

Beslutningsforslag nr. B 2. Fremsat den 5. oktober 2000 af Preben Rudiengaard (V), Gyda Kongsted (V), Henriette Kjær (KF), Birthe Skaarup (DF), Jens Ove Kjeldsen (KRF) og Tom Behnke (FRI)

Forslag til folketingsbeslutning

om nationale strategiplaner for forebyggelse af visse folkesygdomme

Folketinget pålægger regeringen at fremsætte lovforslag om fastlæggelse og iværksættelse af nationale strategiplaner for forebyggelse af:

- Knogleskørhed (osteoporose)
- Hjerte-kar-sygdomme
- Overfølsomhedssygdomme (astma/allergi)
- Aldersdiabetes

Strategiplanerne skal fastlægges og iværksættes ved:

1. Opprioritering af den forebyggende indsats over for befolkningen som helhed, men især den del af befolkningen, som lider af de nævnte sygdomme, eller som har risiko for at udvikle disse. Den forebyggende indsats skal baseres på information, vejledning og rådgivning.
2. Opprioritering af behandlingen hos læger, på hospitaler og hos statslige og amtskommunale sundhedsmyndigheder.

Bemærkninger til forslaget

1. Baggrund

Den 18. maj 1999 fremlagde regeringen det tværministerielle program »Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008« med det formål at forbedre folkesundheden. Den 28. oktober 1999 afgav sundhedsministeren en redegørelse vedrørende folkesundhedsprogrammet med efterfølgende fremlæggelse af de initiativer, regeringen påtænker at sætte i værk i forbindelse hermed.

Forslagsstillerne er af den opfattelse, at regeringens program på folkesundhedsområdet indeholder mange gode intentioner. Men forslagsstillerne er samtidig af den opfattelse, at der for en række sygdomme, som rammer store dele af befolkningen, er behov for en langt mere målrettet og koordineret indsats.

Regeringens folkesundhedsprogram har nogle meget overordnede målsætninger såsom længere liv med højere livskvalitet samt et ønske om en reduktion af den sundhedsmæssige sociale ulighed. Programmet rummer ganske vist en række tiltag på forskellige niveauer, der kan medvirke til at hæve danskernes generelle sundhedstilstand. Men efter forslagsstillernes opfattelse er programmet alt for overordnet, bredt og løst defineret til, at det vil kunne have en synlig effekt på omfattende folkesygdomme. Over for disse sygdomme er det nødvendigt med en mere direkte indsats.

Forslagsstillerne ønsker på den baggrund, at der iværksættes særlige strategiplaner vedrørende knogleskørhed (osteoporose), hjerte-kar-sygdomme, overfølsomhedssygdomme (astma/allergi) samt type 2-diabetes (aldersdiabetes). Disse sygdomme har det fællestræk, at de alle er sygdomme, som en meget stor del af den danske befolkning er eller vil blive ramt af.

Et samfundsproblem af denne karakter bør myndighederne gøre en betydelig indsats for at forebygge gennem nationale forebyggelsesstrategier. Uden en struktureret indsats vil sygdommene ramme en stadig større del af den danske befolkning.

Ud over de negative menneskelige konsekvenser af disse sygdomme betyder behandlingen af disse og deres følgevirkninger hvert år milliardudgifter for den

danske sundheds- og socialsektor. Forslagsstillerne er af den opfattelse, at en relativt lille investering i at iværksætte nationale forebyggelsesstrategier mod disse fire sygdomme på sigt vil kunne sikre det danske samfund betydelige besparelser i både sundheds- og socialsektoren.

Ved udarbejdelse af målrettede nationale strategiplaner for de store folkesygdomme vil det blive muligt at følge op på, hvorvidt forebyggelsesindsatsen har målbare virkninger, hvilke metoder der fungerer i forebyggelsen, samt hvilke der ikke gør. Der bør derfor opstilles nogle målsætninger omkring udviklingen i og reduktionen af sygdommens udbredelse.

Af hensyn til troværdigheden over for borgerne i forebyggelsesindsatsen er det ligeledes vigtigt, at der kan måles en positiv effekt af initiativerne. En evaluering af indsatsen vil ikke blot løbende kunne forbedre forebyggelsesindsatsen mod de pågældende sygdomme, men vil også kunne sikre sundhedsvæsenet relevant viden om brugbare strategier i forebyggelsen af andre sygdomme.

