

# Rehabilitering af mennesker med gig

Halvdagsmøde om vejen til et bedre liv med en gigtsygdom den 31. maj 2010



## Rehabilitering af mennesker med gig

På halvdagsmødet om rehabilitering af mennesker med gig satte Gigtforeningen fokus på, hvordan vi får en helhedsorienteret, sammenhængende og vidensbaseret rehabilitering. At behandle symptomerne er ikke nok. Man skal gøre sig klart, hvilke øvrige forhold der påvirker funktionsevnen og livskvaliteten. Rette sin indsats mod de forhold i livet, der er afgørende for den enkelte. Sundhedsprofessionelle skal således ikke kun have øje for det, der har at gøre med egen faglighed.

På mødet hørte vi, at der er mange penge at spare, hvis vi får en bedre tværgående rehabilitering. Problemet er bare, at det måske gavner nogle andre pengekasser. Derfor skal vi ikke alene se på tværs, når det drejer sig om behandlingen – vi skal også se på tværs, når det handler om økonomi.

Nu er det op til Sundhedsstyrelsen at gribe bolden og udmelde rehabiliteringsdelen for gigtsygdomme som et led i det forløbsprogram for muskel- og skeletsygdomme, som sundhedsministeren har lovet færdigt inden udgangen af 2012. Det ser vi frem til.

*Lene Witte, direktør i Gigtforeningen*



## Indhold

Alle artikler er skrevet af journalist Jesper Mehlsen

- 4** Rehabilitering er vejen til et bedre liv med gigt  
v. Lene Witte, direktør i Gigtforeningen
- 6** Effektiv rehabilitering skal sikre bedre livskvalitet for mennesker med gigt  
v. Bertel Haarder, indenrigs- og sundhedsminister
- 8** Sådan kan indsatserne for sundhed og beskæftigelse integreres  
v. Palle Ørbæk, speciallæge, dr. med. og direktør for Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø
- 10** Vi skal fokusere på funktionsevne i stedet for på smertebekæmpelse  
v. Bengt H. Sjölund, professor på Syddansk Universitet
- 12** Evidens for at en bred indsats mod artrose er den optimale løsning  
v. Hans Lund, lektor og studieleder for masteruddannelsen i rehabilitering ved Forskningsenheden for Muskuloskeletal Funktion og Fysioterapi på Syddansk Universitet
- 14** Adskiller rehabilitering af rygpatienter sig fra andre patientgrupper  
v. Jan Hartvigsen, professor, ph.d., forskningsleder på Syddansk Universitet
- 16** Uddannelse og rehabilitering virker for patienter med leddegigt  
v. Kim Hørslev-Petersen, professor på Gigthospitalet i Gråsten
- 18** Norske erfaringer med behandling og rehabilitering  
v. Kåre Birger Hagen, professor på Nasjonalt Revmatologisk Rehabiliterings- og Kompetansesenter (NRRK), Diakonhjemmet Sykehus og Universitet i Oslo
- 20** Rehabilitering på tværs af professioner, sektorer og politiske niveauer  
v. Peter Simonsen, afdelingschef i Region Syddanmark
- 22** De nationale initiativer for rehabilitering af gigtssygdomme  
v. Jean Hald Jensen, overlæge ved Sundhedsstyrelsens enhed for planlægning



# Rehabilitering er vejen til **et bedre liv** med gigt

Direktør Lene Witte fra Gigtforeningen lagde vægt på, at rehabiliteringen skal omfatte hele livssituationen, så det enkelte menneske kan få et selvstændigt og meningsfuldt liv med sygdommen

## Gigt i tal

- Sygdomme i led, ryg og muskler
- 700.000 danskere har gigt
- Ca. 200 diagnoser
- Årsag til flest tabte gode leveår blandt danskerne
- Gigt koster hvert år samfundet 25 mia. kr.
- Hyppigste årsag til langtidssygemeldinger
- Næsthypigste årsag til førtidspension





Lene Witte opfordrede sundhedsministeren og Sundhedsstyrelsen til at tage lederskabet for at udmelde rehabiliteringsdelen som et led i forløbsprogrammet for muskel- og skeletsygdomme.

**S**tatistikkerne viser, at muskel- og skeletsygdommene påvirker tilværelsen for omkring 700.000 danskere, hvoraf cirka halvdelen har kroniske smerter. Gigt omfatter mere end 200 diagnoser – alle er karakteriseret ved smerter og bevægelsesbesvær.

Gigt er den sygdomsgruppe, der er årsag til flest tabte gode leveår i Danmark, og gigt tegner sig for 25 % af alle langtidssygemeldinger. Det koster samfundet mindst 25 mia. kr. årligt – dels til behandling, dels til offentlig forsørgelse. Gigtsygdommene er den næsthøjest årsag til førtidspension, så der er god grund til, at give fysisk, psykisk og social rehabilitering politisk bevågenhed.

Rehabilitering sikrer bedre sammenhæng og højere kvalitet i behandlingen af mennesker med gigt. Men det er vigtigt, at rehabiliteringen er baseret på den nyeste viden og består af en koor-

dineret og sammenhængende indsats. Vi skal finde vejen til et bedre liv for mennesker med gigt. Indsatsen skal omfatte hele livssituationen, så det enkelte menneske kan få et selvstændigt og meningsfuldt liv med sygdommen. Og de forskellige sektorer skal koordinere indsatsen, så man ser på det hele menneske.

Gigtforeningens rapport om rehabilitering er baseret på WHO's helhedsmodel (ICF). Den viser, hvor vigtigt det er at koordinere på tværs af fag- og sektorgrænser. Andre forhold end de rent medicinske symptomer har nemlig betydning for helbred, funktions- og arbejdsevne.

### **Samarbejde på tværs af fag- og sektorgrænser**

Koordinering og samarbejde på tværs af fag og sektorer lettes, når der er en fælles forståelse for hvilket element i modellen, man som enten

læge, fysioterapeut eller kommunal sagsbehandler taler om, og hvordan dette element har indflydelse på patientens/borgerens deltagelse i samfundet og det sociale liv. Gigtforeningen vil derfor arbejde for at udbrede rehabiliteringsprogrammer for leddegigt, slidgigt og rygsygdomme.

Gigtforeningen har længe ønsket en klar og grundig beskrivelse af det faglige indhold af rehabilitering på gigtområdet. Der er gode initiativer i gang på vore behandlingssteder, på sygehusene og i kommuner, men vi har manglet faglig enighed om at beskrive, hvad den gode rehabilitering skal indeholde – og hvordan den skal gennemføres i praksis.

Vi efterlyser lederskab fra sundhedsministeren og Sundhedsstyrelsen i form af faste beskrivelser af, hvordan mennesker med muskel- og skeletproblemer skal behandles i det danske sundhedsvæsen, så vi får højet niveauet.

# Effektiv rehabilitering skal sikre bedre livskvalitet for mennesker med gigt

Indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder mener, at en klar arbejdsdeling mellem sygehus, almen praksis og kommune – kombineret med tværgående samarbejde – er vejen til at nå målet

**G**igt er årsag til langvarigt sygefravær og forringet livskvalitet. Udgifterne til behandling er i sig selv meget høje – men langt den største udgift kommer fra de mange mennesker, der ikke er i stand til at passe et arbejde, tjene penge og betale skat.

