

Sammenhæng i genoptræning – relateret til rygsygdom og den danske strukturreform

Bodil Wiberg Larsson

Master of Public Health

MPH 2010:12



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel				
Sammenhæng i genoptræning – relateret til ryggsygdom og den danske strukturreform.				
Författare				
Bodil Wiberg Larsson				
Författarens befattning och adress				
Fysioterapeut, rådgiver ”SundhedsKoordination” Ved Fortunen 15 2800 Lyngby Danmark				
Datum då examensarbetet godkändes 2010-09-10			Handledare NHV/Extern Bengt Åhgren, Universitetslektor, DrPH	
Antal sidor 62	Språk – examensarbete Dansk	Språk – sammanfattning Dansk/Engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-86739-04-1

Sammanfattning

Baggrund: Sammenhæng i sundhedsvæsenets aktiviteter er et aktuelt fokusområde. Den danske strukturreform af 2007 tilsigtede, udover at videre udvikle et demokratisk styret offentligt sundhedsvæsen, at skabe sammenhæng, effektivitet og kvalitet i sundhedsvæsenet. Denne undersøgelse ser nærmere på begrebet sammenhæng.

Formål: Belyse fænomenet sammenhæng i genoptræning i relation til ryggsygdom og i relation til strukturreformen.

Metode: Undersøgelsen rummer kvalitative gruppeinterviews af patienter og sundhedsprofessionelle og en modificeret fænomenologisk analysemodel. Teorigrundlaget er tre forskellige perspektiveringer; et sundhedsplanlæggende-, et subjekt- og et integrationsperspektiv.

Resultater: Sammenhæng i genoptræning er når udgangspunktet for genoptræningen er en klar diagnose, når genoptræningen subjekt orienteres, når ræsonnementer vedrørende ressourcer tænkes ind i genoptræningen og når den faglige kapacitet udnyttes maximalt.

Konklusion: En klar diagnose er helt central for sammenhængen både for patienter og terapeuter. Strukturreformen har forandret rammerne og ansvarsfordelingen for genoptræning, men har ikke i sig selv forbedret sammenhængen. Sammenhæng kan relateres til evalueringsmodellen indeholdende struktur, proces og resultat.

Nyckelord

Sammenhæng, genoptræning, strukturreform, kvalitativ, fenomenologi



Master of Public Health – Thesis –

Title and subtitle of the thesis				
The cohesiveness of rehabilitation – related to low back pain and the Danish structural reform.				
Author				
Bodil Wiberg Larsson				
Author's position and address				
Physiotherapist, consultant “HealthCoordination” Ved Fortunen 15 2800 Lyngby Denmark				
Date of approval 2010-09-10			Supervisor NHV/External Bengt Åhgren, Senior lecturer, DrPH	
No. of pages 62	Language – thesis Danish	Language – abstract Danish/English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-86739-04-1

Abstract

Background: Cohesiveness in health care activities is a current topic. The Danish structural reform of 2007 intended to create coherence, efficiency and quality in health care and to further the development of Denmark's democratically run public health care system.

Purpose: This study aimed to look more closely at the phenomenon of cohesive rehabilitation in relation to the structural reform, particularly regarding low back pain.

Method: The investigation used group interviews with patients and health professionals, and a modified fenomenological model of analyses. Its theory is based on three different perspectives: a health planning perspective, a particular subject perspective and an integration perspective.

Results: Cohesive rehabilitation exists when the basis for rehabilitation includes an evident diagnosis, subject orientated, considerations of resources, and completely exploited professional knowledge.

Conclusion: An evident diagnose is a crucial aspect of cohesive rehabilitation for both patients and health professionals. Although reform changed the settings and responsibilities of rehabilitation it did not increase cohesiveness. Cohesiveness can be related to the model of evaluation including structure, process and outcome.

Key words

Cohesiveness, rehabilitation, structural reform, qualitative, fenomenology

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion	5
1.1	Baggrund	5
1.2	Rygsygdom	7
1.3	Folkesundhedsperspektiv og nordisk perspektiv	9
1.4	Strukturreformen	12
1.5	Organisering af genoptræning	15
2	Teoretisk referenceramme	16
2.1	Beskrivelse af sammenhæng	16
2.2	Sammenhæng i sundhedsplanlæggende perspektivering	18
2.3	Sammenhæng i subjekt perspektivering	19
2.4	Sammenhæng i integrations perspektivering	19
3	Formål	21
3.1	Forskningsspørgsmål	22
4	Metode	22
4.1	Valg af emne	22
4.2	Design	23
4.3	Valg af informanter	24
4.4	Forberedelse af interview	25
4.5	Gennemførelse af interview	26
4.6	Transkribering og analyse	27
4.7	At læse resultater	28
5	Etik	28
6	Resultater	29
6.1	Genoptræning baseret på diagnosen	30
6.2	Subjekt orientering	34
6.3	Ressource orientering	38
6.4	Udnyttelse af faglig kapacitet	41
6.5	De 4 kodegrupper relation til struktur, proces, outcome	44
7	Opsummering	47
8	Diskussion	48
7.1	Resultatdelen	48
7.2	Metodedelen	53
9	Konklusion	55
10	Perspektivering	56

11 Referencer.....	55
12 Definitioner.....	60
13 Oversigt over tabeller og figurer.....	61
14 Tak.....	62

1 Introduktion

1.1 Baggrund

Evnen til at skabe sammenhæng i patientbehandlinger og forløb er en af de udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor i disse år. Behovet for koordinering af patientforløb er stigende i en tid hvor det offentlige sygehusvæsen specialiseres, hvor det private sundhedsvæsen udbygges med udlicitation af blandt andet rykirurgi og reumatologi til følge, og hvor frit valgs-ordninger og ventetidsgaranti giver patienter rettigheder til en primær behandling et geografisk sted i landet. Når dertil kommer, at der er et stigende antal af ældre borgere og en stigning i antallet af mennesker med kroniske lidelser øges behovet for koordination betragteligt (1,2,3). Patienttilfredsheds undersøgelser og undersøgelser af koordination af patientforløb viser, at danske patienter er grundlæggende tilfredse med sygehusbehandling (4,5), men specielt indenfor koordination af behandlingsforløb mellem sygehus og praktiserende læge samt i information til patienter er der negativ kritik fra adspurgte patienter og fra sundhedsprofessionelle (5,6).

Den danske strukturreform af 2007 tilsigtede, udover at videre udvikle et demokratisk styret offentligt sundhedsvæsen, at skabe sammenhæng, effektivitet og kvalitet i sundhedsvæsenet (8,9). Strukturreformen ændrede markant på den geografiske opdeling af Danmark, den ændrede ligeledes på ansvarsfordelingen af sundhedsydelser, og strukturreformen reformerede finansieringsmodellen for sygehusvæsenet og de kommunale sundhedsopgaver (8,9).

Der har i mange år været fokus på at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet udmyntet første gang i en betænkning fra samordningsudvalget i 1985 (5) og senere i sundheds planlægnings loven i 1994, som decideret pålagde de daværende amter, kommuner og praktiserende læger at samordne deres behandlingsindsatser i sundhedsaftaler (9). Ønsket var at undgå gråzoner og undgå, at patienter ”faldt mellem to stole” med den konsekvens, at der dermed ikke kunne være lige tilgang til behandling for alle borgere i Danmark. For at sikre sammenhæng indførte man i 2004 krav om skriftlige genoptræningsplaner for alle patienter med et lægefagligt skønnet behov for genoptræning, og med strukturreformen indførte man fra nationalt niveau krav om forpligtende sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner samt kontaktpersonordninger for hver enkelt patient (8).

Muskuloskeletale sygdomme er en stor udgift for den danske stat, og andelen af mennesker med ryg sygdom koster årligt mere end 4 milliarder kroner (7). Alene i sygefravær i forbindelse ryg sygdom ligger der en udgift på ca. 1.5 milliard kroner (3,7). Mennesker med ryg sygdom risikerer (3) at udvikle længerevarende eller kronisk ryg sygdom i hvis kølvand langtidssygemelding, jobskift og førtidspensionering melder sig.

Strukturreformens mål med at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet tilgodeser ryg patienternes behov for en effektiv genetablering af funktion, og en hurtig tilbagevenden til arbejdsmarkedet, da længere tids sygemelding udgør en risiko for decideret langtidssygemelding og førtidspensionering (10). Det er ukendt hvor lang tid en patient med rygsmerter er indskrevet i det offentlige sundhedsvæsen fra smerter og nedsat funktion opstår til patienten er fuldt restitueret.

Sundhedsvæsenets evne til specialiseret udredning og behandling indenfor ryg sygdom har gennemgået en stor udvikling og kan i dag tilbyde meget specifikke diagnoser på baggrund af en klinisk og billeddiagnostisk undersøgelse og tilbyde behandlinger repræsenteret ved læge, fysioterapeut, kiropraktor, psykolog, ergoterapeut og socialrådgiver. Den kliniske undersøgelse er mulig hos egen læge, hos praktiserende speciallæge, hos praktiserende fysioterapeut og kiropraktor. Tilgængeligheden til MR og CT scanning er forbeholdt afgrænsede grupper af ryg patienter med visse symptomer (10), og beslutningen om, hvilke ryg patienter, som kan tilbydes MR scanning ved rygproblemer er forbeholdt praktiserende læge og speciallæger ud fra de retningslinjer, som er udfærdiget af sundhedsstyrelsen (10).

I omkring 25 % af tilfældene med lænderygsmerter kan man stille en specifik diagnose, hvor der er samsvar mellem anamnese, klinik og billeddiagnostik (11). Dermed er der 75 % af ryg patienterne, som ikke uden videre kan diagnosticeres med billeddiagnostik, hvilket stiller krav til den specifikke kliniske undersøgelse.

Det offentlige skattefinansierede danske sundhedsvæsen er trængt økonomisk og tidsmæssigt og det private sundhedsvæsen er en mere og mere almindelig medspiller. Sundhedsvæsenets opgave er at tilbyde rette behandling til rette tid til alle borgere i landet (9). Desuden har det danske sundhedsvæsen en beslutningsprocedure omkring behandlingstilbud, som sætter praktiserende læge i en gatekeeperfunktion (5). Tilgængeligheden til sundhedsydelse i det danske sundhedsvæsen er baseret på lægehenvielse, og patienters første kontakt med sundhedsvæsenet er egen, praktiserende læge med mindre situationen er akut.

