

Februar 2019

Til medlemmerne af Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Gigtforeningens svar på spørgsmål fra Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg stillet under foretrædet den 4. december 2018 om behovet for en forebyggelsesindsats på muskel- og skeletområdet.

1. *Hvor kan vi hente inspiration til bedre forebyggelse?*

Vi er i Gigtforeningen i gang med at undersøge forholdene på området i Norge og Sverige, som kan give inspiration, og vender tilbage.

2. *Er det kommunerne der skal være drivende i den fremtidige forebyggelse? Hvad tænker I om fremtidens rolle for almen praksis? Hvilken rolle skal almen praksis spille?*

Der er flere parter, der skal være de drivende i fremtidig forebyggelse; Almen praksis, kommunerne og arbejdspladserne er de væsentligste.

Almen praksis

Almen praksis har en meget central rolle i tidlig opsporing og udredning. Det er oftest den praktiserende læge, som patienten går til med begyndende symptomer. Det er derfor den praktiserende læge, der skal sikre den rettidige, korrekte og tilstrækkelige behandling, der bedst muligt forebygger forværing. Det kan evt. være ved farmakologisk behandling eller ved ikke-farmakologisk behandling som fysioterapi og træning. Det er den praktiserende læge, der skal sikre, at patienten informeres og vejledes til at forstå og håndtere smerter og andre gener, således at patienten ikke bekymres unødigt.

På baggrund heraf foreslår vi, at der indføres kronikerhonorar i almen praksis for patienter med kroniske muskel- og skeletsygdomme, så der sikres sammenhængende behandling og løbende opfølgning blandt alle patienter.

Kommunerne

Kommunerne har en stor rolle at spille i forhold til den primære forebyggelse, hvor bl.a. indsatser over for overvægt, rygning og fysisk inaktivitet er væsentlige. Ligeledes vil kommunerne kunne spille en langt større rolle i forhold til sygemeldte borgere ved at sætte ind tidligt med relevante trænings- og mestringstilbud, samt bistå den enkelte bedst muligt i kontakten til arbejdspladsen med henblik på muligheder for fastholdelse.

Det vil her være nødvendigt, at der sikres sammenhæng mellem kommunernes indsatser på social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet og at kommunernes samarbejde og dialog med virksomhederne systematiseres, således at flere virksomheder får en nem adgang til de kommunale ydelser, og i samarbejde med den enkelte og kommunen kan arbejde for at fastholde den enkelte i arbejde.

Flere kommuner arbejder hermed og de mange erfaringer og gode eksempler kan med fordel udbredes. Det er fx værd at kigge på Hjørring og Silkeborg Kommune.

Arbejdspladsen som arena for forebyggelse

Arbejdspladserne er vigtige arenaer for at forbedre muskel- og skeletsundheden i Danmark. Arbejdspladserne i de brancher, hvor medarbejderne har en høj forekomst af muskel- og skeletlidelser bør derfor have planer for, hvordan de vil bidrage til at forbedre deres medarbejders muskel- og skeletsundhed.

3. Hvilke fagligheder skal I spil – er det "blot" et spørgsmål om flere læger?

Det er vores vurdering, at der ikke er tilstrækkelig viden om muskel- og skeletsygdomme i almen praksis eller blandt kommunale sagsbehandlere. Ligeledes er der sparsom viden i kommunerne omkring forebyggelse af muskel- og skeletsygdomme, herunder forebyggelse af velkendte følgesygdomme som hyppigt ses ved muskel- og skeletsygdomme, f.eks. diabetes, hjertekarsygdomme og KOL.

Viden om rehabilitering på muskel- og skeletområdet er meget begrænset, hvilket er grunden til at Gigtforeningen, i samarbejde med Syddansk Universitet, har oprettet to professorater i rehabilitering på Dansk Gigthospital.

Dertil kommer, at der er mangel på praktiserende læger og på speciallæger i reumatologi

4. Hvad skal vi gøre for at det bliver nemt at forebygge muskel- og skeletsygdomme?

Muskel- og skeletsygdomme omfatter omkring 200 diagnoser, der udgør et kontinuum af sygdomme, som spænder fra lettere smerter og gener til svære kroniske sygdomme i led, ryg og muskler. Nogle muskel- og skeletsygdomme er forebyggelige, mens det for andre gælder, at man ikke kan forebygge sygdommenes opståen, men forebygge at de udvikler sig til svære kroniske smertetilstande med deraf følgende tab af mobilitet, livskvalitet og tilknytning til arbejdsmarkedet.

Indsatser i form af f.eks. forebyggelse af idrætsskader, motion på arbejdspladsen, specifikke arbejdsmiljøindsatser samt ændring af livsstilsfaktorer som overvægt, rygning og fysisk inaktivitet kan bidrage til, at færre udvikler en muskel- og skeletsygdom.

Når det gælder forebyggelse af, at muskel- og skeletsygdomme udvikler sig til mere svære smertende tilstande, er indsatser som en tidlig opsporing og behandling samt rehabilitering væsentlig, ligesom livsstilsændringer (vægttab, fysisk aktivitet og rygestop) og en offensiv indsats med henblik på arbejdsfastholdelse (f.eks. "Hjørring-modellen" eller "Silkeborg-modellen") er veldokumenterede indsatser.

5. Hvordan samarbejder I med kommunerne? Ringer I bare til KL eller hvad gør I konkret?

Vi har gennem de sidste mange år besøgt kommuner rundt om i landet for at drøfte behovet for kommunale indsatser på muskel- og skeletområdet. En indsats vi fortsætter med.

Derudover har vi jævnligt kontakt med KL med det formål, at få KL til generelt at løfte området over for kommunerne.

Endelig søger vi jævnligt projektsamarbejder med kommuner, og fik fx i 2013 midler fra Sundhedsstyrelsen til afprøvningen af konceptet GLA:D (Godt Liv med Artrose i Danmark) sammen med Hvidovre Kommune. Erfaringer fra disse projekter udbredes så bredt som muligt.