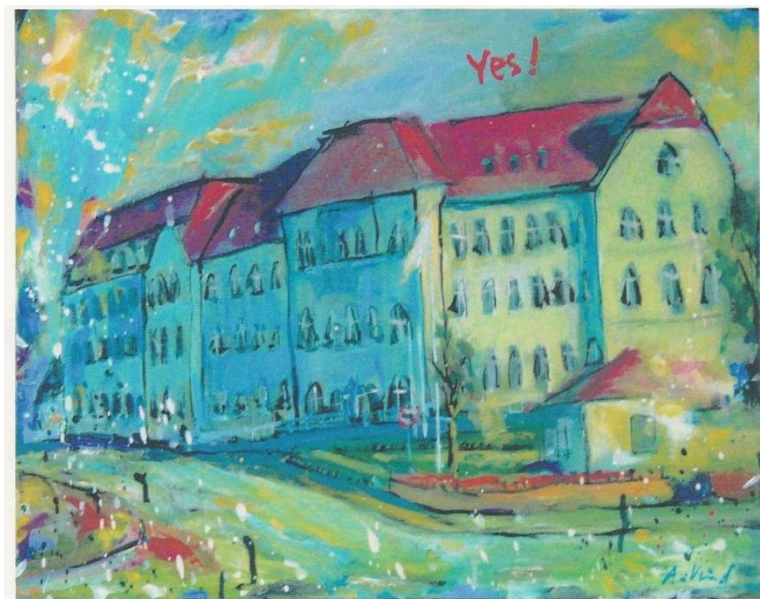


# Rehabilitering og leddegigt. Indsatser med evidens, fagligt grundlag og vigtige faggrupper



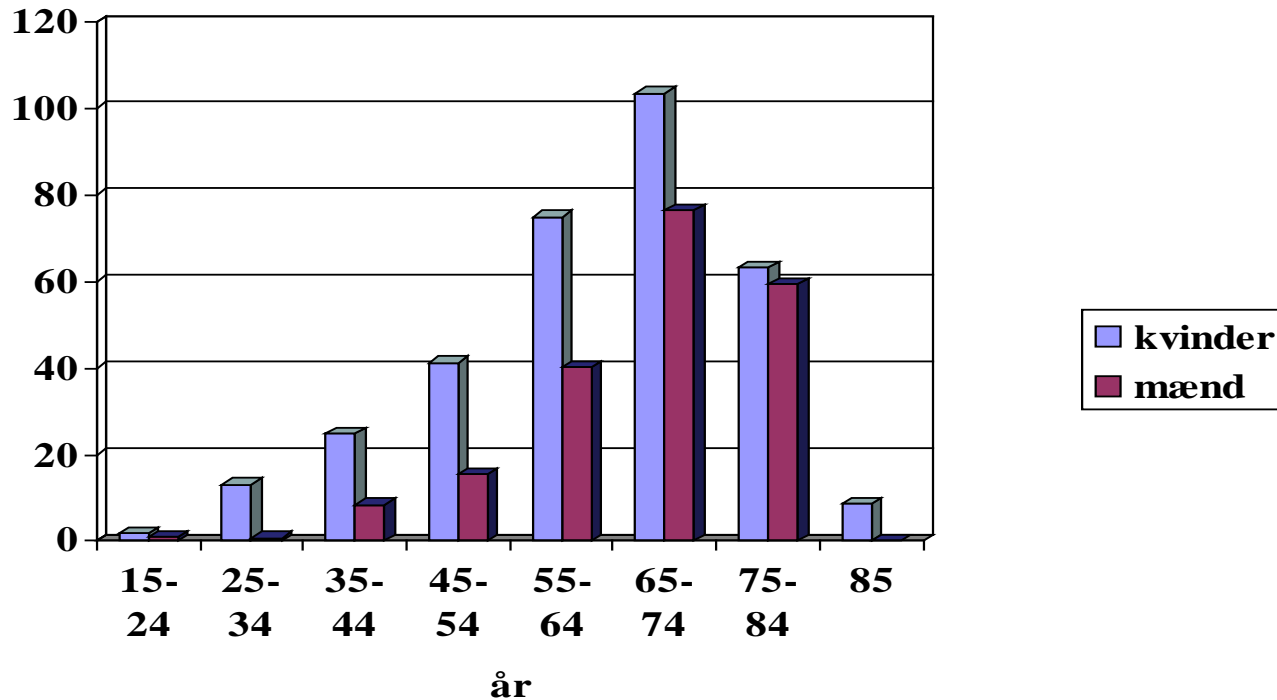
Kim Hørslev-Petersen  
Kong Christian X's Gighospital  
Institut for Regional Sundhedsforskning, SDU

# Leddegigt i Danmark

35.000 danskere - 1700 nye pr år.

