

Følgrebrev sendt til alle
Sundhedsordførere
Socialordførere
Beskæftigelsesordførere

November 2011
/lmt

Rehabilitering sparer penge og giver livskvalitet

Kære

Rehabilitering handler om at genskabe en tilfredsstillende livskvalitet for det enkelte menneske i forbindelse med alvorlig sygdom. For de fleste mennesker har tilknytning til arbejdsmarkedet en stor betydning for livskvaliteten. Gigt-sygdomme er den næsthøypigste årsag til førtidspension og den hyppigste årsag til langtidssygemelding. Desuden er gigt den sygdomsgruppe, hvor færrest vender tilbage til arbejdsmarkedet – blandt andet på grund af manglende koordination mellem social-, sundheds- og beskæftigelsessektorerne.

Løsningen er, at vi øger indsatsen for at rehabilitere mennesker med muskel- og skeletsygdomme som slidgigt, leddegigt og rygsygdom. Samfundet har brug for, at flest muligt er selvforsørgende, og derfor vil det både gavne den enkelte og samfundsøkonomien, at flere mennesker får en ordentlig rehabilitering. Vi fremsender derfor en række publikationer og undersøgelser, som du kan bruge, hvis du har lyst til at bidrage til denne indsats. I øvrigt præsenteres Hvidbog II om rehabilitering onsdag den 9. november. Den giver et bud på, hvordan vi kan gennemføre rehabilitering via mere tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

Fasthold folk i arbejde og spar 1,1 mia. årligt

Sundhedspolitik handler i høj grad om prioritering af penge. Når det gælder mennesker med muskel- og skeletsygdomme, kan en effektiv rehabilitering nedbringe deres sygefravær og sikre, at de bliver fastholdt på arbejdsmarkedet. På den måde kan rehabilitering medføre besparelser i de offentlige udgifter til overførselsindkomster, der langt overstiger omkostningerne ved tiltagene.

Vi dokumenterer i vedlagte undersøgelse, *hvordan samfundet ved en bedre rehabilitering kan spare 1,1 milliarder kroner om året* i udgifter, der alene skyldes sygemeldinger. Hertil kommer faldende udgifter til førtidspensioner og mindre forbrug i sundhedsvæsenet. Læs vores beregninger og se, hvor og hvordan de store besparelser kan opnås til alles fælles bedste.

Rehabilitering kræver politiske beslutninger

En forstærket rehabiliteringsindsats kræver politisk handling og faglig viden. Til det brug har Gigtforeningen også udarbejdet et inspirationskatalog (vedlagt) om rehabilitering af mennesker med muskel- og skeletsygdomme. Her kan du læse en stribe evidensbaserede eksempler på, hvordan vi i praksis kan

Gigtforeningen
Gentoftevej 118
2820 Gentofte
tlf 39 77 80 00
fax 39 65 11 96
info@gigtforeningen.dk
www.gigtforeningen.dk

Gigtforeningen er en
privat og uafhængig
organisation, som støtter
gigtforskning og arbejder
for bedre behandling
og større livskvalitet for
de 700.000 mennesker
i Danmark, der lever
med en led-, ryg- eller
muskelsygdom

Under protektion af
Hendes Majestæt
Dronning Margrethe

blive bedre til at sammentænke den nuværende indsats på tværs af sektorer.
Du kan også finde mere viden på www.gigtforeningen.dk/rehabilitering.

Vi håber, du vil hjælpe os i kampen for en bedre livskvalitet og samtidig være med til at spare samfundet for en stor ekstraregning.

Med venlig hilsen



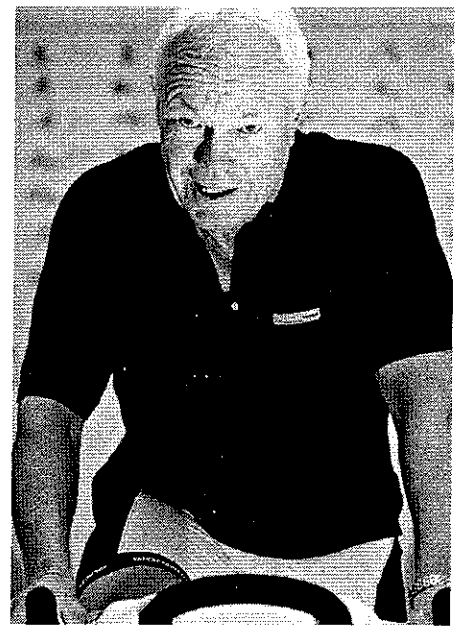
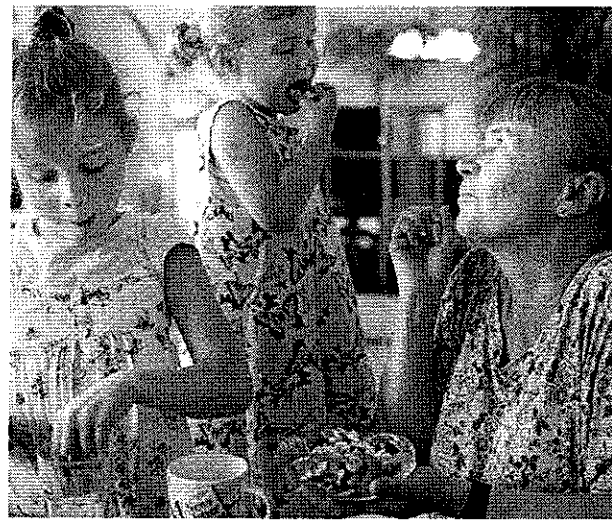
Lene Witte
Direktør
Tlf. 39 77 80 36
l.witte@gigtforeningen.dk
www.gigtforeningen.dk

Vedlagt:

Inspirationskataloget "Tværfaglig rehabilitering – veje frem, når du skal tilbage"

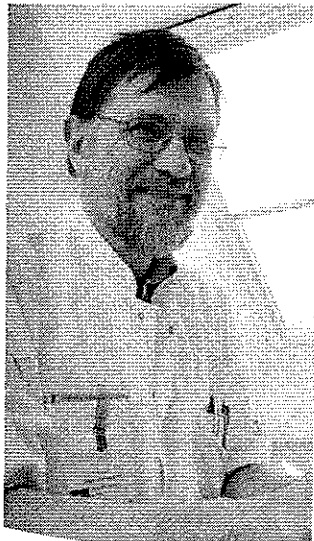
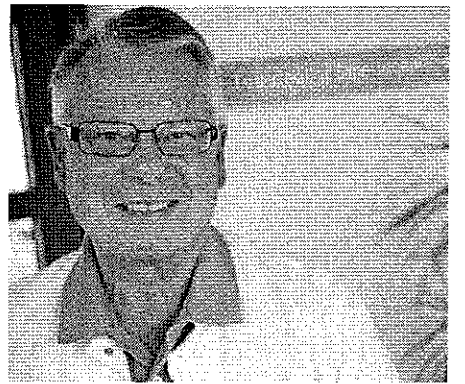
Notat: Rehabilitering af mennesker med muskel- og skeletsygdomme. Hvad kan der spares på de offentlige udgifter?

Gigtforeningens rehabiliteringsstrategi



Tværfaglig rehabilitering

– Veje frem, når du skal tilbage



Gigtforeningen
for alle med ondt i led, ryg og muskler

- S. 3 **Inspiration til bedre reumatologisk rehabilitering**
Gigtforeningen mener, at den reumatologiske rehabilitering trænger til markant forbedring. Det vil øge patienternes livskvalitet og gavne samfundsøkonomien.
- S. 4 **Hurtigt tilbage til jobbet med en koordineret indsats**
Hver anden langtidssygemeldte kan være tilbage på arbejdsmarkedet i løbet af 16-18 uger, hvis regionen og kommunen samarbejder efter KIA-metoden.
- S. 6 **En vej til færre langvarige sygemeldinger**
80 gravide holdes i gang med træning op til og efter fødselen. Det forebygger sygdomme og komplikationer, herunder smerter i led, ryg og muskler.
- S. 8 **Nye veje til et godt liv med leddegigt**
Kvinder og mænd med leddegigt i Region Syddanmark har sammen med fagfolk udviklet en uddannelse for mennesker med nydiagnosticeret leddegigt.
- S. 10 **Mennesker er forskellige – derfor behandles alle individuelt**
85 % opnår et signifikant bedre fysisk funktionsniveau efter multidisciplinær rehabilitering på Center for Sundhed og Træning (CST).
- S. 12 **Tværfagligt Smertecenter – en endestation med succes**
Landets tværfaglige smertecentre beskæftiger læger, psykologer, sygeplejersker, fysioterapeuter og socialrådgivere. De udvikler viden og behandlingsteknikker, som kan hjælpe kroniske smertepatienter, der ellers må opgives af samfundet.
- S. 14 **Artrosepatienter har gavn af fysisk træning**
Alle patienter, der har fået indopereret en ny hofte, bliver genoptrænet. Svenske erfaringer med artroseskoler (slidgigtsskoler) viser, at fysisk træning også kan være nyttig før operationen.

Inspiration til bedre rehabilitering

Gigtforeningen mener, at den reumatologiske rehabilitering trænger til markant forbedring. Det vil øge patienternes livskvalitet og gavne samfundsøkonomien.

Rehabilitering er et fremmedord i den danske lovgivning, som alene taler om genoptræning. Sundhedsmyndighedernes generelle holdning er, at genoptræning omfatter patientens fysiske, psykiske og sociale funktionsevne, men i praksis tolkes det snævert; således fokuserer praktisk taget alle genoptræningsplaner primært på den fysiske funktionsevne.

Patientens psykosociale problemstillinger og tilknytning til arbejdsmarkedet bliver ikke vurderet. Der er derfor brug for at udvide genoptræningsbegrebet til rehabilitering, som er et mere dækkende begreb med et bredere syn på indsatsen.

Sundhedspolitik handler i høj grad om prioritering af penge. Når det gælder patienter med muskel- og skeletsygdomme, kan effektiv rehabilitering bringe flere patienter hurtigere tilbage til arbejdsmarkedet. Det er et argument, der bør tælle hos beslutningstagerne.

For den enkelte patient handler rehabilitering om at genskabe en tilfredsstillende livskvalitet. Og for flertallet har en fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet stor betydning for livskvaliteten. Da samfundet har brug for, at flest muligt er selvforstående, vil en bedre reumatologisk rehabilitering gavne både patienterne og samfundsøkonomien.

For at fremme den reumatologiske rehabilitering, arbejder Gigtforeningen for:

1. at patienter med behov for det, skal have ret til en rehabiliteringsplan og at ansvaret herfor sikres entydigt
2. at rehabilitering skal være tværfaglig og foregå på tværs af sektorer
3. at rehabilitering indarbejdes i de kommende forløbsprogrammer for muskel- og skelet-sygdomme
4. at der afsættes penge til fortsat forskning og udvikling af reumatologisk rehabilitering
5. at viden om reumatologisk rehabilitering samles i et videns- og forskningscenter for reumatologisk rehabilitering
6. at reumatologisk rehabilitering indgår i relevante uddannelsesforløb
7. at der på sygehusniveau etableres en højtspecialiseret funktion for reumatologisk rehabilitering.

Dette inspirationskatalog beskriver en række gode evidensbaserede eksempler på, hvordan patienter med muskel- og skeletsygdomme er blevet rehabiliteret og har fået et bedre liv. Med disse eksempler ønsker vi at vise, hvordan nuværende indsatser i højere grad kan sammentænkes og koordineres på tværs af sektorerne.



I håb om en bedre
rehabiliteringsindsats!

