



Mere kvalitet til de kronisk syge!

Der er i Danmark - som i hele den vestlige verden - rigtig mange mennesker med en kronisk sygdom. Indsatsen i forhold til disse patienter har hidtil ikke været god nok. Mange med en kronisk sygdom oplever manglende sammenhæng og opfølgning, når først diagnosen er stillet. Det betyder dårligere helbred, lavere funktionsevne og ikke mindst dårligere livskvalitet, når tilbuddene ikke er de rigtige og ikke hænger sammen.

Med opgave- og strukturreformen har kommunerne på sundhedsområdet fået flere opgaver netop med det formål at skabe mere sammenhæng og kvalitet. Mennesker med en kronisk sygdom er en vigtig målgruppe for en sådan indsats. Men der er ikke fulgt nye penge med de nye opgaver. Der er brug for en investering i sundhed i de kommende år for at give mennesker med kronisk sygdom tilbud af en højere kvalitet.

Derfor opfordrer KL nu regeringen til at afsætte de nødvendige ressourcer til kommunernes indsats på området.

Den saltvandsindsprøjtning, der er hårdt brug for, skal sikre indsatser som fx rehabilitering, patientuddannelse, tidlig opsporing, livsstilsintervention og ansættelse af forløbskoordinatorer (case managers) for de svageste, kroniske patienter. Indsatser, som kommunerne vil være de nærmeste til at løfte. Målet er dobbelt: Dels at øge disse borgers livskvalitet. Dels at sikre en effektiv arbejdsdeling i sundhedsvæsenet. Og meget tyder på, at det vil gavne samfundsøkonomien.

Vision for folkesundheden

I Danmark og resten af den vestlige verden udfordres folkesundheden af vores livsstil. Der er ca. 1½ mio. mennesker med en kronisk sygdom i Danmark. Det er for eksempel KOL (rygerlunger), hjerte-karsygdomme og diabetes. Det er sygdomme, som i vid udstrækning kan forebygges

(borgerrettet forebyggelse). Og når diagnosen er stillet kan sygdommen ”forhales”, så man som kronisk syg bevarer sin livskvalitet så længe som muligt (patientrettet forebyggelse).

Sundhedsreformen skal forbedre den danske folkesundhed. Visionen er at udbrede fokus fra sygdomsbehandling til forebyggelse og sundhedsfremme i nærmiljøet.

”Visionen er derfor, at vi om 10 år har gennemført et markant løft i den forebyggende indsats. Et løft, der betyder at fokus forskydes fra sygdomsbehandling til mere sygdomsforebyggelse.” (*Lars Løkke Rasmussen på KL’s delegeretmøde 2006*)

Det er sund fornuft, at kommunerne har fået en større rolle at spille i den patientrettede forebyggelse. De kommunale medarbejdere indenfor ældre- og plejesektoren er hver dag i kontakt med mange af de kronisk syge. Og i takt med centralisering og effektivisering i sygehusstrukturen, er det først og fremmest i borgerens hverdag og nærmiljø, at sundhed og livskvalitet skal skabes. Men hvis den patientrettede forebyggelse virkelig skal gøre en afgørende forskel for de kronisk syge, kræver det nye investeringer nu. Der er hårdt brug for en kickstart.

Boks 1. Manglende forebyggelse giver dårligere livskvalitet

Jensen er 57 år og har haft diabetes type 2 i fire år. Indenfor det seneste år er Jensens diabetes blevet værre. Han har bl.a. problemer med synet og nyrerne. Han henvises af egen læge til kontrol på sygehusets ambulatorium. Her får han målt sine tal og justeret sin medicin. Men ingen fortæller Jensen om det fornuftige i at holde op med at ryge og at tabe sig – eller fortæller ham hvor han kan få hjælp til at lægge sin livsstil om. Og ingen gør Jensen opmærksom på, hvordan han skal forebygge, at hans sygdom bliver værre, og hvem han kan gøre det i samarbejde med. På et år har Jensen dels besøgt egen læge, dels besøgt ambulatoriet otte gange. Alligevel får Jensen ved udgangen af året amputeret højre ben. Han bliver sendt hjem i en kørestol, er afhængig af daglig hjemmehjælp og kan ikke længere arbejde. Jensen er altså i tæt kontakt til sundhedsvæsenet, men hans helbred og livskvalitet forringes alligevel væsentligt, fordi den forebyggende indsats har været utilstrækkelig.