Forslagsstillerne er af den opfattelse, at regeringens folkesundhedsprogram vil være vanskeligt at implementere, da det er meget løst og overordnet. En indsats mod de store folkesygdomme vil være væsentlig lettere at implementere, da man har et klart fokus.

2. Fakta vedr. de fire folkesygdomme

2.1. Knogleskørhed

Knap 400.000 personer herhjemme er ramt af knogleskørhed. Hver tredje kvinde over 50 år og hver syvende mand over 50 år lider af sygdommen. Grundet den demografiske udvikling vil der i de kommende år være endnu flere personer, der vil blive ramt af knogleskørhed.

Knogleskørhed giver/kan give en række følgesygdomme, typisk brud på hofte, håndled og rygsøjle. 30.000 brud ud af 80.000 årligt skyldes knogleskørhed. En stor del af disse personer vil herefter ikke være i stand til at klare sig uden hjælp.

Alene hoftebrud som følge af knogleskørhed skønnes årligt at koste det danske samfund ca. 1 mia. kr. til sygehusrelaterede udgifter samt ca. 2,4 mia. kr. i den kommunale sektor til hjemmehjælp, plejehjem og genoptræning. Dvs. i alt ca. 3,4 mia. kr. årligt. Det anslås, at den stigende ældrebefolkning i løbet af de næste 20 år vil føre til en fordobling af omkostningerne ved knogleskørhed, såfremt der ikke bliver iværksat en forebyggelsesstrategi på området.

2.2. Hjerte-kar-sygdomme

Hjerte- og karsygdomme er en stor belastning for mange danskere og for sundhedsvæsenet. I Danmark er der ca. 150.000 mennesker, der lider af iskæmisk hjertesygdom, der langt hyppigst skyldes forkalkning af kranspulsåren.

Hvert år får ca. 16.000 danskere blodprop i hjertet. Af disse dør ca. 8.000 i umiddelbar relation til blodproppen. Dertil kommer mange patienter, der lider af hjertekrampe. Desuden er der patienter med nedsat hjertepumpefunktion. Deres antal er voksende, bl.a. på grund af stigende alder og bedre behandlingsmuligheder for patienter med blodprop i hjertet. Det betyder, at flere patienter overlever blodproppen i hjertet, men ofte får følger i form af nedsat pumpefunktion.

2.3. Overfølsomhedssygdomme

Sygdomme forårsaget af overfølsomhed (høfeber, anden allergisk snue, eksem og astma) rammer en stadig større del af den danske befolkning. Fra 1987 til 1994 er andelen af danskere med en overfølsomhedssygdom steget fra 18,3 pct. til 24,8 pct. Intet tyder på, at denne udvikling er blevet vendt siden da.

Især blandt børn og unge er andelen stor, hvilket indikerer, at der kommer omfattende problemer med disse sygdomme i fremtiden. En undersøgelse lavet af Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi fra 1998 viste, at 9,5 pct. af landets gymnasie- og hf-elever havde fået konstateret astma. Det er på denne baggrund nødvendigt at gribe aktivt ind for at vende udviklingen og undgå, at fremtidige generationer i samme grad bliver ramt af overfølsomhedssygdomme.

Det skønnes, at overfølsomhedssygdomme årligt koster det danske samfund 6-7 mia. kr. i form af hospitalsindlæggelser og sygedage på arbejdspladsen. Dertil kommer, at overfølsomhedssygdomme kan have en stærk negativ effekt på folks livskvalitet.

2.4. Aldersdiabetes (type 2-diabetes)

Der er 80-100.000 erkendte type 2-diabetes-patienter i Danmark. Dette svarer til ca. 2 pct. af den danske befolkning. 6-8000 nye tilfælde diagnosticeres årligt.

Herudover skønner lægefaglig ekspertise, at ca. 2 pct. af befolkningen har uerkendt type 2-diabetes, hvorfor denne del af befolkningen ikke er sat i behandling. Tidligere var den kliniske erfaring, at hvis en patient på diagnosetidspunktet var over 40 år og overvægtig, kunne dette indikere type 2-diabetes.