Lene Witte

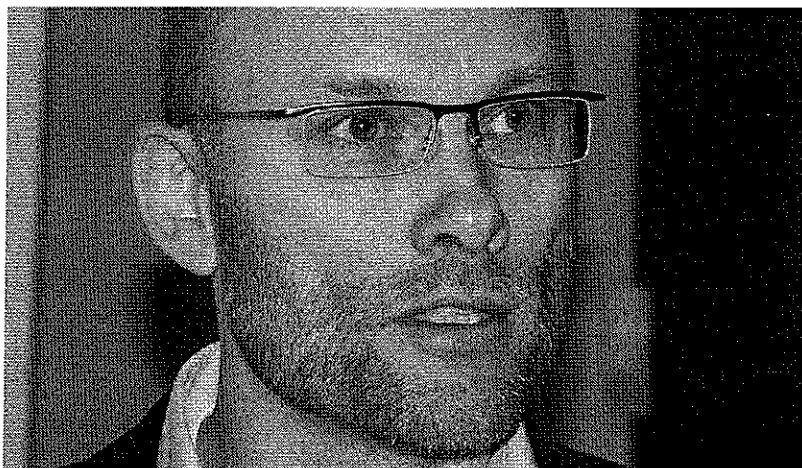
Lene Witte,
direktør i Gigtforeningen

Hurtigt tilbage til jobbet med en koordineret indsats

Hver anden langtidssygemeldte kan være tilbage på arbejdsmarkedet i løbet af 16-18 uger, hvis regionen og kommunen samarbejder efter KIA-metoden.

Mange sygemeldte borgere kommer let videre ved hjælp af træning og den rette vejledning. En succesfuld rehabilitering forudsætter et tæt samspil mellem de parter, som er involveret i at hjælpe den sygemeldte borger. Ofte kan det være en fordel at lade koordineringsarbejdet udgøre en selvstændig disciplin.

KIA-metoden (Koordineret Indsats for Arbejdsfastholdelse) er baseret på et projekt fra det daværende Vejle Amt. Her gennemførte amtet i samarbejde med Arbejdsmiljøinstituttet, Syddansk Universitet og konsulentfirmaet KIApro en koordineret indsats for sygemeldte med længerevarende smerter i bevægeapparatet.



- Af en gruppe borgere, som har været sygemeldt i 26 uger, vil i gennemsnit hver anden kunne komme i arbejde på 9-10 uger, siger direktør Jørgen Kilsgaard, KIApro.

- I de efterfølgende år har 12 kommuner gennemført tilsvarende forløb for sygemeldte, oplyser direktør Jørgen Kilsgaard, KIApro. Programmerne har været ret forskellige, så vi kan ikke fremlægge en sammenfattende analyse, men det er muligt at give nogle estimater baseret på erfaringerne.

- Tager vi en gruppe borgere, som har været sygemeldt i 7 uger, vil det typisk være muligt at få i gennemsnit 65 % af dem tilbage i arbejde i løbet af 3-4 uger. Hvis borgerne har været sygemeldt i 26 uger, skal der typisk bruges 9-10 uger for at få samme andel tilbage på arbejdsmarkedet.

- For langtidssygemeldte borgere – det vil sige mere end 52 uger – må man regne med 16-18

KIApro-metoden

I stedet for at fokusere på, hvad patienten ikke kan, sættes fra dag 1 fokus på, hvad der skal til at få vedkommende tilbage til arbejdspladsen.

Udredningen består af 5 punkter:

1. En læge med speciale i arbejdsmedicin eller en anden relevant ekspert vurderer patientens symptomer – f.eks. ondt i ryggen.
2. En kiropraktor eller anden relevant ekspert vurderer derpå funktionsevnen – f.eks. mulighed for at løfte.
3. En arbejdspladskonsulent tager stilling til forholdene på patientens arbejdsplads og de eventuelle behov for ændringer.
4. En psykolog vurderer, om der er behov for at arbejde med psykologiske forhold hos personen.
5. Afslutningsvis vurderes patientens samlede situation ved en tværfaglig konference. Herefter gennemføres en målrettet og individuelt tilrettelagt indsats i samarbejde mellem region, kommune og koordinator.

CASE 1

ugers indsats for at få i gennemsnit 50 % af dem tilbage til arbejdet efter indsatsen. For den resterende del vil det tage længere tid at vende sikkert tilbage. Nogle vil ikke skulle tilbage til samme arbejdsfunktion, og nogle skal finde et nyt arbejde. Meget afhænger naturligvis af profilerne på de enkelte sygemeldte borgere.

Koordinering – en selvstændig disciplin

Jørgen Kilsgaard påpeger, at koordineringen er omdrejningspunktet og helt afgørende for indsatsens succes. Regionernes sygehuse skal udrede og behandle sygdom. Kommunernes sundhedscentre og jobcentre skal genoptræne og hjælpe de sygemeldte borgere tilbage til arbejdsmarkedet. Den indsats kræver samarbejdsvilje fra alle involverede. Det vil ofte være nødvendigt med en koordinator til at sikre overblikket.

- En anden vigtig erfaring er kun at tilbyde tværfaglig behandling til sygemeldte, som reelt har behov for det. Ellers er der risiko for at forlænge forløbet. Komplekse og sammensatte forløb kræver en anden indsats end f.eks. situationer, hvor personen blot skal i gang med at træne og have en hurtig hjælp med jobbet.

- Manglende prioritering af ressourcerne har i praksis vist sig at forlænge forløbene fra sygehus til arbejdsplads. Så derfor: Tænk samfundsøkonomisk og undlad så vidt muligt at "sygeligøre" borgerne unødigt, lyder anbefalingen fra Jørgen Kilsgaard.

Da Brian fra Brønderslev fik en diskusprolaps

30-årige Brian Sørup Jensen fra Brønderslev er lastbilmekaniker. Han er glad for sit arbejde, som af og til indebærer tunge løft og ubekvemme arbejdsstillinger. Den 18. november 2010 får han pludselig meget ondt i ryggen og går til lægen, som giver ham en sygemelding og en henvisning til fysioterapi.

Der er tale om en diskusprolaps. Brian passer behandlingerne hos fysioterapeuten uden at få det bedre. På baggrund af sygemeldingen beder kommunens jobcenter KIApro om at starte et forløb. Den 4. januar får Brian en tværfaglig screening hos KIApro. To dage senere kommer han til en forundersøgelse på et privathospital, og kort tid efter bliver han skannet.

På baggrund af skanningen bliver Brian delvist raskmeldt og begynder at træne tre gange om ugen i et træningscenter. Træningen sker

efter vejledning af en kiropraktor fra KIApro, der også sørger for, at en ergoterapeut giver ham gode råd om at klare løft og andre belastninger i jobbet.

Præcis 10 uger efter det første besøg hos lægen er Brian tilbage på lastbilværkstedet som delvis raskmeldt med 18 timers arbejde om ugen. Et par uger efter sættes arbejdstiden op til 25 timer. Sideløbende sørger Brian for at passe sin træning – og den 4. april er han tilbage på fuld tid.

- Jeg skal selvfølgelig stadig tænke over, hvor meget jeg løfter – og hvordan jeg gør det. Min erfaring er, at jeg har det bedst, når jeg holder mig i gang. Derfor passer jeg stadig min træning. Nogle dage må man bide smerterne i sig, men de forsvinder igen, siger Brian, som nu også har fået mere overskud til at være sammen sin kone og parrets tre børn.



Foto: Finn Folsted

Lastbilmekaniker Brian Sørup Jensen fik konstateret diskusprolaps 18. november 2010 – og 4. april 2011 var han tilbage i jobbet på fuld tid.

En vej til færre langvarige sygdommeldinger

Rygsmarter kan være et alvorligt problem. Hvis man tillige er sygmeldt, har man to alvorlige problemer. En målrettet og effektiv hospitalsbaseret rehabilitering af rygpatienter kan afkorte den periode, hvor patienterne er sygmeldte.

Center for Bevægeapparatlidelser blev i 2004 oprettet på Regionshospitalet Silkeborg. Baggrunden var kommunale erfaringer, der viste, at en sygdommelding på mere end 4 uger som følge af lænde-rygsmarter ofte ville ende med at blive langvarig (i gennemsnit 36 uger).

Under ledelse af overlæge Ole Kudsk Jensen, der er specialist i reumatologi og intern medicin, gennemførte centret et projekt vedrørende sygdommeldte borgere med lænde- og rygsmarter. Målgruppen var patienter, som på grund af sådanne smerter havde været helt eller delvist sygmeldt fra deres job i 4-12 uger. Patienterne blev henvist af egen læge.

Nye patienter med lænde- og rygsmarter bliver fortsat henvist og indgår i nye projekter med lignende indsatser.

Fremgangsmåden

Ved modtagelsen i centret udfylder patienterne et omfattende spørgeskema. Herefter bliver de undersøgt og rådgivet af den reumatologiske overlæge, som bl.a. tager stilling til, om der eventuelt er behov for yderligere undersøgelser, herunder MR-skanning. De kommer til test hos en fysioterapeut, der vejleder dem om motion, øvelser og træning. Til sidst bliver de ved lodtrækning placeret i en af de to behandlingsgrupper.

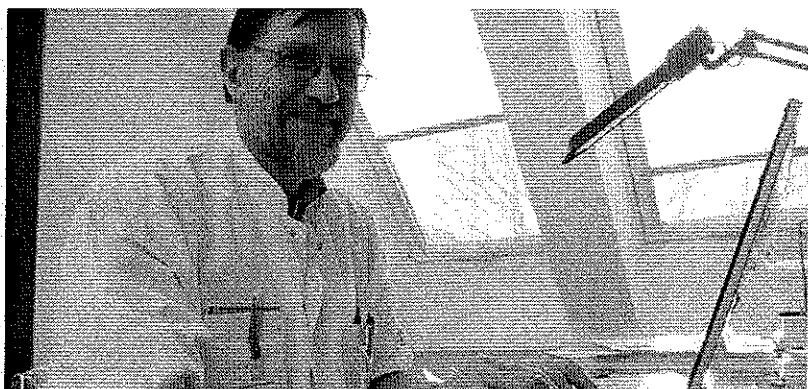
Gruppe 1 får den nævnte lægelige udredning og kommer til en opfølgende kontrol hos fysioterapeut efter 14 dage. Fysioterapeuten koordinerer sin indsats med den eventuelle igangværende behandling hos praktiserende fysioterapeut eller kiropraktor. Patienterne bliver herefter fulgt af egen læge.

Gruppe 2 får ligeledes den lægelige udredning og opfølgende kontrol hos fysioterapeut efter 14 dage samt den ovenfor beskrevne koordinerende indsats af fysioterapeuten. Derudover får de en tværfaglig indsats i centret under ledelse af en koordinator, som følger patienten, indtil arbejdet enten kan genoptages på tidligere vilkår – eller forholdet til arbejdsmarkedet er afklaret på anden måde. Rollen som koordinator varetages af en socialrådgiver, ergoterapeut eller socialmedicinsk læge. Indsatsen sætter fokus på resurser og barrierer i forhold til arbejdslivet. Desuden koordineres indsatsen med andre instanser (f.eks. kommune, arbejdsplads, fagforening).

Ole Kudsk Jensen understreger, at begge grupper af patienter får en bedre og mere omfattende behandling end normalt.

Hurtigere gennem systemet

I det første projekt blev patienterne kontakttet telefonisk af Afdelingen for Folkesundhed i Region Midt efter et halvt år og besvarede spørgeskema efter 1 år. De blev bl.a. spurgt ud om smerter, funktionsevne i dagligdagen, deres tilknytning til arbejdsmarkedet og forbrug af smertestillende



Overlæge Ole Kudsk Jensens randomiserede undersøgelse er offentliggjort nationalt og internationalt, bl.a. i form af flere videnskabelige artikler med ledsagende lederkommentarer i de anerkendte internationale tidsskrifter Spine og The Spine Journal.