”Arbejdsmarkedet har brug for mere arbejdskraft i fremtiden, og derfor skal vi sætte fokus på, at flere kan bevare deres arbejde – trods en diagnose. Gennem forebyggelse skal Danmark blive bedre til dels at undgå kroniske sygdomme, dels at gøre det lettere at leve et normalt liv trods en diagnose,” sagde indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder i sit indlæg på Gigtforeningens halvdagsmøde om rehabilitering.

Når det gælder forebyggelse af muskel- og skeletsygdomme, spiller arbejdspladsen den største rolle: Arbejdsrutiner,

indretning og redskaber kan reducere nedslidningen af muskler og led. Men den enkelte bør også personligt gøre en indsats for at holde sig så sund som muligt.

## Saltvandsindsprøjtning

Bertel Haarder understregede, at regeringen har givet landets regioner og kommuner en saltvandsindsprøjtning på over 500 mio. kr. til indsatsen mod kroniske sygdomme. Pengene skal bruges til to formål:

- **Forløbsprogrammer til fremme af en klar arbejdsdeling** mellem sygehuse, almen praksis og kommuner. Det skal sikre sammenhængende og effektive forløb for den enkelte patient indenfor fire store sygdomsområder, hvoraf det ene er muskel- og skeletsygdomme. Forløbsprogrammerne skal være landsdækkende senest i 2012.

- **Patientuddannelsesprogrammer og fremme af egen behandling.**

Det kan f.eks. være at etablere forløbsprogrammer for alle patienter med leddegigt og hvirvelsøjlegigt. Eksemplet er fra Region Syddanmark, som også har et uddannelseskoncept for patienter med ryg- og ledsygdomme.

## Udnyt teknologien bedre

Sektorerne skal fremover kunne kommunikere med hinanden ved hjælp af elektroniske patientjournaler, som er tilgængelige for alle tre sektorer:

”Hvis en person f.eks. er faldet og kommet til skade, kunne akut-medicinen i dag på stedet via sin mobiltelefon få oplysninger om, hvad patienten har fejlet tidligere. Det må akut-medicinen bare ikke. Men den regel bliver nu lavet om,” lovede Bertel Haarder, som oplyste, at allerede til efteråret får akut-medicinerne pligt til at tjekke patientens tidligere behandlinger.



Bertel Haarder understregede, at rehabilitering handler om mere end sygdomsbehandling, fysisk træning og patientuddannelse. Det enkelte menneske skal hjælpes tilbage til en god tilværelse, enten det er i form af et job eller en aktiv tilværelse som pensionist.

Som et personligt eksempel nævnte Bertel Haarder, at han var nødt til at give en skriftlig tilladelse til, at hans praktiserende læge kunne blive informeret om, at han havde været til en undersøgelse på Glostrup Hospitals hovedpineklinik.

"Fremover bliver det fast rutine, at patientens praktiserende læge skal holdes ajour: På tværs af sektorerne skal den ene hånd naturligvis vide, hvad den anden gør, så man undgår at udfylde de samme skemaer gang på gang – og man undgår, at patienter får medicin, som ikke passer sammen," fastslog Bertel Haarder.

### **Sammenhæng – et nøgleord**

Rehabilitering er mere end sygdomsbehandling, fysisk træning og patientuddannelse. Det handler om at hjælpe den enkelte tilbage til en god tilværelse efter en sygdom eller ulykke – hvad enten det er i form af et job eller en

aktiv tilværelse som pensionist. Og vedkommende skal så vidt muligt kunne vende tilbage til sin egen bolig med mindst muligt behov for hjælp og støtte.

For alle, der kommer til skade eller får en sygdom, handler det om at blive så selvhjulpne og få så meget kvalitet i tilværelsen som muligt. Rehabiliteringen skal ske på tværs af sektorer, fagområder og lovgivning. Den gode rehabilitering forudsætter, at man i den enkelte kommune skaber sammenhæng mellem den sundhedsfaglige, sociale og beskæftigelsesmæssige indsats.

Sygefraværshandlingsplanen har vist, at nogle kommuner allerede formår at skabe denne sammenhæng i indsatsen. I Århus Kommune samarbejder jobkonsulenter og fysioterapeuter om at hjælpe langtidssygemeldte borgere med genoptræningsbehov. I dette team-samarbejde lægges planerne

for de tilbud, som patienten skal have i form af en aktiv, målrettet indsats. Jobkonsulenten er f.eks. også til stede i træningscentret, så borgeren oplever sammenhængen.

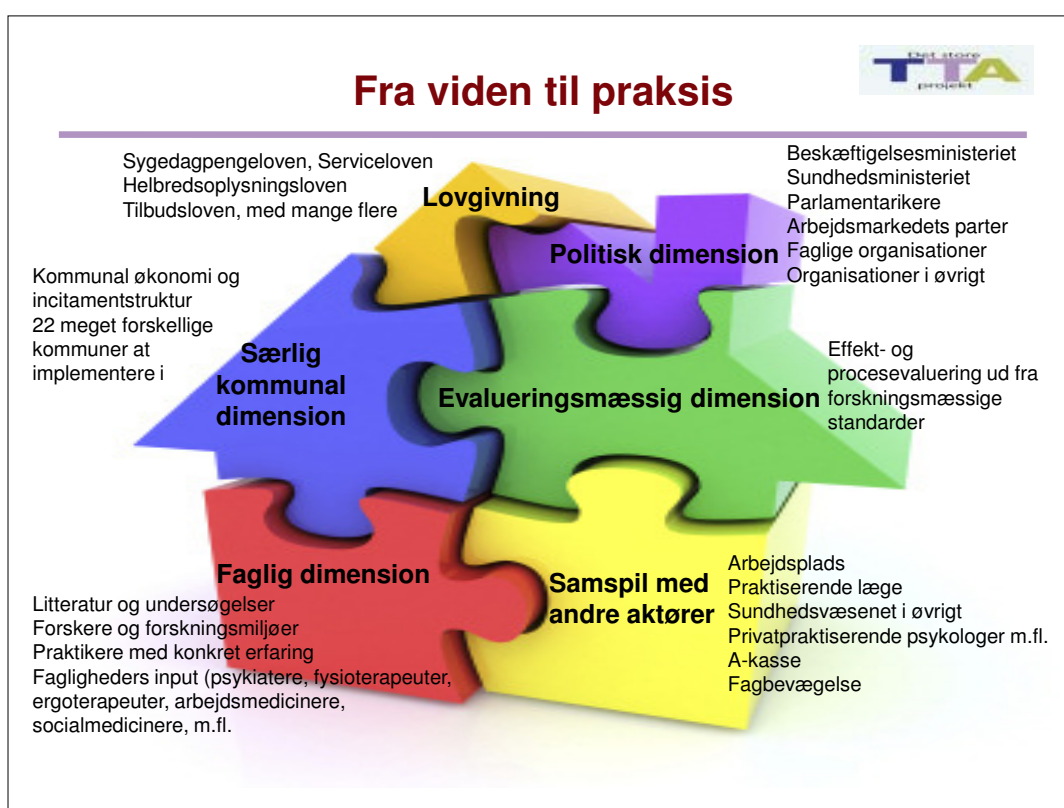
### **Brug de gode eksempler**

For at hjælpe kommunerne på vej skriver indenrigs- og sundhedsministeriet nu sammen med social-, undervisnings- og beskæftigelsesministerierne en fælles vejledning til kommunerne om eksisterende regelsæt og typiske indsatser i rehabiliteringsforløbet. Og nok så vigtigt: Der vil være en række praktiske eksempler på tværfagligt samarbejde, som har vist sig at fungere.

