



# Notat

Til: Hovedbestyrelsen

Fra: Susan Kranker, Vibeke Laumann, Michael Harbo Paulsen, Karen Langvad

Cc:

Dato: 12. august 2009

Emne: Fysioterapi til personer med kronisk sygdom: Oplæg til strategi

---

## Baggrund

Der har de seneste år været stor sundhedsfaglig og sundhedspolitisk opmærksomhed på personer med kronisk sygdom. Opmærksomheden skyldes hovedsagelig to forhold. For det første et behov for at bedre kvaliteten i indsatsen. Der skal være større ensartethed i behandlingstilbuddet til de enkelte sygdomsgrupper, ligesom der skal være bedre sammenhæng i indsatsen, som ofte inddrager flere faggrupper og flere sektorer.

For det andet et behov for at nedbringe udgiftsniveauet til behandling af personer med kronisk sygdom. Der er aktuelt i Danmark omkring 1,5 mio. mennesker, som lider af kroniske sygdomme, og kronisk sygdom forventes i fremtiden at ville lægge beslag på 70-80 pct. af de ressourcer, som anvendes til sundhedsvæsenet. Det store og stigende antal skal forstås i sammenhæng med, at levetid, alderssammensætning, generelle livsbetingelse, sociale forhold og sundhedsvæsenets muligheder for behandling ændrer sig i retning af, at vi lever længere men må påregne flere aldersbetingede og kroniske lidelser.

Som led i denne dagsorden udsendte Sundhedsstyrelsen i 2005 rapporten *Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund*. Rapporten beskriver behovet for at bedre kvalitet og sammenhæng i indsatsen, og behovet for at finde effektive og ressourcebesparende måder at imødekomme det stadigt stigende antal personer med kroniske sygdomme. Rapporten introducerer *Kronikermodellen*, som udpeger henholdsvis faglige og organisatoriske kvalitetsparametre for den fremtidige indsats. De overordnede principper i modellen har specifikt fokus på patientens aktive egenomsorg og samspillet mellem de behandlende sundhedsprofessionelle som centralt for kvalitet og effektivitet.

Rapporten er siden fulgt op med udvikling af en model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom, som fremover skal ligge til grund for udvikling af standardforløb og kliniske retningslinjer for de enkelte diagnosegrupper. Sundhedsstyrelsen har endvidere udarbejdet

specifikke vejledninger og anbefalinger f.eks. i forhold til patientuddannelse, som alle findes på styrelsens hjemmeside.

I forbindelse med Finansloven for 2008-2011 blev der afsat 565 mio. kr. til en styrket indsats for personer med kronisk sygdom, og i efteråret var Danske Fysioterapeuter sammen med en række andre organisationer, KL og Danske Regioner inviteret til sammen med Sundhedsstyrelsen at gøre status på indsatsen og komme med forslag til nærmere udmøntning af de afsatte midler. Anbefalingerne fra møderne i forhold til den styrkede indsats var, at der skulle fokuseres på initiativer, som fremmer muligheden for bedre koordination, samarbejde og kommunikation – herunder bedre udnyttelse af IT. Midlerne udmøntes som puljemidler og kan søges af regioner og kommuner.

Personer med kronisk sygdom er en central målgruppe for fysioterapeuter. Personer med kronisk sygdom har et stort, vedvarende og ofte livslangt behov for fysioterapeutisk behandling, træning og rehabilitering, og fysioterapeuter bør spille en central rolle i arbejdet med kvalitetsudvikling af indsatsen. Der er derfor behov for, at Danske Fysioterapeuter vurderer behovet for sundhedspolitiske initiativer, som vil være til gavn for personer med kronisk sygdom og behovet for fagpolitiske initiativer, som vil være til gavn for fysioterapi og fysioterapeuter med relation til området.

Formålet med dette notat er at skabe grundlag for og udpege fremtidig sundheds- og fagpolitisk initiativer på kronikerområdet. Notatet beskriver en langsigtet strategi, men flere af initiativerne kan påbegyndes i relation til Plan 2010.

Notatet er udarbejdet på baggrund af tilgængelig litteratur samt dialogmøde med repræsentanter fra klinisk praksis.

De følgende afsnit beskriver:

- Personer med kronisk sygdom – afgrænsning og præcisering af området
- Kronikermodellen - Sundhedsstyrelsens anbefaling
- Fysioterapi til personer med kronisk sygdom – aktuelle praksis
- Perspektiver og problemstillinger
- Indsatsområder

### **Personer med kronisk sygdom – afgrænsning og præcisering**

Kronisk sygdom er karakteriseret ved, at sygdommen er vedvarende, har blivende følger, skyldes irreversible forandringer og kræver langvarig behandling, pleje, træning og/eller rehabilitering.