CASE 2

medicin. Desuden blev det – via en central database – registreret, hvornår de vendte tilbage til arbejdet.

- Det viste sig, at patienterne var tilbage i job efter 20-24 uger – en klar forbedring i forhold til det normale gennemsnit på 36 uger. Begge patientgrupper fik som nævnt en bedre og mere omfattende behandling end normalt. Såvel patient som egen læge og socialforvaltning fik desuden kopi af journalen. Det er formentlig forklaringen på den hurtigere tilbagevenden til arbejdet, siger Ole Kudsk Jensen.

- Patienterne i de to grupper kom i vores undersøgelse generelt lige hurtigt tilbage på arbejdsmarkedet. En anden undersøgelse offentliggjort i British Medical Journal viser, at patienter i en tværfaglig indsatsgruppe var tilbage i job på i gennemsnit 88 dage i forhold til kontrolgruppens 208 dage. Det svarer til en besparelse på ca. 50.000 kr. pr. patient!

- De patienter, som angav ringe indflydelse på jobbet og følte sig i risiko for at blive fyret, kom hurtigere tilbage, når de fik den brede tværfaglige indsats i Gruppe 2. De fik desuden en mindre belastende "tur" gennem det sociale system og havde generelt set et bedre mentalt helbred ved behandlingens afslutning.

- Vores erfaring er, at en afklaring af de helbredsmæssige bekymringer hos patienterne har stor betydning for at kunne gennemføre en målrettet rehabilitering. Derfor bør en tværfaglig indsats også omfatte en helbredsmæssig udredning, understreger Ole Kudsk Jensen.

Træning overflødiggjorde operation

Sygehjælper Karen Margrethe Lauridsen er glad for sit job som aftenvagt på et plejehjem i Randers. I 2010 blev hun imidlertid skubbet af en beboer og faldt, så hun ikke kunne rejse sig igen. Det første par uger lå hun i sengen med smerter i lænden.

Smerterne bredte sig til venstre ben, men lægen ville fortsat se tiden an. Behandlinger hos en fysioterapeut hjalp ikke, og Karen Margrethe kunne ikke holde til at arbejde. Efter nogle uger gik hun igen til lægen, som kun nødtvungent accepterede at lade hende komme til eksperterne på Regionshospitalet Silkeborg.

- Her blev jeg modtaget med åbne arme. Overlægen undersøgte mig og sendte mig til CT-skanning i Aarhus. Skanningen afslørede, at jeg havde en diskusprolaps. Og jeg var faktisk glad for at få denne besked, fordi jeg havde følt, at min egen læge ikke troede på, at jeg fejlede noget alvorligt, fortæller Karen Margrethe.

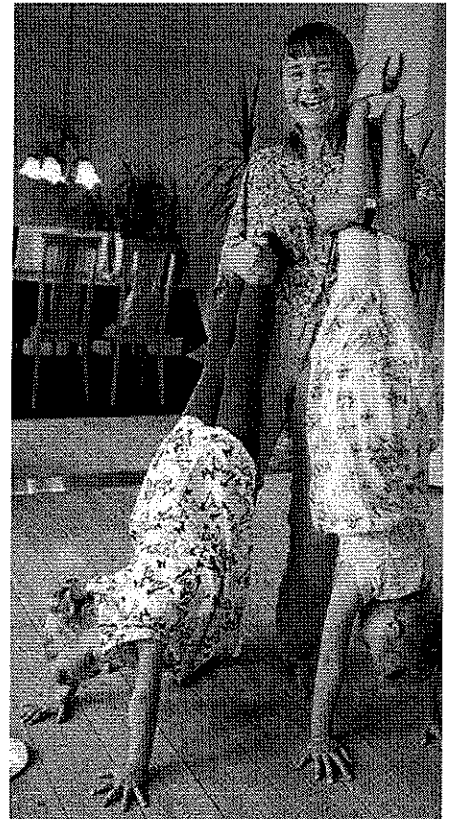
- Overlægen i Silkeborg mente, at diskusprolapsen kunne gå på plads af sig selv ved hjælp af træning og varieret motion. Hvis det mod forventning ikke skete, skulle jeg opereres, og dét løfte gav mig tryghed.

- Jeg havde en dygtig hospitalskoordinator, som bistod mig og fulgte op på, hvordan det gik med behandlingerne. Hun deltog også i møderne med kommunen. Det

var næsten som at have sin egen advokat, for hun var nemlig godt inde i sagerne.

Koordinatoren i jobcentret var også en god hjælp for Karen Margrethe. Efter nogle måneders grundig genoptræning kunne hun gradvist vende tilbage til sit arbejde – uden operation.

Foto: Bo Amstrup



Sygehjælper Karen Margrethe Lauridsen roser behandlingen på Regionshospitalet Silkeborg og de to koordinatore, som bistod hende undervejs. I dag har hun igen kræfter til både at arbejde og være sammen med sine dejlige børnebørn, Noelle og Celeste.

Nye veje til et godt liv med leddegigt

Kvinder og mænd med leddegigt i Region Syddanmark har sammen med fagfolk udviklet en uddannelse for mennesker med nydiagnosticeret leddegigt.

En tværfaglig gruppe i Region Syddanmark har i 2010-2011 udviklet et nyt uddannelses-koncept til mennesker med kronisk leddegigt. "Lev et godt liv med leddegigt" vil blive tilbudt fra begyndelsen af 2012. Uddannelsen sætter fokus på de behov, mennesker med leddegigt har, når de skal leve resten af deres liv med en kronisk sygdom.

Udviklingen af en differentieret uddannelse af patienter med leddegigt ("DUPAL") har involveret flere enheder i Region Syddanmark: Sundhedscenter Nordås i Vejle kommune, Sundhedscenter Røde Kro i Aabenraa Kommune, reumatologisk afdeling på Vejle Sygehus, Sygehus Lillebælt samt Kong Christian X's Gigthospital i Gråsten.

Den praktiske udvikling af uddannelsen er sket i et tæt samarbejde mellem folk med leddegigt i de to kommuner samt fagfolk fra de nævnte enheder. Initiativet stammer fra Gigthospitalet, og det overordnede mål er at supplere de øvrige former for reumatologisk rehabilitering.

Personligt overskud

- Formålet er, at mennesker med leddegigt kan møde både fagfolk og andre med leddegigt. På denne måde kan de få uddybet informationer om

leddegigten og tip til at tackle vanskeligheder, forklarer Ulla Møller Ølgaard. Hun er tilknyttet forskningsenheden på Gigthospitalet og skriver på en ph.d.-afhandling om udviklingsarbejdet.



- De fysiske, psykiske og sociale resurser har afgørende betydning for leddegigtspatienters personlige overskud. Det vil vi styrke gennem den nye patientuddannelse, fortæller Ulla Møller Ølgaard, Kong Christian X's Gigthospital.

Ekspert i livet med leddegigt

Den nye uddannelse "Lev et godt liv med leddegigt" er udviklet fra november 2010 til maj 2011. Udviklingsgruppen var bredt sammensat og bestod af 3 ergoterapeuter, 2 fysioterapeuter, 1 socialrådgiver, 1 psykolog, 1 diætist, 1 jordemoder, 4 sygeplejersker,

2 læger samt 5 leddegigtspatienter. De sidstnævnte har en meget vigtig mentorfunktion under temamøderne, som de selv har været med til at udvikle. Det er også denne gruppe, der gennemfører konceptet i 2012.

CASE 3

Fagfolkene lyttede til os

- Vi har besluttet at definere begrebet sundhed som et beredskab bestående af den enkelte patients fysiske, psykiske og sociale ressourcer. Sundheden skal styrkes, så den fremmer det personlige overskud og afbøder de vanskeligheder, mennesker risikerer at havne i, når de rehabiliteres.

- Forskningen og vores erfaringer viser, at mennesker med leddegigt og andre alvorlige sygdomme kan have gavn af at møde andre med leddegigt. Gennem samværet med fagfolk kan de få støtte til at opnå et personligt overskud, der bringer dem videre i tilværelsen, siger Ulla Møller Ølgaard.

Temamøder

Uddannelsen vil bestå af 5 møder med hver sit tema omkring håndteringen af sygdommen. Formidlingen bliver dialogbaseret og holdes i et letforståeligt hverdagsprog. Formålet er at gøre det let for deltagerne at få udbytte af møderne.

Temaerne er valgt på baggrund af udviklingsgruppens egne erfaringer – kombineret med resultater fra den nyeste forskning. De første 5 temamøder vil blive gennemført sideløbende i såvel Aabenraa som Vejle.

Ulla Møller Ølgaard fremhæver, at temamøderne skal være strukturerede og effektive samtidig med, at de inddrager deltagerens særlige behov for hjælp og støtte.

Tanja Ritter Jessen er en af de 5 med leddegigt, som har været med til at udvikle den nye patientuddannelse. Hun er 34 år, har mand og to børn. Da diagnosen blev stillet for 4 år siden, arbejdede hun som kontorassistent. Heldigvis fik hun mulighed for at fastholde sit arbejde i form af et fleksjob.

- Jeg ønsker at være aktiv på trods af min sygdom, og derfor sagde jeg ja til at komme med i den gruppe, som skulle udvikle den nye uddannelse. Personligt manglede jeg nogen at snakke med om sygdommen i den første tid. Meget bliver jo forandret – ikke mindst i de perioder, hvor man bliver ramt af smerter og træthed, fortæller Tanja, der bor i Hjordkær ved Rødebro.

- De professionelle var selvfølgelig fagfolk, mens vi andre var eksperter i at have leddegigt. Vi kunne bidrage med egne erfaringer fra virkeligheden ved at fortælle, hvordan det hele opleves set fra den anden side af bordet.

Undervejs i udviklingsprocessen lyttede fagfolkene opmærksomt til patienternes erfaringer. Tanja husker flere eksempler på, at de på afgørende vis har påvirket ideer og forslag fra fagfolkene.

Som tidligere aktiv håndboldspiller på serie 1-niveau var det en meget stor omvæltning for Tanja at måtte definere sig selv som leddegigtpatient. Disse erfaringer vil hun gerne give videre til andre – både som deltager i udviklingen af uddannelsen og som kommende mentor.

Foto: Ruddi Christensen



Da Tanja Ritter Jessen i en alder af 30 år fik diagnosen kronisk leddegigt, savnede hun nogle jævnaldrende at snakke med om håndtering af sygdommen. Fremover vil hun som mentor hjælpe nydiagnosticerede til at kunne leve et godt liv med leddegigt.

Mennesker er forskellige – derfor behandles alle individuelt

85 % opnår et signifikant bedre fysisk funktionsniveau efter multidisciplinær rehabilitering på Center for Sundhed og Træning (CST).

En tværfaglig rehabiliteringsindsats har vist sig at være meget effektiv ved kroniske tilstande hos mennesker med led-, ryg- og muskelsygdomme.

Center for Sundhed og Træning med afdelinger i Middelfart, Skælskør og Aarhus behandler patienterne med målrettede, individuelle rehabiliteringsforløb i form af fysisk træning, kostvejledning, psykosocial støtte, patientuddannelse, netværksrådgivning og smertehåndtering. Centeret tilbyder desuden målrettede genoptræningsforløb med intensiv optræning både før og efter en operation.

Foto: Ricky John Molloy



- Løbende kliniske undersøgelser giver os viden om de konkrete resultater af behandlings-programmerne, siger centerchef Lillian Garby, Center for Sundhed og Træning.