Målet er, at patienter med gigt eller en anden kronisk sygdom oplever sammenhæng og overskuelighed i deres forløb. Det gælder såvel i forholdet mellem sygehus, almen praksis og kommunen som i kommunens interne samarbejde og koordination.

# Sådan kan indsatserne for **sundhed** og **beskæftigelse** integreres

Palle Ørbæk, speciallæge, dr. med og direktør for Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, fremhævede, at en positiv udvikling kan fremmes ved også at inddrage det mentale helbred i indsatsen for at få sygemeldte tilbage i job







”En ekstra indsats over for den enkelte sygemeldte vil få vedkommende hurtigere tilbage til arbejdspladsen – især hvis man tager hensyn til det mentale helbred”, sagde Palle Ørbæk.

**S**elv om man har genvundet sit helbred efter en sygdomsperiode, kan det stadig være svært at komme tilbage til arbejdsmarkedet. Og man kan udmærket have en god arbejdsevne, selv om helbredet ikke er det bedste. Denne virkelighed har arbejdsmarkedets parter accepteret, og det giver gode forudsætninger for at komme videre. Palle Ørbæk pointerede, at et godt bio-psyko-socialt samspil kan få det arbejdsmæssige til at fungere.

En undersøgelse har vist, at de fleste sygemeldte kommer tilbage til jobbet i løbet af de første måneder. Udviklingen kan imidlertid forstærkes ved at gøre en ekstra indsats over den enkelte sygemeldte – og her kan det være relevant også at inddrage det mentale helbred.

En undersøgelse fra et jobcenter i Herning har vist, at der blandt personer, som havde været sygemeldt i tre måneder, led over halvdelen af mentale helbredsproblemer i form af nedstemthed, angst og svigtende selvtillid.

Psykologien og psykiatrien spiller altså også ind, når man skal acceptere en klar, biologisk lidelse.

Det Nationale Forskningscenter anbefaler i sin hvidbog om emnet

- at der sikres arbejdspladser, hvor de ansatte oplever tilfredshed med arbejdspladsens indretning,
- at patienter med muskel- og skeletsygdomme holder sig fysisk i gang (også i arbejdstiden), og at arbejdet i mange tilfælde anses for terapeutisk,
- at arbejdspladsen tilpasses med henblik på, at mennesker med muskel- og skeletsygdomme kan arbejde i størst muligt omfang – også selv om det ikke kan lade sig gøre med 100 % effektivitet.

Skal det lykkes at få flere tilbage til arbejdet, er det afgørende med en koordineret, tværfaglig og tidlig indsats. Og det er ikke nok at tænke på de fysiske forhold:

”I skal have fat i nogen, der ved noget om det psykologiske samspil på arbejdspladsen, f.eks. i forhold til kolleger og ledere. De aktive tilbud til sygemeldte – bl.a. smertehåndtering og fysisk træning – skal koordineres med aktive ændringer af arbejdsforhold, så der opleves nærvær på arbejdspladsen,” sagde Palle Ørbæk.

### Fra viden til praksis

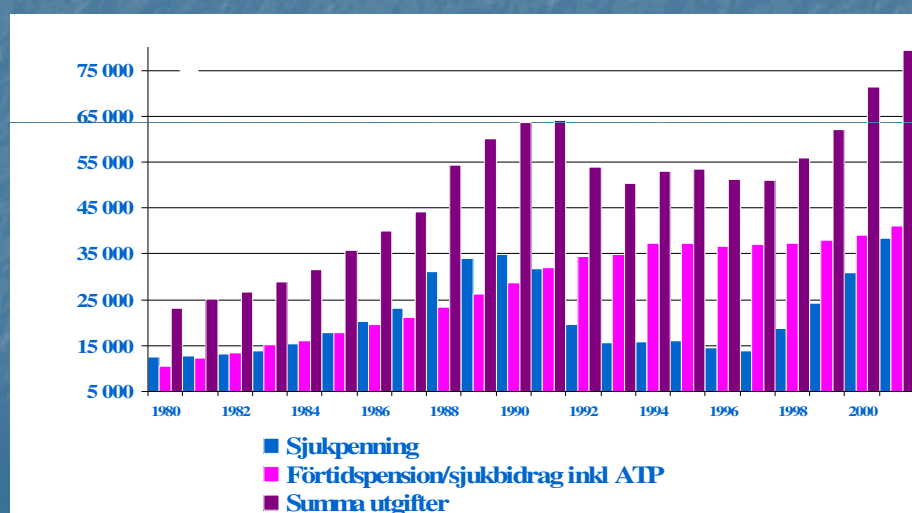
22 danske kommuner indgår i verdens hidtil største kontrollerede projekt med det formål at få flere tilbage til arbejde (TTA). Her sættes borgeren i centrum med fagfolk som støtter: TTA-team (fysioterapeut og psykolog), TTA-koordinatorer (sagsbehandlere fra jobcentrene) samt en klinisk enhed (social- og arbejdsmedicinere samt psykiatere) til de vanskeligste sager.

Palle Ørbæk pointerede, at projektets resultater bliver offentliggjort, så andre vil kunne drage nytte af erfaringerne. En national konference er planlagt til november 2012.

# Vi skal fokusere på funktionsevne i stedet for på smertebekæmpelse

Professor Bengt H. Sjölund, Syddansk Universitet, mener, at moderne rehabilitering vil kunne spare samfundet for milliardbeløb

## Sjukpenning och förtidspension – kostnader i miljoner kr per år





Professor Bengt H. Sjölund mener, at man ikke skal behandle smerter hos mennesker – men behandle mennesker med smerter. Det er vejen til effektiv rehabilitering.

**E**n svensk undersøgelse blandt 4.000 personer i Halland viser, at 34,5 % har smerter i muskler og skelet. 11,4 % har smerter i hele kroppen. 1,3 % har fibromyalgi. Og 0,5 % har kronisk leddegigt. Efter tre år har 16,4 % af dem med begrænsede kroniske smerter udviklet smerter i hele kroppen – mod kun 2,2 % af de tidligere smertefri. 57 % af dem med smerter i hele kroppen har fortsat disse smerter.