Der findes ikke en egentlig diagnoseliste over kroniske sygdomme, men som eksempler kan nævnes de store folkesygdomme: KOL, diabetes, hjerte- og karsygdomme, knogleskørhed, muskelskeletsygdomme og psykisk sygdom.

En del af de sygdomme, som betegnes kroniske sygdomme, f.eks. forhøjet blodtryk er ikke i sig selv en kronisk sygdom men rettere risikomarkører for, at sygdom kan opstå. Kronisk sygdom omfatter derfor også tilstande, som med rette og vedvarende indsats kan forhindre alvorlig sygdom i at opstå, forebygge udviklingen af komplikationer og forværring af sygdommen.

Et forløb med kronisk sygdom strækker sig fra personen første gang har kontakt med sundhedsvæsenet og varer i reglen resten af patientens liv. Et typisk forløb omfatter udredning og diagnosticering, forebyggelse, behandling, pleje, træning og rehabilitering herunder diverse sociale og kompenserende foranstaltninger.

Et forløb med kroniske sygdom vil ofte involvere forskellige fagligheder, forvaltninger og myndhedsområder, og stiller dermed særlige krav til koordinering, kommunikation og samarbejde på tværs. Hovedparten af indsatser for personer med kronisk sygdom er lovgivningsmæssigt forankret i sundhedsloven, men også lov om social service er i anvendelse, f.eks. ved behov for førtidspension og hjælpemidler og andre former for sociale og kompenserende foranstaltninger (bilag 1).

Kronisk sygdom har pga sin kompleksitet og behov fra forskellige lovgivnings- og myndhedsområder fået særlig opmærksomhed i forbindelse med kommunalreformen. Kronisk sygdom er bl.a. nævnt i de obligatoriske aftaleområde for de lovpligtige sundhedsaftaler mellem region og kommune, ligesom kronisk sygdom har fået et særligt fokus i relation til kommunernes forpligtelser i forhold til hhv. borger- og patientrettet forebyggelse.

### **Kronikermodellen – sundhedsstyrelsen anbefalinger**

Sundhedsstyrelsen udgav som nævnt i 2005 rapporten *Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund*. I rapporten beskrives rammer og mål for den fremtidige indsats for personer med kronisk sygdom. Rapporten tager udgangspunkt i behovet for at finde effektive og ressourcebesparende måder at imødekomme det stadigt stigende antal personer med kroniske sygdom og peger i sin analyse på, at det med en mere konsekvent anvendelse af evidensbaserede kliniske retningslinjer og en mere hensigtsmæssig organisering af indsatsen vil være muligt at forbedre kvalitet i indsatsen betydeligt.

Den forbedrede indsats sammenfattes i *Kronikermodellen*. The Chronic Care Model er oprindelig amerikansk og kendt som den underliggende referenceramme for den amerikanske sygeforsikring Kaiser Permanentes succesrige men omdiskuterede effektivisering af indsatsen for personer med kronisk sygdom.

Kronikermodellen opdeler patientgruppen i tre mulige omsorgsniveauer:

- Niveau 1

- Sygdommens kompleksitet er lav. Patientens ressourcer og mulighed for egenomsorg og egenbehandling er høj. Diagnostik og behandling varetages fortrinsvis i primærsektoren
- Niveau 2
  - Sygdommens kompleksitet er moderat. Patientens muligheder for egenomsorg og egenbehandling er i perioder begrænset. Behandling varetages i et samarbejde mellem primær sektor og det specialiserede sygehus.
- Niveau 3
  - Sygdommens kompleksitet er høj. Patientens ressourcer er begrænsede, og patienten har behov for hjælp og støtte til egenomsorg. Behandling varetages primært af det specialiserede sygehus, og den samlede indsats koordineres af professionel (anden end egen læge).

Det bærende princip i kronikermodellen er, at personer med kronisk sygdom behandles på lavest effektive omsorgsniveau, fordi det både menneskeligt og ressourcemæssigt er det mindst belastende niveau. Nøglepersonen i forløbet er praktiserende læge, som ofte vil være første kontakt, og som er den koordinerende part mellem specialiseret sygehus, kommune og andre parter f.eks. praktiserende fysioterapeut. Omdrejningspunktet for den faglige indsats er, at kronisk sygdom opspores så tidligt som muligt, at udvikling og forværring forebygges, og at patienten undervises, støttes og vejledes til i størst muligt omfang at selv at tage hånd om sin sygdom.