Fokus er rettet mod, at patienterne fysisk og psykisk kommer ovenpå, så de kan klare daglige gøremål hjemme og på jobbet:

- På CST arbejder vi efter Den Danske Kvalitetsmodel, siger centerchef Lillian Garby. Det betyder, at vi lever op til det nationale niveau for kvalitet, som er kontrolleret af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet.

Rehabilitering der virker

Center for Sundhed og Træning lægger vægt på at inddrage reumatologer, sygeplejersker samt fysio- og ergoterapeuter i den tværfaglige 360 graders gennemgang af den enkelte patients situation.

En central del af indsatsen er den mentale træning. Patienterne lærer bl.a. copingstrategier, som handler om at håndtere hverdagen. Og nok så vigtigt: U hensigtsmæssige gamle vaner erstattes med indlæring af nye – kombineret med graderet træning i et superviseret miljø.

Målet er at gøre patienten stærkere ved at give vedkommende de nødvendige fysiske og psykiske kompetencer. Resultaterne af en sådan tværfaglig indsats er veldokumenterede. 12 måneder efter rehabilitering på centeret vurderer:

- 85 % at deres fysiske funktionsniveau er signifikant forbedret
- 34 % at deres helbred er signifikant forbedret
- 45 % at deres energiniveau er signifikant forbedret
- 54 % at deres sociale funktion er signifikant forbedret

Center for Sundhed og Træning samarbejder med bl.a. Bispebjerg Hospital, som er garant for, at behandlingerne følger de senest dokumenterede principper baseret på den nyeste forskning. Derudover foretages løbende fysiske og funktionelle målinger, tests og spørgeskemaundersøgelser for at evaluere indsatsen.

Nogle kommer til centeret som patienter via henvisning fra læge. Andre kommer som private og betaler selv – eller de får opholdet betalt af deres forsikring.

Læs mere på www.gigtforeningen.dk/cst.

CASE 4

Tværfaglighedens betydning kan ikke overvurderes

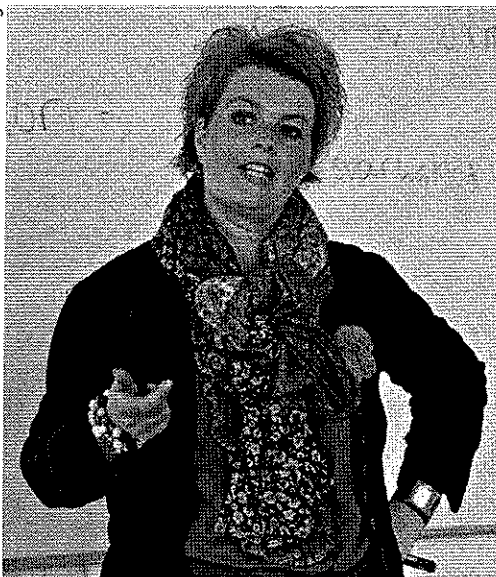
Uden opholdet på Center for Sundhed og Træning i Middelfart ville Janni Winther Grossmann næppe være kommet tilbage på arbejdsmarkedet.

For 10 år siden fik den nu 37-årige Janni Winther Grossmann fra Tommerup konstateret kronisk leddegigt. Sygdommen kom senere til at koste hende jobbet. Under revalideringen tog hun handelsskoleeksamen og læste videre til finansøkonom for at kunne undervise.

Desværre måtte hun opgive uddannelsen på grund af sygdommen. Efter en længere periode blev hun visiteret til et fleksjob på Sønder sø Produktions-højskole, hvor hun i dag er projekt-kordinator. Det gik fint i lang tid takket være fleksjobbets skånehensyn og behandlingen med methotrexat. På et tidspunkt kunne hun dog ikke længere tåle medicinen.

- Jeg bed de stærke smerter i mig og prøvede at opretholde en nogenlunde normal hverdag, men til sidst kunne jeg ikke klare det længere, fortæller Janni. Uden smertestillende medicin måtte jeg sygemeldes på grund af daglige smerter og manglende kræfter. Psykisk var det også hårdt, så jeg fik en alvorlig nedtur. Jeg havde hørt meget godt om centeret i Middelfart og bad derfor om at få en henvisning. Heldigvis var ventetiden overskuelig.

Foto: Lars Skaaning



Tilbage til fleksjobbet

Den 17. maj 2011 begyndte Jannis 6-ugers rehabiliteringsophold. Ved indlæggelsen havde hun samtaler med flere eksperter: en reumatolog, en sygeplejerske, en ergoterapeut og en fysioterapeut. Eksperterne udarbejdede derpå i fællesskab en "skræddersyet" plan for opholdets aktiviteter.

- Ud over den daglige halve time i varmtvandsbassinet, fik jeg superviseret træning hos en fysioterapeut. Denne individuelle træning blev suppleret af en ergoterapeut, som tilbød mig ledaflastende hjælpemidler. Alt i alt gav det mig et stort løft i funktionsniveau. Dag for dag mærkede jeg fremgang.

- Eksperternes tværfaglige samarbejde betød meget for den behandling, jeg fik. F.eks. gav reumatologen mig en blokade i lysken, så fysioterapeuten kunne arbejde med mine muskler i det pågældende område. Ergoterapeuten fandt en stol, som jeg kunne holde ud at sidde på, mens jeg trænede de enkelte muskelgrupper og aflastede mine led.

- For mig har opholdet været uvurderligt, fordi jeg endelig mødte nogen, der kunne arbejde med alle de dele af min krop, som gjorde ondt. Opholdet på centeret har også givet mig en bedre forståelse af min sygdom og for dét, jeg selv kan gøre for at holde smerterne nede.

Janni er nu tilbage i sit fleksjob. Hun har desuden fået fysisk og psykisk overskud til igen at være en nærværende hustru og mor til 2 små børn.

- De 6 uger på Center for Sundhed og Træning gav et fantastisk resultat. Jeg ville derfor ønske, at min læge eller reumatolog havde henvist mig noget før, siger Janni Winther Grossmann.

Tværfagligt Smertecenter – en endestation med succes

Landets tværfaglige smertecentre beskæftiger læger, psykologer, sygeplejersker, fysioterapeuter og socialrådgivere. De udvikler viden og behandlingsteknikker, som kan hjælpe kroniske smertepatienter, der ellers må opgives af samfundet.

- Vi er endestationen i den langvarige proces fra patienten får en sygdom eller skade – til det tidspunkt, hvor de vedvarende smerter får patienten til at "gå i stykker" i psykologisk og social henseende, forklarer overlæge Niels-Henrik Jensen, Tværfagligt Smertecenter på Herlev Hospital, hvor mere end 2/3 af patienterne har problemer med bevægeapparatet.

- Patienterne skal være diagnostisk afklarede og forgæves behandlet, før de visiteres til os. Vi vil helst have, at de henvises af deres praktiserende læge. Det er bedst, fordi lægen ofte har kendt kroniske patienter gennem længere tid.

- Tværfagligheden er vores spidskompetence, når det gælder smerter, som er vanskelige at behandle – hvad enten de kan henføres til et bestemt sted i kroppen eller er svære at lokalisere som ved f.eks. fibromyalgi og piskesmæld. Patienternes helt store problem er, at smerterne ikke kan ses, hvilket kan gøre det svært at overbevise andre om, at man er syg.

Fysikken og psyken

Ved patientens første besøg er alle relevante lægelige oplysninger indhentet på forhånd. I løbet af en times konsultation gennemgås sygehistorien. Desuden undersøges patienten af en særligt uddannet

overlæge. De fleste patienter bliver efterfølgende også vurderet af en psykolog og en fysioterapeut.

Når patienten er vurderet, sætter behandlerne sig sammen og drøfter mulige indfaldsveje. På denne tværfaglige baggrund lægges en plan for den enkelte patient. Og det bliver patienten informeret grundigt om.

- Noget af det første er ofte en "medicin-oprydning". Nogle patienter må ligefrem "afgiftes", mens andre skal behandles med mere relevante lægemidler. Af og til må en neddosering ske gradvist, f.eks. ved morfinpræparater. Derpå kan vi begynde at behandle med sekundære smertedæmpende midler, f.eks. depressionsmedicin og epilepsimedien til behandling af de nerveskadesmerter, som ofte bliver overset, siger Niels-Henrik Jensen.

- Når medicinen er stabiliseret, sætter fysioterapeuterne ind med et træningsprogram. Det tilpasses patientens aktuelle formåen og forøges gradvist i form af "pacing". Passive behandlinger som f.eks. massage er bandlyst. Alle patienter skal træne aktivt. Vi begynder ofte med træning i varmtvandsbassin og fortsætter derefter med øvelser på gulv.

Tager patienterne alvorligt

Sideløbende med træningen går mange af patienterne til psykolog – både individuelt og i grupper. Her lærer de at forholde sig til, at smerterne kan være varige. De får redskaber, der sætter dem i stand til at leve med smerteproblemet og håndtere deres hverdag.

Foto: Nils Holm



- Jeg undrer mig over, at politikerne ikke ser de samfundsøkonomiske gevinster, der er ved at behandle smertepatienter, så de kan genoptage deres arbejde og betale skat – eller i det mindste opnå en anstændig livskvalitet, siger overlæge Niels-Henrik Jensen.

CASE 5

Niels-Henrik Jensen prioriterer også den "pædagogiske" indsats højt. Patienterne skal have indsigt i anatomen og fysiologien, så de ved, hvordan organismen hænger sammen. De lærer, at lægemidler kan være nyttige – men også at der ikke findes "vidundermidler".

Behandlingstiden typisk er ½-1 år. I gennemsnit bliver en kronisk smertepatient set 8-10 gange af en læge. Smerteskolen tager 6 x 3 timer. Psykologen ser patienten med varierende intervaller igennem nogle måneder. Samlet set er resurseforbruget begrænset. Det væsentlige er processen, hvor den enkelte patient er i centrum.

- Vi tager patienterne dybt alvorligt. Det er vigtigt, at de får de nødvendige forklaringer på, hvorfor de har smerter. For nogle patienter betyder denne nye indsigt ligefrem, at de bliver i stand til at droppe medicinen helt eller delvist, siger Niels-Henrik Jensen.

- Vores succeskriterium er, at patienten kan forholde sig til det at have en kronisk smerte og leve et tilfredsstillende liv til trods for smerterne og det eventuelle medfølgende funktionshandicap. Det opnår vi hos cirka 80 % af patienterne. Jo tidligere intervention, des bedre er behandlingsresultatet.

- På årsbasis tager vi cirka 300 nye patienter i behandling. Det er meget lidt, så vejen frem er politisk anerkendelse af problemets omfang og de dermed forbundne samfundsmæssige økonomiske omkostninger, resursetilførsler, bedre uddannelsesprogrammer for alle relevante sundhedspersoner mv.

Liselotte fik styr på sit smertehelvede

For ca. 10 år siden fik den nu 52-årige Liselotte Holm så alvorlige problemer med hjertet, at hun måtte opgive sit job som lægesekretær og gå på førtidspension. Lægerne mente, at hjerteproblemerne skyldtes en autoimmun sygdom, der ikke kunne gøres noget ved.