Kvinder/mænd: 2:1 - Debutalder: 62 år (16 – 90+)

Der bliver flere: ændret demografi



# Leddegigt: Funktions- og arbejdstab

Status 5 år	Eberhardt 1993 (S)	Young 2000 (GB)	CIMESTRA 2010 (DK)
Normal funktion HAQ<0,25	20*	40	57
Moderat funktionstab HAQ< 1,5	55*	44	38
Svært funktionstab HAQ >1,5	25*	16	5
Remission (ACR)	17	13	54
Arbejdsophør (sygdomsbetinget)	37	27	12

\*: 2 år

# Leddegigt:

## Risiko for funktionstab og sygelighed

- Erosiv, autoantistof-positiv sygdom og betydelende funktionstab ved diagnose
- Dårlig psykosocial status
  - lav self-efficacy, ringe sygdomshåndtering, øget hjælpeløshed
- Socioøkonomiske afsavn
  - øget komorbiditet, livsstilsfaktorer, ringe self-management færdigheder, sen eller ringe kontakt til sundhedssystem

# Fremtidens behov for rehabilitering af leddegigt

- Øges fordi:
  - Flere får leddegigt (ændret demografi)
  - Flere har leddegigt (de lever længere)
- Mindskes fordi:
  - Bedre behandling (tidligere, mere aggressivt)

# Rehabiliteringens placering i nationale forløbsprogrammer

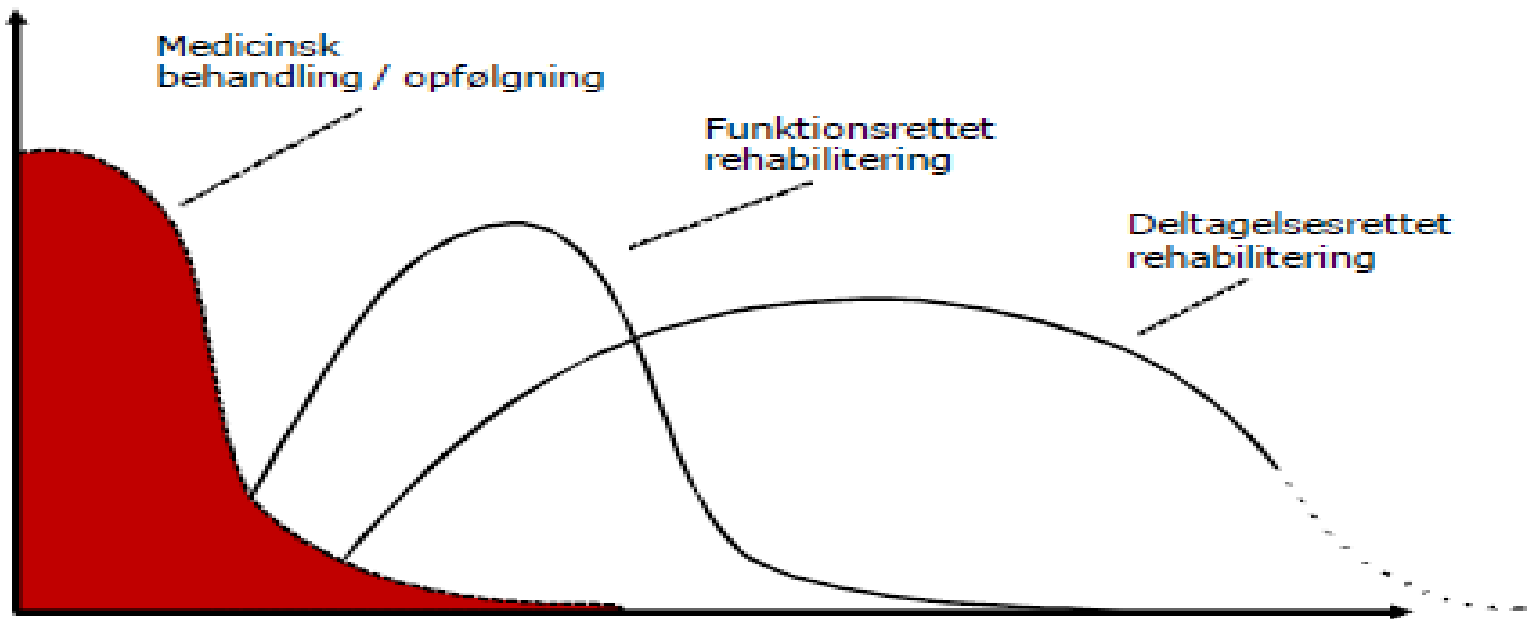
Forløbsprogram beskriver den samlede, kontinuerlige og koordinerede indsats for en given sygdom. Det lægger vægt på en **planlagt indsats der forebygger akutte episoder** og som inddrager