Spørgsmålet er så: Hvorfor bliver patienter uden specifikke sygdomme ved med at have smerter? En engelsk undersøgelse peger på, at sådanne smerter kan have psykosociale årsager. Bengt H. Sjölund er enig i dette og beskrev to af sine egne patienter:

- En 32-årig social- og sundhedsassistent med smerter i nakke, skuldre og ryg, har fået 150 fysioterapibehandlinger og masser af smertestilende medicin. Hun har været sygemeldt i 1½ år uden resultat.

- En ung mand lå bevidstløs i lang tid efter en bilulykke og havde en hjerneskade, som bl.a. betød, at han ikke kunne læse. Tre år senere var han aktiv som forfatter og ph.d-studerende trods diagnosen 'post-traumatic encephalopathy'.

"Jeg mener, at man snarere skal fokusere på patientens funktionsevne. Når smerterne i vid udstrækning er psykosocialt betinget, vil det være her, at en indsats nytter. Kort sagt: Man skal ikke behandle smerter hos mennesker – men behandle mennesker med smerter. Og her vil psykologer og socialrådgivere kunne bidrage positivt som en del af behandler-teamet," fastslog Bengt H. Sjölund.

Ifølge European Section of Rehabilitation Medicine handler moderne rehabilitering om bl.a. at inkludere sociale aspekter og en holistisk synsvinkel – baseret på en bio-psyko-social model. Smerterne behandles af et bredt sammensat behandler-team med patienten som teamets hovedperson. Målet er at

få patienten til at fungere i sin dagligdag trods smerterne.

### Dyrt at spare på rehabilitering

Ligesom i Danmark er smerter også dyre for den svenske samfundsøkonomi – ikke mindst når det gælder førtidspension. En førende svensk økonom har beregnet, at hvis bare 7.000 førtidspensionister årligt blev rehabiliteret efter de nyeste principper, ville det over ti år give en samlet besparelse på 10 milliarder svenske kroner.

"Men er det dyrt at rehabiliterere?" spurgte Bengt H. Sjölund retorisk. "Nej – for hvert eneste rehabiliterings-team vil netto give ca. 28 millioner svenske kroner i overskud. Problemet er bare, at det handler om forskellige budgetter i den offentlige økonomi. Sundhedsvæsenet har ingen økonomiske fordele af, at udgifterne til førtidspension falder markant. Der findes ganske enkelt ikke noget incitament i den offentlige økonomi til at gennemføre en effektiv rehabilitering."

# Evidens for at en bred indsats mod **artrose** er den optimale løsning

Hans Lund, lektor og studieleder for masteruddannelsen i rehabilitering ved Forskningsenheden for Muskuloskeletal Funktion og Fysioterapi på Syddansk Universitet, talte om evidens, fagligt grundlag og vigtige faggrupper

**D**et er vigtigt at skelne mellem behandling og rehabilitering, når man beskæftiger sig med kroniske sygdomme som f.eks. artrose. Hvor behandling har helbredelse som ultimativt mål, vil målet for en rehabilitering være at opnå et meningsfuldt og ligeværdigt liv.

"I en rehabiliteringssammenhæng er selve diagnosen ikke så afgørende som den funktions-nedsættelse, patienten oplever. I en behandlingssituation er fagfolkene formyndere for patienten, men når behandlingsmulighederne er udtømte, bliver perspektivet et helt andet. Her er man nødt til at sætte borgeren i centrum. Og det vil involvere en række forskellige faggrupper og professionelle," sagde Hans Lund.

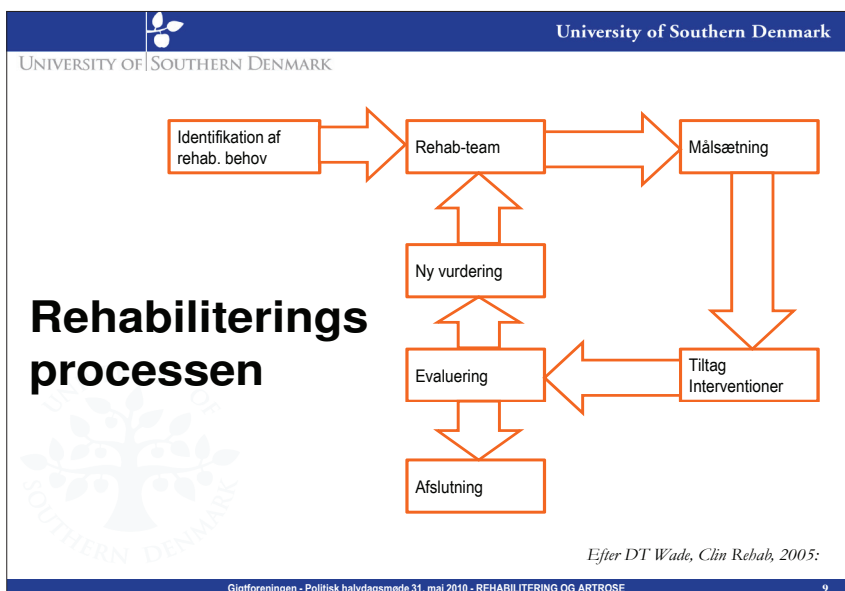
I en dansk hvidbog defineres rehabilitering som en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en

borger, pårørende og fagfolk. Rehabiliteringen tager udgangspunkt i borgeren og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

Årsagen til artrose er et symptomkompleks – f.eks. overvægt, genetik, svage

muskler, tungt arbejde etc. – der ødelægger et leds funktion. Flere forhold giver udfordringer ved behandling af artrose:

- Biologiske forandringer: Ledskade, muskeldysfunktion, ændret biomekanik mv.





Hans Lund understregede, at hvad enten behandlingen er medicin, kirurgi, fysioterapi, psykologi eller anden form for intervention, vil det være afgørende for dens succes, at borgeren er involveret.

- Psykologiske forandringer: Smerte, ændret sygdomsopfattelse, frygt, opgivelse mv.
- Socioøkonomiske forandringer: Sygefravær, støttebehov, førtidspensionering mv.
- Omgivelsesfaktorer: Påvirkning af vejr, muligheder for at komme omkring mv.
- Andre sygdomme kan på grund af inaktivitet støde til: Hypertension, diabetes mv.

For en borger med artrose vil inaktivitet det værste, der kan ske. Et rehabiliteringsteam må derfor være bredt sammensat af: Praktiserende læge, fysioterapeut, diætist, socialrådgiver, psykolog, ergoterapeut, ortopædkirurg og andre relevante fagfolk.

### Tre mål på vejen mod et bedre liv

Rehabiliteringens kortidsmål er kontrol over bevægelser ved hjælp af træning. Mellemtidsmålet handler om øget ak-

tivitet, ændret livsstil, smertekontrol og sygdomsforståelse. Langtidsmålet er at genoptage arbejdet, komme ud af hjemmet og i det hele taget være socialt aktiv.

Højst 10 % af alle med artrose har behov for operation. Mange behøver hjælp til at reducere smerter (medicin, non-farmakologisk smertebehandling, hjælpemidler mv.). Alle har brug for træning, vejledning, livsstilsjustering og selv-drevet egenomsorg (f.eks. vægttab).