Blandt patienter med type 2-diabetes eksisterer en overdødelighed, der er 2 til 4 gange større end dødeligheden blandt den »almindelige« befolkning.

I dag ser vi – på grund af den stigende grad af overvægt – meget yngre patienter med type 2-diabetes. Fortsætter udviklingen, vil omkring 252.000 danskere i år 2010 være ramt af sygdommen.

3. Forslag til handlingsplan

Sygdommenes omkostninger, herunder såvel menneskelige som økonomiske, tilsiger, at der bør iværksettes særlige nationale strategier målrettet mod forebyggelse af de fire sygdomme.

Disse nationale strategier bør være tosidige:

1. Primær forebyggelse: Forebyggelse rettet mod risikogrupperne for de respektive sygdomme og rettet mod de aldersgrupper, hvor man ved, at det er væsentligt at sætte ind. For hjerte-kar-sygdommene bør forebyggelsesindsatsen dog rettes mod befolkningen generelt i form af adfærdspåvirkning.
2. Sekundær forebyggelse: Behandling og udredning af eksisterende sygdomme med relevant rådgivning om forebyggelse og udredning, så de undgår nye brud, nye hjertetilfælde m.v.

4. Forslag til målrettet forebyggelsesindsats rettet mod offentligheden

- a) Der kan f.eks. udarbejdes foldere målrettede til de relevante grupper om forebyggelse af hver af de fire sygdomme gennem sund levevis. Disse kan evt. hustandsomdeles og eventuelt ligeledes udleveres på apoteker, folkebiblioteker m.v.
- b) Der kan f.eks. udarbejdes videoer om, hvad den enkelte selv kan gøre for at forebygge disse sygdomme. Videoerne skal kunne lånes til foreningsbrug m.v. og skal desuden være egnet til fremvisning på apoteker, hvor der er internt apoteks-tv.
- c) Oplysningerne fra folderne og videoerne bør lægges på cd-rom og internet, så man imødekommer borgernes forventning om hurtigt, moderne og præcis information.
- d) Der bør i samarbejde med relevante patientorganisationer udarbejdes materiale til patienter, der

er i højrisikogruppen for at blive ramt af sygdommene.

- e) Det bør overvejes, hvorledes de forskellige grupper, der rammes af sygdommene, tilgodeses bedst muligt i form af en målrettet informationskampagne.
- f) Det bør afdækkes, om en sund livsstil (til forebyggelse af knogleskørhed, hjerte-kar-sygdomme osv.) er tilstrækkeligt indarbejdet i folkeskolen og ungdomsuddannelserne.
- g) Der bør overvejes en nationaldag eller -uge for hver af sygdommene, hvor der gøres særligt opmærksom på knogleskørhed, hjerte-kar-sygdomme, overfølsomhedssygdomme og aldersdiabetes gennem medier, møder m.v.

Det bør endelig overvejes, hvordan det offentlige sundhedsvæsen bedst muligt opnår kontakt til de ovenstående målgrupper.

5. Forslag til opprioritering af den lægelige behandling

5.1. Den praktiserende læge

Der er behov for et øget fokus på oplysning til og efteruddannelse af de praktiserende læger, der dagligt møder patienter med disse sygdomme.

- a) Et »Nationalt Osteoporotisk Råd« skal inddrages i udarbejdelse af retningslinjer til de praktiserende læger.
- b) Der skal tilskyndes til en intensiveret læge-patient-dialog om at leve med en hjertesygdom, herunder hvilke initiativer den enkelte patient kan tage for at forbedre sin situation.
- c) Praksislægen skal tilskyndes til at opspore overfølsomhedssygdomme, iværksætte behandlinger og forebyggende foranstaltninger samt til at følge op på de initiativer, der er sat i gang. Derfor bør det sikres, at den privatpraktiserende læge efteruddannes i overfølsomhedssygdomme.
- d) I relation til aldersdiabetes bør der tages initiativ til regelmæssige patient/læge-samtaler (motive-rende samtaler) om eventuel livsstilsomlægning og efterlevelse af denne kombineret med jævnlig kontrol af patienten. Der bør sikres mulighed for, at de praktiserende læger efteruddannes til denne type motiverende samtaler, samt at der i overenskomsterne sikres finansiering af dette.
- e) De praktiserende læger bør have on-line adgang til forebyggelses- og behandlingsvejledninger via lægeforeningens internet-side, det såkaldte DADL-net. Disse vejledninger bør også stilles til

rådighed for de praktiserende læger i papirudgaver.