Kronikermodellen omfatter følgende overordnede anbefalinger:

#### Patientens aktive indsats

- Patientens mulighed for at leve med og håndtere egen sygdom understøttes af patientuddannelse og rehabilitering.

#### Sundhedsvæsenets organisering

- Sundhedsvæsenets organisering tilpasses behov for kontinuerlig indsats på tværs af fag- og sektorgrænser.
- Praksissektoren og det kommunale sundhedsvæsen spiller en central rolle i tilrettelæggelsen af det hensigtsmæssige forløb. Praktiserende læge er tovholder på det enkelte patientforløb. Komplicerende forløb koordineres af en case manager.

#### Den sundhedsfaglige indsats

- Der udarbejdes forløbsprogrammer for de store sygdomsgrupper indeholdende evidensbaserede kliniske retningslinjer for væsentlige kliniske problemstillinger.
- Der udarbejdes individuel forløbsplan for hver enkelt patient med udgangspunkt i forløbsprogrammet
- Der etableres nationale kliniske databaser for kronisk sygdom.
- Der sker systematisk metodeudvikling, forskning og specialeudvikling. Udviklingen understøttes af systematisk kompetenceudvikling af professionelle.

#### Samfund, ressourcer og politikker

- Lokalsamfund og lokalpolitiske initiativer understøtter patienter til aktiv egenomsorg og forebyggende adfærd.

- Patientforeninger, oplysningsforbund og idrætsorganisationer inddrages i et aktivt samarbejde.

#### Kliniske IT-systemer

- Kliniske IT-systemer videreudvikles til videndeling mellem alle involverede parter i forløb af kronisk sygdomme og til information til patienter om kronisk sygdom.

### **Fysioterapi til personer med kronisk sygdom**

De tidligere nævnte eksempler på kronisk sygdom har alle en mulig relation til fysioterapi, og flere hører i dag til de helt centrale målgrupper for fysioterapeuter.

Fysioterapi til personer med kronisk sygdom kan beskrives i fire overordnede hovedgrupper:

- Forebyggelse
- Træning
- Behandling
- Patientuddannelse

I klinisk praksis vil de fire hovedgrupper gives i et miks målrettet den enkelte patients specifikke behov. Hertil kommer, at der i alle former for fysioterapi endvidere indgår en målrettet sundhedspædagogisk indsats, som har til formål at mobilisere patientens ressourcer til egenomsorg og egenindsats.

Forebyggelse i relation til personer med kronisk sygdom er forebyggende aktiviteter, som har til hensigt at forebygge komplikationer til og forværring af sygdommen og/eller give de optimale forudsætninger for at leve med sygdommen. Typisk forebyggende aktivitet er træning og fysisk aktivitet.

Træning er en bred betegnelse for aktiviteter, hvor patienten er aktiv. Der kan være tale om grundtræning som styrketræning, konditionstræning, smidigheds- og balancetræning med henblik på optimal fysisk form. Men der kan også være tale om funktionstræning, hvor patienten træner færdigheder med henblik på at forbedre sin generelle funktionsevne. Træning konkretiseres afhængig af formålet i hhv. forebyggende træning, genoptræning, vedligeholdende træning eller behandling.

Behandling er typisk rettet mod smerter i bevægeapparatet men kan også være rettet mod indskrænket ledbevægelighed, spændingstilstande i muskulatur eller lammelser. Som nævnt ovenfor anvendes træning i dag også til behandling af f.eks. forhøjet blodtryk, astma, depression og diverse belastningsskader i muskler og led. Sundhedsstyrelsens håndbog *Fysisk Aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling* (2003) giver en god oversigt over muligheder på dette område.

Patientuddannelse er her alle former for teoretisk og praktisk undervisning og vejledning. Patientuddannelse defineres som hhv. generel og sygdomsspecifik, som har til formål at øge patientens viden og ressourcer og give patientens redskaber til i dagligdagen selv at håndtere sin situation som syg eller vedkommendes specifikke sygdom. Fysioterapeuter vil oftest være involveret i den sygdomsspecifikke og have særligt fokus på krop og fysisk aktivitet. Som eksempler kan nævnes rygskole, gigtskole, parkinsonskole.

I praksis vil patienten med en kronisk sygdom ofte have behov for et miks af de forskellige tilbud

Fysioterapeuter møder personer med kronisk sygdom i de sektorer af sundhedsvæsenet, som typisk er involveret i behandling af kronisk sygdom (bilag 2).