Ryg patienter adskiller sig ikke fra andre patienter i deres rejse gennem sundhedsvæsenet, bortset fra at mortaliteten indenfor rygsygdom er under 1 % (7). Man dør derfor sjældent af sin ryg sygdom, men man lever med symptomer i mange ellers raske år, og med den ovenfor nævnte risiko for at udvikle kroniske rygsmerter på baggrund af hold i ryggen risikerer man også langtidssygemelding og udstødning af arbejdsmarkedet. (3).

Både sundhedsloven og strukturreformen benævner at der skal skabes sammenhæng ved hjælp af den nye sundhedslov og den nye reform, og spørgsmålet er hvordan patienter og sundhedsprofessionelle opfatter sammenhæng i sundhedsydelse i forhold til hvad sundhedsreformen beskrev, og hvilke behov der tilgodeses med strukturreformen? Er det behovet for at planlægge og styre sundhedsudgifterne, eller er det tilfredsstillelse af hver enkelt patient eller er det behovet for at integrere sundhedsvæsenet. Tidligere undersøgelser beskriver hvordan de hidtidige instrumenter til opnåelse af sammenhæng

og koordination ikke har vist sig brugbare (12), og i en spørgeskemaundersøgelse vedrørende koordination af patientforløb beskrives de som ikke velkoordinerede (6). Sammenhæng opfattes sandsynligvis forskelligt afhængig af hvilket perspektiv, man ser det fra.

Så hvad er det som skaber sammenhæng i et sygdomsforløb? Og hvilke behov for sammenhæng har en ryg patient, når han/hun er ramt af rygsygdom og reduceret i sin funktion og har rygsmærter. Og hvordan mener den sundhedsprofessionelle praktiker at sammenhæng kan etableres?

I de følgende kapitler indkredses begrebet sammenhæng dels ud fra en beskrivelse af de strukturelle forandringer, som strukturreformen medførte, derefter beskrives sammenhæng i tre af forfatteren valgte perspektiveringer, hvorefter sammenhæng undersøges kvalitativt i gruppebaserede interviews af patienter og sundhedsprofessionelle. Til slut sammenholdes denne opgaves resultater med begreberne struktur, proces og outcome for at se efter relationer.

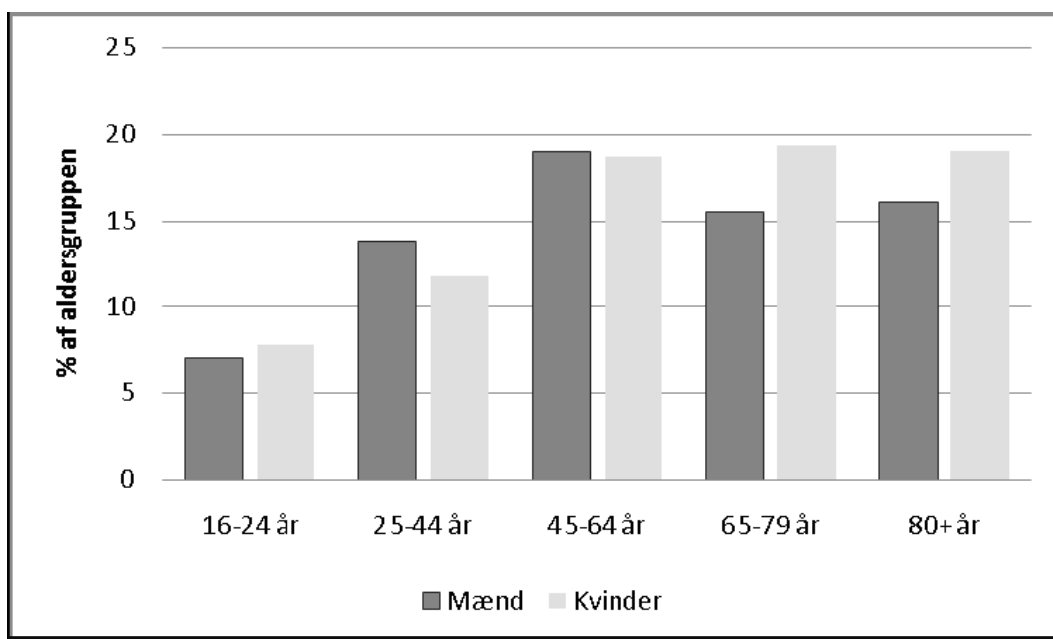
1.2 Rygsygdom

Ryg sygdom er en velfærdstruende sygdom, der resulterer i aktivitetsbegrænsninger, sygefravær, arbejdsskift og/eller arbejdsophør og forringet livskvalitet (7). Ryg sygdom hører under muskel- og skeletlidelser, som inddeles i fire grupper:

- Ryg sygdomme, der omfatter ondt i ryggen, diskusprolaps, lumbago/myoser, skæv ryg og slidgigt i ryggen (spondylose).
- Artrose, der omfatter slidgigt i alle led bortset fra ryggens led.
- Inflammatoriske, reumatiske sygdomme, der omfatter leddegigt, myoser og betændelsestilstande i seneskeder, ledkapselhinder og slimsække
- Øvrige muskel- og skeletsygdomme, som f.eks. osteoporose og uspecificeret gigt (11).

Sygdom opgøres primært på baggrund af mortalitet, på baggrund af frekvensen af hospitalsindlæggelser, ud fra henvendelsesårsager i almen praksis og på basis af selvrapportering i repræsentative befolkningsundersøgelser (7).

60-65 % af befolkningen vil på et tidspunkt i deres livsforløb få lænderygsmærter. 44-65 % af befolkningen har haft lænderygsmærter inden for det seneste år. 30 % af befolkningen har haft lænderygsmærter inden for en 14 dages periode. 15 % af befolkningen (svarer til 670.000 i 2007) har ryg sygdom lige nu (7). Forekomsten af ryg sygdom i Danmark har fra perioden 1987-2000 ligget på 11-13 %, men er i 2005 steget til 15 %, stigningen er specifik for yngre kvinder, og samme tendens findes i Sverige (11). Flere kvinder end mænd har lænderygsmærter, og blandt mænd toppe forekomsten i 45-64 års alderen, hvorimod forekomsten for kvinder stiger frem til 65-79 års alderen.



Figur 1. Procentandel af mænd og kvinder i forskellige aldersklasser med ryg sygdom (7).

Forekomsten af lænderygsmærter indenfor en 14 dages periode er højst blandt helt unge kvinder med lige under 40 % selvrapporteret lænderygsmærter (7). Personer med kort uddannelse har den højeste forekomst af lænderygsmærter (11). Ryg sygdom er den næsthøypigste årsag til henvendelse hos praktiserende læge kun overgået af hjertekar-sygdomme (7).

Begrebet Tabte Gode Leveår dækker over tab af forventet levetid uden langvarig belastende sygdom, det vil sige tab af raske leveår. Muskel- og skeletsygdomme er den sygdomsgruppe, der medfører flest tabte gode leveår for danskere. Således kan en 16 årig dansker i gennemsnit forvente at miste 10 gode leveår på grund af muskel- og skeletlidelser (7). 13 % af alle med langtidssygemelding (mere end 9 uger) udgøres af ryg sygdomme og 10 % af alle, som i 2007 fik tilkendt førtidspension, var mennesker med ryg sygdomme (3).

Antallet af mennesker med ryg sygdom lige nu i en kommune på 50.000 borgere ligger på 7.500, og den årlige nytildeling af førtidspension grundet sygdom i bevægeapparatet i en kommune på 50.000 borgere ligger på 22. På landsplan nytildes 2384 personer årligt en førtidspensionering grundet sygdom i bevægeapparatet (3,12).

Ubehandlet kan ryg sygdom føre til en massiv afhængighed af sundhedsvæsenet og til utallige og forskelligartede behandlingsafprøvninger i håb om bedring på især smerteintensiteten og funktionsindskrænkningen. Alvorlige rygsmerter, som ikke håndteres, kan føre til et behov for og afhængighed af smertestillende medicin, og den tidligere nævnte risiko for langtidssygemelding, førtidspensionering samt social

isolation. Desuden kan inaktiviteten som følge af rygsmerterne føre til andre folkesygdomme, såsom overvægt, forhøjet blodtryk og sukkersyge (13).

Genoptræning i forbindelse med ryg sygdom kan være en generalistopgave eller en specialistopgave. Specialistbegrebet knytter sig til tværfaglig tilgængelig håndtering, og derfor er den specialiserede genoptræning oftest fysisk placeret på hospital. Den udgør en meget lille andel af den samlede genoptræning. Da mortaliteten som tidligere nævnt i forbindelse med ryg sygdom er uhyre lav er det almindeligt, at fysioterapeuter og andre behandlere i primærsektoren håndterer en helt overvejende del af disse patienter sammenlignet med flere af de andre folkesygdomme som hjertekarsygdomme og diabetes.

I det etablerede sundhedsvæsen er den individuelle behandling og genoptræning i stigende grad afløst af hold træning, undervisning og vejledning/rådgivning af grupper af rygpatienter og i blandede grupper af patienter med muskulo-skeletale lidelser. Med den udvikling kan man se et paradigmeskift indenfor håndtering af patienter til nu om dage at blive en skolelignende situation, hvor ryg patienten får gennemgået lektierne ved fremmøde og får flere hjemmeopgaver indtil ryggen kan få en god karakter (14). Dette paradigmeskift stiller store krav til de sundhedspædagogiske evner blandt sundhedsprofessionelle (14).

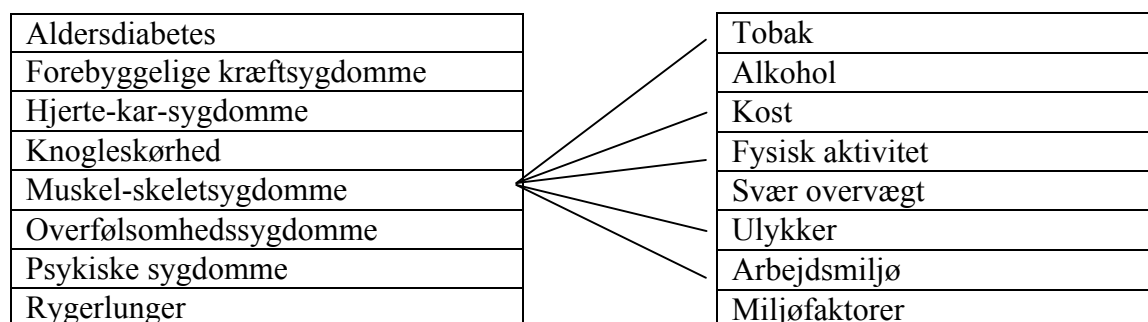
Ryg sygdom kan være kortvarig (under fire uger), længerevarende (fire til 12 uger) og langvarig (mere end 12 uger) (10). Mange oplever tilbagevendende ryggener livet igennem, og typisk i en vis del af livet. Ryg sygdom benævnes som specifik og som uspecifik (10). Den helt overvejende del af de mennesker, som oplever rygbesvær, får det bedre over tid (10). Mennesker med mere end ni ugers sygemelding grundet ryg sygdom kommer sjældnere tilbage til arbejdsmarkedet end mennesker, som bevarer en tilknytning til arbejdsmarkedet under ryg sygdom på f.eks. deltidssygemelding (3).