”Naturligvis giver medicin en smertestillende effekt, men der findes ingen bedre effekt på funktionsevnen end kombinationen af træning og selv-drevet egenomsorg. Hvad enten behandlingen er medicin, kirurgi, fysioterapi, psykologi eller anden form for intervention, vil det være afgørende for dens succes, at borgeren er involveret,” understregede Hans Lund.

Der bør altid skelnes mellem de

behandlinger, patienten selv kan klare, og de behandlinger, som kan risikere at skabe afhængighed af en terapeut og/eller koster penge.

Hvis man vælger terapeutafhængige behandlinger, skal interventionen medføre effekt ud over den umiddelbare smertelindrende effekt. Der skal også være en effekt på funktionsevnen. Non-farmakologisk selvbehandling kan også komme på tale, da der er få eller ingen bivirkninger i forhold til farmakologisk smertebehandling.

”Skaber man en situation, hvor en patient eller borger med en kronisk sygdom bliver afhængig af en behandler, har man gjort vedkommende en bjørnetjeneste (i dette ords oprindelige betydning). Evidensen viser derimod, at rehabilitering med fokus på bio-psyko-sociale faktorer kombineret med træning og selvbehandling er omkostningseffektiv – et ”best buy”, lød konklusionen fra Hans Lund.



# Adskiller rehabilitering af rygpatienter sig fra andre patientgrupper?

Professor Jan Hartvigsen, ph.d., forskningsleder på Syddansk Universitet, rejste spørgsmålet, om rygpatienter er meget forskellige fra andre patienter – og om rehabilitering nytter noget

Ligesom ved artrosepatienter er en opgørelse over funktionsnedsættelser hos rygpatienter vanskelig, fordi rygsmerter – ligesom artrosesmerter – ikke er en entydig diagnose.

Borgere med rygsmerter er en meget heterogen gruppe, som bl.a. er betinget af, hvor rygsmerterne sidder – og hvor slemme de er.

Generelt mener en stor del af rygpatienterne, at det bare handler om at finde den rigtige behandling eller træning – og så vil smerterne forsvinde. Det er Jan Hartvigsen dog ikke helt sikker på:

“Ved artrose har alle brug for træning, vejledning og eventuelt vægttab. Rygpatienter behøver information om det naturlige forløb for rygsmerter, og om hvad der er en hensigtsmæssig adfærd. Desværre ved vi ikke, hvordan man effektivt

forebygger rygsmerter. Derimod ved vi, hvordan man effektivt forebygger rygsmerternes konsekvenser. Og det er heller ikke så ringe: Mange har behov for smertebehandling og træning – kun ganske få har behov for kirurgi.”

I modsætning til artrose, som kommer med stigende alder, starter ryglidelser tidligt i livet. Allerede fra puberteten stiger hyppigheden. Efter det fyldte 20. år flader kurven ud – og rygsmerter er et relativt konstant fænomen i

## Sammenfatning

- Rygpatienter ligner (mange) andre patienter og har derfor grundlæggende de samme rehabiliteringsbehov
- Rygsmerter starter tidligt og er hyppige i alle aldre
- Rygsmerter er en del af et i øvrigt dårligt helbred
- Ikke alle rygpatienter har gavn af træning og øvelser
- Der er nogen evidens for, at tværdisciplinære indsatser over for rygpatienter er omkostningseffektive og reducerer sygefravær og at sådanne indsatser giver tilfredse patienter
- Alle relevante faggrupper skal inddrages i rehabilitering af rygpatienter – primært læger, fysioterapeuter og kiropraktorer
- Der er i dag ikke en samlet strategi for håndtering af rygbesvær





”Fysisk aktivitet skader hverken artrose- eller rygpatienter. Øvelser og træning er gavnligt for artrosepatienter – men kun for nogle rygpatienter. Begge kategorier har behov for ICF-baseret rehabilitering,” fastslog professor Jan Hartvigsen.

befolkningen. Der ses en del degenerative forandringer i ryggen i takt med stigende alder – uden at dette kan oversættes til flere smerter.

**Forskelle og ligheder**

”Træningsmarkedet for rygpatienter har været varieret. For 20-25 år siden var Teddy Øfeldts principper om dynamisk muskeltræning det nye. Senere blev de retningspecifikke trænings-øvelser populære. Så kom den stabiliserende træning med store bolde. Og den seneste tendens er, at vi ser på generel fysisk aktivitet som en behandling,” sagde Jan Hartvigsen.

”Moden har altså været skiftende. I 2006 rejste Annals of Internal Medicine spørgsmålet, om øvelser og træning overhovedet hjælper mod rygsmerter. For de akutte patienter (< 6 uger) er der ingen effekt. For de subakutte patienter (6-12 uger) kan man se en tendens til effekt. For de kroniske patienter

(>12 uger) er der en sikker effekt,” sagde Jan Hartvigsen og tilføjede:

”Konklusionen er, at både rygsmerter og artrose er almindeligt forekommende – ofte som en del af et generelt dårligt helbred. Fysisk aktivitet skader ikke. Øvelser og træning er gavnligt for alle artrosepatienter – men kun for nogle rygpatienter. Begge kategorier af kroniske patienter har behov for ICF-baseret rehabilitering.”

**MTV-rapport**

Jan Hartvigsen har været med til at udarbejde en MTV-rapport om tværdisciplinær og tværsektoriel indsats over for patienter med ondt i ryggen i 4-12 uger.

Konklusion:

- Overvejende moderat evidens for, at tidlig tværdisciplinær indsats er mere effektiv på et klinisk relevant niveau end monofaglig indsats i primærsektoren.

- Effekten af tidlig tværdisciplinær indsats kan primært ses på reduktion af sygefravær målt ved 12 måneder (dog usikker reduktion af smerter og funktionsbegrænsning).
- Ingen entydig effekt på livskvalitet og psykosociale parametre, men gavnlig effekt på patienttilfredshed.
- De sundhedsøkonomiske analyser viser samstemmende, at tværdisciplinære interventioner resulterer i omkostningsbesparelser.
- Graderet fysisk træning kombineret med adfærdsbearbejdelse efter principperne i kognitiv intervention er hyppigst anvendt i studierne.
- Projektgruppen anser det for vigtigt, at alle relevante faggrupper – primært læger, fysioterapeuter og kiropraktorer – inddrages i arbejdet med at tilrettelægge og udføre den tværdisciplinære og tværsektorielle indsats.

# Uddannelse og rehabilitering virker for patienter med leddegigt

Professor Kim Hørslev-Petersen, Gigthospitalet i Gråsten, redegjorde for rehabilitering af leddegigtpatienter med fokus på indsatser med evidens, fagligt grundlag og vigtige faggrupper

**D**er er evidens for, at patientuddannelse og rehabilitering virker. Patientuddannelse bør tidligt tilbydes alle, og en efterfølgende tværfaglig rehabilitering bør tilbydes risikopatienter, konkluderede Kim Hørslev-Petersen i sit indlæg.