Personer med kronisk sygdom har i reglen kun kontakt med sygehuset ved behov for specialviden eller ved behov for behandling under indlæggelse – det være sig i forbindelse med udredning eller i forbindelse med forværring af sygdommen. Fysioterapeuten indgår her typisk i et specialteam, som står for udredning og diagnosticering, tilrettelæggelse af behandlings-/ træningsforløb samt vejledning af patienten i forhold til det videre forløb. Fysioterapeuten har som særlig opgave at udarbejde genoptræningsplan og tage relevante kontakter til de kolleger, som skal arbejde videre med patienten efter udskrivelsen. Fysioterapeuter kan indgå i forebyggende aktiviteter og patientskoler på sygehusene, men de fleste af disse er, med mindre der kræves særlig viden eller særlige sikkerhedsforanstaltninger, i dag overflyttet til kommunerne.

Specialsygehusene (ofte foreningsdrevne) er på samme måde involveret ved behov for specialviden – det være sig i relation til udredning og forværring, men for visse specialsygehus også med henblik på specialviden i genoptræning og rehabilitering. Fysioterapeutens opgave er her at forestå udredning og behandling samt at stille sin særlige ekspertise til rådighed for de kolleger, som skal arbejde videre med patienten efter udskrivelse.

I kommunen møder fysioterapeuten personer med kronisk sygdom som genoptræningspatient med genoptræningsplan, som borgere visiteret til vedligeholdende træning eller genoptræning efter serviceloven eller som vederlagsfri patient i det tilfælde, hvor patienten ikke får sin vederlagsfri behandling på klinik for fysioterapi. Kommunen har som nævnt ovenfor i dag overtaget langt de fleste forebyggende aktiviteter og patientskoler, hvorfor mange fysioterapeuter i kommunerne er involveret i patientrettede forebyggelsesaktiviteter og i patientuddannelse. Fysioterapeuter i kommuner tilbyder ikke behandling. Ved behov samarbejdes med egen læge om henvisning til praksissektoren.

Praktiserende fysioterapeuter møder fortrinsvis personer med kronisk sygdom under den vederlagsfri ordning, men kan naturligvis også møde patienten som almindelig speciale 51 patient eller under rammeaftale. Praktiserende fysioterapeut har begrænsede muligheder for patientrettet forebyggelse. Praktiserende fysioterapeuters umiddelbare samarbejdspartnere er patientens egen læge og kommunale fagpersoner.

Aftenskoler og fitnesscentre inddrages her, fordi de beskæftiger fysioterapeuter og fordi en del personer med kronisk sygdom benytter sig af disse helt eller delvist egenfinansierede

tilbud. Det drejer sig primært om træning og forebyggende aktiviteter, men patientuddannelse kan også fint tilrettelægges i dette regi. Fysioterapeuter i aftenskoler og på fitnesscentre er ofte eksterne i forhold til det formelle koordinerede patientforløb..

Sammenfattende omkring fysioterapeuters rolle og opgaver i forhold til personer med kronisk sygdom gælder, at fysioterapi spiller en ganske betydelig rolle. Patienterne har vedvarende og langvarig kontakt med en fysioterapeut, og behovet har karakter af forebyggende og vedligeholdende træning og behandling, evt. suppleret med mere intensive forløb i forbindelse med forværring. Fysioterapeuter er i mange tilfælde en gennemgående person i disse personers forløb og har som følge deraf også mange samarbejdsrelationer og forpligtelser på tværs af de forskellige sektorer.

## **Perspektiver og problemstillinger**

Spørgsmålet om perspektiver og aktuelle problemstillinger er belyst dels via de føromtalte statusmøder i Sundhedsstyrelsen dels via dialogmøde med ledende fysioterapeuter fra sygehus, kommune og privat praksis.

Det overordnede billede, som tegnes af praksis på kronikerområdet og udmøntningen af kronikermodellen, er, at det stadig er nyt, og at alle er på vej til at finde sine ben.

Der er god gang i udvikling af forløbsprogrammer. Programmerne udvikles i et samarbejde mellem sygehus og kommune, og arbejdet koordineres via sundhedsaftalerne. Den lokale forankring betyder, at der er stor indholdsmæssig variation mellem programmerne og stor variation i, hvorledes opgaverne fordeles mellem de to sektorer. De lokale fysioterapeuter fra sygehus og kommune er involveret i udvikling af det sundhedsfaglige indhold, men rammerne for opgavefordeling aftales i sundhedsaftalerne. Da fysioterapeuter ikke er repræsenteret i hospitalsledelser betyder det, at fysioterapeuterne sjældent har indflydelse på, hvordan opgaverne fordeles mellem sygehus, kommune og praksissektor. En undtagelse herfra er dog Region Midtjylland, hvor ergo- og fysioterapeuterne har etableret sig i et regionsterapeutråd, som i dag har status af specialeråd med ret og pligt til at udtale sig i forhold til de terapeutiske specialer. Ad den vej har fysioterapeuterne her kunnet få den relevante indflydelse.