Udredning i forbindelse med ryg sygdom sker gennem en objektiv undersøgelse inklusiv en klassifikation af symptomerne samt billeddiagnostisk med røntgen, ultralyd, CT og MR scanning (10). Udredningen skal sammen med patientens beskrivelse af gener sikre at patienten får den for ham/hende optimale behandling, således at vedkommende kan genetablere sit funktionsniveau. En undersøgelse som ikke benytter billeddiagnostik vil alene afgøre funktionen af kroppen, hvorimod en scanning kan beskrive hvordan knogler, led, diskus, rygmærskanal, kar og nerver fremstår. Det er alene en lægelig afgørelse om patienten skal henvises til billeddiagnostisk udredning. Patienten kan selv henvende sig i det private sundhedsvæsen, hvor det er muligt at få foretaget en scanning mod egenbetaling og forudgået af privat specialist's objektive undersøgelse.

1.3 Folkesundhedsperspektiv og nordisk perspektiv

Folkesygdomme er sygdomme, der har så stor udbredelse, at udtrykket folkesygdom er berettiget. Folkesygdomme ændrer sig over tid, og hvor vi i den vestlige verden

tidligere var i risiko for at få smitsomme sygdomme er vi nu om dage i langt større risiko for at udvikle sygdomme relateret til vores livsstil. Ryg sygdom beskrives også i Danmark som en velfærdstruende sygdom, idet hele ens liv kan påvirkes og ændres under ryg sygdom. Antallet af kronisk eller langvarigt syge danskere stiger, og mere end hver tredje voksne dansker lever med langvarig sygdom. Ryg sygdom er en muskel- og skeletsygdom, som i Danmark defineres som en folkesygdom (7). Der knytter sig et antal risikofaktorer til disse beskrevne folkesygdomme, og i Danmark kobler man forholdet muskel-skeletsygdomme og de beskrevne risikofaktorer på følgende måde:



Figur 2. Forholdet mellem muskel-skeletsygdomme og risikofaktorer i Danmark 2007 (7).

Indenfor folkesundhed har alle mennesker lige værdi og udgangspunktet er befolkningen og befolkningsgruppers levevilkår. Det handler om befolknings sundhed og sygdom, om forebyggelse og sundhedsfremme og sundheds- og socialvæsenets organisation og funktion. Man skelner mellem borgerrettet forebyggelse og patientrettet forebyggelse, hvor den borgerrettede (sundhedsfremmende) indsats har fokus på den raske borger og den patientrettede indsats har fokus på at give sygdomsramte mennesker kompetencer og evner til at leve med deres sygdom for at sikre bedst mulige livskvalitet og udskyde eller eliminere komplikationer.

Strukturreformen lægger op til, at de nye storkommuner udvikler strukturer, som decideret har fokus på sundhedsfremme og forebyggelse, og strukturer som tilbyder egne borgere aktiviteter målrettet folkesygdomme, kronikere og ældre generelt. Hermed følger strukturreformen Ottawa-Charter (15) som beskriver at sundhedsvæsenet skal være sundhedsfremmende i sit arbejde og i en sundhedsperspektivering, der fremmer den enkelte borgers ressourcer. Sundhed er i dette perspektiv et fuldstændigt stadium af fysisk, psykisk og socialt velvære og ikke kun fravær af sygdom med fokus på både personlige og sociale ressourcer og fysisk kapacitet (15,16). Da ryg sygdom ubehandlet reducerer fysisk formåen og skaber risiko for sygemelding og førtidspension er ryg sygdom et anliggende for de nye storkommuner konstrueret af strukturreformen.

Den sundhedsfremmende indsats overfor ryg sygdom retter sig mod arbejdsmiljøet, fysisk aktivitet, tobak og svær overvægt, som alle er risikofaktorer til udvikling af ryg sygdom. Den forebyggende og patientrettede indsats overfor ryg sygdom retter sig mod sikring af funktionsniveau og arbejdsevne for ryg patienter, det vil sige effektive

udrednings- og behandlingsforløb og rehabiliteringsprogrammer målrettet patientens hele livssituation. Således kan strategier indenfor fremme af folkesundheden inkludere perspektiveringer som hindrer ryg sygdom i at kronificere alternativt undgå at ryg sygdom opstår, og der kan grundlæggende udvikles strategier, som inkluderer de basale principper for sundhedsfremme (16):

- Deltagende (involvere ryg patienten i sundhedsplanlægning og behandlingsstrategi)
- Empowering (styrke og synliggøre ryg patienten i lokalsamfundet)
- Helhedsorienterede (inddrage både fysiske, sociale, psykiske og eksistentielle konsekvenser af ryg sygdom)
- Intersektorielle (sikre hele patientforløb hen over sektorer)
- Ligeberetningende (sikre at alle ryg patienter tilbydes samme håndtering)
- Bæredygtige (sikre genoptrænings-aktiviteter, som forholder sig til det omgivende miljø og som ikke skaber unødigt belastning på omgivelserne).
- Designede som multistrategier (involvere fagpersoner, som både kan tage sig af patientens fysiske problemer, psykiske belastning ved at have ryg sygdom, sociale isolation, jobtrussel mm).

Både Danmark, Norge og Sverige leverer sundhedsydelser efter den skandinaviske velfærdsmodel, som sikrer alle borgere samme ydelse uden hensyn til social baggrund eller oprindelse. Velfærden er skattefinansieret og varetages af staten via sundhedspolitikken og administreres og udføres af region, kommune og private leverandører. Langt den største del leveres af offentlige sundhedsvæsen, men det private sundhedsvæsen har i det sidste årti vundet mere og mere indpas især i forhold til elektiv kirurgi og små specialer.

Den residuale velfærdsmodel er kendt i Storbritanien og sikrer de svageste og fattigste en minimumsbehandling, hvor socialforsikringsmodellen kendt i Centraleuropa (Bismark-modellen i Tyskland) sikrer borgerne sundhedsydelser gennem obligatoriske forsikringer på arbejdsmarkedet.

Den skattefinansierede skandinaviske velfærdsmodel er i disse år under pres grundet stigende udgifter til sundhedsvæsenet og en stærkt voksende ældreandel i alle tre lande. Sundhedsreformer og omstruktureringer finder sted kontinuerligt i et forsøg på at udnytte ressourcerne bedst muligt og fortsat levere behandling, sundhedsfremme og forebyggelse indenfor rammen af den skandinaviske velfærdsmodel. Samhandlingsreformen i Norge er et eksempel herpå, strukturreformen i Danmark et andet og ældreformen i Sverige et tredje. Der synes at være en karakteristik af sundhedsreformer i disse år i de skandinaviske lande, som går på behovet for at satse på det integrerede sundhedsvæsen for via tværsektorielle, tværprofessionelle og tværorganisatoriske metoder at opnå en patienthåndtering, som står mål med de evner, man rent faktisk besidder i sundhedsvæsenene (egen tolkning). Man ønsker at give patienter eget ansvar for sin livsstilssygdom, man ønsker at reducere på dyre hospitalsindlæggelser og lade det mest decentrale led i behandlingskæden (det kommunale niveau) være ansvarlige for en patient og borgerhåndtering, som sikrer optimal behandling og længst mulig godt liv i eget hjem til trods for både kronisk ryg sygdom og andet besvær.

I Danmark såvel som i Norden har disse sundhedsreformer ændret en del ved de traditionelt decentrale sundhedssystemer. Den danske strukturreform har store lighedspunkter med den norske reform fra 2001 (7), hvor den norske stat overtog ejerskabet af sygehuse og Norge blev inddelt i fem regioner med hver sit helseforetak med ansvar for sygehuse og institutioner. Også i Norge lod man reformen forudgå af en ny lov på området. I Sverige har man ønsket at oprette et antal regioner af frivillighedens vej, og lade disse erstatte de tidligere 21 landsting (5). Ligesom i Danmark skal de nye regioner have ansvaret for sygehusvæsenet og have ansvar for regional udvikling.

Rygsygdom udgør i alle de nordiske lande et problem for den arbejdsduelige del af befolkningerne. I de samme lande er udgiften til langtidssygemelding og førtidspensionering stor, og udgør et stigende problem, også set i lyset af at der indenfor ganske få år bliver en massiv udgift til den stigende andel af ældre samt den stigende andel af borgere med kroniske sygdomme. Gruppen af ældre over 65 vil i Danmark stige fra 15 % i 2000 til 22 % i 2025. Sverige har aktuelt den højeste ældreandel med 17.3 % i 2006 (5).

1.4 Strukturreformen

1.4.1 Formålet

Den danske strukturreform af 2007 tilsigtede, udover at videre udvikle et demokratisk styret offentligt sundhedsvæsen, at skabe sammenhæng, effektivitet og kvalitet i sundhedsvæsenet. Reformen indikerer forandringer og forbedringer. Forandringer indikerer udvikling, måske fremskridt og en beslutning om at lægge noget bag sig og tage et skridt ind i fremtiden i en ny form til gavn for emnet i fokus – her genoptræningen. Overordnet set var strukturreformen en centralisering med styrkelse af de centrale sundhedsmyndigheders beføjelser i forhold til behandlings- og specialeplanlægning.

På det organisatoriske plan ønskede man at skabe fagligt bæredygtige enheder med et klart ansvar for levering af ydelser, og man ønskede at forbedre opgaveløsningen og placere den lokalt og dermed styrke demokratiet, idet flere politiske beslutninger kunne træffes lokalt (9). Strukturreformen lagde desuden op til at kommuner og regioner skal samarbejde om at skabe sammenhæng i patientbehandlinger gennem samarbejde og nytænkning, heraf regionens forpligtelse indenfor udvikling. Samtidig gennemførte man en reform af hele finansieringen af sundhedsvæsenet (9), som blev bygget op omkring takststyring, kontraktstyring, frit valg, udlicitering og etablering af markeds lignende konkurrencerelationer.

Tilbage i 2002 nedsatte den danske regering en strukturkommission, hvis opgave det var at se på ”fordele og ulemper ved alternative modeller for indretninger af den offentlige

sektor og på den baggrund komme med anbefalinger til ændringer, som er holdbare over en længere årrække”(9).