- f) Praktiserende læger skal have stillet pc-kvalitets-sikringsprogrammer til rådighed

5.2. Hospitalssektoren

Der bør etableres egentlige kvalitetsprogrammer til pc-brug på hospitalet, der sikrer et hensigtsmæssigt forløb også efter udskrivelsen af den enkelte patient. Udgangspunktet skal være anvendelse af evidensbaseret medicin i forbindelse med behandling. Elementer i et kvalitetssikringsprogram kan være:

1. Samtlige diagnoser registreres i hospitalets data – til efterfølgende sikring af behandling.
2. Patienter udstyres med primært recept eller sekundært medicin fra hospitalet ved udskrivelsen, hvis dette er påkrævet.
3. Information til patientens egen/henvisende læge om indlæggelse, behandling samt vejledning.
4. Spørgeskema/opfølgningsbreve til patienten og dennes egen/henvisende læge.

5.3. De statslige og amtslige sundhedsmyndigheder

Der er behov for at fastlægge nationale målsætninger for forebyggelsen af de fire sygdomme. Målsætningerne bør opstilles efter parametre, der lader sig underkaste en efterfølgende evaluering. Målbare faktorer kan være:

- a) Antal indlæggelsesdage på starttidspunktet efter et givent antal år (åremål skal fastslås af eksperter på området).
- b) Tilsvarende på antallet af frakturer/tilfælde af blodprop i hjertet samt indlæggelse pga. hjertekrampe (kræver opfølgning med cpr-registrering), antal scanninger, udvikling i medicinforbruget, effekt på befolkningen af uddelt materiale m.v.
- c) Økonomisk helhedsanalyse over hidtidige antal frakturer/blodpropper i hjertet uden forebyggende indsats versus »sparede« frakturer/blodpropper ved iværksættelse af forebyggende indsats.

6. Særligt vedrørende de enkelte folkesygdomme

6.1. Særligt vedrørende knogleskørhed

6.1.1. Oprettelse af »Det Nationale Osteoporotiske Råd«

Det nuværende Osteoporotiske Råd, der er finansieret af medicinalindustrien, bør frigives fra industrien med henblik på at etableres i skikkelse af en rådgivningsenhed til de sundhedsfaglige myndigheder. Et

sådant råd bør udpeges og sammensættes af ministeren. Rådet bør bl.a. arbejde med:

- a) Tværfagligt samarbejde i hospitalsektoren.
- b) Oplysning og uddannelse af de praktiserende læger.
- c) Referencepersoner for de praktiserende læger, herunder tilskyndelse til nedsættelse af erfaringsgrupper på amtsligt plan.
- d) Overvejelser om at samle aktiviteterne for vertikale sammenfald (rygsammenfald) under ét på de enkelte hospitaler, idet disse aktiviteter i dag foregår spredt og stykvis.
- e) Iværksættelse af pilotprojekter.

6.1.2. Forslag til medicinsk forebyggelse

Osteoporotiske brud kan forebygges og behandles medicinsk med de såkaldte bisfosfonater. Derfor bør osteoporotiske patienter med forudgående lavenergifrakturer sikres bedre adgang til medicinsk behandling med bisfosfonater.

Der bør derfor indføres et klausuleret generelt tilskud til bisfosfonater for osteoporotiske patienter. Dette kræver en ændring af retningslinjerne fra december 1998 om medicinsk behandling af knogleskørhed, hvor der af Lægemiddelstyrelsen efter indstilling fra Medicintilskudsævnet og efter lægens forudgående skriftlige ansøgning herom kan ydes individuelt tilskud til patienter med lavenergifrakturer. Dvs. der skal ansøges på trods af, at knogleskørheden allerede er veldokumenteret. Herudover er selve tilskudsansøgningen forbundet med en for patienten betydelig egenbetaling (150-300 kr.).