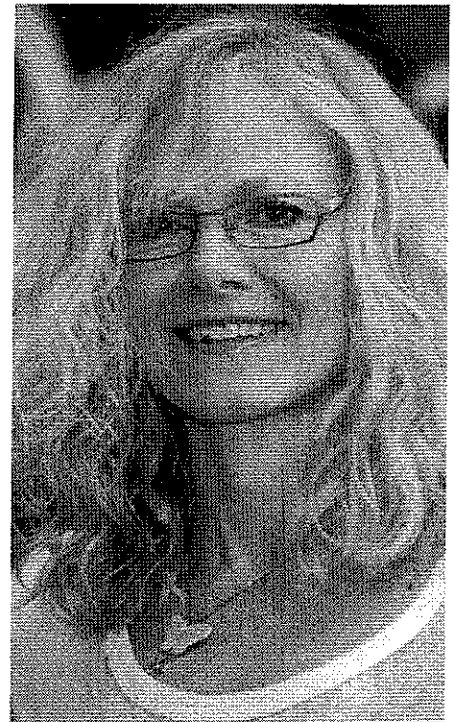
Smerterne blev værre, men hendes læge slog det hen. I 2008 fik hun dog overbevist lægen om, at hun burde udredes på Rigshospitalet. Diagnosen viste sig at være Ehlers-Danlos Syndrom (EDS) – en arvelig bindevævssygdom. Det vil bl.a. sige, at hun er hypermobil: Hendes led er overbevægelige, bindevævet bliver stadig mere løst, og hendes håndled, skuldre mv. hopper ud af led. Det giver smerter i det meste af kroppen – dag og nat.

- Efter udredningen visiterede min læge mig til Herlev Hospitals tværfaglige smertecenter. Og det blev en markant ændring i mit liv, fortæller Liselotte. Det første møde overbeviste mig om, at jeg endelig var kommet til det rette sted. Jeg oplevede en troværdig imødekomment og en forståelse for mit smertehelvede. Her var tillidsvækkende eksperter, som ville hjælpe mig til at leve et bedre liv trods smerterne.

- Overlæge Niels-Henrik Jensen og smertepsykolog Søren Frølich betragtede mig ikke som hypokonder. For mig blev de uvurderlige sparringspartnere, som stillede deres ekspertise til rådighed. På smerteskolen var jeg sammen med

andre smertepatienter og flere dygtige behandlere. Denne proces lærte mig at håndtere mine smerter med forskellige teknikker.

Liselotte er særlig hårdt ramt, fordi hendes sygdom forværres konstant. Hun kommer aldrig tilbage på arbejdsmarkedet og må i dag betale for hjælp med alt det praktiske arbejde i hjemmet. Alligevel synes hun, at hendes liv er blevet bedre – selv om hun stadig har dårlige dage. Smerteskolen har lært hende at fokusere på, at der igen vil komme gode dage.



- Den viden og læring, som Tværfagligt Smertecenter giver, er alfa og omega for selv at kunne tage ansvar og komme videre i et liv med kroniske smerter, siger Liselotte Holm.

Artrosepatienter har gavn af fysisk træning

Alle patienter, der har fået indopereret en ny hofte, bliver genoptrænet. Svenske erfaringer med artroseskoler (slidgigtskoler) viser, at fysisk træning også kan være nyttig før operationen.

I den svenske region Värmland tog fysioterapeuten Maria Klässbo for 27 år siden initiativet til en "hofteskole", eller som det kaldes i dag: "artroseskole". Her skulle patienterne lære at træne allerede flere år før en operation. Det blev en succes. Mange af patienterne kunne nemlig undvære operation efter det gennemførte træningsforløb – eller i hvert fald udskyde tidspunktet for operationen.

Både i Värmland og andre dele af Sverige bredte idéen sig hurtigt. De fleste svenske regioner sender deres artrosepatienter på skole, inden det kan komme på tale at operere dem. Maria Klässbo er i dag dr.med. og har bl.a. skrevet en afhandling, hvor hun vurderede patienter fra artroseskolen. Vurderingen viste, at de, der havde været på artroseskole, forbedrede både deres selvvaluerede tilstand og deres sundhedsrelaterede livskvalitet.

I dag er det ikke kun hoftepatienter, men også patienter med andre artroseproblemer, som optrænes for – så vidt muligt – at undgå en operation. Dette princip bakkes op af både praktiserende læger og ortopædkirurger. I flere svenske regioner har artroseskoler medvirket til en betydelig nedbringelse af ventelisterne.

- For at udvikle kvaliteten og følge langtids-effekten af artroseskoler har man i Sverige startet et nationalt kvalitetsregister (www.boaregistret.se). Ved at samkøre med knæprotese- og hofteproteseregistrene kan vi i fremtiden svare på, hvor mange der undgår operation efter at have været på skole, siger Maria Klässbo.

- Naturligvis er det fint for både patienterne og samfundet, at vi reducerer behovet for operationer. Jeg mener, at man først skal prøve alle andre metoder. Kun når der ikke findes andre udveje, bør patienten opereres.

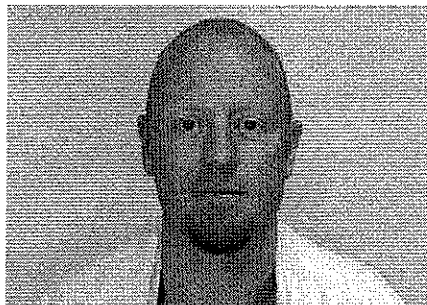
Maria Klässbo tilføjer, at det for en yngre patient ligefrem kan være en fordel at udskyde operationen. Hvis den indopererede protese kan holde resten af livet, undgår patienten dermed en om-operation.

Dansk forskning 1

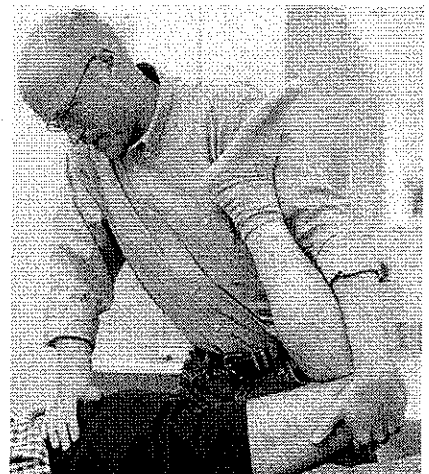
Den svenske model med optræning af artrosepatienter før en eventuel operation er for tiden genstand for en videnskabelig undersøgelse. Gigtforeningen støtter projektet økonomisk og håber undersøgelsen kan bidrage til, at en evt. operation udskydes eller helt kan undgås.



Maria Klässbo har været pioner inden for træning før operation.



Allan Villadsen er i gang med et dansk forskningsprojekt vedrørende træning før operation.



Projektpatient med hofteartrose får manuel behandling af Erik Poulsen.

CASE 6

Læge Allan Villadsen, der arbejder på Svendborg Sygehus' ortopædkirurgiske afdeling, står for den danske del af projektet: 165 patienter med hofte- eller knæartrose deltager i projektet, som udføres i samarbejde med Syddansk Universitet og Odense Universitetshospital.

Optræningen er målrettet forbedring af patienternes daglige fysiske funktion samt reduktion af smerterne og forbedring af livskvaliteten. Allan Villadsen håber desuden, at resultaterne bliver så præcise, at man får et overblik over, hvilke muskler optræningen i fremtiden skal fokusere på. Han kan på nuværende tidspunkt ikke offentliggøre konkrete resultater, da projektet efter planen først afsluttes i maj 2012.

Dansk forskning 2

Erik Poulsen har en baggrund som kiropraktor forsker på Syddansk Universitet og er i gang med et ph.d.-projekt, som undersøger værdien af hofte-skolen og manuel behandling af patienter med artrose i hoften.

- En hollandsk undersøgelse har vist, at manuel behandling af hofteartrose har bedre effekt end kun træning. Vi har derfor valgt at undersøge, hvordan den manuelle behandling klarer sig i sammenligning med hofte-skolen, forklarer Erik Poulsen.

I undersøgelsen er 115 patienter delt op i 3 grupper: 1) artroseskole efter svensk model, 2) hofte-skole og manuel behandling, 3) kun øvelserne fra hofte-skolen. Erik Poulsen tilføjer, at patientens aktive indsats og deltagelse altid er væsentlig for det endelige resultat.

Træningen begyndte før operationen

Henning Hugger har gode erfaringer med at træne sig op til en knæoperation.

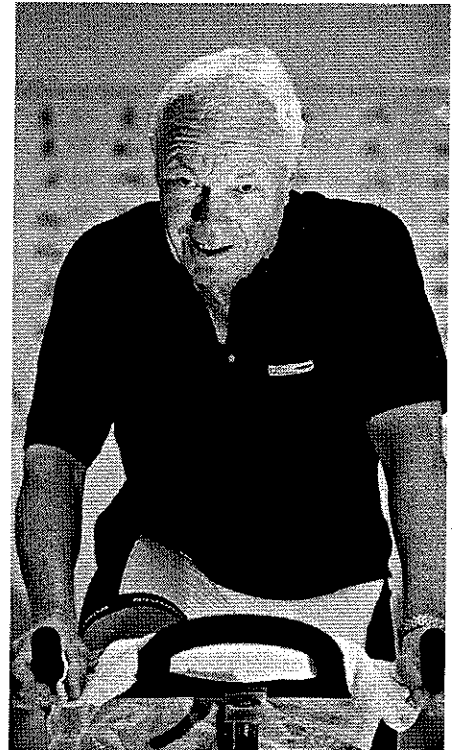
Henning Hugger, der arbejder som driftsassistent i Ringe Fjernvarmeselskab, døjede i lang tid med en 25 år gammel sports-skade i venstre knæ. Efter 4-5 år med smerter og uro i knæet blev det efterhånden svært for Henning at passe sit job.

Da knæet skulle "renoveres", viste det sig, at Svendborg Sygehus var i gang med afprøve de svenske erfaringer, hvor patienterne trænes op til at blive opereret.

- Jeg fik tilbud om at være med, og det har jeg bestemt ikke fortrudt, fastslår Henning, som deltog i alle træningstimerne 2 gange ugentlig i månederne op til operationen. Træningen foregik med bl.a. bolde og elastikker for at styrke knæet og muskulaturen før operationen. Men det var ikke alene knæet, jeg blev sat til at træne. Muskelkorsettet skulle bygges op med både ryg- og maveøvelser, så jeg alt i alt kom i bedre form før operationen.

Tilbage til arbejdet

Efter den vellykkede operation i september 2010 deltog Henning i den almindelige genoptræning, som foregik i kommunalt regi. Desuden trænede han privat og har senere gjort det til en god vane at snuppe en omgang spinning 2-3 gange om ugen.



I dag holder Henning Hugger sig i form med bl.a. spinning. Før knæoperationen deltog han i det træningsprojekt, som Allan Villadsen gennemfører på Svendborg Sygehus.

- I dag fungerer knæet perfekt, og jeg mærker ikke noget til det i dagligdagen, bortset fra at jeg skal være forsigtig med ikke at ligge for meget på knæ. På arbejdet har jeg ikke længere problemer med knæet – så jeg er yderst tilfreds, fastslår Henning Hugger, som også glæder sig over at have tabt 13 kg undervejs.

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 mennesker i Danmark, 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

Gigt  **foreningen**
for alle med ondt i led, ryg og muskler

Gentoftegade 118 • 2820 Gentofte • Tlf. 39 77 80 00 • Fax 39 65 11 96
info@gigtforeningen.dk • www.gigtforeningen.dk

REHABILITERING AF MENNESKER MED MUSKEL- OG SKELETSYGDOMME

- HVAD KAN DER SPARES PÅ DE OFFENTLIGE UDGIFTER?

Resume: Notatet gennemgår forskellige eksempler på rehabilitering af mennesker med muskel- og skeletsygdomme. De gennemgåede eksempler dokumenterer, at rehabilitering er effektivt og at rehabilitering kan reducere sygefravær og sikre fastholdelse på arbejdsmarkedet. Dermed kan rehabilitering medføre besparelser i de offentlige udgifter til overførselsindkomster – besparelser, der langt overstiger omkostningerne ved de pågældende tiltag.