De danske kommuner var blevet for små til at sikre de faglige kompetencer, og samtidig ønskede man en mere enkel offentlig sektor med klare ansvarsfordelinger og understregning af, at indgangen til serviceydelser skulle gå igennem kommunen. Man ønskede at skabe en fagligt bæredygtig organisation (23). Man ønskede desuden at skabe en mere effektiv offentlig sektor, det vil sige levere mere og bedre service med de samme ressourcer, og også åbne op for en vis konkurrence mellem offentlige og private udbydere. Dermed ville man leve op til borgernes forventning om valgfrihed mellem serviceydelser, og endelig mente man, at kunne reducere skattetrykket ved at fjerne amtskommunerne og deres selvstændige ret til skatteinddrivelse (9).

Danmark fik samtidig med strukturreformen en ny sundhedslov, og i kapitel 1, § 2 benævnes de syv ting, som her opfattes som fundamentet i strukturreformen af 2007 og i den overordnede struktur til fremme af sundheden i hele landet (8):

- Let og lige adgang til sundhedsvæsenet
- Behandling i høj kvalitet
- Sammenhæng i ydelserne
- Valgfrihed
- Let adgang til information
- Et gennemsigtigt sundhedsvæsen
- Kort ventetid

1.4.2 Ansvarsfordeling.

Strukturreformen har styrket de centrale sundhedsmyndigheders beføjelser indenfor specialeplanlægning og kontrol af levering af ydelser. De 14 amter er blevet til fem regioner med hovedansvar indenfor drift af hospitalsvæsenet, drift af institutioner indenfor social- og specialundervisningsområdet samt udviklingsopgaver og uden den tidligere ret til skatteinddrivning. De 271 kommuner er blevet til 98 kommuner, som har overtaget en del af de tidligere amters sundhedsopgaver og dels har fået hele ansvaret for at levere og forny områderne genoptræning, pleje, sundhedsfremme, forebyggelse og tilbud til kronikere.

Efter strukturreformen er primærsektoren blevet både porten ind i og ud af sundhedsvæsenet. Patienter behandles kortvarigt i hospitalsvæsenet og færdigbehandles i eget hjem via egen læge og sammen med kommunale tilbud om terapi, pleje og omsorg. Kontinuitet og samarbejde omkring de enkelte patientforløb har dermed aldrig været mere nødvendige. Hvor den kommunale sektor før strukturreformen forholdt sig til serviceloven og borgerens behov skal denne sektor nu også forholde sig til sundhedsloven og patientens behov i forbindelse med både akut og kronisk sygdom.

Ansvaret for sygehusbehandling er med strukturreformen placeret i de fem nye regioner (9). Når det gælder genoptræning/rehabilitering har staten med reformen fået en

overordnet kontrollerende og rådgivende rolle. Desuden fungerer det statslige niveau som det niveau, der udtænker nye forslag til håndtering af specifikke sygdomme, hvorefter det kommunale niveau tilrettelægger herudfra. Aktuelt er kroniker-området i fokus (10). Regionerne har fået en driftsopgave omkring udredning og primærbehandling i hospitalsvæsenet samt specialiserede tilbud. Kommunerne har fået ansvaret for den helt overvejende del af efterbehandlingen, det vil sige genoptræning, rehabilitering, vedligeholdelsestræning, samt hele sundhedsfremme-, forebyggelses- og kronikerområdet. Nye kommunalt udviklede aktiviteter i nærmiljøet indenfor disse områder skal hindre fremtidige hospitalsindlæggelser og dermed fastholde borgeren mest muligt i egen kommune (12).

Strukturreformen havde til hensigt at effektivisere og kvalitetssikre sekundærsektoren med en samtidig koordination og koncentration af specialiserede tilbud hen over landet. Man ønskede at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen ved som ovenfor nævnt at lade kommunerne opfinde nye forbedrede og billigere tilbud til egne borgere og undgå dyre hospitalsindlæggelser. Kommunerne ville dermed blive en integreret del af det samlede sundhedsvæsen.

1.4.3 Økonomi.

Efter strukturreformen finansieres hospitalsvæsenet af staten med 75 % og af de nye storkommuner med 25 % (9). De 75 % fra staten udbetales til regionerne som et bloktilskud, der er beregnet ud fra en aldersfordeling i regionen og ud fra de socioøkonomiske forhold i regionen. Visse sygehusbehandlinger er efter strukturreformen udliciteret til det private sundhedsvæsen og kan dermed variere fra region til region. Rygbehandling er visse steder en af de udliciterede behandlinger – der henvises til Danske Regioner for nærmere oplysninger (17). Kommunernes finansiering af hospitalerne foregår som et grundbidrag pr. indbygger i kommunen, samt et aktivitetsafhængigt bidrag (9). Derudover skal kommunerne selv finansiere udgifterne til sundhedsfremme, forebyggelse, genoptræning, pleje og omsorg. Man har fra regeringens side ønsket at skabe incitamenter for kommunerne til at samarbejde med regionerne om omkostningseffektive og sammenhængende behandlingsforløb og ikke mindst styrke kommunernes egen indsats og nyskabelse på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet og på genoptræningsområdet. Efter strukturreformen betaler det sig rent økonomisk for kommunerne at undgå hospitalsindlæggelser af egne borgere (12).

Forbruget af sundhedsydelser stiger med alderen. En syv årig person forbruger per år 2.500 kr. og stiger til 7.500 kr. for en 50 årig for at toppe med 22.000 kr per år for en 85 årig (12). Korttidsindlæggelser i sygehusregi udgør en meget stor andel af alle indlæggelser. Strukturreformen lægger som nævnt op til at kommuner nytænker indenfor egen forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning og det økonomiske incitament er klart: Andelen af korttidsindlæggelser på en til to dage for en kommune med 50.000 indbyggere udgør over 50 % af alle indlæggelser (Tabel 1) og ca. 25 % af kommunens medfinansiering, og må forventes at kunne påvirkes med forebyggende,

udredende og genoptrænende foranstaltninger især målrettet de ældre og sygemeldte borgere i en kommune.

Tabel 1. Kommunal medfinansiering fordelt på indlæggelsesdage Rudersdal Kommune, 2007 (12).

Indlæggelsesdage	Udskrivninger	Andel i %	Kommunal med-financiering	% af samlet kommunal med finans.	Gennemsnitstakst pr. udskrivning
1 dag	4.627	46	15.549	20	3.360
2 dage	1.165	11	4.255	5	3.652
3 dage	772	8	2.906	4	3.764
4 dage	606	6	2.309	3	3.810
5 dage +	2.974	29	11.851	15	3.985
I alt	10.144	100	36.870	47	3.635
Kommunal medfinans.			78.904		

Sundhedsloven af 2007 beskriver et sundhedsvæsen med let og lige adgang til sundhedsydelser. Trenden med at praktiserende læge er porten ind i og ud af hospitalsvæsenet og at primærsektoren benyttes før hospitalet udnyttes betyder at danske patienters egen-udgift til håndtering af rygsygdom stiger. Egenbetalingen til fysioterapeut og kiropraktor udgør minimum 2/5 af taksten, resten er finansieret af den offentlige sygesikring under forudsætning af at egen læge skriver en henvisning. Udgiften til speciallæge afholdes af den offentlige sygesikring.

I forbindelse med strukturreformen er der ikke blevet tilført flere penge, og kommunernes opgave har derfor været at udvikle tilbud som var og er bedre og billigere end hospitalernes tidligere tilbud. Incitamentet er at undgå hospitalsindlæggelser og følge princippet om lavest effektive omsorgs- og behandlingsniveau (8).

1.5 Organisering af genoptræning

En af de helt store forandringer i forbindelse med strukturreformen er sket indenfor genoptræning. Hvor hospitalerne før 2007 havde ansvaret for og også udførte genoptræning er både ansvar og udførelse nu placeret i kommunerne. Praktiserende læger er efter strukturreformen mere end nogensinde før blevet porten ind til hospitalet, og der er en klar tendens til at vejen ind til hospitalet går over praktiserende speciallæger, kiropraktorer og fysioterapeuter, og først når udrednings- og behandlingsforsøg i dette led ikke kan løse problemet henvises rygpatienten videre til udredning i hospitalsvæsenet.

Patienter i det offentlige, danske sundhedsvæsen henvises ikke til scanning som førstevalg ved ryg sygdom med mindre der er objektive symptomer, som indikerer akut intervention. Danske patienter har ikke automatisk ret til den teknologisk mest

avancerede diagnostik, idet sundhedsplanlægningen har baseret sygdomsudredningen på lægens faglige skøn.

Sundhedsloven har åbnet op for, at kommunerne kan vælge at placere udførelsen af genoptræningen udenfor egen kommune, på et hospital eller hos en privat udbyder. En del kommuner har i forbindelse med strukturreformen åbnet sundhedscentre, hvis opgave typisk er at udvikle kommunale tilbud til borgere med visse folkesygdomme. En overvejende del af strategien går ud på at bekæmpe folkesygdomme med KRAM faktorerne (kost, rygning, alkohol, motion)(12). Dermed er den kommunale og nye udgave af genoptræning umiddelbart løst som en generalistopgave, hvor en rygpatient sættes til holdtræning sammen med patienter fra helt andre diagnosegrupper.

På det regionale hospitalsniveau er fokus på patienter. Indlæggelsestiden falder i disse år og patienter udskrives, så snart de klarer helt basale funktioner, hvorefter de færdigbehandles i primærsektoren. Dette stiller nye krav til sekundærsektorens evne til at levere udskrivningsparate patienter. Hospitalssektoren kender samtidig ikke til primærsektorens ydelsesregister, og da de to sektorer endnu ikke kommunikerer elektronisk er der fortsat risiko for at patienterne falder mellem to stole, hvilket var et af de helt store kritikpunkter af sundhedsvæsenet før strukturreformen.

Sundhedsvæsenet i Danmark har tradition for at tænke i separate patientbehandlinger. Patientforløb på tværs af specialer og sektorer er en sjælden set struktur, og både på det interprofessionelle og interorganisatoriske plan har tidligere studier vist modstand mod patientforløbsstrukturen (18). Man taler om opgaveglidning mellem sektorerne i stedet for opgaveoverdragelse (19).

På det kommunale niveau er fokus pr tradition på borgere. Man er vant til at tænke i funktioner og behov målrettet det at fungere længst muligt i eget hjem, og har erfaring for at vurdere hvilke typer af hjælp borgeren trænger. Til gengæld er erfaringerne begrænsede i forhold til at modtage nyopererede patienter til videre behandling i eget hjem, og man har ikke i primærsektoren den back up, som eksisterer i hospitalssektoren med bagvægtsordninger, vagtberedskab i flere faggrupper og akutfunktioner.