Sundhedsreformens vision kræver prioritering og investering

I forbindelse med reformen er der ikke tilført nye ressourcer til forebyggelse og sundhedsfremme. Regeringens princip i

opgaveomlægningen var, at selve omlægningen skulle være udgiftsneutral og dermed alene afspejle en ændret fordeling af opgaverne.

I 2005 udgjorde de offentlige (amtslige) udgifter til sygdomsbehandling ca. 71,5 mia. kr¹. I forbindelse med sundhedslovens vedtagelse blev der flyttet 200 mio. kr. fra amterne til kommunernes varetagelse af forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaver. Udgangspunktet for reformen har altså været en fordeling, der giver ca. 13.000 kr. til behandling og ca. 37 kr. til forebyggelse pr indbygger!

Folkesundheden bør prioriteres ved at sætte økonomi og politisk handling bag de intentioner, som sundhedsreformen bygger på. Derfor foreslår KL, at regeringen investerer ½ mia. kr. årligt fra 2008 udover den vækstramme, der sædvanligvis forhandles om, for at give et løft til den patientrettede forebyggelse i kommunerne. Det svarer til godt og vel ½ pct. af de offentlige udgifter til sygdomsbehandling – og gennemsnitligt til 5 mio. kr. pr. kommune. Det vil give mulighed for at tage fat på tilbud til hjertekar-, KOL- og diabetes type 2-patienter.

KL foreslår derudover, at regeringen forpligter sig til, at 3 pct. af de samlede sundhedsudgifter skal afsættes til målrettet forebyggelse i kommunerne og almen praksis over en årrække frem til 2015, så der også bliver mulighed for at gå i gang med de øvrige kroniske sygdomme. Det svarer til den andel, som man har afsat til forebyggelse og patientundervisning i den succesfulde amerikanske sygeforsikringsorganisation Kaiser Permanente. I dansk sammenhæng vil det betyde en investering på 2,2 mia. kr.

Boks 2. Forebyggelse betaler sig - Kaiser Permanente

Kaiser Permanente blev ”verdenskendt” i 2002, da en artikel i British Medical Journal påviste, at organisationen sammenlignet med National Health Service (NHS) i England havde et tilsvarende eller højere kvalitetsniveau, et betydeligt lavere sengedagsforbrug (ca. 30 pct.), større patienttilfredshed og et omkostningsniveau ca. som det engelske. ”Hemmeligheden” bag Kaiser Permanentes succes er primært et stort fokus på forebyggelse, som udmøntes i systematisk undervisning af patienterne i egenomsorg og hensigtsmæssig livsstil. Sygehusbehandling/-indlæggelse betragtes som en ”systemfejl”, fordi forebyggelse og patientprogrammer bør reducere behovet for sygehus/specialistbehandling, fordi sygehusbehandling altid betyder en risiko for patienten, fordi det koster organisationen mere og endelig fordi patienternes tilfredshed er størst, når sygehuset undgås.

¹ ”Sundhedssektoren i tal”, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006

Hvad kan der gøres – behov for en øget kommunal indsats

Kommunerne kan for den ½ mia. kr. etablere de forebyggende tilbud i kronikerforløb, der peges på som relevante og veldokumenterede i bl.a. de aktuelle udmeldinger fra Sundhedsstyrelsens kronikerprojekt. Det drejer sig om tilbud om rehabilitering, patientuddannelse og om etablering af forløbskoordinatorer for de svageste, kroniske patienter. Indsatsen skal ske i et tæt samarbejde med de praktiserende læger, sygehusene og patientforeninger.

