



Beslutningsforslag nr. **B 138**

Folketinget 2010-11

---

Fremsat den 12. maj 2011 af Liselott Blixt (DF), Anita Christensen (DF), Rene Christensen (DF), Kristian Thulesen Dahl (DF), Pia Kjærsgaard (DF), Karin Nødgaard (DF) og Peter Skaarup (DF)

## **Forslag til folketingsbeslutning**

### **om sikring af implementeringen af et nationalt forløbsprogram for muskel- og skeletsygdomme inden udgangen af 2012**

Folketinget pålægger regeringen at sikre implementeringen af et nationalt forløbsprogram specifikt for muskelskeletsygdomme inden udgangen af 2012. Dette skal ske ved at pålægge sundhedsmyndighederne at opstille en handlingsplan for implementeringen, dels på grundlag af de enkelte

regioners arbejde med forløbsprogrammer for muskelskeletsygdomme, dels på grundlag af de tværsektorielle modeller, herunder bl.a. tilskudsprojekter baseret på kronikerpuljen. Muskel- og skeletområdet skal endvidere indgå som obligatorisk emne i den kommende sundhedsplanlægningsrunde.

## Bemærkninger til forslaget

Det er afgørende for gigtpatienternes fremtidige funktionsevne, fastholdelse på arbejdsmarkedet og livskvalitet, at der skabes forudsætninger for langt hurtigere diagnosticering og mere konsekvent behandling. Efter mange aktørers vurdering er der ingen tvivl om, at de bestående procedurer kan forbedres væsentligt, også uden omkostningsforøgelse for de samlede offentlige kasser.

Den bedste måde at sikre en sammenhængende og fagligt velfunderet indsats over for mennesker med muskel- og skeletsygdomme er at indføre et forløbsprogram på området. Et forløbsprogram er den model, der kan skabe sammenhæng i patientens forløb. Styrken er, at det kan rumme kompleksiteten i et sygdomsforløb, da det udgør en samlet plan eller forløbsbeskrivelse, som beskriver de forskellige typer af interventioner og organisatoriske rammer. Det er en multidisiplinær tilgang, som koordinerer den samlede indsats gennem hele sygdomsforløbet på tværs af sundhedsvæsenet og det sociale og beskæftigelsesmæssige område.

Der foreligger et ministerregeringstilsagn om, at der inden udgangen af 2012 skal være etableret et forløbsprogram for muskel- og skeletsygdomme. Udmeldingen er vigtig og positiv for muskel- og skeletområdet, men forslagsstillerne mener, at det er nødvendigt at sikre, at dette tilsagn indfries effektivt og ikke bare formelt, idet de seneste materialer fra Sundhedsstyrelsens arbejde med forløbsprogrammer for de store kronikerområder viser, at der arbejdes frem mod et »generisk forløbsprogram«, der således skal dække alle sygdomme. Det kan ikke på nogen måde ses at dække tilsagnet om et »forløbsprogram for muskel- og skeletsygdomme«.

De seneste års mange handlingsplaner og »pakker« har næsten udelukkende haft livstruende sygdomme som fokus. Det er forståeligt. Men de funktions- og livskvalitetsødelæggende sygdomsgrupper, herunder muskel- og skeletsygdomme, har ikke i praksis opnået en rimelig prioritering. Det må ændres af hensyn til livskvaliteten, herunder ikke mindst mulighederne for aktivt at deltage på arbejdsmarkedet.

Det er dog vigtigt at bemærke, at flere af gigtsygdommene er livstruende. Senest er det kommet frem, at leddegigtpatienters risiko for at dø pga. hjerte-kar-sygdom er øget med 50-60 pct., og de har dobbelt så stor risiko for hjerte-kar-sygdomme som befolkningen i øvrigt. Og risikoen er allerede øget inden for sygdommens første år! Det bringer leddegigtpatienter op på samme risikoniveau som diabetespatienter.

### Økonomiske omkostninger

Muskel- og skeletsygdomme koster årligt samfundet 25 mia. kr.

Sygdommene er den største årsag til langvarigt sygefravær 25 pct. af alle langtidssygemeldinger skyldes problemer i bevægeapparatet, som årligt koster ca. 3,6 mia. kr. De er den næsthøypigste årsag til førtidspensionering. I 2008 blev der tilkendt 16.638 førtidspensioner, 22 pct. af dem, der i 2008 fik tilkendt førtidspension, havde en muskel- og skel-etsygdom. Gennemsnitsalderen var 46,2 år. Udgifterne til

førtidspension til personer med muskel- og skeletsygdomme udgjorde i 2010 ca. 7 mia. kr.

Hertil kommer, at patienterne har et stort forbrug af ydelser i sundhedsvæsenet, som f.eks. sygehusindlæggelser og fysioterapeuter. Mange har desuden behov for sociale ydelser som f.eks. hjemmehjælp og hjælpemidler.