2 Teoretisk referanceramme

2.1 Beskrivelse af "sammenhæng"

Når man skal beskrive sammenhæng i genoptræning må man inkludere begreber som kontinuitet, koordination og integration. Disse begreber knytter sig hver på sin måde til den overordnede håndtering af patienter i sundhedsvæsenet i en form for samarbejdsrelation. Strandberg-Larsen og Vinge (20) beskriver hvorledes kontinuitet er nært knyttet til patientoplevelsen og dermed til patientperspektivet. Koordination knytter sig i deres opfattelse til patientforløb og dermed det organisatoriske perspektiv.

Frølich et al (21) beskriver hvorledes strukturreformen i Danmark øgede fokus på integration af behandling til kronisk syge og koordination af genoptrænings programmer. Åhgren og Axelsson (18) forklarer hvorledes integration i sundhedsvæsenet kan evalueres. Deres perspektiv er organiseringen og graden af integration.

Sammenhæng i genoptræning kan dermed opfattes som de relationer, aktiviteter og elementer, som væver genoptræningen sammen med patienters behov og med situationen.

Som nævnt i 1.4.1 benyttes ordet sammenhæng i sundhedsloven's afsnit 1, kap. 1, § 2, hvor de syv helt overordnede krav til sundhedsvæsenet beskrives, og et af punkterne er at der skal være citat: "sammenhæng mellem ydelserne". I "Aftale om strukturreformen" (22) benyttes ordet sammenhæng i kapitel 2. Sundhedsområdet 5 steder:

Citat 1: "kommuner og regioner forpligtes i lovgivningen til at samarbejde om sammenhæng i behandling, træning, forebyggelse og pleje".

Citat 2: "hurtig gennemførelse af eksempelvis elektroniske patientjournaler, for at sikre sammenhæng i systemerne på tværs af regioner".

Citat 3: "afgørende for gode sammenhængende patientforløb, at der er et godt og stabilt samarbejde mellem sygehusene, praktiserende læger og kommunerne".

Citat 4: "sundhedsaftaler, som skal understøtte den nødvendige sammenhæng mellem behandling, forebyggelse og pleje".

Citat 5: "for at forbedre sammenhængen mellem sundhedsopgaven og de kommunale opgaver får kommunerne et delvist betalingsansvar for sundhedsvæsenet".

Faglig bæredygtighed er introduceret i forbindelse med strukturreformen og knytter sig til opgaveløsningen i både struktureringsfasen, produktionsprocessen og outputtet i en given organisation (23). I relation til strukturreformen betegner faglig bæredygtighed de aktiviteter, der skal sikre at formålet med strukturreformen opfyldes, nemlig at videre udvikle et demokratisk styret offentligt sundhedsvæsen, og at skabe sammenhæng, effektivitet og kvalitet i sundhedsvæsenet. Man kan se på sundhedsvæsenet som en stor organisation med et eget produktionssystem, hvor selve opgaveløsningen, her håndtering af mennesker med rygsygdom, foregår både i struktureringsfasen og produktionsfasen og medfører et output både i form af service og effekt. Faglig bæredygtighed bliver dermed nærmest et synonymbegreb med sammenhæng, og minder læseren om, hvordan en aktivitet et sted i systemet påvirker resten af organisationen.

ORGANISATION

<u>Struktureringsfase</u>	<u>Produktionsfase</u>	<u>Output(service)</u>	<u>Output(effekt)</u>
---------------------------	------------------------	------------------------	-----------------------

Figur 3. En organisation som et produktionssystem.

Ifølge Uffe Juul Jensen (24) er sammenhæng et normativt begreb, som både politikere, sundhedsplanlæggere og professionelle jagter. Der bliver ifølge Uffe Juul Jensen ledt efter en speciel kraft eller et bindemiddel, som kan skabe sammenhæng i patientforløb, men også i livsforløb, i menneskers liv og i sammenhæng mellem mennesker.

Som normativt begreb er der en værdiladning forbundet med ordet, og dermed kan sammenhæng opfattes forskelligt afhængig af hvilket perspektiv man anlægger og i hvilken kontekst begrebet benyttes.

Med det formål at betragte begrebet sammenhæng så bredt som muligt gennemgås her 3 forskellige perspektiveringer, som sammen med ovenstående definitioner danner den teoretiske referanceramme.

2.2 Sammenhæng i sundhedsplanlæggende perspektiv

I dette perspektiv er der fokus på strukturelle forhold, som kan binde sundhedsvæsenet og ydelserne bedre sammen.

I det sundhedsplanlæggende og samfundsøkonomiske perspektiv kan sammenhæng beskrives som udviklingen af de styringsmekanismer, der skal sikre at sundhedsydelser leveres af sektorerne og modtages af patienter/borgere, således at sundhedsloven overholdes. Den sammenhængende patientbehandling opfattes her som et udtryk for, at der er en logik imellem patientens initiale symptombillede og den behandling vedkommende modtager af sundhedsvæsenet hen over flere sektorer. Fokus er på den specialiserede og livsforlængende behandling. Udgangspunktet er den evidensbaserede praksis og den medicinske teknologivurdering, der findes på området. Den sammenhængende patientbehandling er også udtryk for, at patienten uproblematisk bevæger sig mellem sektorerne.

Udgangspunktet er WHO's sundhedsdefinition, som beskriver sundhed som en tilstand af fysisk, psykisk og socialt velvære, og ikke kun fravær af sygdom (25), samt sundhedsloven og den juridisk-etiske overholdelse af forskrifterne. WHO's sundhedsdefinition understreger at sundhed både betragtes som et mål, en rettighed og en ressource. WHO beskriver også, at borgere bør sikres et sundhedsniveau, som giver mulighed for et socialt og økonomisk produktivt liv (25).

Sammenhæng i det samfundsøkonomiske perspektiv beskriver også forholdet mellem sundhed og sundhedsydelser. Grossman (26) betragter sundhed som et varigt forbrugsgode, og sundhed i dette perspektiv producerer en strøm af nytte over tid. Jo bedre man vedligeholder sundheden des bedre og længere vil den holde. Sundhed muliggør et ønskværdigt liv, og sammenhæng relaterer sig dermed til om sundhedsydelserne resulterer i forbedret sundhed.

Resultatet af dette perspektiv i relation til ryg sygdom bliver blandt andet udviklingen af regimer, samarbejdsaftaler, sundhedsprofiler, genoptræningsplaner og bindende aftaler mellem sektorer, samt planlægning vedrørende diagnostik og behandling for at undgå f.eks. længerevarende sygemeldinger.

2.3 Sammenhæng i subjektperspektiv

I dette perspektiv er der fokus på subjektet og dermed om sundhedsydelse opleves sammenhængende for patienten og/eller den sundhedsprofessionelle.

I det subjekt orienterede perspektiv udformes den sammenhængende patientbehandling ud fra, hvad der har betydning for den enkelte (24,27,28) i denne persons hverdagsliv (28). Udgangspunktet her er den salutogene sundhedsdefinition, hvor sundhed defineres som følelsen af livsmod og livsglæde og følelsen af at kunne mestre (hverdags) livets mange forskellige situationer (29). Sundhed er at have følelse af sammenhæng, dvs. en følelse af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed (27). Fokus er her på den helhedsorienterede behandling, som udover at være helhedsorienteret også kan opfattes som en samarbejdsproces mellem, på den ene side den oplyste patient og på den anden side fagpersonen, der bidrager med sin specifikke viden i et sundhedspædagogisk miljø, der tilgodeser den livsfortælling patienten og den sundhedsprofessionelle bærer.

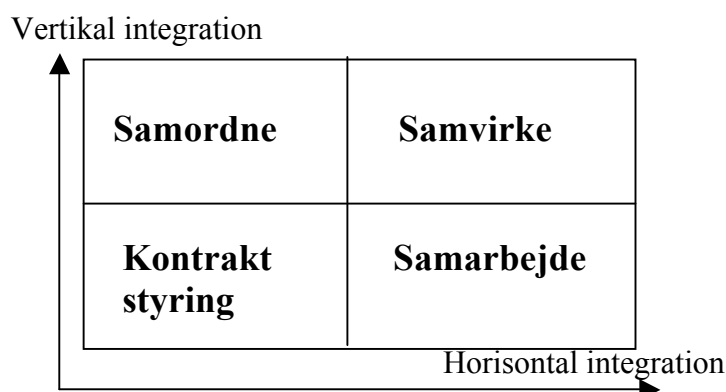
Resultatet af dette perspektiv i relation til ryg sygdom bliver patientens/individets/borgerens behov – f.eks. kommunale sundhedsfremme-strategier overfor muskulo-skeletale lidelser, empowerment baseret håndtering af kronisk syge og borgerrettet afdækning af behov i forbindelse med ryg sygdom.

2.4 Sammenhæng i integrations perspektiv

I dette perspektiv er der fokus på de aktiviteter, som skaber en relation i sundhedsvæsenet.

Integration anvendes om aktiviteter, som indebærer at forskellige aktører eller aktiviteter føres sammen (1). Samarbejde, samvirke, samhandling, samordning benyttes om de typer af arbejdsformer (Fig.2), som alle repræsenterer integration. Integration kan ses som den tidsaktuelle måde at opnå bedre sundhed på, hvilket betyder, at integration er instrumentet til at opnå mere sammenhæng, effektivitet og kvalitet i behandlinger i sundhedsvæsenet. Integration forstås som den bevidste aktivitet, der skal være til stede imellem to eller flere sundhedsprofessionelle, og som sikrer kontinuitet og sammenhæng i sundhedsydelser både på individuelt plan og overfor diagnosegrupper. I integrationsperspektivet er udgangspunktet både WHO's sundhedsdefinition (15) og den salutogene definition (27), som udtryk for at denne perspektivering favner både individet og organiseringen.

Integration kan være interprofessionel, interorganisatorisk, intersektoriel og interdisciplinær (30), og integration kan beskrives både som vertikal integration og som horisontal integration (30). Den vertikale beskriver arbejdsformen i et hierarki, hvor den horisontale beskriver arbejdsformen i en mere flad struktur.



Figur 4. Integrationsformer (28).

Ifølge Rothman (16) udgør intersektorielt samarbejde et af syv basale principper, som karakteriserer sundhedsfremme, og det at arbejde integrerende kommer dermed også til at indbefatte dele af de mekanismer, som påvirker sundhedsfremme og folkesundhed. Tilbage i 1986 beskrev Ottawa-charter (15) vigtigheden af intersektorielt samarbejde. Charteret har fokus på livskvalitet og beskriver hvorledes sundhedsfremmende arbejde er et samarbejde mellem sundhedssektoren, den politisk-økonomiske verden og det omgivende miljø.