Table 1. KLs forslag til ressourcefordeling for forebyggende tilbud

Indsats	Årlig udgift, mio. kr.
Rehabiliteringsforløb for hjertekar-, diabetes type 2- og KOL-patienter	180
Patientuddannelse – ”Lær at leve med kronisk sygdom”	60
Forløbskoordinatorer – ansættelse og uddannelse	160
Efteruddannelse af kommunalt sundhedspersonale	30
Tidlig opsporing og livsstilsintervention	40
IT	20
Dokumentation og evaluering	10
I alt	500

I de senere år er der fra forskellig side kommet en række udspil i forhold til forebyggelsen af de kroniske sygdomme. Regeringen satte med sit folkesundhedsprogram ”Sund hele livet” fokus på de 8 folkesygdomme. Siden er Sundhedsstyrelsen kommet med en vejledning om hjerterehabilitering, anbefalinger i forhold til KOL-indsatsen, en MTV-undersøgelse om diabetes 2 og der arbejdes med lignende initiativer i forhold til de øvrige folkesygdomme.

I slutningen af 2005 udgav Sundhedsstyrelsen rapporten: ”Kronisk sygdom – Patient, sundhedsvæsen og samfund”. Rapporten anbefaler overordnet, at hovedvægten i indsatsen for patienter med kroniske sygdomme lægges i primærsektoren, dvs. de praktiserende læger i samarbejde med andre sundhedsprofessioner og det kommunale sundhedsvæsen. Som en udløber heraf har Sundhedsstyrelsen igangsat et projekt vedrørende kronisk sygdom, som bl.a. er mundet ud i et forslag til en model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom.

Regeringens og Sundhedsstyrelsens udmeldinger vedrørende de 8 folkesygdomme kan ikke gennemføres uden en betydelig investering. Hvis der skal ske en væsentlig udvidelse af de kommunale tilbud til kronikere,

sådan som der bliver lagt op til, kræver det flere ressourcer. Det vil med det aktuelle udgiftspres ikke være muligt for kommunerne.

Derfor foreslår KL, at kommunerne gives ressourcer til at iværksætte følgende indsatser fra 2008:

Rehabiliteringsforløb for hjertekar-, diabetes type 2- og KOL-patienter

Til en begyndelse vil det være relevant primært at satse på disse tre kroniske sygdomme, som er de områder, hvor der i dag er nogen erfaring at bygge på. KL ønsker, at forebyggelse så vidt muligt må bygge på dokumenterbar viden og erfaring. På sigt bør indsatser omfatte samtlige kronikere. Rehabiliteringsforløb omfatter typisk motion, kostvejledning, undervisning i sygdom, livsstilsintervention, psykosocial støtte, mv. For kommunerne vil det betyde, at der skal etableres nye tilbud til den del af patientgrupperne (størstedelen), som vil kunne rehabiliteres i kommunalt regi. Behovet for de tre sygdomsgrupper vurderes at være ca. 30.000 forløb årligt.

Udgift årligt: ca. 180 mio. kr.

Hvad kan vi opnå?: Borgere, der efter udredning får stillet en kronisk diagnose, vil med henvisning til et kommunalt rehabiliteringsforløb opleve en højere grad af sammenhæng og dermed kvalitet i håndteringen af sit sygdomsforløb. Samtidig vil etablering af nye kommunale tilbud medvirke til øget kvalitet i sygehusvæsenet, idet ressourcerne her så i endnu højere grad kan reserveres til den specialiserede udredning og behandling.

Implementering af Sundhedsstyrelsens patientuddannelsesprogram "Lær at leve med kronisk sygdom"

Programmets formål er at styrke patientens ressourcer til egenomsorg og håndtering af hverdagen, og undervisningen varetages af instruktører, der selv har en kronisk sygdom. Et forløb koster ca. 1000 kr. pr. patient.