Lavenergifrakturer skyldes imidlertid alene knogleskørhed. Tilstanden er som anført allerede godtgjort som følge af bruddet og bør ikke derudover dokumenteres over for Medicintilskudsævnet. Et generelt klausuleret tilskud vil endvidere hindre medicinsk overforbrug, da der er tale om en veldefineret og umiddelbart identificeret gruppe.

6.1.3. Forslag til samarbejdspartnere ved udarbejdelse af strategisplan til forebyggelse af osteoporose

Nationale kvindeorganisationer skal inddrages, f.eks. DDH (forening af aktive kvinder), Danske Kvinders Nationalråd samt arbejdsmarkedets parter, herunder Kvindeligt Arbejderforbund og andre faglige organisationer med stor kvindeandel.

6.2. Særligt vedrørende hjerte-kar-sygdomme

Hjerteforeningen og Dansk Kardiologisk Selskab har udarbejdet en rapport om behandling og genoptræning af patienter. Her er der lagt op til nye og for-

bedrede retningslinjer. Denne strategi bør indarbejdes i den nationale strategi på hjerte-kar-området. Ligeledes har Dansk Selskab for Almen Medicin udgivet retningslinjer for behandling af patienterne, som også bør indgå i den nationale strategi (retningslinjerne fokuserer på en intensiveret indsats mod risikofaktorerne samt en forbedret fysisk og psykisk behandling).

Hjørnestenen i den forebyggende behandling af hele hjerte-kar-området er ikke medicinsk, men livsstilsændringer. Derigennem bliver risikoen mindre for, at raske udvikler iskæmisk hjertesygdom. Tilsvarende bliver risikoen mindre for, at patienter med iskæmisk hjertesygdom udvikler blodprop i hjertet. Den nationale strategi for forebyggelse af hjertesygdomme bør således være en tosidig strategi, som nævnt ovenfor.

6.2.1. Forslag til samarbejdspartnere ved udarbejdelse af handlingsplan til forebyggelse af hjerte-kar-sygdomme

Inddragelse af befolkningen og sikring af fornemelsen af medansvar for egen sundhed er essentiel for en succesfuld forebyggelsesplan. Derfor bør Hjerteforeningen – og andre relevante parter som f.eks. Diabetesforeningen og Ernæringsrådet – inddrages i en udmøntning af den nationale strategi.

6.3. Særligt vedrørende overfølsomhedssygdomme

De store stigninger i overfølsomhedssygdomme understreger behovet for at styrke forebyggelsesindsatsen på en række områder, som vi i dag ved har stor betydning for udviklingen af sygdommene. Desuden er der behov for at forbedre udrednings- og behandlingsindsatsen samt øge forskningen i årsager og forebyggelse inden for området.

Et nøglebegreb i bekæmpelsen af overfølsomhedssygdomme er forebyggelse både hos de mennesker, der allerede har én eller flere overfølsomhedssygdomme, og hos dem, som har risiko for at udvikle en. Denne forebyggelse bør tænkes ind overalt på arbejdspladser, i daginstitutioner, i dagplejen, på skoler og i de enkelte hjem, men bestemt også i forbrugerpolitik og lovgivning.

En styrket forebyggelsesindsats kan bl.a. opnås gennem formidling og efterlevelse af de store mængder af viden om forebyggelse, der allerede i dag eksisterer. Denne vidensformidling til befolkningen kan f.eks. dreje sig om:

- Undervisning af sundhedsplejersker i amterne.
- Tværfaglig undervisning af sundhedsplejersker, privat praktiserende læger og jordemødre.

- Undervisning af studievejledere om erhvervsvejledning til unge om overfølsomhedssygdomme.
- Undervisning af personalet i dagpleje og i daginstitutioner om overfølsomme børn.
Eksempler på forslag til forebyggelsesaktiviteter:
- Udvidelse af tilbud om kurser i alle amter til sundhedspersonale, institutionspersonale, skoler og kommunale sagsbehandlere.
- Udvidelse af tilbud om kurser, eksempelvis udgående privatpersoner.
- Fortsættelse af samarbejdet med pressen, som til stadighed er med til at sætte fokus på hele overfølsomhedsproblematikken.
- Information og anden vidensformidling via internet.