Ahgren (18) beskriver fem niveauer af integration i sit integrationskontinuum (Fig. 5).

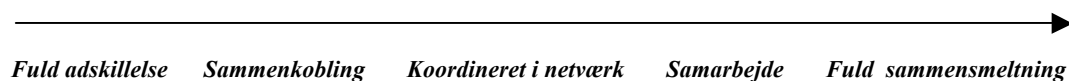


Fig. 5. Integrationskontinuum

Fuld adskillelse beskriver, at der ikke er nogen form for integration.

Sammenkobling foregår mellem allerede eksisterende enheder og med en så fornuftig kommunikation, at patientforløbet kan opretholdes. Man følger kliniske guidelines og har forståelse for ansvarsfordeling.

Koordination i netværk foregår mellem allerede eksisterende organisationsenheder, og der er mere struktur i aktiviteten end i sammenkobling. Her ses organiserede patientforløb, og der er gensidig udveksling af kliniske informationer.

Samarbejde beskriver en struktureret aktivitet, hvor en teamkoordinator er ansat til at administrere samarbejdet mellem uafhængige enheder.

Fuld sammensmeltning beskriver at ressourcerne er samlet i en fælles organisation, hvis mål det er at udvikle omfattende serviceydelser målrettet specifikke patientgrupper.

Strukturreformens beskrevne formål med at sikre sammenhæng, effektivitet og kvalitet skaber en forventning om at integration er indbefattet for at opnå det, man ønsker

reformmæssigt. Forskning fremhæver at integration forbedrer kvaliteten, effektiviteten og virkningen af servicen (31). Integration kan modvirke fragmentering som følge af specialisering og integration kan påvirke informationsflowet intersektorielt, det kan påvirke de sundhedsøkonomiske strategier, og det er nødvendigt grundet et forandret sygdomsmønster i samfundet med flere kronisk syge og flere ældre, som har et større behov for multiprofessionelle strategier og livslang behandling (30,32). Det er muligt at vurdere integrationen, og blandt andet Ahgren (31) har udviklet en evalueringsmodel, hvor struktur, proces og outcome er de 3 bærende komponenter at evaluere ud fra.

Strukturen indeholder tilgang til sundhedsydelser, information om brugernes behov, nødvendige ressourcer for levering af sundhedsydelser, sundhedsprofessionelles kvalifikationer, divisions af tasks og ansvar mellem sundhedsprofessionelle og organisationerne. Her vurderes evner, kompetencer, information.

Processen indeholder alle aktiviteter indeholdt i levering af sundhedsydelser – især kontinuiteten og koordinationen af de forskellige aktiviteter, kommunikationen og relationen mellem brugerne og de sundhedsprofessionelle, imellem de professionelle og imellem organisationerne – alt sammen ledende frem til en fælles levering af sundhedsydelser til fordel for brugerne. Her vurderes tillid, ansvar mellem bruger og udøver og samarbejde mellem sundhedsprofessionelle i levering af sundhedsydelse.

Outcome indeholder det at tilfredsstille behov fra brugerne, forbedringer i kapacitet og samarbejdsevner blandt sundhedsprofessionelle, finansiell effekt på involverede organisation. Her vurderes effekt, tilfredshed med ydelsen og økonomisk uafhængighed.

Resultatet af dette perspektiv i relation til ryg sygdom bliver blandt andet udvikling af patientforløb tværsektorielt og interprofessionelt læringsmiljø til udveksling af viden om ryg sygdom, og fokus på alle former for samarbejde mhp. at sikre det integrerede sundhedsvæsen indenfor rygbehandling.

3 Formål

Dette projekt har som formål at forstå begrebet sammenhæng i genoptræning til mennesker med muskel skelet sygdomme. Projektet ønsker at undersøge relationen mellem på den ene side den erfarede genoptræning og på den anden side strukturreformen og eksisterende teorier vedrørende sammenhæng, koordination og integration. Projektets formål er at undersøge kvalitativt, hvad der ud fra patienters og sundhedsprofessionelles erfaringer skaber sammenhæng i genoptræning.

Formålet er dermed at undersøge fænomenet ”sammenhæng i genoptræning,” og dernæst relatere resultatet af undersøgelsen til de opstillede tre perspektiveringer.

3.1 Forskningsspørgsmål

Hvad er sammenhæng for en ryg patient ?

Hvad er sammenhæng for en sundhedsprofessionel, der beskæftiger sig med rygbehandling og genoptræning ?

Skaber strukturreformen sammenhæng ?

4 Metode

Projektet belyser sammenhæng i genoptræning ud fra

- rationalet for strukturreformen
- relationen til folkesundhed
- empiriske tilgange til forståelsen for sammenhæng i genoptræning
- kvalitative gruppeinterviews af patienter og sundhedsprofessionelle, som har oplevet genoptræning
- modificeret fænomenologisk analyse af gruppeinterview
- relationen mellem indsamlede data og centrale komponenter i teoretiske tilgange til sammenhæng

4.1 Valg af emne

Mange års klinisk og administrativ erfaring i det danske sundhedsvæsen har skabt en stor interesse for sundhedsstrategi- og planlægning og en stor respekt for kollegers og patienters oplevelser og erfaringer med en given udfordring. Videreuddannelsen indenfor folkesundhedsvidenskab har tilført paraplyblikket, metoder, redskaber og filosofiske perspektiveringer. Og nu muligheden for at undersøge et fænomen mere i dybden.

Tilbage i 80'erne forsvandt den overvejende del af den individuelle genoptræning ud af hospitalsvæsenet og dukkede op fragmenteret i privatpraksis og i kommunalt regi samt på specialiserede fondsdrevne hospitaler. Individuel genoptræning på hospitalerne blev i vid udstrækning erstattet af holdtræning, og grunden blev lagt til den opdeling, som helt overvejende har styret de sidste 20 års måske temmelig kasse opdelte håndtering af mennesker med rygproblemer. Individuel genoptræning eksisterer i dag i praksissektoren i en af patienter medfinansieret udgave samt under betegnelsen specialiseret genoptræning i hospitalssektoren og som en sporadisk aktivitet under den kommunale genoptræning. Den økonomiske ramme for levering af sundhedsydelser står i modsætning til den teknologiske evne indenfor sygdomsudredning.

Forfatterens egen erfaring er, at der er stor forskel på, hvordan ryg patienter håndteres, og uafklarede forhold omkring ryg patienten kan medføre frustrationer i behandlerkredse og en handlingslammelse når det gælder den målrettede og højt specialiserede rådgivning i forbindelse med specifik ryg sygdom. Sundhedsvæsenets træghed og hierarkiske opbygning kan være en medvirkende årsag til, at ryg patienten udvikler kronisk ryg sygdom.

Optakten til og gennemførelsen af strukturreformen ansporede til at fokusere på emnet ”sammenhæng i genoptræning”. Man gennemførte en reform af struktur og økonomi målrettet sundhedsvæsenet, og beskrev at formålet blandt andet skulle være at skabe mere sammenhæng, effektivitet og kvalitet. Den nye struktur var rimelig klar, det nye geografiske landkort, de nye ansvars- og økonomifordelinger ligeså, men hvordan kunne en reformering af en struktur af et sundhedsvæsen skabe sammenhæng? Det ville være interessant at undersøge nærmere, for hvad er egentlig sammenhæng ?

Undersøgelsen blev derfor funderet i ønsket om at forstå fænomenet ”sammenhæng i genoptræning” med udgangspunkt i den biomedicinske indgang til muskuloskeletale problemstillinger, koblingen til en mere sundhedspædagogisk perspektivering, når det handler om sammenhæng og en modificeret fænomenologisk analyse, når det handler om erfaring med genoptræning. Nysgerrighed overfor teoriplanet indbød desuden til at trække forskellige måder at forstå sammenhæng ind i undersøgelsen.

4.2 Design

Projektet er kvalitativt funderet og benytter temaopbyggede semistrukturerede gruppeinterviews til indhentning af kildemateriale (33). Den kvalitative indgangsvinkel er valgt for at belyse oplevelser og erfaringer, som kan have svært ved at træde frem i en mere kvantificerende undersøgelse (34). Emnet kunne også belyses med individuelle interview, men informations- og variationsrigdommen forventes bredere (35) med det gruppebaserede. Metoden er bestemt af problemstillingen, hvor genoptræningen netop også har været en gruppebaseret aktivitet blandt patienterne. Blandt de sundhedsprofessionelle er der også en gruppeopdeling, som gør at de har rygspecialet som fællesskab.

Grupperne sammensættes strategisk (36), således at de har fænomenet til fælles med hver deres erfaringer og oplevelser, som de herefter forventes at kunne holde dialog omkring. Interviewene styres i den specifikke retning, at det gerne skal omhandle sammenhæng i genoptræning, og derfor er det semistrukturerede gruppeinterview (33) valgt og ikke fokusgruppeinterview.

Den fordomsfri samtale (37) er det helt fundamentale i dataindsamlingen. Det fænomenologiske perspektiv, som repræsenterer den forståelsesform, at menneskers subjektive erfaringer regnes som gyldig kundskab (38), er her det bærende element i kontakten mellem forsker og informanter. Fænomenologiske studier beskriver den

mening mennesker lægger i en oplevelse knyttet til en bestemt erfaring om et fænomen (38,39,40). Fænomenet som studeres er sammenhæng i genoptræning.

4.3 Valg af informanter

Det var vigtigt for dataindsamlingen og projektets formål at rekruttere informanter med personlig erfaring i genoptræning i forbindelse med ryg sygdom. Det var samtidig vigtigt at afdække en så bred variation over erfaringer som muligt, og det var ønskeligt at opnå dybde i materialet ved at sikre at informanterne havde gennemlevet en genoptræning enten som patient eller som behandler (41). Derfor valgte forfatteren det gruppebaserede interview og med en nogenlunde ligelig fordeling af patienter og sundhedsprofessionelle. Grupperne blev sammensat således, at der var to patientgrupper og to behandlergrupper. De to behandlergrupper var dels en kommunal behandlergruppe og dels en hospitals behandlergruppe. Forfatteren valgte ikke at blande de to behandlergrupper, idet forfatteren ønskede at få de forskellige nuancer frem fra begge sektorer. Informanterne i de to patientgrupper havde erfaring med både kommunal og hospitals genoptræning. I alt deltog 16 informanter i fire grupper. Der blev sikret en repræsentation af både mandlige og kvindelige informanter med en bred aldersspredning (30-60 år), og i gruppen af patienter med repræsentation af både arbejdstagere og førtidspensionister/langtidssygemeldte.