Muskel- og skeletsygdomme medfører store offentlige udgifter

Muskel- og skeletsygdomme er den største årsag til langvarigt sygefravær, og den næsthøypigste årsag til førtidspensionering. Hertil kommer, at patienterne har et stort forbrug af ydelser i sundhedsvæsenet, som f.eks. besøg hos praktiserende læger, fysioterapeuter, medicin og sygehusindlæggelser. Mange mennesker med muskel- og skeletsygdomme har desuden behov for sociale ydelser som f.eks. hjemmehjælp, hjælpemidler m.m.

Udover de menneskelige konsekvenser medfører muskel- og skeletsygdomme således store offentlige udgifter – udgifter, der berører både stat, region og kommune. Spørgsmålet er imidlertid, om der findes alternativer til den indsats, der i dag gøres for patienterne. Alternativer, som kan reducere de menneskelige konsekvenser og samtidigt reducere de offentlige udgifter.

Dette notat gennemgår nogle eksempler på rehabiliteringstiltag, som ved forsøg har vist sig at kunne reducere sygefravær og førtidspensionering samt forbrug af ydelser i sundhedsvæsenet. Desuden præsenteres et regneeksempel på, hvad der totalt set kan opnås af besparelser for de offentlige kasser, såfremt et af disse tiltag indføres på landsplan. Indledningsvist gennemgås størrelsen af de offentlige udgifter specifikt til førtidspension og sygedagpenge som følge af muskel- og skeletsygdomme.

Udgifter til sygedagpenge til personer med muskel- og skeletsygdomme

I 2009 blev der påbegyndt i alt ca. 615.000 dagpengesager¹. Heraf varede hver femte - eller knap 130.000 sager - mere end 9 uger. Ca. 5 % - eller 33.000 sager - varede mere end 26 uger, og knap 1 %, eller 6.000, af sagerne mere end 52 uger. De samlede udgifter udgjorde 14, 7 mia. kr.²

¹ Udtræk fra DREAM databasen

² Danmarks Statistik

Statistikken viser ikke hvilke sygdomme sygedagpengesagerne vedrører, men SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd gennemførte i 2008 en undersøgelse af langtidssygemeldte (personer med fravær over 9 uger), og ifølge denne undersøgelse er hver fjerde af de langtidssygemeldte personer med sygdomme i bevægeapparatet³.

Med udgangspunkt i SFI's undersøgelse, kan det således beregnes, at muskel- og skeletsygdomme hvert år er årsag til 154.000 sygedagpengesager, hvoraf 26.000 har en varighed på over 9 uger. Endvidere kan det beregnes, at udgifterne til sygedagpenge til mennesker med muskel og skeletsygdomme årligt udgør 3,6 mia. kr.

Udgifter til førtidspension til personer med muskel- og skeletsygdomme

I 2009 fik næsten 16.000 personer tildelt førtidspension. Heraf havde de 3.000 en lidelse i bevægeapparatet.

Førtidspension er en livsvarig ydelse. Personer, der tildeles førtidspension, er berettigede til at få denne ydelse frem til de dør eller overgår til folkepension. Aldersfordelingen blandt de personer, der fik tilkendt førtidspension i 1. kvartal 2010, fremgår af tabellen nedenfor. Det ses, at ca. en tredjedel af de personer, der fik tilkendt førtidspension, er under 50 år, og derfor er berettiget til førtidspension i mindst 15 år.

Tabel 1. Aldersfordelingen blandt personer, som fik tildelt førtidspension som følge af en sygdom i bevægeapparatet, 1. kvartal 2010.

	Bevægeapparatsygdomme	
	antal	%
I alt	712	18 %
15-19 år	0	0 %
20-29 år	6	1 %
30-39 år	74	10 %
40-49 år	203	29 %
50-59 år	360	51 %
60-66 år	69	10 %

Kilde: Danmarks statistik

Med udgangspunkt i aldersfordelingen blandt nytilkendte førtidspensionister, kan det beregnes, at i alt ca. 45.000 personer i 2010 modtager førtidspension som følge af sygdomme i bevægeapparatet. Videre kan det med udgangspunkt i de gennemsnitlige udbetalinger i januar 2010 beregnes, at udgifterne til førtidspension til personer med sygdomme i bevægeapparatet i 2010 vil udgøre ca. 7 mia. kr.

³ Socialforskningsinstituttet. Effekter af ændringer i sygedagpengeloven 2008

Eksempler på rehabiliteringstiltag, der virker

Det fremgik af afsnittet ovenfor, at muskel- og skeletsygdomme medfører store udgifter til overførselsindkomster. I alt udgør udgifterne alene til sygedagpenge og førtidspension således 3,6 mia. kr. + 7 mia. kr. = 10,6 mia. kr. Spørgsmålet er, om den indsats, der i dag ydes overfor denne store gruppe af borgere, er optimal, eller om det er muligt ved en forbedret indsats ikke blot at forbedre livskvaliteten men også at sikre, at patienterne bevarer tilknytningen til arbejdsmarkedet, således at de offentlige udgifter reduceres.

I det følgende gennemgås nogle eksempler på tiltag, som ved forsøg i praksis har vist sig at reducere de offentlige udgifter. Og hvor det yderligere har vist sig, at reduktionen i de offentlige udgifter mere end opvejer omkostningerne ved at gennemføre tiltagene.

KIA-projektet

Det daværende Vejle Amt gennemførte i 2004-2005 et forsøg, der havde til formål at forebygge udstødelse fra arbejdsmarkedet på grund af længerevarende sygefravær⁴. Målgruppen var borgere, der havde været sygemeldt mellem 4 og 12 uger som følge af smerter i bevægeapparatet (ryg, hofte, nakke, skuldre arme mv.). Indsatsen var en tværfaglig rehabilitering gennemført af et team bestående af en arbejdsmediciner, en kiropraktor, en fysioterapeut, en psykolog og en socialrådgiver. Også arbejdspladsen var inddraget.

Ved opfølgningen efter 12 måneder havde personerne i forsøget (interventionsgruppen) et betydeligt lavere sygefravær sammenlignet med en kontrolgruppe. Således havde personerne i interventionsgruppen i gennemsnit 341 færre sygefraværstimer sammenlignet med en kontrolgruppe. Dette svarer til en forskel på 34 %. Yderligere var 14 % i interventionsgruppen sygemeldte på fuld tid, mod 31 % i kontrolgruppen.

Selve rehabiliteringsprogrammet blev beregnet til at koste 12.000 kr. pr. deltager. Besparelsen i udgiften til sygedagpenge som følge af det reducerede sygefravær blev beregnet til 30.651 kr. pr. deltager. Rehabiliteringsindsatsen indebar altså en samlet besparelse pr. deltager på 18.651 kr.

Udover et reduceret sygefravær viste opfølgningen, at rehabiliteringsindsatsen medførte et mindre forbrug af ambulante besøg i sygehusregi. Forskellen i omkostninger til ambulante besøg imellem interventionsgruppen og kontrolgruppen udgjorde efter 12 måneder i gennemsnit 3.598 kr. pr. person.

Medregnes det reducerede forbrug af ambulante ydelser, bliver den samlede nettobesparelse pr. deltager på 22.249 kr. Tabellen nedenfor sammenfatter en række nøgletal fra projektet.

⁴ Koordineret indsats for arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte borgere med længerevarende smertegener fra bevægeapparatet. Arbejdsmiljøinstituttet, Syddansk Universitet og Vejle amt.

	Kontrolgruppe (1)	Interventionsgruppe (2)	Forskel (1)-(2)
Gnst. antal sygetimer 0-12 mdr.	997 timer	657 timer	341 timer
Udgifter til sygedagpenge*	83.143 kr.	52.492 kr.	30.651 kr.
Omk. ambulante besøg efter 12 mdr.	9.782 kr.	6.184 kr.	3.598 kr.
Rehabiliteringsomk. pr. deltager	0	12.000 kr.	-12.000 kr.
Nettoudgift pr. Person	92.925kr.	70.676 kr.	22.249 kr.

*dagpengesats 2006 niveau 90,05 pr. time.

Kilde: Koordineret indsats for arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte borgere med længerevarende smertegener fra bevægeapparatet. Arbejdsmiljøinstituttet, Syddansk Universitet og Vejle amt.

KIA projektet følger alene personerne i 12 måneder, og har således ikke mulighed for at vurdere interventionens effekt på tildeling af førtidspension. Men da en stor del af de langtidssygemeldte med muskel og skeletsygdomme ender med at forblive uden for arbejdsmarkedet⁵, må det antages at der udover besparelserne i udgifterne til sygedagpenge, vil være besparelser i udgifterne til førtidspension.

Forsøg med rehabilitering i Sverige

I en svensk undersøgelse⁶ har man ligeledes afprøvet effekten af et tværfagligt rehabiliteringsprogram rettet mod sygemeldte patienter med smerter i bevægeapparatet. Rehabiliteringen blev varetaget af et tværfagligt team bestående af fysioterapeut, ergoterapeut, socialrådgiver og læge. Rehabiliteringen bestod i hård fysisk træning efter individuelle programmer, kombineret med patientuddannelse, der bl.a. havde til formål at øge patientens kropsbevidsthed og kendskab til sundhedsspørgsmål samt at øge patientens selvtillid. Desuden inkluderede programmet aktiv planlægning af patientens tilbagevenden til arbejde.

Efter 6 måneder var patienternes fysiske funktionsevne signifikant forbedret. Desuden var kun 22 % af patienterne fortsat fuldtidssygemeldte. Resultaterne var bedst for den del af deltagerne, som havde været sygemeldte i mindre end et år. Således var mindre en 10 % af de patienter, der havde været sygemeldte i mindre end 1 år, stadig sygemeldte efter 6 måneder. Blandt de patienter, der havde været sygemeldte i mere end 1 år, var halvdelen fortsat sygemeldte.

Forfatterne konkluderer, at selv om et tværfagligt rehabiliteringsprogram, som det afprøvede, har størst effekt over for patienter, der har været sygemeldte i kortere tid, kan det også være effektivt selv over for personer, som har været sygemeldte i meget lange perioder.

⁵ Se note 3

⁶ Ulla-Britt Larsson m.fl. Rehabilitation of long-term sick listed patients in Sweeden through techniques of sports medicine. Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation 15 (2000).

De reumatologiske rygambulatorier i Nordjyllands Amt

I det daværende Nordjyllands Amt blev der i 1997 oprettet tværfaglige rygambulatorier ved amtets to reumatologiske afdelinger i hhv. Aalborg og Hjørring. Baggrunden var en stigning i antallet af operationer for diskusprolaps. Formålet var at optimere den reumatologiske behandling, forkorte ventetiden hertil samt afklare patientens behov for henvisning til kirurgisk vurdering. Der blev gennemført en evaluering af de nyoprettede tværfaglige ryg-ambulatorier, og resultatet er afrapporteret i en rapport udgivet af Sundhedsstyrelsen i 2004⁷. Behandlingen i rygambulatorierne bestod i relevant patientudvælgelse, grundig undersøgelse, information, vejledning, kort ventetid samt instruktion i egne øvelser. De tværfaglige teams var sammensat af reumatologisk læge, sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut, socialrådgiver og sekretær.

Af de patienter, der indgik i evalueringen, var 66 % af de erhvervsaktive sygemeldte ved starten, men ved opfølgningen et år efter var tallet kun 14 %. Derudover medførte etableringen af rygambulatorierne, at behovet for diskusprolapsoperationer blev halveret.