Udgift årligt: ca. 60 mio. kr.

Hvad kan vi opnå?: Der er i dag stor enighed om, at undervisning i egenomsorg bør være en del af behandlingen af kronikere for at opnå og fastholde livskvaliteten med færrest mulige følgesygdomme.

Forløbskoordinatorer – ansættelse og uddannelse

Særligt sårbare patienter, eksempelvis med svær kronisk sygdom, flere krævende kroniske sygdomme og svage personlige og sociale ressourcer, kan have behov for at få tilknyttet én person, som følger patienten. En sådan ny koordinerende funktion bør være en kommunal opgave i et regionalt aftalt forløbsprogram. Det skønnes, at der vil være behov for ca. 300

forløbskoordinatorer på landsplan i de første år. Ved en gennemsnitlig årlig udgift på 500.000 kr. pr. sundhedskordinator (inkl. overhead) giver det en kommunal udgift på 150 mio. kr. årligt. Hertil kommer udgifter til (efter-)ud-dannelse af koordinatorerne på ca. 10 mio. kr. årligt.

Udgift årligt: ca. 160 mio. kr.

Hvad kan vi opnå?: Sammenhæng og kvalitet i forløbene for de svageste, kroniske patienter og effektiv arbejdsdeling mellem kommuner, almen praksis og sygehuse.

Efteruddannelse af kommunalt sundhedspersonale

Generelt er der behov for at afsætte ressourcer til efteruddannelse af sundhedspersonale i kommunerne, så de bliver opdateret med den nyeste viden om forebyggelse af kroniske sygdomme. Det gælder både i forhold til opsporing af patienter, tilrettelæggelse af relevante indsatser og gennemførelse af disse. Både sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter/-hjælpere og ergo- og fysioterapeuter kan have behov for opkvalificering.

Udgift årligt: ca. 30 mio. kr.

Tidlig opsporing og livsstilsintervention

En øget indsats overfor kroniske patienter vil også betyde et øget behov for tidlig opsporing. Et indsatsområde kan fx være opsporing af ældre med stor risiko for at falde og efterfølgende faldforebyggende foranstaltninger – herunder fysisk træning, medicingennemgang, mv., opsporing af type 2-diabetes-patienter i hjemmeplejen, mv. Der vil være behov for ressourcer til at tilrettelægge den systematiske opsporing og identificere borgere med risiko.

Udgift årligt: ca. 40 mio. kr.

Hvad kan vi opnå?: Tidlig indsats sikrer større livskvalitet for den enkelte og en mere effektiv, forebyggende indsats, idet sygdommens udvikling begrænses.

IT-investeringer, mv.

Sundhedsinformationssystemer er et centralt og grundlæggende redskab for kvalitet og sammenhæng i de sundhedsfaglige indsatser for patienter med kroniske sygdomme. IT kan understøtte den velforberejede, proaktive indsats, understøtte patientens egenomsorg og bidrage til overvågning/kvalitetsmonitorering, registrering/dokumentation, forskning og udvikling i regionen/sygehuset, almen praksis og i kommunen. Kommunernes IT-systemer, journalsystemer og udvikling af mere fælles

sprog ift. samarbejdsparter – internt og eksterne – skal i den forbindelse udvikles. Desuden skal nye teknologier afprøves.

Udgift årligt: ca. 20 mio. kr.

Hvad kan vi opnå?: Sammenhæng og kvalitet i opgaveløsningen til gavn for patienterne.

Dokumentation og evaluering

Det er vigtigt, at kommunerne dokumenterer og evaluerer de indsatser, som sættes i gang indenfor patientrettet forebyggelse. Dels fordi dokumentation er en forudsætning for en løbende, systematisk kvalitetsudvikling af tilbuddene, og dels fordi dokumentation er vigtig i forhold til den vidensudvikling, der er behov for på området. Med nye opgaver er der behov for at generere viden, der viser, hvordan man – i en kommunal kontekst – får lavet de bedste tilbud. Der skal derfor i alle de foreslåede indsatser investeres betydelige ressourcer i dokumentation og evaluering.