Emnet egner sig godt til en gruppesamtale, da alle besidder egen erfaring og derfor forventes at kunne deltage i en dialog om, hvad som skaber sammenhæng i genoptræning. Emnet er samtidig ikke personligt sensitivt, hvilket taler for at vælge en gruppe samtale. Både blandt behandlere og ryg patienter er der en udbredt tendens til gruppering, for patienternes vedkommende er deres genoptræning for rygsygdom udpræget gruppeorienteret, og for behandlernes vedkommende er de på deres arbejdsplads inddelt efter specialer og alle rygbehandlere arbejder derfor sammen og har erfaringer sammen.

Inklusionskriterierne:

Ryg patient med specifikke lænderygsmærter af mere end tre måneders varighed med egen nylig eller aktuel genoptræningserfaring fra primær og/eller sekundærsektor.

Fysioterapeut ansat på hospital eller kommunal institution aktuelt beskæftiget med genoptræning efter rygsygdom (her specifikke lænderygsmærter)

Tid til minimum to timers interview.

Interesse i at beskrive erfaringer med genoptræning i en gruppe af ligestillede.

Samme sprog i alle grupper, her dansk.

Rekruttering udelukkende fra Region Hovedstaden og gerne fra samme kommune.

Eksklusionskriterier:

Patient med afsluttet genoptræningsforløb før 2006.

Ryg patient med uspecifikke lænderygsmærter af mindre end tre måneders varighed

Ikke dansktalende

Patient med uafklaret situation og/eller invaliderende smerteproblematikker

Patient, som ikke kan transportere sig til aftalte mødested
 Fysioterapeut uden erfaring med genoptræning af rygsygdom
 Fysioterapeut med hovedbeskæftigelse udenfor emnet i fokus

Gruppe 1	5 ryg patienter med genoptræningserfaring fra primær og sekundærsektor i region H
Gruppe 2	4 fysioterapeuter fra sekundærsektor i region H
Gruppe 3	4 ryg patienter med genoptræningserfaring fra primær og sekundærsektor region H
Gruppe 4	3 fysioterapeuter fra primærsektor i region H

Figur 6. Oversigt over de fire interview grupper med 16 informanter

Forfatteren etablerede kontakt til to hospitaler og et kommunalt genoptrænings sted, som selekterede omkring ti patienter hver ud fra de valgte inklusions- og eksklusionskriterier. Forfatteren sendte brev til 12 patienter fra listen og aftalte gruppeinterview med ni af disse patienter. En patient havde ikke tid og to patienter var ikke at træffe. Forfatteren kontaktede herefter ledelsen på henholdsvis det ene hospital og den kommunale setting og fik tilladelse til at interviewe to grupper af fysioterapeuter med erfaring indenfor ryg behandling. På hospitalet var terapeuterne organiseret efter specialer, og den gruppe, som havde at gøre med ryg patienter, ville gerne deltage. Den kommunale genoptræning var også organiseret efter specialer og den gruppe, som havde at gøre med ryg patienter, ville også gerne deltage. Af otte mulige deltog syv fysioterapeuter. En kunne ikke deltage grundet sygdom på dagen for interview.

4.4 Forberedelse af interview

Gruppe interviewene blev bygget op omkring en semi struktureret interview guide med to indgangsspørgsmål og fem temaer. Ifølge Kvale (42) bør forskeren være bevidst om både den tematiske og den dynamiske dimension af interviewet. Derfor blev disse interview tematiseret med henblik på at afsøge fænomenet ”sammenhæng i genoptræning” og samtidig lod forfatteren sig ikke binde mere til planlagte spørgsmål end at der var rum for dynamik og udfoldelse undervejs (43). Forfatteren ønskede at skabe en fortættet stemning og en følelse af at ethvert ord under interviewene ville blive værdsat. Forfatteren forberedte sig på en både bred og dyb dataindsamling ved at stille spørgsmål, som kunne understøtte informanternes frihed til at udvikle egne svar og historier skabt af hver enkelt informants erfaringer og gennemlevede genoptræning. Interview guiden blev bygget op omkring fem temaer:

- Personerne omkring genoptræningen
- Strukturen omkring genoptræningen
- Processen omkring genoptræningen
- Tænkningen omkring genoptræningen
- Forventninger omkring genoptræningen

Opbygningen af interview guiden er baseret på fem temaer, som tilsammen forventes at kunne forklare fænomenet ”Sammenhæng i genoptræning” Som baggrundsviden er benyttet Ahgren B (18,31), Strandberg-Larsen M (2), Scheur Larsen J (44) samt litteratur generelt omhandlende kvalitet, struktur, proces og produkt.

Under hvert tema var der et lille oplæg og forslag til spørgsmål. ”Hvordan” spørgsmål var prioriteret højest for at få informanternes forklaringer frem, ”Hvad” spørgsmål havde prioritet to, da de har en tendens til at give ja-nej svar. ”Hvorfor” spørgsmål ” kan få karakter af forhør eller eksamen, og informanter kan gå i forsvar, hvilket ikke er ønskeligt, når man oprigtigt søger informanternes erfaring. Spørgsmålene var desuden planlagt til at være simple og logiske i sin opbygning, og forskeren var forberedt på at gentage og forklare til hvert tema, således at alle informanter følte sig respekteret og mødt med oprigtig nysgerrighed. Forfatteren ønskede at holde sig til interview guidens overordnede fem temaer under alle gruppe interview, og det var intentionen at gennemføre alle interview efter samme skabelon.

4.5 Gennemførelse af interview

Alle interview fandt sted så centralt som muligt for informanterne på lokalisering, som de kendte i forvejen. Forfatteren havde på forhånd aftalt tid og sted for interview, og indrettede rummet, så det passede til et gruppeinterview og til at nogle af ryg patienterne måske ikke kunne sidde ned, men havde brug for skiftevis at ligge eller gå omkring under interviewet. Der var arrangeret kaffe, the, frugt og juice til interviewene. Der blev benyttet båndoptager og mikrofon, som stod midt på bordet, og inden gruppeinterviewene gik i gang blev udstyret afprøvet og alle blev informeret om de praktiske detaljer i forbindelse med interviewene.

Forfatteren støttede sig til den semistruktureret spørgeguide, og hvert emneområde blev præsenteret og endte i et spørgsmål, hvorefter pågældende emne var i fokus indtil emnet var mættet. Under interviewene sikredes forståelsen for det sagte ord ved at gentage og spørge igen. Forfatteren henvendte sig til alle informanter under hvert emne for at sikre sig at alle informanter ytrede sig. Der var forskel i måden informanterne forklarede sig på, og disse forskelle betød, at der var en livlig samtale og en ivrighed efter at forstå hinandens udsagn.

Hvert interview varede omkring to timer, og inden interviewene havde forfatteren talt med samtlige patienter og med to af de sundhedsprofessionelle, som informerede videre til deres kolleger. Dermed var alle overordnet informeret om og havde sagt ja til at deltage i gruppeinterview vedrørende sammenhæng i genoptræning.

Der blev skabt en tæt og god stemning og alle deltog aktivt i samtalerne. Der blev gjort plads til eftertænkning og gerne lidt mild humor hen over bordet. Der blev gjort plads til at alle udsagn var lige væsentlige og lige gyldige. Spørgeguiden var ens for alle deltagere. Således blev patienter og sundhedsprofessionelle spurgt om det samme ud fra den klare opfattelse, at netop disse to grupper udgør hovedaktørerne indenfor genoptræning.

4.6 Transskribering og analyse

Alle interview blev transkriberet (45) af samme erfarne sekretær. Transkriberingen blev foretaget således at hvert spørgsmål/indlæg fra forfatteren stod med skråskrift, og hver refleksion fra en informant stod med almindelig skrift. Hver gang en ny informant talte var der en linieopdeling. Datamaterialet blev dermed læsevenligt og overskueligt. Inden første transkribering gennemlyttede forfatteren de bandede interview, herefter blev første del af materialet transkriberet og gennemgået for at sikre entydighed, herefter blev resten af materialet transkriberet og gennemgået. Noter fra interviewene blev lagt ved det skrevne materiale.

Analysen sigtede på at skabe beskrivelser af og måske også nye viden om patienters og sundhedsprofessionelles erfaringer med sammenhæng i genoptræning. Analysen startede første gang det bandede materiale blev gennemlyttet, her gik forfatteren i gang med at danne sig et overblik over materialet både bredden, dybden og helheden. Analysen fulgte herefter den systematiske tekstkondenseringsmetode inspireret af Giorgi og modificeret af Malterud (46). Tolkninger af den transkriberede tekst er udtryk for forfatterens ønske om at afdække patienters og fysioterapeuters oplevelser af hvad sammenhæng er for en størrelse i relation til rygsygdom og genoptræning herfor. Malterud (47) beskriver hvordan ens faglige perspektiv og ståsted sætter sit aftryk i tolkningen, og i denne situation har det betydning at forskeren selv har erfaring med genoptræning både i hospitals- og primærsektoren og selv har arbejdet i begge miljøer.

4.6.1 Temaer, kodning, sammenfatning, udvikling af nye begreber/viden

Første del. Helhedsindtryk – fordomsfri tematisering (48) Materialet blev gennemlæst flere gange i sin fulde længde, og på det helt overordnede plan beskrev forfatteren herefter nogle temaer, som repræsenterede fænomenet.

Anden del. Kodning – Bestemmelse af betydningsenheder og systematisering af teksten (48). Teksten blev nu gennemgået igen, og hvert tema fik en farvekode, som herefter blev lagt ind over den del af materialet, som rummede betydningsenheder. Flere steder i teksten var der flere farvekoder på samme tekst.

Tredje del. Kondensering – meningsbestemme kodegrupperne (48). Nu blev temaerne reduceret til et mindre antal kodegrupper, og bearbejdet i forhold til at skabe mening ud fra de fordomsfri temaer. Rammende citater fra informanterne blev fundet frem til ekstra understregning af kodegruppens indhold.

Fjerde del. Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og nye begreber/viden med overskrift for hver kodegruppe (48). Hver kodegruppe fik nu sin egen overskrift, som dels kunne tilbageføres til det oprindelige materiales helhedsindtryk, dels til de fordomsfri temaer og desuden til de farveopdelte meningsskabende kodegrupper.

Herefter blev de tre komponenter Struktur, Proces, Outcome lagt ind over kodegrupperne for at afdække et muligt mønster og bevidstgøre om koblingen mellem på den ene side resultatet af informanternes oplevede erfaringer indenfor sammenhæng og på den anden side de bærende komponenter til evaluering af integration i sundhedsvæsenet (31).