**forebyggelse, patientuddannelse og selvmonitorering**

Herunder inddrages **egenomsorg**, som udtryk for individets evne til at håndtere symptomer, behandling, fysiske og psykosociale konsekvenser samt forandringer i levevis, som følger med at leve med en kronisk sygdom. Det omfatter også evnen til at monitorere sin tilstand og effektuere kognitive, adfærdsmæssige og emotionelle reaktioner for opretholde af en tilfredsstillende livskvalitet.

# Rehabilitering i forløbsprogrammet (I)

Tiltag –  
indsatsmængde



Figur 1. Fra I. Lie 1996 (I Bredland og Linge 2007)

Patient  
uddannelse

# Patientuddannelse – leddegigt

(Hammond A. 2004)

- Forbedrer self management og -efficacy samt mindsker funktionstab, smerte, træthed og forbedrer psykologisk status på kort sigt. Patienter der bruger håndteringsstrategier har mindre funktionstab på lang sigt

# Patientuddannelse - leddegigt

(Hammond A. 2004)

**Hvem:** Patienter med gigt der begynder at tabe bevægelse og funktion

**Hvornår:** Tidlig – når patienten er klar til livsstilsændringer

**Hvad:** Adfærdsfokuseret intervention bedre end information og rådgivning alene

**Hvordan:** Gruppe bedre end individuelle adfærdsprogrammer. Fleksibel og lokalt.

**Hvorfor:** Den mulige langtidseffekt af ansvar for self management for patient og samfund bør stimulere til deltagelse i effektive programmer

# Patientuddannelse - leddegigt

## Danske erfaringer

**Tidlig leddegigt:** 2½ dag. Central. Delvis selvbetaling. 52 pt. 28 med ledsager. Læge, fysio- og ergoterapeut, diætist, psykolog, socialrådgiver, patient. Tilfredshed med kursusforløb. Faktuel viden om sygdommen, muligheder for støtte, samt værktøjer til efterfølgende brug i hverdagen med henblik på at skåne deres led, økonomisere med deres kræfter mv. (Skælskør 2005-6)

**Etableret leddegigt:** 2 x 3 timer. Lokalt. Gratis. 284 pt. Få med ledsager. Læge, sygeplejerske, fysio- og ergoterapeut. Baseret på adfærdsfokuseret indlæring og rådgivning. Større grad af self-efficacy efter kursus. Ændringen er relateret til træthed og følelse af kontrol, men også til alder, køn, uddannelsesniveau (Gråsten/Vejle. Primdahl 2010)

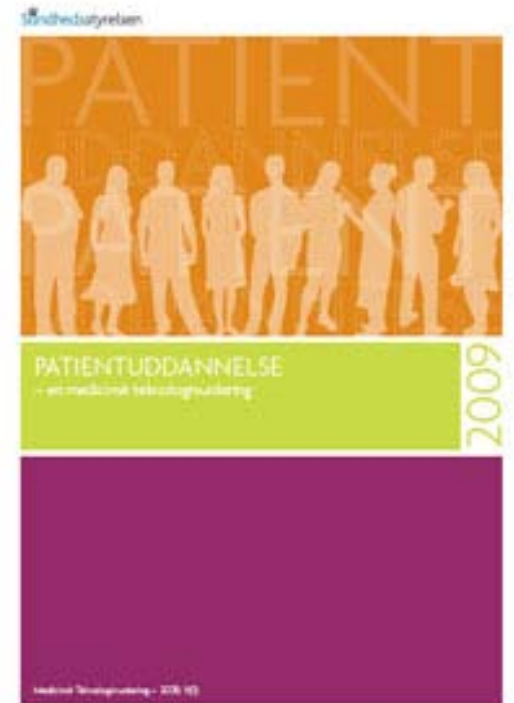
**På landsbasis har kun 8% af leddegigt patienter gennemført formaliseret patientuddannelse (hold)**