I særlig risiko er patienter med:

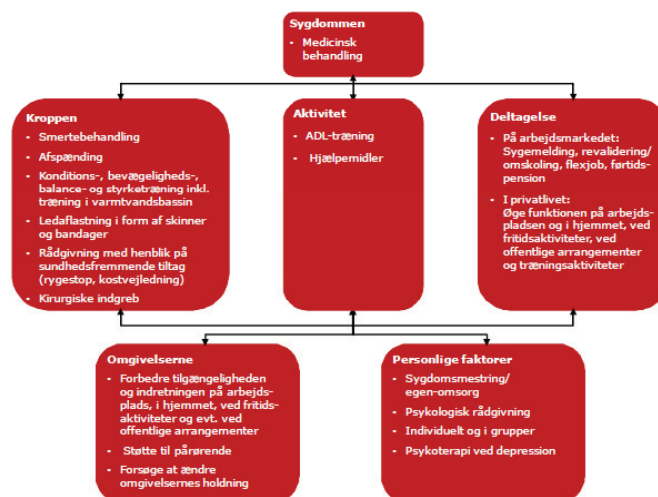
- Knogleødelæggelser
- Gigtfaktorer i blodprøver
- Stort funktionstab ved behandlingsstart
- Dårlig psykosocial status og/eller sen/ringe kontakt til sundhedssystemet.

Kim Hørslev-Petersen mener, at en forskning i samarbejdet omkring rehabilitering af leddegigtpatienter mellem kommuner og regioner bør etableres. Kompe-

tencecentre med specialiseret faglig og forskningsmæssig kompetence i rehabilitering af leddegigt kan nemlig styrke denne proces.

35.000 danskere har leddegigt, og hvert år får yderligere 1700 danskere leddegigt. Med den stigende levealder vil tallet stige dramatisk i de kommende

## Hypptigt forekommende rehabiliteringsindsatser hos patienter med leddegigt (ICF - Gigtforeningen 2010)





”Patientuddannelse forbedrer patienternes self-management og self-efficacy. På kort sigt mindskes funktionstab, smerter og træthed, mens psykologisk status forbedres,” sagde Kim Hørslev-Petersen og fremhævede, at patienter, der bruger håndteringsstrategier, har mindre funktionstab på langt sigt.

årtier og øge behovet for rehabilitering. Dette behov opvejes dog af, at bedre behandling sikrer mindre tab af funktion og erhvervsevne.

Patientuddannelse bør tilbydes gigtpatienter med begyndende tab af bevægelse og funktion, dvs. tidligt efter sygdomsstart – når patienten er klar til livsstilsændringer. Erfaringerne viser, at:

- adfærdsfokuseret intervention er bedre end information og rådgivning alene,
- hold er bedre end individuelle adfærdsprogrammer,
- undervisningen bør være fleksibel og foregå i lokalmiljøet.

På landsbasis har kun 8 % af patienter med leddegigt gennemført formaliseret patientuddannelse. Danske undersøgelser viser stor patienttilfredshed med kursusforløb omkring adfærdsfokuseret indlæring og rådgivning.

Tværfaglig rehabilitering kan bygges op omkring den internationale klassifikation af funktionsevne, ICF. Flere faggrupper og en koordinator bør tilknyttes. Formålet er, at borgeren opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation, og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

### **Effekten af stationær behandling**

Gigthospitalet i Gråsten tilbyder specialiseret tværfaglig rehabilitering til svært behandlelige leddegigtpatienter med komplekse problemstillinger, betydelige smerter og/eller funktionsproblemer, hvor behandlingsindsatsen i primærsektoren eller i ambulant regi har været utilstrækkelig eller umulig, og hvor indsats forventes at kunne have betydende funktionsforbedrende eller smertemindskende effekt.

Klinisk betydende effekt af stationær rehabilitering ses i en række relevante effektmål hos mellem 37 % og 69 % af de patienter, der har deltaget i tværfaglig rehabilitering i Gigtforeningens træningscentre og på Gigthospitalet.

Det skønnes at 1100 patienter med leddegigt årligt har behov for specialiseret stationær rehabilitering i Danmark, svarende til 3 % af alle leddegigtpatienter. Kun 0,6 % får dette tilbud.

En ramme for beskrivelse af rehabilitering fokuserende på sammenhæng, struktur, proces og udkomme er under udvikling i nordeuropæisk regi. Relaterede effektmål bør efter Kim Hørslev-Petersens opfattelse undersøges – og en sammenligning mellem behandlingsenheder gennemføres.

# Norske erfaringer med behandling og rehabilitering

Professor Kåre Birger Hagen fra Nasjonalt Revmatologisk Rehabiliterings- og Kompetansesenter (NRRK), Diakonhjemmet Sykehus og Universitet i Oslo, fortalte om behandling og rehabilitering af gigtpatienter i Norge

**D**et typiske patientforløb for en norsk patient med en reumatisk sygdom består af fire faser: Diagnose, medicinsk behandling, primær rehabilitering (fokus på træning) og senere rehabilitering (fokus på udfordringer vedrørende aktivitet og deltagelse, herunder psykosociale problemstillinger).

Den reumatologiske rehabilitering i Norge foregår på flere niveauer:

- De kommunale sundhedstjenester
- Regionale rehabiliteringsinstitutioner og helsesportscentre
- Reumatologiske sygehusafdelinger og specialsygehuse
- Specialiseret national reumatologisk rehabiliteringsinstitution
- Behandlingsrejser

De norske sygehuse blev i 2002 overtaget af staten og er organiseret i fire regionale statslige helseforetagender. Hver region

har ansvaret for sine egne patienter. Desuden eksisterer der et betydeligt netværk af private rehabiliteringsinstitutioner, som har tilbud til patienter med reumatiske sygdomme.

For nogle år siden var Kåre Birger Hagen med til at udbrede kendskabet

til indholdet og resultaterne af den reumatologiske rehabilitering i Norge.

Projektgruppen satte fokus på:

- **S**trukturer,
- **P**rocesser og
- **O**plevelser i
- **R**eumatologisk rehabilitering.

## Rehabiliteringsbehov i forhold til fase

Rehabiliteringsfase	Rehabiliteringsbehov
Diagnosefase	Sykdomsforståelse for å kunne orientere seg i ny livssituasjon
Medisinsk behandlingsfase	Funksjonstrening/forbedring, individuell veiledning
Tidlig rehabiliteringsfase	Funksjonstrening/forbedring, fokus på aktivitet og deltagelse, videreutvikling av gode mestringsstrategier
Sen rehabiliteringsfase	Utfordringer med aktivitet og deltagelse som følge av ulike tilleggsbelastninger; eks sammensatte psykososiale problemstillinger, medikamentavhengighet eller lignende

(Innspill fra regional arbeidsgruppe innen reumatologisk rehabilitering Helse Sør-Øst til Regionalt fagråd i rehabilitering 2009)







Øget fokus på rehabiliteringstjenesternes faglige kvalitet bliver en udfordring for det norske sundhedsvæsen, forudser professor Kåre Birger Hagen fra Nasjonalt Revmatologisk Rehabiliterings- og Kompetansesenter (NRRK).