Udgift årligt: ca. 10 mio. kr.

Hvad kan vi opnå: Viden og kvalitetsudvikling til gavn for patienterne.

Så stor er den kroniske udfordring!

Behandlingen af kroniske patienter vil for sundhedsvæsenet under ét være én af de allerstørste udfordringer i de kommende år. I Danmark, som i de øvrige europæiske lande, er kroniske sygdomme skyld i en meget stor del af tilfældene af langvarig sygdom, nedsat funktionsevne og for tidlig død. Det er ikke længere de smitsomme sygdomme, som slår folk ihjel, men derimod sygdomme, som overvejende skyldes rygning, alkohol, fysisk inaktivitet og uhensigtsmæssig kost. Disse sygdomme er så udbredte, at de også kaldes folkesygdomme. Fra 1987 og frem til 2005 steg andelen af personer med kronisk sygdom fra godt 33 pct. til knap 40 pct. af befolkningen². De 8 folkesygdomme er: type 2 diabetes, hjerte-karsygdom, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), forebyggelige kræftsygdomme, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, knogleskørhed og psykiske lidelser.

² Statens Institut for folkesundhed, 2006

Tabel 2. De 8 folkesygdommes forekomst i Danmark

Sygdom	Antal personer med sygdommen (1.000), ca.	Andel af befolkningen (%), ca.
Kræft	200	3,7
Hjertekarsygdom	200	3,7
Diabetes 2	200–300	3,7 – 5,6
KOL	200	3,7
Muskel-skeletlidelser	650	12,0
Psykiske lidelser	200	3,7
Overfølsomhedssygdomme	1.350	25,0
Knogleskørhed	300	5,6

Kilde: "De 8 folkesygdomme", Indenrigs- og Sundhedsministeriet, www.folkesygd.dk

Anm.: Det er almindeligt, at personer med kronisk sygdom, har flere diagnoser. Tallene summerer derfor til mere end den total på 1½ mio. danskere, som skønnes at lide af en kronisk sygdom i dag.

Af de 1½ million danskere, som lider af kronisk sygdom, er en halv million meget hæmmede af sygdommen og har ofte flere diagnoser. WHO vurderer, at mindst 35 pct. af alle mænd over 60 år lider af mere end én kronisk sygdom, og antallet af kroniske sygdomme stiger med alderen³. Mange af de borgere, der lider af disse sygdomme indlægges ofte på sygehus, benytter ofte læge og speciallæge og modtager plejeydelser fra kommunen.

Boks 3. Omkostningerne ved KOL

Indlæggelser for KOL er den hyppigste enkeltdiagnose på medicinske afdelinger. Et studie af KOL-patienter viser, at 52 pct. af patienterne bliver indlagt i løbet af et år. Hertil kommer at 70 pct. i løbet af samme år også var i ambulant behandling på sygehuset, og op mod 20% genindlægges inden for en måned.

I gennemsnit koster det ca. 50.000 kr. om året at behandle en KOL-patient i sundhedsvæsenet – det er 33.000 kr. mere end for en gennemsnitsdansker over 40 år. Dertil kommer den syges personlige omkostninger i form af mistet livskvalitet, indskrænket bevægelsesfrihed og social kontakt og de pårørendes som er tæt på et ofte pinefuldt sygdomsforløb.