Rapporten indeholder en sundhedsøkonomisk beregning af de tværfaglige rygambulatorier sammenlignet med "sædvanlig praksis". Beregningerne viser, at hospitalsomkostningerne ved et forløb i det tværfaglige rygambulatorie er 2.000 kr. mindre end omkostningerne ved et sædvanligt forløb for patienter med 4-12 ugers lænderygsbesvær. Ligeledes fremgår det af beregningerne, at sygefraværet blandt patienterne, der behandles i rygambulatoriet, kan forventes at være ca. 50 % lavere end sygefraværet for patienter, der behandles efter sædvanlig praksis. Alt i alt skønnes det, at rygambulatorierne har medført en årlig samfundsmæssig besparelse på 26.000 kr. pr. patient. Hertil kommer besparelser som følge af, at færre udstødes af arbejdsmarkedet. Disse er beregnet til gennemsnitligt 183.254 kr. pr. patient.

MTV af tværfaglig indsats overfor patienter med ondt i ryggen

Ovennævnte resultater vedrørende effekten af en tværfaglig indsats over for patienter med rygbesvær bekræftes i en Medicinsk Teknologivurdering (MTV) udgivet i 2010⁸. MTV'en er baseret på en systematisk litteraturgennemgang og gennemgår dokumenterede effekter af tidlig tværfaglig og tværsektoriel indsats over for patienter i den erhvervsaktive alder med væsentlige smerter i rygsøjlen af 4 - 12 ugers varighed.

Rapporten konkluderer bl.a., at der er

- en moderat evidens for, at tidlig tværfaglig indsats er mere effektiv end en monofaglig indsats
- en moderat evidens for, at inddragelse af arbejdspladsen forstærker indsatsen af den tværfaglige indsats.

Om de økonomiske konsekvenser konkluderes det, at

⁷ Evaluering af den reumatologiske rygambulatorier i Nordjyllands amt- med focus på behandlingen af diskusprolaps. Sundhedsstyrelsen 2004

⁸ Tværdisciplinær og tværsektoriel indsats over for patienter med ondt i ryggen. Medicinsk Teknologivurdering – 2010, 12 (1)

- en intervention med arbejdspladsinddragelse er omkostningseffektiv sammenlignet med sædvanlig praksis, når man ser på hurtigere tilbagevenden til arbejde.

Hvad kan spares, hvis der sættes ind med rehabilitering?

Foregående afsnit viste nogle eksempler på tiltag, der i praksis har vist sig at kunne reducere udgifterne til sygedagpenge. Og eksempler på tiltag hvor besparelsen endda oversteg udgifterne ved at drive de pågældende tiltag, således at de medfører en samlet besparelse i de offentlige udgifter. I det følgende vises et regneeksempel på, hvad der årligt kan spares på landsplan, hvis der sættes systematisk ind med rehabilitering af mennesker, der er sygemeldte på grund af muskel- og skeletsygdomme.

Eksemplet er lavet med udgangspunkt i resultaterne fra KIA- projektet⁹ fremskrevet til 2009 prisniveau samt tal for DREAM-databasen.

Som det fremgår af tabellen nedenfor, medfører rehabiliteringsprogrammet en netto besparelse på 24.400 pr. person. Hvis dette ganges op med antallet af personer, der potentielt kunne deltage i programmet, resulterer det i en samlet besparelse i de offentlige udgifter på 1,1 mia. kr. Hertil kommer forventede besparelser i udgifterne til førtidspension, der som nævnt ikke er beregnet i KIA-projektet

Regneeksempel på konsekvenser for de årlige offentlige udgifter af et rehabiliteringsprogram for sygemeldte på grund af muskel- og skeletsygdomme.

Antal sager med mere end 4 ugers varighed	194.822
Heraf sager muskel og skeletsygdomme (25 %)	48.706
Rehabiliteringsudgifter pr. person	13.000
Sparede omkostninger sygedagpenge pr. person	-33.400
Sparede omkostninger ambulante besøg pr. perso	-4.000
<i>Netto pr. person</i>	<i>-24.400</i>
samlede besparelser alle sager (24.400*48.706)	-1.188.414.200

Kilde: KIA-projektet, fremskrevet til 2009 prisniveau og DREAM-databasen

Konsekvenser for forskellige "kasser"

De offentlige udgifter er fordelt på forskellige kasser, der hver administreres af en af de tre offentlige myndigheder: Staten, regionerne og kommunerne efter nærmere fastlagte regler. Dette illustreres i skemaet på næste side, der viser fordelingen af hhv. førtidspension, sygedagpenge, kontanthjælp og sundhedsudgifter på hver af de tre kasser.

Tiltag der har til formål at reducere udgifterne som følge af muskel- og skeletsygdomme, f.eks. rehabilitering og behandling, vil derfor komme forskellige offentlige kasser til gode. Ligeledes vil udgifterne til de pågældende tiltag skulle bæres af den myndighed, der har ansvaret for finansiering af det pågældende område. Og det er ikke altid den kasse, der

⁹ Se note 4

betaler, der opnår besparelsen. Dette kan føre til "kassetænkning" – der kan defineres som: "en barriere for at indføre af tiltag, som er en fordel set ud fra et samfundsmæssigt perspektiv, men ikke ud fra den pågældende kasses perspektiv".

Eksempler på offentlige udgifters fordeling på forskellige offentlige kasser

	Stat	regioner	Kommuner
Førtidspension	35 %		65 %
Sygedagpenge*	50 %		50 %
Kontanthjælp	35 %		65 %
Sygesikring**		80 %	20 %
Sygehus**	Ca. 5 %	75 %	20 %

*Arbejdsgiver betaler sygedagpenge eller fuld løn de første 14 dage. Efter 14 dage får arbejdsgiveren refunderet svarende til sygedagpenge. Udgiften i 3 og 4 uge betales 100 % af staten. Efter 4 uge frem til 52. uge deles udgiften mellem stat og kommune 50/50. I det omfang der udbetales dagpenge efter 52. uge betales disse 100 % af kommunerne.

**Tallene for sundhedsudgifternes fordeling på offentlige kasser, er ca. tal. Kommunerne bidrager til finansieringen af det regionale sundhedsvæsen med et grundbidrag og en aktivitetsbestemt medfinansiering som hver især udgør ca. 10 % af regionernes sundhedsudgifter. Staten bidrager via den statslige meraktivitetspulje med ca. 5 %.

Tabellen nedenfor viser hvilke kasser, der vil opnå besparelser og hvilke, der skal bære omkostningen ved indførelse af tværfaglig rehabilitering af sygemeldte med muskel- og skeletsygdomme (jf. beregningseksemplet ovenfor). Da udgiften til tværfaglig rehabilitering kan afholdes af såvel kommuner som regioner, er det forudsat, at udgiften deles ligeligt imellem region og kommune.

Regneeksempel på udgifter og besparelser pr. år fordelt på region og kommune ved rehabiliteringsprogram for sygemeldte på grund af muskel- og skeletsygdomme

	Stat	Region	Kommune	I alt
Rehabiliteringsomkostninger		6.500	6.500	13.000
Sparede sygedagpenge	-16.700		-16.700	-33.400
Sparede ambulante besøg		-3.600	-400	-4.000
Netto pr. patient	-16.700	2.900	-10.600	-24.400
Samlet besparelse v/48.706 personer	813.390.200	-141.244.500	516.283.600	1.188.429.300

Det ses af regneeksemplet ovenfor, at både stat og kommuner vil opnå en økonomisk gevinst, mens regionerne vil have en nettoudgift såfremt der systematisk gennemføres en rehabilitering af sygemeldte med sygdomme i muskel- og skeletsygdomme, og såfremt udgiften deles mellem kommuner og regioner.

Gigtforeningen/aaJ

Oktober 2010

November 2011

Reumatologisk rehabilitering

Formålet med Gigtforeningens rehabiliteringsstrategi er, at den reumatologiske rehabilitering generelt forbedres og, at rehabiliteringsdelen sikres i de kommende forløbsprogrammer for muskel- og skeletsygdomme. Reumatologisk rehabilitering skal sikre rehabilitering til den *rette patient til rette tid på rette sted*.

Baggrund

Rehabiliteringsbegrebet har i en længere årrække været drøftet og prioriteret blandt en række patientforeninger og blandt politikere. I 2004 blev Hvidbogen "Rehabilitering i Danmark" præsenteret og har siden været en fælles referenceramme for rehabiliteringsbegrebet i Danmark. På samme tidspunkt blev Rehabiliteringsforum Danmark dannet – med Danske Handicaporganisationer som en af hovedaktørerne.

I Hvidbogen¹ er rehabilitering defineret således:

"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv. Rehabilitering baseres på borgernes hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og videnbaseret indsats".

Rehabiliteringsforum Danmark var primus motor for Hvidbogen fra 2004 og er ligeledes tovholder for en kommende Hvidbog II "Fra rehabiliteringsbegreb til rehabilitering i praksis", der forventes færdig i 2012.

I maj 2009 har Danske Regioner, KL og sundhedsministeriet meldt fælles ud, at parterne er enige om en styrkelse af rehabiliteringsområdet. Det skal først og fremmest ske gennem en mere effektiv identifikation af patienternes behov og en styrket koordinering af indsatsen, hvor den rækker på tværs af myndigheder og sektorer. Dernæst skal der ske en mere systematisk vidensspredning og identifikation af "best practice". Parterne vil iværksætte en række tiltag til at formidle best practice på området og fremadrettet følge op på indsatsen.

Sundhedsministeriet har i sommeren 2010 taget initiativ til udarbejdelse af en vejledning om rehabilitering på tværs af fire ministerier, som har været i høring i 2011 og udsat for stor kritik. Arbejdet med vejledningen forventes afsluttet i 2011. På det politiske område blev der i

¹ Rehabilitering i Danmark, hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Link:
<http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/filer/hvidbog/hvidbog.pdf>

november 2010 stillet et forslag af S og SF om en lovfæstet ret til rehabilitering i kraft af en ret til rehabiliteringsplaner således, at patienterne fremover i stedet for ret til genoptræningsplaner jf. sundhedsloven skal have ret til en rehabiliteringsplan. Et forslag der bakkes op af Danske Patienter. Danske Patienter har i øvrigt udformet et politikpapir om rehabilitering, som uddyber Danske Patienters holdning på området.

En del af elementerne fra rehabiliteringsbegrebet indgår i den generiske model i arbejdet med forløbsprogrammer, og i forbindelse med udmøntningen af kronikerpuljen til bl.a. forløbsprogrammer, er en del midler tildelt rehabiliteringsområdet

Dertil kommer, at vi ved, der er et potentiale for store samfundsmæssige og individuelle gevinster ved en sammenhængende rehabiliteringsindsats².

Der er således en del initiativer i gang på rehabiliteringsområdet, der betyder, at det er relevant for Gigtforeningen at sætte fokus på den reumatologiske rehabilitering.

Lovgivningen

Rehabilitering anvendes ikke som begreb i den danske sundhedslovgivning. I Sundhedsloven tales alene om genoptræning, og ifølge loven skal patienten tilbydes en genoptræningsplan ved udskrivelse fra sygehus, hvis der er lægefagligt begrundet behov for det. Endvidere bestemmer sundhedsloven, at kommunerne skal tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der har en lægefaglig begrundet genoptræningsplan efter udskrivning. Ifølge bekendtgørelsen til loven skelnes der mellem to former for genoptræning: Specialiseret genoptræning og almindelig genoptræning.³

Rehabiliteringsbegrebet dækker en bredere indsats end genoptræning. Selv om sundhedsmyndighederne har påpeget, at genoptræning defineres bredt og omfatter både fysisk, psykisk og social funktionsevne, er der i udformningen af genoptræningsplaner i praksis fokus på den fysiske funktionsevne. Dermed sker der ikke en systematisk vurdering af f.eks. patientens psykosociale problemstillinger og tilknytning til arbejdsmarkedet, selv om disse problemer er velkendte. Begrebet "genoptræning" i lovgivningen bør erstattes af det bredere begreb "rehabilitering", som ud over en sundhedsmæssig indsats omfatter indsatsen også den beskæftigelsesmæssige og sociale indsats.