Et væsentligt problem i forhold til forløbsprogrammerne er implementering. Der mangler ressourcer til særlige indsatser, og der mangler styring og ledelse bl.a. i forhold til at overkomme kulturelle forskelligheder mellem de faggrupper, som er involveret i et forløb.

Praktiserende fysioterapeuter er ikke involveret i udarbejdelse af forløbsprogrammer. I det hele taget er praktiserende fysioterapeuters rolle i forhold til udmøntning af kronikermodellen begrænset.. Praksissektoren ser som nævnt primært personer med kronisk sygdom som vederlagsfri patienter og som almindelig speciale 51patienter, men sidstnævnte ”tynder” ud i takt med, at kommunerne får flere tilbud til gruppen. Konkret mangler praksissektoren takster til finansiering af ydelser som patientuddannelse og forebyggende aktiviteter – med mindre der er forhandlet en rammeaftale, hvilket p.t. kun findes i Region Nord-

og Midtjylland. Praksissektorens rolle problematiseres endvidere af kravet om egenbetaling.

I samtalen med de ledende terapeuter er det tydeligt, at personer med kroniske sygdomme ikke udgør en klart afgrænset gruppe, som tilbydes bestemte programmer. Personer med kronisk sygdom er i udgangspunktet patienter som alle andre, men qua Kronikermodellen skal gruppen nu vises en særlig opmærksomhed i form af bestemte kvalitetskrav. Fysioterapeuter møder personer med kronisk sygdom på kryds og tværs i systemerne, som indlagte på sygehus, som ambulante genoptræningspatienter, som vederlagsfri og som vedligeholdende. Udfordringen er at tilrettelægge forløb, som jf. Kronikermodellen sikrer, at patienterne får tilbud og indsatser, som imødekommer modellens kvalitetsstandarder.

De kvalitetsparametre, som opstilles i Kronikermodellen har mange lighedspunkter med de parametre og karakteristika, som kendes fra rehabilitering. Set i et livsperspektiv tegner der sig et billede af patienter, som pendler mellem forskellige lovområder, og som kontinuerligt skal sikres kompetencer til at tage vare på eget liv på trods af de gener (handicap eller sygdom), som de har. Der er i reglen tale om komplekse problemer og behov, som kræver indsatser på tværs af fag og sektorer, og koordination og sammenhæng er derfor et helt afgørende element i et godt forløb. Det kan, set i det lys, undre, at rehabilitering ikke i højere grad er omdrejningspunktet i kronikerindsatsen, eftersom de bagvedliggende værdier synes at være de samme.

Et mere eksplicit afsæt i rehabiliteringstankegangen ville med fordel kunne bløde op på den stramme diagnoseorientering, som er udgangspunktet i Kronikermodellen. Det er klart, at forebyggelse, behandling og visse elementer i rehabilitering tager sit afsæt i en diagnose. Men set i lyset af den overordnede strategi – at gøre patienterne så selvbehandlende som muligt – er det vigtigt også at se personen bag diagnoser og tilrettelægge indsatser, som er tilpasset den enkeltes ressourcer. I bund og grund handler Kronikermodellens sundhedspraksis mere om læring end om behandling. Patienterne skal lære at behandle sig selv, og af hensyn til patientens compliance er det vigtigt at tage højde for forskellig læringsstil og ressourcer, når der tilrettelægges indsatser for personer med kronisk sygdom.

Med til denne problemstilling hører, at en stor del af de patienter, som fysioterapeuterne møder som kroniske patienter er sårbare personer med få ressourcer. De har psykiske og sociale problemer, demens- og hjerneskadeproblematikker, misbrugsproblemer eller tilhører gruppen af dårligt integrerede med anden etnisk baggrund. Det stiller helt særlige krav til fysioterapeuterne at lære og motivere disse til egenbehandling og træning.

Som det ser ud p.t. er det fortrinsvis udviklet tilbud til patienter med KOL, hjerteinsufficiens og diabetes. Tilbuddene omfatter primært holdtræning og vejledning i fysisk aktivitet i dagligdagen. Der ”udkæmpes” flere steder” kampe” om, hvor træning og patientuddannelse til specielt hjertepatienter, kan varetages. Sygehusene mener ofte ikke, at kommunerne har det nødvendige forudsætninger og holder på gruppen. Problemstillingen er på mange måder parallel til snitfladeproblemstillingen på genoptræningsområdet.