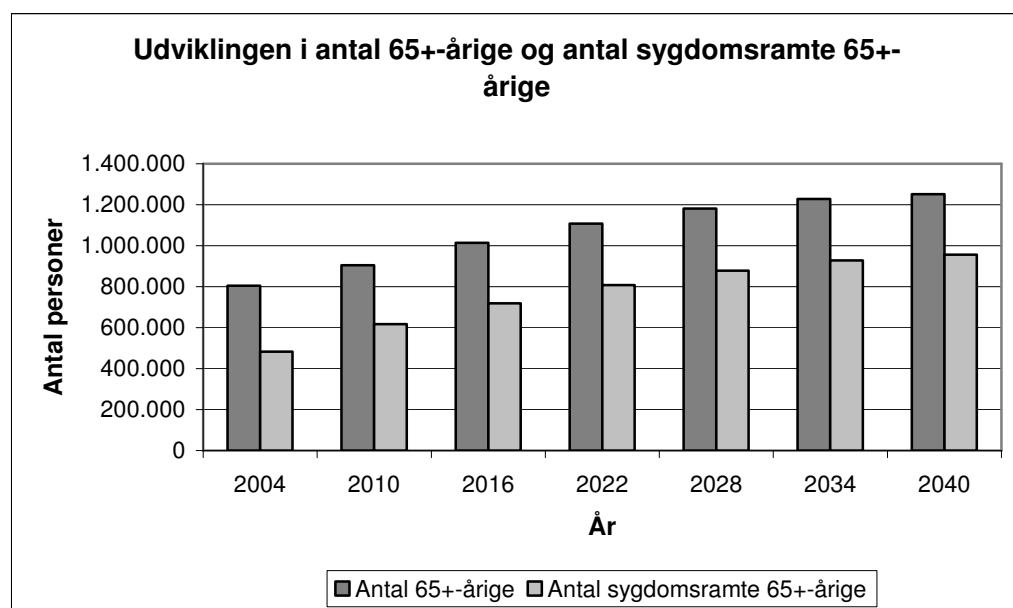
Hvis KOL-diagnosen stilles tidligt, og der foretages rygestop, bremses faldet i lungefunktionen, med gode chancer for en kun lettere begrænsning af funktionsevnen. Det er desuden vigtigt at undervise og uddanne KOL-patienter med henblik på at styrke egenomsorgen.

³ "Gaining Health – The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases", WHO 2006

Kilde: DSI; *Omkostninger ved behandling af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), 2004, samt Tværsnitsundersøgelse 2001/2002. Planlægning under akut indlæggelse, Medicinering og Udskrivelse. Den Gode medicinske Afdeling. Rapport. DGMA; 2002. www.dgma.dk/ okt. 2002.*

70-80 pct. af de ca. 71,5 mia. kr., som udgør de samlede sundhedsudgifter (sygehuse og sygesikring), anvendes i dag til behandling af kroniske sygdomme. Udgifterne har været stærkt stigende de senere år og vil fortsat stige, hvis indsatser, der forebygger behovet for behandling, holdes på det nuværende niveau, jf. figur 1. Det skyldes dels, at forbedrede behandlingsmuligheder betyder, at flere overhovedet kan behandles, og at der bliver flere ældre i de kommende år og generelt lever vi længere, jf. figur. Samtidig er der færre personer i den erhvervsaktive alder til at finansiere de stigende udgifter til behandling og pleje. Derfor er det vigtigt, at samfundet skaber mulighed for undgå sygdom og for tidlige dødsfald forårsaget af uheldsmæssig livsstil og skaber rammer for, at vi kan forblive sunde og bevare funktionsevne og så høj livskvalitet så længe som muligt.

Figur 1



Kilde: DSI; *Sundheds- og plejeudgifter til ældre. Scenarier for fremtiden, 2005*

Med den nye sundhedslov har kommunerne sammen med regionerne fået et ansvar for patientrettet forebyggelse, dvs. den forebyggelsesindsats, der retter sig mod borgere med kronisk sygdom. En veltilrettelagt forebyggelsesindsats giver gode muligheder for at forhindre kronisk sygdom i at udvikle sig yderligere. Der er dog bred enighed om, at indsatsen i dag er

helt utilstrækkelig. Der bruges milliarder på at behandle de kroniske sygdomme, men forsvindende lidt på at forebygge dem.