.

Region Midtjylland har dokumenteret, at 11% i aldersgruppen 25-79 år har været meget generet af smerter i ryg eller lænd inden for de sidste 14 dage. Det svarer på landsplan til 370.000 personer. Vi ved at smerter i lænd og ryg indgår i næsten halvdelen af alle førtidspensionssager og at 10-15% af de mennesker, der oplever et lændehold udvikler et kronisk forløb.

Fagfolk dokumenterer, at 90% af alle rygforløb ikke har gavn af inaktivitet, tvært imod. Alligevel indgår mange i passive forløb med lange ventetider på udredning. Det er dokumenteret, at under 50% af dem, der er sygemeldte over 6 mdr. grundet lænderygsmarter, vender tilbage til arbejdet, og at sandsynligheden for erhvervsarbejde efter to års sygemelding er stort set ikke eksisterende.

Hurtig udredning er en forudsætning for at kunne udskille de 10% til særlig behandling og de 90% til intensiv indsats for funktions- og arbejdsfastholdelse.

Kommunerne viser klar interesse for mere effektive sygedagpengeforløb og bakkes op af lovgivningsinitiativer for aktiv beskæftigelsesindsats. Nu mangler vi at få sundhedsvæsenets ydelser effektivt integreret i disse forløb. Kommunaløkonomiske analyser på diagnoser er vanskelige, men KIA-projektet (Koordineret Indsats for Arbejdsfastholdelse, Gigtforeningens temadag om fremtidens rygbehandling, 16. januar 2008) dokumenterer, at der som minimum kan opnås besparelser på bl.a. sygedagpenge af den dobbelt størrelse af nettoomkostningerne ved den særlige indsats.

Det er endvidere dokumenteret at overvægtige patienter med slidgigt i knæ kan opnå en dramatisk forbedring af symptomer (smerter og mobilitet) ved effektivt og hurtigt væggtab. Interventionen varer typisk 8 uger og der er dokumenteret ca. 30% smertereduktion og op til 40% reduktion i funktionsbegrænsning ved væggtab på 10%. En systematisk indsats på området vil kunne give de omfattede mennesker betydelig forbedret livskvalitet. Indsatsen vil kunne forebygge pensioner og endvidere anvendes som tilbud til førtidspensionerede med henblik på tilbagevenden til arbejde.

Også i relation til indsats overfor leddegigt er der et betydeligt potentiale. Der nydiagnosticeres 1.700 tilfælde af leddegigt årligt. Røntgenpåviselige ledskeer er omkring 10% ved hurtig diagnose og behandling. Efter 12 måneder uden relevant indsats ses blivende ledskeer hos 40%. Det er således afgørende for sygdommens udvikling, at diagnosen stilles hurtigt og behandlingen sættes ind øjeblikkeligt. Uanset at disse skader, som altså skyldes for sent igangsat diagnose og behandling, ikke er akut livstruende, har disse sygdomme et behov for mindskelse af ventetiderne på diagnose, der kan sammenlignes med sygdomsområder, der nu defineres som akutte.

Det er en generel iagttagelse blandt fagfolk, der beskæftiger sig med muskel-skeletområdet, at det er et særkende for området, at forbedringer af livskvalitet i meget betydeligt omfang også følges af betydelige samfunds- og offentligøkonomiske besparelser.