Der mangler mere systematisk udvikling af tilbud til den store gruppe af muskel-/skelet sygdomme, som må siges at være et kerneområde for fysioterapeuter. Gruppen er kom-



pleks og sammensat af mange forskellige diagnoser, men et væsentligt område at få fat i er patienter med kroniske rygmerter, som fylder mere og mere i kommunerne og hos praktiserende fysioterapeuter som genoptræningspatienter og har samme behov for varig indsats som øvrige kronisk syge.

Børn med kronisk sygdom og kronisk psykisk sygdom er ligeledes områder, der endnu ikke er udviklet programmer til.

Der ses klare tendenser til, at tyngden af opgaver i forhold til personer med kronisk sygdom i dag ligger i kommunerne, som en udløber af strukturreformen og nu fulgt op af Kronikermodellen. Dette vurderes på mange måder hensigtsmæssigt set i lyset af, at gruppen og problemstillingerne ofte fordrer indsatser af mere rehabiliterende karakter med behov fra flere af kommunens lovområder. Der er dog opgaver, som f.eks. på muskel- og skeletområdet, som hvor praksissektoren vurderes at have særlige kompetencer at spille ind med. Der er p.t. ikke bestemmelser, som siger hvilke opgaver som skal løses hvor, og praksissektorens rolle problematiseres som nævnt af kravet om egenbetaling for alle patienter, som ikke er under den vederlagsfri ordning.

Der tegner sig også et billede af, at patienterne primært henvises fra sygehusene og i langt mindre grad end intentionerne foreskriver det fra egen læge. Det betyder, at patienter, som ikke kommer via sygehus, først kommer i kontakt med kommunens tilbud, når de selv opdager dem, eller hvis de på anden måde får kontakt med kommunens professionelle. Der er behov for meget mere opmærksomhed fra egen læge i forhold til at henvise patienter, ligesom der er behov for at egen læge i højere grad indtager rollen som koordinator på forløb for personer med kronisk sygdom. Fysioterapeuterne i kommunerne oplever sjældent samarbejde med de praktiserende læger – langt mindre end beskrevet i modellen.

I det hele taget er behovet for overordnet koordinering og styring af den samlede indsats i en region efterspurgt. Det samme gælder koordinering af de enkelte patientforløb, når egen læge ikke tager opgaven. Det efterlader patienter og professionelle i et virvar af tilbud, som ingen har overblik over, og som patienterne i sidste ende ender med ikke at få nogen glæde af. Igen er det oplagt at lave sammenligningen til rehabiliteringsområdet, hvor netop kendskab til muligheder og koordinering af forløb er afgørende for, at patienten får det relevante tilbud og opnår sine mål.

Sammenfattende tyder den nuværende situation på, at udmøntningen af Kronikermodellen er i fuld gang, men at der er behov for justeringer og opmærksomhed på særlige områder. Specielt skal fremhæves, at koordinering og implementering af forløbsprogrammer ikke fungerer tilfredsstillende.

## **Indsatsområder**

I forhold til vurdering af behov for indsatser og udpegning af specifikke indsatsområder er der i notatet taget udgangspunkt i Danske Fysioterapeuters overordnede vision om

- at sætte dagsordenen for, hvordan befolkningen opnår mere sundhed,

- at være den naturlige samarbejdspartner for alle, der arbejder med sundhed, og
- at sikre fysioterapeuter attraktive løn- og arbejdsvilkår.

De udpegede indsatsområder peger tilbage på afsnittet om perspektiver og problemstillinger. Indsatsområderne giver anvisninger på områder, Danske Fysioterapeuter skal have fokus i forhold til problemstillinger og kvalitetsudvikling af området. Som det fremgår af de foregående afsnit er kronikerområdet karakteriseret ved tværfaglighed og indsatser, som går på tværs af sektorer og myndighedsområder. Udmøntning af de forskellige indsatser vil derfor inddrage en lang række samarbejdspartnere og myndigheder.

Indsatserne fordeler sig på tre hovedområder.

#### Bedre sundhedsfaglig indsats

- Fortsat pres på myndigheder i forhold til rammer og muligheder for evidensbaseret fysioterapeutisk forebyggelse, behandling og træning med henblik på at kunne byde kvalificeret ind ved udarbejdelse af forløbsprogrammer og kliniske retningslinjer.
- Pres på kommuner og regioner i forhold til udvikling af forløbsprogrammer for kronisk muskel- og skeletsygdom. Herunder sikre bedre muligheder for at opgaver løses i samarbejde mellem praksissektoren og kommunen.
- Sikre større udbredelse af rammeaftaler i forbindelse med overenskomstforhandlinger for praksissektoren, således at praksissektoren har bedre mulighed for at tilbyde ydelser målrettet sundhedsfremme og forebyggelse og patientuddannelse.
- Fortsat pres på myndigheder for udvikling af nationale kliniske retningslinjer indenfor de fire overordnede hovedområder for fysioterapi: forebyggelse, træning, behandling og patientuddannelse.
- Pres på kommuner for udvikling af patientuddannelser med fokus på træning og fysisk aktivitet. Udvikling af nye elektroniske medier (telemedicin) til understøttelse af uddannelsesforløb – video-konsultation, SMS, CD-rom, on-line træningscoach m.m.

