

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 4. maj 2005
Kontor: 2.s.kt./5.s.kt.
J.nr.: 2004-1200-59
Sagsbeh.: CBJ/JAN
Fil-navn: Cbj1419_spm88.doc

Besvarelse af spørgsmål nr. 88 (L 74), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 14. april 2005

Spørgsmål 88:

"Ministeren bedes tilsende udvalget en række helt konkrete og dokumenterede eksempler på, hvordan det økonomiske incitament, som kommunerne får til at forebygge sygehusudgifter m.v. som følge af de aktivitetsbestemte kommunale tilskud til regionerne, vil udløse dels mere forebyggelse og dels lavere samlede offentlige udgifter på området (eller alternativt frigøre midler til bedre service)."

Svar:

Den kommunale medfinansiering giver et incitament for kommunerne til bl.a. at nedbringe korte indlæggelser samt hyppige genindlæggelser.

Hyppige genindlæggelser er typiske ved bl.a. hjertesygdomme og KOL (rygerlunger). Patienternes mestring af disse sygdomssituationer betyder meget for sygdomsforløbet, herunder antallet af henvendelser til sundhedsvæsenet og antallet af genindlæggelser. Det gælder f.eks. patientens mestring af symptomer, hvor angst i sig selv kan forstærke symptomer (hjertesymptomer, åndedrætsbesvær).

Den kommunale indsats i den forbindelse vedrører den patientrettede forebyggelse. For hjertepatienter retter den sig mod rygning, fedme, uhenigtsmæssig kost, fysisk inaktivitet, forstyrrelser i lipidstofskiftet, forhøjet blodtryk m.v., ligesom kommunen kan tilbyde psykosocial støtte. Ved en tidlig indsats mod disse faktorer kan risikoen for sygdom mindskes. Hjerte-rehabilitering kan reducere antallet af genindlæggelser med 20 pct. Hertil kommer forbedringer af patienternes funktionsniveau og helbredsrelaterede livskvalitet samt en reduktion i dødeligheden med 25-30 pct.

Struktureret KOL-rehabilitering giver dokumenteret højere livskvalitet og tryghed for patienten og medfører lavere sengedagsforbrug.

I forhold til diabetes type 2 kan en kommunal, patientrettet forebyggelse med systematisk anvendelse af motivation til og træning i livsstilsændringer (rygeafvænning, fysisk aktivitet og kostomlægning) have betydelig effekt i retning af udskydelse eller helt undgåelse af sen-komplikationer, som synssvækkelse, skinnebenssår, fodproblemer, amputationer m.v.

Dette vil give såvel færre sygehushenvendelser (f.eks. sårbehandlinger), som reducerede udgifter til pleje, hjælpemidler m.v. Alene en enkelt blindbleven diabetes type 2 patient er vurderet at medføre en udgift på 800.000 kr. det første år.

Aktiviteter, som f.eks. forebyggelse af faldulykker blandt ældre med osteoporose, indsats over for mange muskel- og skeletlidelser, visse overfølsomhedssygdomme og nogle psykiske lidelser vil tilsvarende kunne reducere sygehusforbruget. Muskel- og skeletlidelser er desuden den væsentligste årsag til sygefravær samt også en væsentlig faktor for førtidspension.

Det anføres ofte, at en generel, borgerrettet sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats kun vil påvirke det offentlige udgiftsniveau på langt sigt. Der er imidlertid ikke nødvendigvis en så simpel sammenhæng, når en forebyggelsesindsats retter sig mod store grupper af befolkningen. En reduktion i belastningen af passiv rygning vil f.eks. særligt for mindre børn og udsatte voksne, f.eks. astmatikere, medføre færre tilfælde af mellemørebetændelse og astmaanfald. Tilsvarende vil selv en beskedent forøgelse af den fysiske aktivitet hos en stor del af befolkningen have mærkbar effekt på sygelighed, herunder sygefravær, og reducere andelen af overvægtige og svært overvægtige. WHO angiver f.eks., at overvægtige har 3-12 gange så stor risiko for at blive ramt af diabetes type 2 som normalvægtige.

På alkoholområdet er det en klar fordel, at ansvaret for forebyggelse, behandling og efterbehandling på alkoholområdet samles i kommunerne, som i forvejen har ansvaret for den sociale indsats. På denne måde skabes en direkte sammenhæng mellem misbrug og den med misbrug forbundne sociale udgift for kommunerne.

Kommunerne vil også med fordel kunne samarbejde med regionerne om en koordineret, patientrettet forebyggelsesindsats som led del af udmøntningen af de nye, forpligtende samarbejds- og planlægningsbestemmelser i sundhedsloven, herunder de obligatoriske sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Eksempelvis kan man med en simpel screening (opportunistisk screening) identificere personer med særlig risiko for udvikling af KOL. Tidlige tilbud i kommunerne om intensiv rygeafvænning til ældre rygere, der er i risiko for at udvikle KOL, har et betydeligt potentiale for at stoppe nedbrydningen af lungefunktionen før et invaliderende niveau, hvorved der vil være gode muligheder for besparelser på de sociale udgifter.