Mennesker med overfølsomhedssygdomme møder eksempelvis hospitalssystemet og indlægges ved akut astmaanfald, forværring af kronisk obstruktiv lungelidelse og eksemudbrud. Genindlæggelser af mennesker med overfølsomhedssygdomme kan reduceres væsentligt gennem en mere målrettet indsats. Derfor bør det sikres at:

- a) Patienten informeres, vejledes og rådgives af vedkommendes praktiserende læge og hospital i et samarbejde.
- b) Alle informationer kendes af alle behandlende instanser, et arbejde, der vil kunne lettes væsentligt ved etablering af en allergienhed på hospitalet, hvor de relevante specialer er samlet.
- c) Der sker en opfølgning hos den praktiserende læge.
- d) Det bør overvejes at oprette en såkaldt »allergi-centermodel« som foreslået i Sundhedsstyrelsens medicinske teknologivurdering vedrørende allergiske sygdomme. Denne model betyder en samling af de specialer, der nu er spredt ud på specialerne lungemedicin, dermatologi, pædiatri, arbejdsmedicin m.m., og kan bidrage med den helhed i behandlingen, som patienterne efterspørger for at opnå en større grad af kontinuitet og sikkerhed.

6.3.1. Forslag til bedre udredning af folk med overfølsomhedssygdomme

Alle allergikere bør udredes, så de får bedre mulighed for selv at forebygge og opnå optimal behandling. I dag udredes kun 5-6 pct. af allergikerne. Der bør også oplyses bedre om symptomer på overfølsomhedssygdomme, således at folk ikke går rundt med »skjulte« sygdomme, der ikke behandles.

6.3.2. Forslag til samarbejdspartnere

I forhold til overfølsomhedssygdomme er der mange relevante samarbejdspartnere. Eksempelvis kan nævnes patientforeninger, herunder Astma-Allergi Forbundet, sundhedspersonale, Statens Byggeforskningsinstitut, Danmarks Meteorologiske Institut, faglige organisationer, amter og kommuner, forbrugerorganisationer, styrelser og ministerier.

6.4. Særligt vedrørende aldersdiabetes (type 2-diabetes)

Forebyggelse af type 2-diabetes kan finde sted på flere felter, og følgende forslag bør indgå i overvejelserne i forbindelse med udfærdigelse af en national strategi til forebyggelse af type 2-diabetes:

1. *Patientniveau:* Ændret livsstil i form af ændring af alkoholvaner, kostomlægning (diæt) samt øget motion – yderligere bør patienterne informeres om skadevirkningen ved at ryge.
2. *Lægeniveau:* Regelmæssige patient/læge – såkaldt motiverende – samtaler om livsstilsomlægningen og efterlevelse af denne kombineret med jævnlig kontrol af patienterne. Der bør sikres mulighed for, at de praktiserende læger efteruddannes til denne type motiverende samtaler, samt at der i overenskomsterne sikres finansiering af dette.
3. *Nationalt 1:* Udredningsarbejder skal kortlægge, hvilke karakteristika der kendetegner de patienter, som i dag er uerkendte type 2-diabetikere. Herefter vil det være muligt at udsende nationale guidelines til de praktiserende læger, hvorefter disse kan identificere type 2-diabetikere, inden de udvikler mere alvorlige følgesygdomme. Herunder skal der sikres finansiering af et sådant udredningsarbejde.
4. *Nationalt 2:* Det skal sikres, at de eksisterende patienter bliver tilstrækkeligt – sufficient – behandlet. Det er således af afgørende betydning, at der sker en hurtig og effektiv udredning af, om folk har aldersdiabetes – så non-farmakologisk og evt. farmakologisk behandling kan iværksættes, inden patienterne får en eller flere af førnævnte følgevirkninger, som betyder forringet livskvalitet for personen samt et markant forøget træk på de offentlige sundhedsudgifter, sygdagpenge m.v.

Skriftlig fremsættelse

Preben Rudiengaard (V):

Som ordfører for forslagsstillerne tillader jeg mig herved at fremsætte:

Forslag til folketingsbeslutning om nationale strategiplaner for forebyggelse af visse folkesygdomme.

(Beslutningsforslag nr. B 2).

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