SPOR-projektgruppen fulgte patienterne fra indlæggelse til udskrivning og seks måneder efter udskrivning. I alt ni rehabiliteringsinstitutioner (primært artrosepatienter) og 24 sygehusafdelinger (primært patienter med inflammatoriske lidelser):

- På rehabiliteringsinstitutionerne var behandlerne læger, fysioterapeuter, sygeplejersker og til dels ergoterapeuter og socionomer.
- Indlagte på sygehusafdelingerne blev behandlet af læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og socionomer – kun én enhed havde en psykolog.
- I dagrehabiliteringen stod sygeplejersker og fysioterapeuter for behandlingen – med læger til rådighed.

Resultaterne af behandlingerne var, at de fleste patientgrupper oplevede bedring i deres fysiske sundhed frem

mod udskrivningstidspunktet, mens de opererede (f.eks. ny hofte) oplevede fortsat bedring efter udskrivningen. Med hensyn til smerter og træthed var det omvendt: Her oplevede de øvrige patientgrupper forbedringer efter udskrivningen, mens situationen var uændret for de opererede.

En regional gruppe inden for reumatologisk rehabilitering har arbejdet med at forbedre sammenhængen i rehabiliteringskæden – hvilke patienter skal behandles hvor?

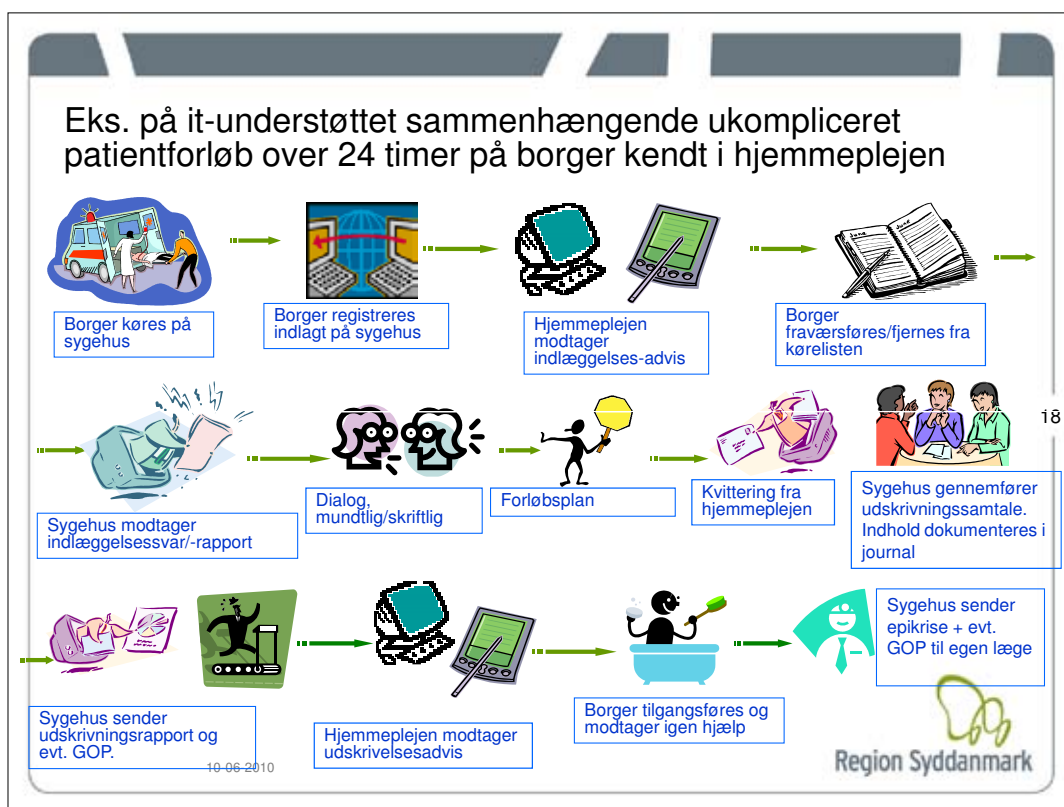
- Rehabiliteringsinstitutioner er primært for patienter med behov for træning af fysiske funktioner, og som ikke får dækket dette behov i den kommunale sundhedstjeneste.
- Rehabiliteringstilbud på sygehusniveau er en flerområde-funktion ved indlæggelser, hvor polyklinisk rehabilitering foregår på alle reumatologiske afdelinger.

- Rehabilitering i den nationale behandlingstjeneste er for de mest komplekse patienter, som på sygehusniveau er forsøgt rehabiliteret uden tilfredsstillende resultat. Dog er mange sygehuse tilbageholdende med at sende patienter til behandling andre steder.

“Lige nu er vi i Norge meget optagede af en reform, der skal skabe bedre sammenhæng i behandlingen ved at styrke kommunernes sundhedstjenester og øge fokus på forebyggelse. Desuden har Helsedirektoratet udarbejdet en rapport om de private rehabiliteringsinstitutioners fremtidige rolle og placering i specialistsundhedstjenesten,” fortalte Kåre Birger Hagen og tilføjede, at et øget fokus på rehabiliteringstjenesternes faglige kvalitet bliver en af de fremtidige udfordringer i Norge.

# Rehabilitering på tværs af professioner, sektorer og politiske niveauer

Afdelingschef Peter Simonsen, Region Syddanmark,  
har været med til at udvikle samarbejdet mellem regionen og  
dennes kommuner vedrørende kroniske sygdomme



Kommunerne arbejder med rammestyring og skal opfylde nogle servicemål, mens sundhedsvæsenet er efterspørgselsstyret og honoreres efter aktiviteter.



Peter Simonsen anbefaler, at regelstyringen erstattes af dialogbaseret styring, samt at professioner og sektorer respekterer hinandens opgaver. Desuden er en bedre involvering af borgerne essentiel.

**R**egion Syddanmark ønsker at skabe en velfungerende organisering på tværs af sundhedssektorerne. Målet er, at borgerne oplever en sammenhæng i sundhedsydelserne. Afdelingschef Peter Simonsen tog udgangspunkt i kommunalreformen:

Reformen betyder, at et smalt sundhedsvæsen skal udvikle sig til et bredere med flere opgaver til kommunerne – ikke mindst inden for genoptræning og rehabilitering. Regionen skal derfor sikre, at indsatsen på sygehus, i kommune og almen praksis fungerer sammenhængende. Udgangspunkterne er imidlertid forskellige. Sygehusene domineres af et sundhedsfagligt, evidensorienteret styringsrationale med fokus på at opnå en sundhedsmæssig effekt baseret på evidens, sundhedsfaglige instrukser, vejledninger og regimer.

Kommunerne domineres af et socialfagligt serviceorienteret styringsrationale, hvor service-lovgivningen beskriver "skal-ydelser" detaljeret i paragraffer, og politisk fastsatte kvalitetsstandarder – ofte med fokus på hyppighed, varighed

og tildelte ydelser. Dertil kommer en privatpraktiserende lægesektor i form af en række små virksomheder med en fælles overenskomst. At så forskellige størrelser skal spille sammen, giver udfordringer for sektorer, forvaltninger, afdelinger, faggrupper etc. – ikke mindst fordi borgerne helst skal opleve, at der er en rød tråd i hele forløbet.