#### Bedre organisering

- Fysioterapeuter skal byde ind på opgaven som forløbskoordinatorer i forhold til individuelle forløb, hvor fysioterapi og træning er dominerende; organisatorisk forankret i kommunen men med opgaver på tværs af sektorer (følger patienten).
- Nye jobs for fysioterapeuter som praksispersonale hos praktiserende læge eller praktiserende fysioterapeut i sundhedshuse. Fysioterapeuten fungerer som første kontakt og opfølgning for personer med kronisk sygdom. Fysioterapeuten tester patienterne, vejleder om trænings- og behandlingsmuligheder og lokale tilbud. Fysioterapeuten overtager lægens rolle som koordinator, og kan støtte mere intensivt op om sårbare grupper.

- Indsatsen for personer med kronisk sygdom skal sikres større opmærksomhed. Bør indskrives i sundhedsaftalerne som obligatorisk aftaleområde.
- Pres på kommuner og regioner for at ledende fysioterapeuter får mulighed for at deltage i lokale underudvalg til de regionale sundhedskoordinationsudvalg med henblik på indflydelse på lokale sundhedspolitiske og sundhedsfaglige beslutninger.
- Mulighed for lokale aftaler vedrørende opgavefordeling mellem praktiserende fysioterapeut og kommune på kronikerområdet, som tager afsæt i lokale forudsætninger for at sikre god kvalitet i opgaveløsning.
- IT-systemer, som kan understøtte smidig kommunikation mellem fysioterapeuter og andre sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer.

### Professions- og kompetenceudvikling

- Inspirere kommuner, regioner udbydere af uddannelse for fysioterapeuter til kompetenceudviklingsforløb, som sætter fokus på den tværfaglige rehabiliteringsopgave. Specifikt er der behov at fysioterapeuter udvikler stærkere sundhedspædagogiske kompetencer i forhold til at initiere træning og behandling som individuelle læreprocesser for patienten målrettet patientens egenbehandling og mestring. Læringsaspektet som omdrejningspunkt for rehabilitering kan endvidere indgå i masteruddannelsen i rehabilitering og som forskningsobjekt for forskning i rehabilitering.
- Inspirere kommuner, regioner udbydere af uddannelse for fysioterapeuter til kompetenceudviklingsforløb, som sætter fokus på kronikerforløb som organisatorisk komplekse forløb. Specifikt er der behov for viden om relevant lovgivning, sundheds- og velfærdsrådets organisering samt funktionen som forløbskoordinator.
- Inspirere kommuner og regioner til udvikling af kompetenceprofiler for fysioterapeuter, som arbejder med personer med kronisk sygdom i de tre sektorer. Kompetenceprofiler sætter fokus på nødvendige kvalifikationer fra formel uddannelse og erfaring fra relevant praksis. Kompetenceprofilerne skal bidrage til at sikre, at fysioterapeuter har eller kan erhverve de nødvendige kvalifikationer til opgaven.
- Foreningen har fokus på udvikling af kurser og temadage med fokus på fysioterapi til personer med kroniske sygdomme – kompetenceopbyggende i forhold til generelle indsats for kronisk sygdom og i forhold til specifikke diagnoser/sygdomsområder.

Flere af indsatserne har tæt relation til Strategi for professionsudvikling, og kan således ses som et eksempel på orientering af professionsstrategien mod et konkret sundhedsfagligt/sundhedspolitisk emne.

Langt de fleste af indsatserne i strategien kan linkes til Plan 2010. Det betyder, at de første initiativer i givet fald vil kunne tages allerede nu, om end strategien skal ses som et langsigtet pejlemærke, som skal realiseres over en længere årrække.