Et forløbsprogram på muskel- og skeletområdet kan være med til kraftigt at reducere de offentlige udgifter, der er i forbindelse med muskel- og skeletsygdomme. Hvis man f.eks. alene kigger på rehabilitering af mennesker, der er sygemeldt på grund af muskel- og skeletsygdomme, kan det resulteret i en samlet besparelse i de offentlige udgifter på 1,1 mia. kr.

### Menneskelige omkostninger

Ud over de store udgifter, muskel- og skeletsygdomme medfører, er det lige så vigtigt, at muskel- og skeletsygdomme forårsager meget store tab af livskvalitet.

Gigt er også den sygdomsgruppe, der koster flest tabte gode leveår. En 20-årig mand kan forvente at miste 5,5 gode leveår som følge af muskel- og skeletsygdomme, og en 20-årig kvinde kan forvente at miste 8,4 gode leveår. »Ingen anden sygdom bare nærmer sig dette omfang af tabte gode leveår« jf. Folkesundhedsrapporten 2007, Statens Institut for Folkesundhed.

Knap 20 pct. – eller hver femte voksne dansker – har kroniske smerter, og antallet af smertepatienter vokser med 6. – 7.000 om året. Den største gruppe blandt smertepatienterne er mennesker med muskel- og skeletsygdomme, hvor over halvdelen lider af kroniske smerter. Smertepatienterne har et dobbelt så højt sygefravær som normalbefolkningen, og en tredjedel af smertepatienterne er ophørt med at arbejde på grund af deres sygdom.

Dårligt tilrettelagt diagnosticering, behandling og manglende rehabilitering forøger problemet betydeligt. Det er urimeligt, og det kræver handling.

### Forslag til tilrettelæggelse af handlingsplansarbejdet

En gennemgang af regioners og kommuners bevillingsansøgninger til »kronikerpuljen 2010-12« viser, at muskel- og skeletområdet nok er repræsenteret i alle regionsansøgninger, men med forholdsvis beskedne beløbsrammer. Muskel- og skeletområdets gennemslag i kommunerne er samtidig bekymrende ringe. Gigtforeningen vurderer ikke, at muskel- og skeletområdet har opnået en acceptabel andel af det samlede tilskudsbeløb.

Det er derfor nødvendigt, at sundhedsmyndighederne/Sundhedsstyrelsen pålægges et aktivt ansvar for, at der foreligger et fagligt kvalificeret forløbsprogram på muskel- og skeletområdet ved udgangen af 2012.

Indenrigs- og sundhedsministeren har ved flere lejligheder tilkendegivet, at det »er ikke udgangspunktet, at der skal udarbejdes egentlige pakkeforløb for andre sygdomsgrupper...« [end på hjerte- og kræftområdet]. Dette er uacceptabelt. Sundhedsstyrelsens MTV om leddegigt anbefaler en

klar tidsfrist for undersøgelsesforløb (3 mdr. ). På rygområdet er der enorme fordele forbundet med accelererede forløb. Pakkeforløb må derfor indgå i forløbsprogrammerne.

Det er afgørende, at et forløbsprogram på muskel- og skeletområdet inddrager de lovbundne procedurer i den kommunale beskæftigelses- og sociale sektor i forløbsbeskrivelser. Som det er i dag, spildes utrolige kommunale og personlige ressourcer på helt usammenhængende forløb med væsentligt forøgede ventetider og risiko for varige tab af arbejds- og funktionsevne.

Samordning af forløb i det regionale sundhedsvæsen og det kommunale sundheds- og beskæftigelsesområde er et påtrængende problem. Løsninger kræver:

- At der skabes samordning mellem forløbsplanlægning på sundhedsområdet og de kommunale forløb i jobcentre og på sygedagpengeområdet ved at revidere lovbestemmelserne/bekendtgørelserne på beskæftigelses- og socialområdet, og

- at muskel- og skeletområdet inddrages som et obligatorisk tema ved den næstkommende runde af sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner.

Den reumatologiske rehabilitering skal sikres i de kommende forløbsprogrammer på muskel- og skeletområdet. Det forudsætter bl.a.:

- At rehabilitering indarbejdes i det nationale forløbsprogram for muskel- og skeletsygdomme med udgangspunkt i en stratificeret indsats, og
- at der på sygehusniveau etableres en højt specialiseret funktion for reumatologisk rehabilitering til støtte for den kommunale rehabilitering.

Det forudsættes, at disse tanker indarbejdes i arbejdet med et nationalt forløbsprogram.

#### *Finansiering*

Forslaget er finansieret ved de midler, der er stillet til rådighed for Sundhedsstyrelsen, af »kronikerpuljen«.

*Skriftlig fremsættelse*

**Liselott Blixt (DF):**

Som ordfører for forslagsstillerne tillader jeg mig herved at fremsætte:

*Forslag til folketingsbeslutning om sikring af implementeringen af et nationalt forløbsprogram for muskel- og skeletsygdomme inden udgangen af 2012.*

(Beslutningsforslag nr. B 138)

Jeg henviser i øvrigt til de bemærkninger, der ledsager forslaget, og anbefaler det til Tingets velvillige behandling.