### Sammenhæng

Kommunikation baseret på et dialogbaseret samarbejde – med patient/pårørende og mellem sektorerne – er alfa og omega for at få tingene til at lykkes. I sundhedssektoren er der allerede god elektronisk kommunikation. (Se illustrationen).

Peter Simonsen understregede, at det skitserede forløb fungerer effektivt: Det er blot et spørgsmål om at sætte de involverede it-systemer op og ofre de nødvendige ressourcer i form af økonomi og personale. Samarbejdet mellem sygehus, kommune og almen praksis fungerer godt – men det kunne blive endnu bedre, hvis befolkningen/patienterne også blev bedre involveret i dette samarbejde.

En rehabiliteringsplan, som sikrer overdragelse af information fra sygehuse til både kommuner og alment praktiserende læger, vil kunne være en del af løsningen. I den forbindelse vil det være relevant at bruge et fælles sprog (ICF), som gør det let at bruge og genbruge allerede eksisterende data.

"Det helt centrale for såvel genoptræningsplaner som rehabiliteringsplaner er, at ingen af de samarbejdende parter, kan diktere hinanden noget. Behovet og potentialet eksisterer – men man må respektere, at man passerer en sektorfaktor – og at den nye myndighed dermed også skal have indflydelse," sagde Peter Simonsen og tilføjede: "Selvfølgelig vil dette ikke blive let. Det vil være nødvendigt med it-systemer, der kan kommunikere på tværs af sektorer og forvaltninger – dvs. at informationerne er de samme, hvad enten de kaldes frem på sygehuset, hos den praktiserende læge eller i hjemmeplejen. I Region Syddanmark kan vi i dag håndtere forskellige it-standarder, og det fungerer godt."

# De nationale initiativer for rehabilitering af gigtsygdomme

Overlæge Jean Hald Jensen, Sundhedsstyrelsens enhed for planlægning,  
orienterede om arbejdet i et nyetableret team for kronisk sygdom

**590** mio. kr. er blevet afsat til en forstærket indsats for kronisk syge. Puljen vedrører udvikling og implementering af forløbsprogrammer for kroniske sygdomme. Dertil kommer en ekstra pulje vedrørende patientundervisning og egenbehandling. Målet er implementering af lokalt tilpassede forløbsprogrammer for diabetes, muskel-skeletlidelser, KOL og hjerte-kar-sygdomme. Tidsfristen 31. december 2012.

Alle regioner har påtaget sig at implementere forløbsprogrammerne, mens det er frivilligt for kommunerne og de praktiserende læger at medvirke. Mange steder er arbejdet dog i fuld gang – også initiativer, som ikke er omfattet af puljen på de 590 mio. kr.

Sundhedsstyrelsens opgave er at videreudvikle den generiske model for forløbsprogrammer, så den bliver

let at anvende i forhold til muskel- og skeletsygdomme samt psykiatriske sygdomme. Desuden skal der etableres en landsdækkende videndeling på kronikerområdet. Hver region skal igangsætte mellem fem og 18 projekter, mens kravet til kommunerne er mindst ét projekt i alle 98 kommuner.

Det generiske forløbsprogram for kronisk sygdom skal kunne bruges i forhold til f.eks. muskel- og skeletsygdomme samt psykiatriske sygdomme. Andre mål er:

- Landsdækkende videndeling på kronikerområdet

Sundhedsstyrelsen  
National Board of Health

## Vejledning om kommunal rehabilitering

Vejledningen skal:

- give et samlet overblik over gældende lovgivning, der er relevant for rehabiliteringsforløb
- beskrive kommunale indsatser og ydelser, der typisk indgår i rehabiliteringsforløb på sundhedsområdet, det sociale område, undervisningsområdet og beskæftigelsesområdet og opstille konkrete modeller/redskaber for samarbejde og sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af forvaltningsområder
- beskrive sammenhængen mellem kommunale og regionale rehabiliteringsopgaver og fremlægge forslag til konkrete modeller for samarbejde og sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af sektorer, herunder modeller for effektive overgange



På baggrund af de ansøgninger, som Sundhedsstyrelsen har modtaget, regner overlæge Jean Hald Jensen med, at kun 39 af de 98 kommuner vil kunne overholde fristen for etablering af forløbsprogrammer for muskel- og skeletsygdomme.

- Udbredelse af egenbehandling som princip
- Vejledning af regioner og kommuner om kvalitetssikring af patientuddannelse
- Evalueringer af f.eks. genindlæggelsesfrekvens og patienttilfredshed – og en samlet afsluttende evaluering af alle gennemførte tiltag

Den generiske model for forløbsprogrammer skal bl.a. bygge på erfaringer fra kommuner, praksis og regioner. Erfaringer med pakkeforløb på hjerte- og kræftområdet skal også bruges som inspiration.

### **Kommunerne er bagud**

Indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder udtrykte i sit indlæg en forventning om, at der senest ved udgangen af 2012 vil være et forløbsprogram for muskel- og skeletsygdomme i alle regioner og kommuner. På baggrund af de ansøgninger, som Sundheds-

styrelsen har modtaget, regner Jean Hald Jensen med, at kun 39 af de 98 kommuner kan overholde fristen.

Langt de fleste kommuner går i gang med diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdomme. Først derefter vil de lave forløbsprogrammer på muskel- og skeletområdet. Jean Hald Jensen tilføjede, at det efter hendes vurdering vil være regionernes forløbsprogrammer for muskel- og skeletsygdomme, som kommer til at drive udviklingen i kommunerne.

Ved behandling af muskel- og skelet-sygdomme i et forløbsprogram vil der være behov for rehabilitering, f.eks. i form af nogle komponenter vedrørende uddannelse og beskæftigelse.

At forløbsprogrammerne kan blive forsinkede, bør dog ikke hindre kommunerne i at starte på at udvikle den kommunale rehabilitering af muskel- og skeletsygdomme, understregede Jean Hald Jensen.

En tværministeriel arbejdsgruppe er nedsat for at udarbejde en vejledning til kommunerne om rehabilitering inden for rammerne af gældende lovgivning. Vejledningen skal:

- give et samlet overblik over gældende lovgivning, der er relevant for rehabiliteringsforløb
- beskrive kommunale indsatser og ydelser, der typisk indgår i rehabiliteringsforløb på sundhedsområdet, det sociale område, undervisningsområdet og beskæftigelsesområdet og opstille konkrete modeller/redskaber for samarbejde og sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af forvaltningsområder
- beskrive sammenhængen mellem kommunale og regionale rehabiliteringsopgaver og fremlægge forslag til konkrete modeller for samarbejde og sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af sektorer, herunder modeller for effektive overgange.



### **Færre syge**

Gigtforeningen kæmper for et samfund, hvor færre er plaget af smerter og nedsat fysisk funktion

### **Bedre liv**

Gigtforeningen arbejder for bedre livskvalitet til de 700.000 danskere, der lever med en sygdom i led, ryg eller muskler

### **Mere viden**

Gigtforeningen støtter forskningen i forebyggelse, behandling og helbredelse

### **Flere muligheder**

Gigtforeningen giver mennesker viden og værktøjer til selv at handle