## Bilag 1

### Oversigt over lovgivning

#### Sundhedsloven

Emne	Bestemmelse	Bemærkninger
Behandling	§ 5	Behandling omfatter undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme.
Genoptræning under indlæggelse	§§ 79 og 81	Bopælsregionen er forpligtet til at yde vederlagsfri sygehusbehandling på regionens sygehuse
Genoptræning efter indlæggelse	§ 140	Kommunerne har ansvaret for genoptræning efter indlæggelse. Det regionale sygehusvæsen skal levere den specialiserede genoptræning, jf. bekendtgørelse om genoptræningsplaner
Genoptræningsplan	§ 84	Regionen skal tilbyde en genoptræningsplan til patienter efter indlæggelse
Tilskud til behandling hos fys.	§ 67	Regionen yder tilskud til behandling hos fysioterapeuter efter lægehenvi-ning
Vederlagsfri fysioterapi	§ 140a	Kommunen tilbyder vederlagsfri fysio-terapi hos en fysioterapeut i praksissek-toren eller i et kommunalt tilbud efter lægehenvi-ning
Borgerrettet forebyggelse	§ 119, stk.1-2	Kommunen har ansvaret for den bor-gerrettede forebyggelse
Patientrettet forebyggelse	§ 119, stk. 3	Regionen tilbyder patientrettet fore-byggelse i sundhedsvæsenet og praksis-sektoren. Det sker i samarbejde med kommunerne gennem sundhedsaftaler.

#### Lov om social service

Emne	Bestemmelse	Bemærkninger
Genoptræning, ikke led i indlæggelse	§ 86, stk. 1	Kommunen skal tilbyde genoptræning, der ikke er led i indlæggelse
Vedligeholdende træning	§ 86, stk. 2	Kommunen skal tilbyde vedligeholdende træning til personer, der på grund nedsat funktionsevne eller sociale problemer har behov for det.
Hjælpemidler	§112	Kommunen skal yde støtte til hjæl-pemidler til personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktions-evne, når hjælpemidlet <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kan afhjælpe følger af nedsat funktionsevne</li> <li>2) kan lette den daglige tilværelse</li> <li>3) er nødvendig for udførelse af erhverv</li> </ol>

Boligindretning	§ 116	Kommunen skal yde hjælp til indretning af bolig til personer med varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne
Befordring	§ 117	Kommunen skal yde tilskud individuel befordring til personer med varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne
Førtidspension	Lov om højeste, mellemste, forhøjet almindelig og almindelig førtidspension (Førtidspensionsloven)	
Socialpædagogisk træning	§ 85	Kommunen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte til samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer med nedsat funktionsevne eller sociale problemer. Tilbuddet gives f.eks. som led i rehabilitering
Tilbud af behandlingsmæssig karakter	§ 102	Kommunen kan ud over tilbud efter § 85 give tilbud behandlingsmæssig karakter til målgruppen som nævnt under § 85

## Bilag 2

### Fysioterapi til personer med kronisk sygdom – hvad og hvor

	Forebyggelse	Træning	Behandling	Patientuddannelse
<b>Sygehuse</b> (incl. speciale-sygehuse)	Ja Patientrettet tilbud	Ja Genoptræning under indlæggelse  Ambulant specialiseret genoptræning	Ja Under indlæggelse som led i samlet sygehusbehandling	Sygdomsspecifik patientundervisning
<b>Kommuner</b>	Ja Borger- og patientrettet tilbud	Ja Almen genoptræning efter genoptræningsplan  Vedligeholdelsestræning (visiteret ydelse)  Vederlagsfri fysioterapi (efter lægehenvi-sning/speciale 62)	Nej	Sygdomsspecifik patientundervisning  Generel patientunder-visning
<b>Klinikker for fysioterapi</b>	Ja Patientrettet tilbud (efter rammeaftale i overenskomsten)	Ja Almen genoptræning efter genoptræningsplan og honoreringsaftale med kommunen  Efter lægehenvi-sning <ul style="list-style-type: none"> <li>• som speciale 51 med delvis brugerbetaling for klinikker under overenskomst</li> <li>• som privat person med fuld brugerbetaling</li> <li>• som vederlagsfri fysio-terapi/speciale 62</li> </ul>	Ja Efter lægehenvi-sning, <ul style="list-style-type: none"> <li>• som speciale 51 med delvis bruger-betaling, for klinik-ker under overens-komst</li> <li>• som privatperson med fuld brugerbe-taling</li> <li>• som vederlagsfri fysioterapi/ speciale 62</li> </ul>	Nej
<b>Aftenskoler</b>	Ja Patientrettet tilbud  Hensyntagende undervisning (delvis brugerbetaling)	Ja Hensyntagende undervisning (delvis brugerbetaling)	Nej	Ja
<b>Fitnesscentre</b>	Ja Borger- og patientrettet tilbud (fuld brugerbeta-ling)	Ja Fuld brugerbetaling	Nej	Nej