# Problemidentifikation

## MTV: Patientuddannelse 2009

(generel, KOL og DM2)

- Manglende evidens for varig effekt, virkningsmekanisme, pædagogisk metode, underviser kompetence, målgruppe, organisation og indhold.
- Sikring af tværfaglig forskning
- Vidensudvikling og -deling tværsektorielt



# Anbefalinger

## **MTV: Patientuddannelse 2009** (generel, KOL og DM2)

- Målrettet pt. behov – medbestemmelse
- Aktiv adfærdstræning
- Specifikke målgrupper (udsatte grupper)
- Målrettet livsforandringer (arbejds-, fritids-, familieliv)
- Omfang tilpasset målgruppe (tidlig/etableret sygdom)
- Sammenhæng teoretisk grundlag og pædagogisk praksis
- Klar tværsektoriel opgavefordeling – høj rekruttering
- Flerkommunal inddragelse ved specifikke opgaver
- Rekruttering af udsatte grupper/minoriteter
- Kompetenceudvikling blandt undervisere
- Organisering med lav sårbarhed

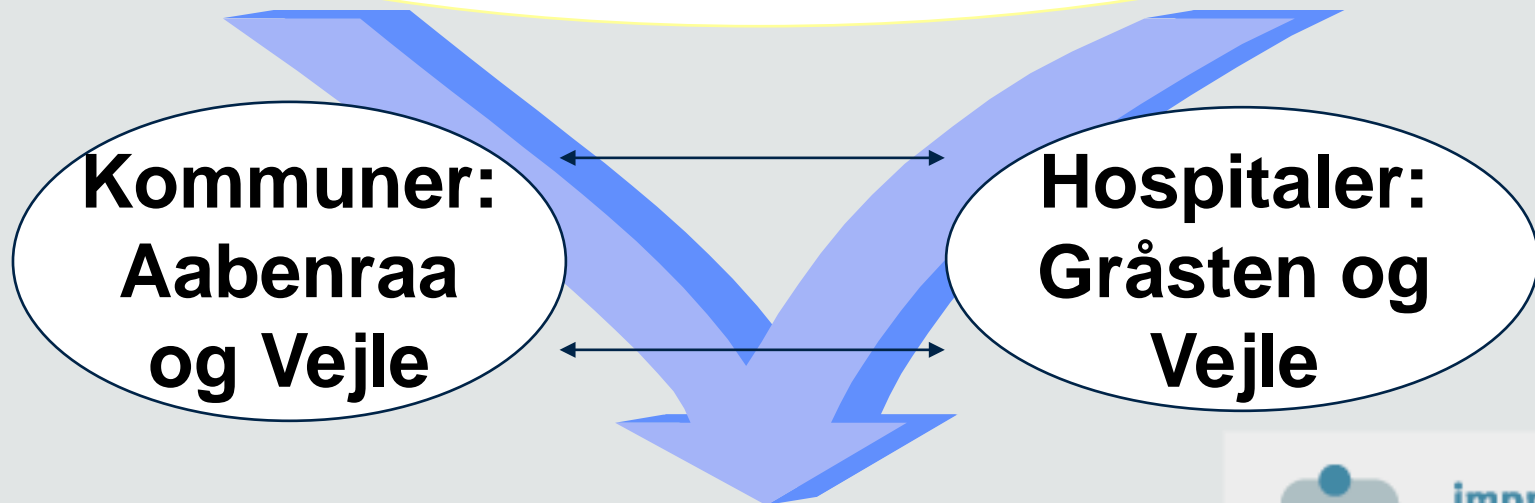


# Pulje til forstærket indsats for kronisk sygdom

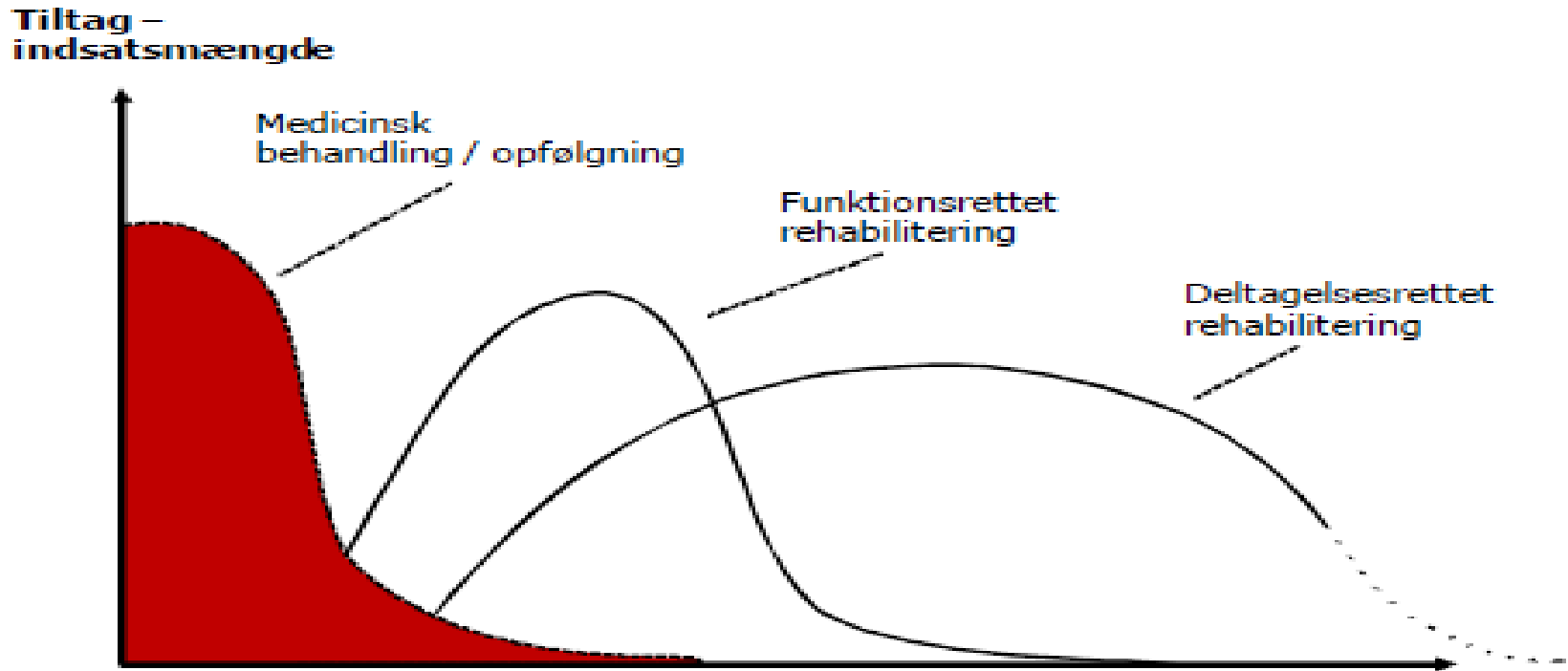
## Differentieret Uddannelse af PATienter med Leddegigt

A: Udvikling af viden omkring implementering af tværfaglig undervisning på regional og kommunal patientuddannelse.

B: Leddegigtpatienters behov for og omsætning af patientuddannelsen i hverdagslivet.



# Rehabilitering i forløbsprogrammer (II)



Figur 1. Fra I. Lie 1996 (I Bredland og Linge 2007)