Forholdet til forløbsprogrammer

I forhold til kompleksiteten af indsatsen, herunder tværfaglighed, indsats på tværs af sektorer, sygdommenes udvikling over tid m.m. kan en model med forløbsprogrammer, som kendes fra andre kroniske sygdomme, være med til at skabe sammenhæng i rehabiliterings-forløbet.

Forløbsprogrammer udgør en samlet plan eller forløbs-beskrivelse, som beskriver de forskellige typer af interventioner og de organisatoriske rammer. Sundhedsstyrelsen definerer

² Rehabilitering af mennesker med muskel- og skeletsygdomme. Hvad kan der spares på de offentlige udgifter? Gigtforeningen, notat 2010.

³ Vejledning om træning i regioner og kommuner. 2009.

Link: <http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/11443EE64DF948FFB3D0466C4A3FC3B8.ashx>

et forløbsprogram som en multidisciplinær tilgang, som koordinerer den samlede indsats gennem hele sygdomsforløbet på tværs af sundhedsvæsenet ⁴ Når vi taler rehabilitering for muskel- og skeletsygdomme skal forløbsprogrammerne suppleres med den social og beskæftigelsesmæssige indsats.

Det skal derfor sikres, at den reumatologiske rehabilitering cementeres i de aktuelle og kommende forløbsprogrammer for muskel- og skeletsygdomme.

Rehabiliteringsbehov i forhold til sygdomsfasen

Reumatologiske sygdomme er karakteriseret ved en række faser, som stiller forskellige krav til rehabiliteringsindsatsen. Dette beskrives i nedenstående tabel:

Rehabiliteringsfase	Rehabiliteringsbehov
Diagnosefase	Sygdomsforståelse med henblik på at kunne orientere sig i den nye livssituation. Fx sygdomsinformation, inddragelse af pårørende m.m.
Behandlingsfase	Funktionstræning/forbedring, smertemestring, individuel vejledning, hjælpemidler m.m.
Tidlig rehabiliteringsfase	Funktionstræning/forbedring, fokus på aktivitet og deltagelse, patientuddannelse/mestringsstrategier, Afklare arbejdssituation/gradvis tilbagevenden til arbejde, hjælpemidler og arbejdspladsindretning,
Sen rehabiliteringsfase	Vedligeholdende træning, udfordringer med følger af sygdommen fx kroniske smerter, psykosociale forhold, nedsat erhvervsevne m.m.

⁴Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen 2008.

Link http://www.sst.dk/publ/publ2008/Plan/Kronisk/kronisk_forloebprogrammer2008.pdf

Gigtsygdomme

Gigtsygdomme omfatter sygdomme i led, ryg og muskler. Fælles for gigtsygdomme er smerter, træthed og nedsat funktionsevne. Gigtsygdomme kaldes også sygdomme i bevægeapparatet, muskel- og skeletsygdomme eller reumatiske sygdomme.

Gigt er den mest almindelige kroniske sygdom i Danmark med omkring 700.000 berørte. Nogle gigtsygdomme er sjældne, mens andre er meget almindelige. Læs mere på www.gigtforeningen.dk. I forhold til rehabilitering er det relevant at kende de forskellige forløb, som gigtsygdomme har.

Fremadskridende gigtsygdomme

Visse gigtsygdomme er karakteriseret ved at have et svingende, progredierende forløb (fx leddegigt og autoimmune bindevævssygdomme), og der vil således være behov for, at disse patienter starter forfra i rehabiliterings-faserne, såfremt der sker en forværring af sygdommen.

Gigtsygdomme med stabile, kroniske forløb

Der findes andre store grupper af gigtsygdomme, som er karakteriseret ved et mere stabilt kronisk forløb. Det gælder fx folkesygdommen slidgigt, kroniske rygsmerter og fibromyalgi. Disse sygdomme kan godt variere i intensitet fra dag til dag, og vil for en dels vedkommende forværres i forbindelse med aldring, men generelt har de et mere stabilt kronisk forløb.

Reversible gigtsygdomme

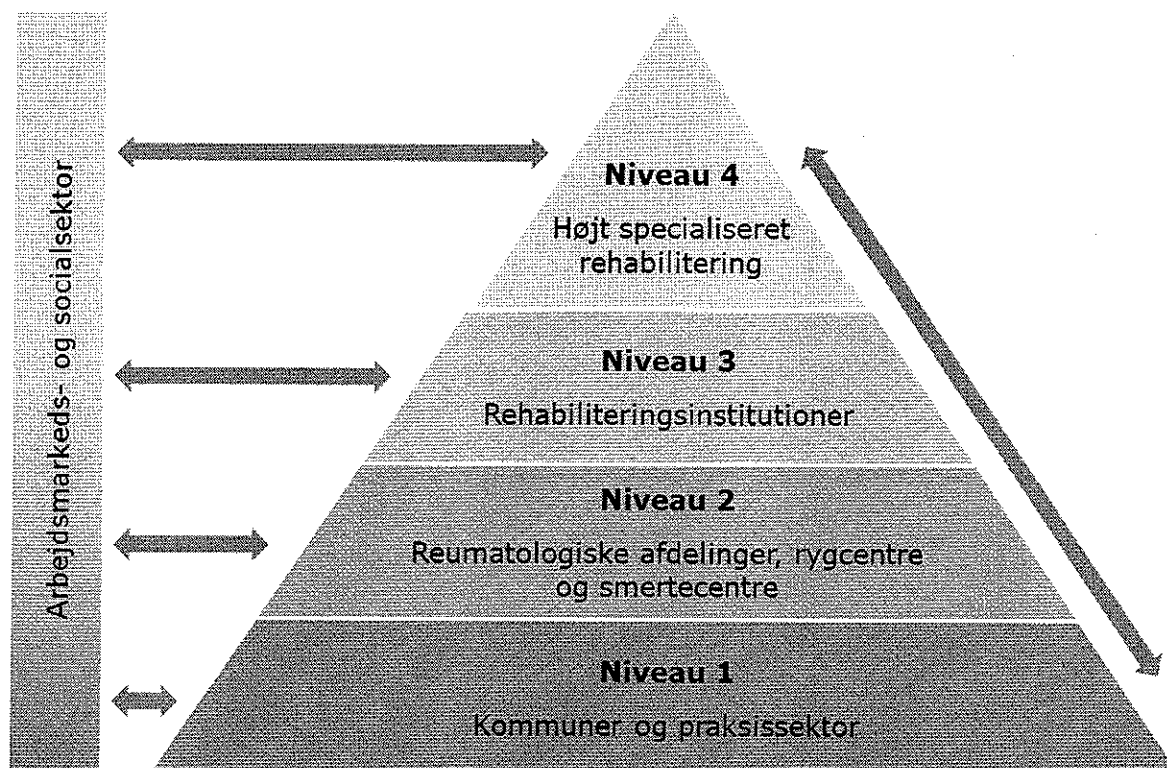
Endelig er der en del gigtsygdomme, som er reversible. Det gælder fx diskusprolaps og lettere overbelastningsskader. Disse vil derfor kun have behov for en tidsbegrænset rehabiliteringsindsats og kun nå til den tidlige rehabiliteringsfase.

Sammentænkning og koordinering af sundheds-, social- og beskæftigelsesfaglige indsatser

En bred rehabiliteringsindsats skal sigte efter, at de nuværende indsatser overfor patienter med muskel- skeletsygdomme i langt højere grad sammentænkes med den sociale og beskæftigelsesmæssige indsatser. Det sikrer et forløb, der omfatter hele patientens samlede situation, hvor der sker en koordineret og sammenhængende indsats sektorerne imellem.

Graduering af rehabiliteringsindsatsen

Rehabiliteringsindsatsen skal foregå på det rette niveau med en tværfaglig og tværsektoriel behandling. Denne del er illustreret i nedenstående stratificeringspyramide, der viser specialiseringsniveauet.



1. *Kommuner og praksissektor:* Under kommuner hører bl.a. jobcentre og sundhedscentre. Praksissektoren er en betegnelse, der anvendes i forhold til de almene praktiserende læger og praktiserende speciallæger, psykologer, tandlæger, kiropraktorer, fodterapeuter og fysioterapeuter. På dette niveau foregår individuel behandling hos egen læge/speciallæge, kommunal genoptræning og øvrig rehabilitering på kommunale sundhedscentre, hjælpemidler, patientuddannelse, patientinddragelse, forebyggelse (KRAM), vederlagsfri fysioterapi mv.
2. *Reumatologiske afdelinger, rygcentre, smertecentre:* På dette niveau afklares og igangsættes rehabiliteringsmæssige tiltag i tillæg til medicinske problemstillinger. Individuelle tilbud og holdtilbud samt sygdomsspecifik patientuddannelse.
3. *Rehabiliteringsinstitutioner:* På dette niveau er der tale om intensive rehabiliteringsophold, hvor der arbejdes tværfagligt både individuelt og på hold.
4. *Specialiseret rehabilitering på højt specialiseret niveau:* Helhedsorienteret, målrettet, tværfagligt og tværsektorielt rehabiliteringstilbud til patienter med svær fremskreden sygdom og/eller psykosociale problemstillinger. Individuelt tilbud. Findes ikke på voksenområdet i dag, men findes på børneområdet på Skejby og Rigshospitalet.

For at fremme den reumatologiske rehabilitering vil Gigtforeningen arbejde for:

- At patienter med behov for langvarige og sammensatte rehabiliteringsydelser skal have ret til en rehabiliteringsplan, og at ansvaret herfor sikres entydigt.
- Udvikling og implementering af en tværfaglig model (evt. med udgangspunkt i ICF-metoden), der beskriver en rehabiliteringsplan, som kan bruges som redskab på tværs af sektorer. Modellen skal målrettes patienter med behov for langvarige og sammensatte rehabiliteringsydelser. En sådan model er udviklet i Norge.
- At rehabilitering indarbejdes i forløbsprogrammer for muskel- og skeletsygdomme med udgangspunkt i en stratificeret indsats.
- At der afsættes midler til fortsat forskning og udvikling af reumatologisk rehabilitering. Viden skal samles i et videns- og forskningscenter for reumatologisk rehabilitering.
- At reumatologisk rehabilitering indgår i relevante uddannelsesforløb.
- At der på sygehusniveau etableres en højt specialiseret funktion for reumatologisk rehabilitering.

Politiske initiativer fra Gigtforeningen

Gigtforeningen har taget en række initiativer for at sætte den reumatologiske rehabilitering på dagsordenen:

- Halvdagsmøde om forløbsprogrammer oktober 2008
- Rapport: Rehabilitering af mennesker med leddegigt i et teoretisk perspektiv (2009)
- Via Danske Patienter: Rehabilitering – sammenhæng og kvalitet for patienter (2009)
- Halvdagsmøde om reumatologisk rehabilitering maj 2010
- Notat: Rehabilitering af mennesker med muskel- og skeletsygdomme – hvad kan der spares på de offentlige udgifter?
- Input til Danske Patienter: Rehabilitering – beskrivelse af 8 patienters konkrete forløb (sept. 2010) Heraf to cases med leddegigt.
- Temadage om smerter (efteråret 2010).