**Tværfaglig rehabilitering**

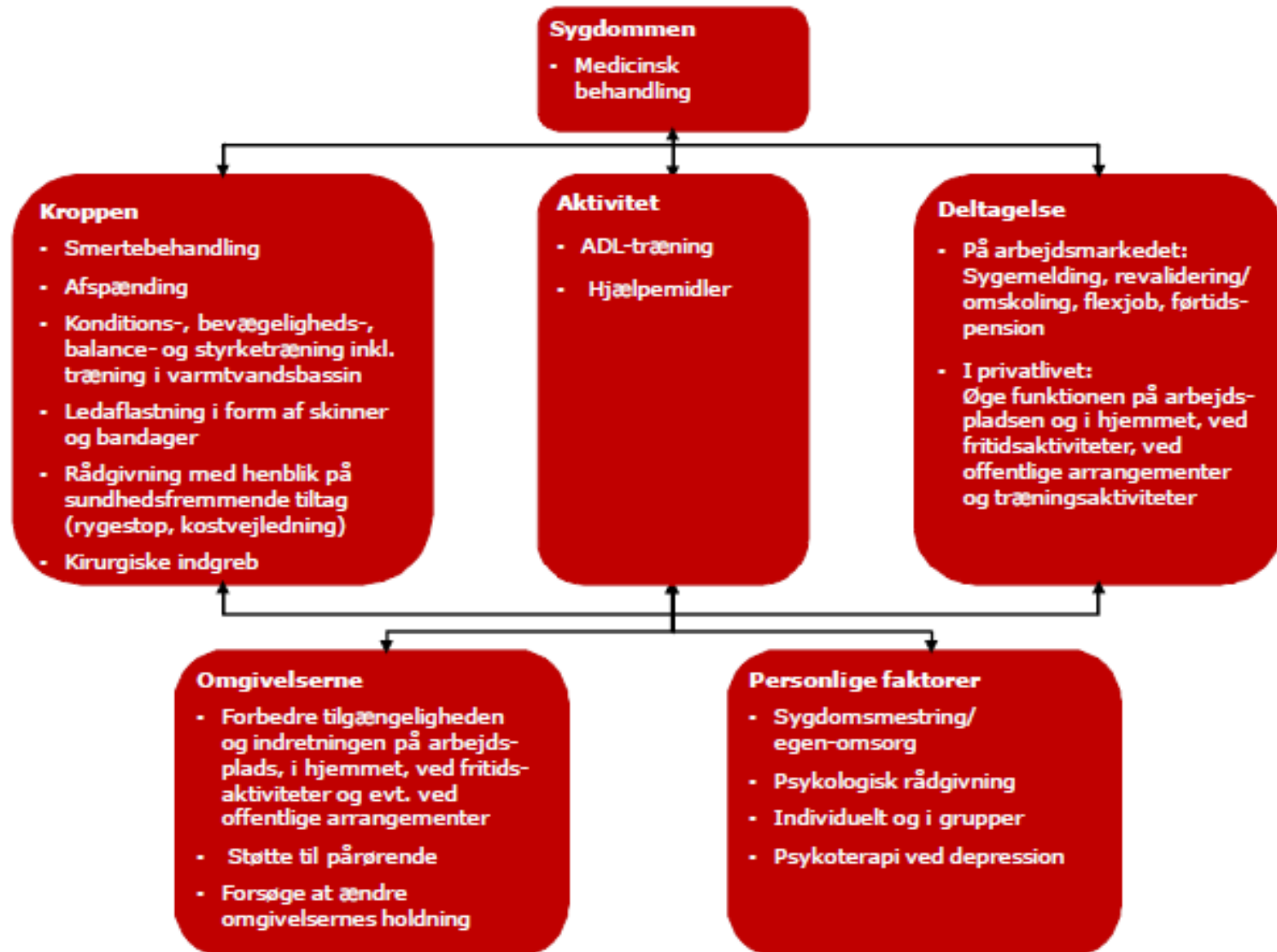
# Involverede fagfolk og deres indsats

- Sygeplejerske
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Socialrådgiver
- Læge (reumatolog)
- Psykolog
- Livsstil: Diætist, rygestopsinstruktør
- Træningsterapeuter
- Jobkonsulenter, lærere, pædagoger
- Ingeniører, teknikere, håndværkere
- Fodterapeut, bandagist, reumakirurg
- "Patient ekspert"



Kontaktperson  
Koordinator

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



# Effekt af rehabilitering

- **Symptomatisk lindring (kort sigt)**
  - Termoterapi
  - Laser terapi
  - Akupunktur
  - Hjælpemidler
- **Funktionsbevarende (kort sigt)**
  - ergoterapi
  - Ortoser
  - Mind-body tilgange
- **Smerte lindring, funktionsbevarende (middellang sigt)**
  - Patientuddannelse
  - Ledbeskyttelse
  - Træning med adfærdsstrategier
  - Dynamisk træning
  - Håndøvelser
  - Bassintræning
  - Kognitiv adfærdstræning

# Rehabiliterings ramme

Forskning fokuserer på delelementer i en kompleks intervention. Uden at sætte interventionen ind i en sammenhæng, vil det ikke være muligt at foretage sammenlignende studier og opgørelser på tværs af studier. Det vil være vanskeligt at drage nytte af andres erfaringer og undersøgelser. Dækkende effektmål vil ikke kunne defineres. Der er derfor et stort behov for en beskrivelse af rehabiliterings ramme.

# Ramme for beskrivelse af rehabilitering

STAR-ETIC study group (S, N, NL, DK)

## Udkast

**Sammenhæng:** Sundheds og social system. Uddannelsessystem

### **Struktur**

- Patientinddragelse
- Rehabiliterings team
- Finansiering
- Målsætning
- Varighed
- Niveau og ramme
- Opfølgning

### **Proces**

- Rehabiliteringsplan
- Intervention
- Medicinsk behandling
- Vurdering og evaluering
- Kriterier for indlæggelse og udskrivelse

### **Udkomme**

- Funktion (ICF)
- Aktivitet (ICF)
- Deltagelse (ICF)
- Livskvalitet
- Self management færdigheder
- Patient erfaringer
- Omkostninger

# STAR-ETIC initiativ

Spenshult Hospital, Oskarström, Department of Orthopedics,  
Lund, Diakonhjemmet Hospital, Oslo, Gråsten Gigthospital,  
Medical Center, Leiden.

(EULAR-CLI022 Research grant)

- Udvikle fælles registrering af resultater af team-organiseret gigt rehabilitering (struktur, proces, resultat)
- **Struktur** (faggrupper, antal, uddannelse, team sammensætning)
- **Proces** (dagbog)
- **Udkomme** Patient rapporterede effektmål  
(smerte, træthed, HAQ, ASES, HSCL-25, SF-36, EQ-5D, sociodemografiske data, medicin)
- Data ved indlæggelse, udskrivning, samt 6 og 12 måneders follow-up

# Rehabilitering af leddegigt

Kong Christian X's Gighospital

## Indikation for rehabilitering i stationær regi:

- Svært behandlelige leddegigtpatienter med komplekse problemstillinger, betydelige smerter og/eller funktionsproblemer
- Hvor behandlingsindsatsen i primærsektoren eller i ambulant regi har været utilstrækkelig eller umulig.
- Hvor indsats forventes at kunne have betydende funktionsforbedrende eller smerteminskende effekt

# Effekt af rehabilitering Gigtforeningens centre Alle patienter

Udgangspunkt og ændring	Træningscentre (2009)	Gigthospital (2008)
Antal patienter	905 (13,4% leddegigt)	275 (18,5% leddegigt)
Gangtest 30 meter	28,5 sek - 3,8 sek (10,5%)	25,6 sek - 3,4 sek (13%)*
Smerte (VAS 0 – 100)	65 - 10 (15,4%)	66 - 15,5 (23,5%)
Påvirkning af tilværelse (VAS 0 – 100)	75 - 10 (13,3%)	71 - 19 (26 %)

\*: (n=182)

# Rehabilitering under indlæggelse 2009. Erfaring fra Gigtforeningens træningscentre

121 patienter, alder 65 år, 87% kvinder, 29% BMI>30, 29% rygere, 36% kunstige led, 43% anden sygdom, HAQ 1,5

Klinisk relevant behandlingseffekt (>10% forbedring):

SF-36: Fysisk funktion	38%
SF-36: Social funktion	57%
SF-36: Energi	61%
SF-36: Psykisk velbefindende	53%
SF-36: Almen helbred	37%
Smerter (VAS)	47%
Påvirkning af tilværelse (VAS)	50%
Gå 30 meter på tid (sek)	69%
Funktion (HAQ)	42%

# Rehabilitering under indlæggelse 2009. Erfaring fra Gigthospitalet

	2007	2008	2009
Rehabilitering	650	644	672
Leddegigt	116	119	122
i %	17,8%	18,5%	18,2%

Sønderjyllands amt.

Antal leddegigt patienter: 1600

Antal patienter fulgt på Gigthospitalet (2009) 1200

Antal patienter indlagt til rehabilitering (2009) 50

Estimeret behov i Danmark (min.) 1100 (3,1%)

Rehabilitering i Gigtforeningens regi (2009) 243

# Uddannelse og rehabilitering virker!

- Patientuddannelse til alle.
- Tværfaglig rehabilitering til risikopatienter.

## Fokus på

- Hvem, hvornår, hvad og hvordan
- Risikopatienter
- Dokumentation
- Fælles ramme
- **Samarbejde mellem kommuner og regioner**
- **Kompetencecentre**

- Udækket behov

8% har gennemført uddannelsesprogram

20% af behov for specialiseret rehabiliteringsprogram dækkes