4.7 At læse resultater

Resultaterne af analysen er et udtryk for informanternes erfaringer med og gennemlevede genoptræning. Informanterne består af lige dele fysioterapeuter og patienter. Alle informanter er blevet stillet de samme spørgsmål, og dialogen med informanterne har været ens. Det er bevidst undgået at tage udgangspunkt i individuelle sygehistorier.

I resultatafsnittet er citater skrevet ind med skråskrift, og hvert citat har fået sit eget nye afsnit. Hvert citat forudgås af et oplæg fra forfatteren, og dette oplæg er skrevet med almindelig skrift. Der gøres løbende igennem resultatafsnittet rede for om det er terapeuter eller patienter, der udtaler sig. Der er ikke sat navn eller kendemærke ind efter hvert citat. Forfatteren er bekendt med hvilke personer, der udtaler sig.

5 Etik

Undersøgelsen er relevant for fremtidig sundhedsplanlægning, og for sundhedspolitikere og sundhedsprofessionelle i deres syn på og indsigt i patienthåndtering og erfaret sammenhæng i genoptræning. Undersøgelsen er også relevant for ryg patienter, idet de her får et indblik i, hvorledes ryg patienters erfaringer kan danne baggrund for en undersøgelse af et specifik fænomen.

Projektet er godkendt i Datatilsynet med henblik på datasikkerhed. Det er frivilligt at deltage. Alle informanter er informeret på forhånd (skriftligt og mundtligt) om at projektets formål er udveksling af erfaringer og vidensdeling vedrørende oplevede genoptræningsforløb. Alle er desuden oplyst om planen for afrapportering af projektet.

Alle informanter holdes anonyme, hvilket også indebærer at arbejdssteder er anonymiseret.

Det endelige projekt udfærdiges således at data er ikke person-identificerbare. Interview forventes ikke at medføre utilsigtet besvær eller skade, da gruppe interviewene udelukkende handler om erfaret genoptræning. Under alle omstændigheder informeres alle informanter om, hvordan de kan kontakte forfatteren efter interviewene, hvis behovet opstår.

Der er taget hensyn til informanternes arbejds- og privatliv i forbindelse med interview, og eventuelle personlige transportudgifter i forbindelse med interview kan dækkes af forfatteren.

Alle informanter kan få et eksemplar af det endelige projekt tilsendt, såfremt de ønsker det.

6 Resultater

Dataanalysen frembragte fire sammenfattede kodegrupper med i alt 14 undergrupper. Hver sammenfattet kodegruppe havde tre til fire undergrupper (Figur 7).

Sammenhæng er:

Genoptræning baseret på diagnosen (kodegruppe et)

1. Genoptræne ud fra hvad der er galt
2. Individualiseret
3. Møde specialisten og diagnosen tidligt i forløbet
4. Smidig dialog mellem hospital og primærsektor

Subjekt orientering – at blive set og forstået (kodegruppe to)

1. Forstå den enkelte patient
2. Forstå terapeuten
3. Se hele patienten
4. Dække forskellige behov for genoptræning

Ressource orientering (kodegruppe tre)

1. Patientens ressourcer
2. Hospitalets ressourcer
3. Den kommunale genoptrænings ressourcer

Udnytte faglig kapacitet (kodegruppe fire)

1. Specialiseret baggrundsviden skaber høj kvalitet i den almene genoptræning
2. Faglig udveksling og kommunikation mellem hospital og kommune

3. Skride ind i tide

Figur 7. Oversigt over resultater. Fire kodegrupper og 14 undergrupper

6.1 Genoptræning baseret på diagnosen

6.1.1 Genoptræne ud fra hvad der er galt

Ryg patienterne er i en situation, hvor de betinget af smerter og dårlig funktion ofte er sygemeldte, tager en del medicin og afprøver behandlinger. Jo flere smerter og reduceret funktion jo mere isoleret bliver de. De har svært ved ikke at vide præcist, hvad der er galt, og de passificeres i en bekymringstilstand.

For mig handler det om at få stillet en korrekt diagnose. De taler så meget om ventetider til operation, men det er jo ligegyldigt hvis ikke man får stillet diagnosen. Det er absurd at isolere det, hvis det tager flere år at få stillet diagnosen. Der er mange, som står helt af på øvelserne, fordi de er presset ind i et forløb, som slet ikke er optimalt for dem.

Ryg patienterne mener ikke man kan tale om sammenhæng i genoptræning, hvis ikke diagnosen er præcis. De føler sig fremmedgjort overfor egen rygssygdom, og bliver bekymrede, tilmed bange, når de ingen forklaring får.

Jeg mangler sammenhæng forstået på den måde, at jeg kunne godt tænke mig at vide, hvad det er jeg fejler. Jeg er helt lost. Den diagnose man får, ja i min står der at jeg er helt degenereret..... jeg aner ikke om halvdelen af min rygsøjle er ved at forsvinde.

Fysioterapeuterne har ligesom patienterne behov for en klar diagnose at planlægge og gennemføre genoptræningen ud fra. I forbindelse med overdragelse af genoptræningsansvaret til kommunerne er hospitalerne blevet dygtigere til at medsende operationsbeskrivelsen ved udskrivelsen. Dermed kan terapeuterne rådgive optimalt og målrette den fysiske genoptræning. Hvis ikke der er stillet en diagnose, går det som denne patient forklarer:

Det har generet mig mest, at jeg har gået til tre forskellige fysioterapeuter, og de famler i blinde, fordi der ikke er stillet en diagnose.

6.1.2 Individualiseret

Terapeuterne har erfaring med, at mange ryg patienter ikke passer ind i den kassetænkning, som tildeler hver patient en fast pakke, som f.eks. 8 gange træning på et hold. For det første passer patienterne sjældent ind på et blandet hold, og for det andet er de måske ikke nået langt nok efter 8 gange. De har desuden oplevelsen af at man som terapeut kan blive alt for fokuseret på problemer og mangler, hvis man fra starten ved, at man kun har 8 træningsseancer til pågældende patient. Der er ikke plads til at fokusere på fremskridt.

Til gengæld er de kommunale terapeuter stærkt positive over deres mulighed for at selvtilrettelægge genoptræningen efter strukturreformen. De mener sig godt i stand til at levere holdtræning, når det passer sig og individuel genoptræning, når det skal til. De ser eget system som værende mere flexibelt end hospitalets genoptræning før strukturreformen.

---her, det er mere fleksibelt. Vi kan tilpasse det lidt mere individuelt end man måske kan på hospitalerne, også i forhold til de problemer patienterne står med i forhold til hjemmet.

Patienterne beskriver, at de har behov for den personlige kontakt for at blive vejledt optimalt i, hvordan de genoptræner. Der er to ting, som går igen i patienternes beskrivelse, og det ene er at genoptræningen skal være individuel, og det andet er at genoptræningen skal styres af en fysioterapeut. De mener ikke at holdtræning fungerer til ryg patienter, og de har oplevet hvordan holdene er alt for store og der er for få fysioterapeuter tilknyttet. Nogle af ryg patienterne mener, at genoptræningen, de går til, slet ikke virker, hvis de har ondt, og de kunne lige så godt gå på et almindeligt gymnastikhold ude i byen. To af patienterne har decideret efterlyst individuel behandling, men har fået afslag på det.

Jeg har måttet blive væk, eller også har jeg måttet slæbe mig derhen.

Genoptræning er godt, når man ikke er på de der kodeinbomber.

Ryg patienterne oplever, at det med alderen er sværere at komme sig ovenpå en ryg skade, og jo længere tid skaden står på jo vanskeligere er det at blive ryg rask igen. Derfor mener de, at det er helt nødvendigt med individuel rådgivning, således at skaden ikke sætter sig til noget kronisk.

Overskuddet falder jo længere tid, det har været i kroppen. Jeg synes næsten, det er umuligt at blive i orden igen, når det har været så længe. Det er meget let, at det bliver en varig skade. Man er stresset på forhånd

Flere patienter understreger behovet for individuel rådgivning, således at investeringen i en dyr operation står mål med den genoptræning, patienterne bliver tilbudt. De vil utroligt gerne gøre det rigtige, men kan ikke selv og er bange for at gøre noget forkert.

6.1.3 Møde specialisten og diagnosen tidligt i forløbet

Mange har erfaring med, at der går for lang tid fra debutsymptomer til diagnostik. Patienterne er helt enige om, at der går for meget liv tabt med symptomer, og at man smertebehandler i stedet for at stille en diagnose. Man kommer for sent ind på hospitalet til specialisten, og bliver i stedet sendt fra den ene til den anden privatpraktiserende i primærsektoren. Patienterne oplever, at specialisterne i primærsektoren smertebehandler, hvorimod specialisterne i sekundærsektoren tager de beslutninger, der skal til, for at patienterne kan komme videre.

Det er irriterende så lang en periode af mit liv, som er gået tabt. Jeg skulle have været diagnosticeret meget hurtigere.

Det jeg har savnet allermest er en hurtigere diagnostik. At jeg skulle gå i 2 år er bare helt ude i hampen. Det at få fat på en kompetent læge og komme igennem til det her hospital har bare været helt umuligt.

Terapeuterne bruger diagnosen som udgangspunkt for genoptræningen og som rådgivningsredskab. De betragter ryg patienterne som en speciel gruppe, hvis største problem er en reduceret livskvalitet, i forhold til f.eks. knæpatienter, hvor det er en reel bevægelighed i et knæ, som er reduceret. Fysioterapeuterne fra sekundærsektoren har den fælles erfaring, at ryg patienterne har brug for en specialist vurdering og en tæt tværfaglig kontakt på hospitalet, og at opdelingen mellem hospitalet og primærsektoren efter strukturreformen gør forløbene længere og derfor måske dyrere.

Det rent tværfagligevi har en hurtig og nem kontakt med den ansvarlige operatør, frem for hvis det er ude i kommunerne, jamen får de fat i en læge ? Eller hvad siger de til patienten ? Gå hjem og kontakt din egen læge eller ring til hospitalet, og hvordan kommer de (patienterne red.) så lige ind ? Det er jo en meget tungere vej rundt i systemet, end hvis de (patienterne red.) blev fulgt her, hvor man før reformen havde den direkte kontakt, så det rent tværfaglige synes jeg også, går tabt.

6.1.4 Smidig dialog mellem hospital og primærsektor

Terapeuterne i primærsektoren har fået et stort nyt ansvarsområde efter strukturreformen. Hvor de indtil 2007 arbejdede efter serviceloven med borgere arbejder de efter reformen også efter sundhedsloven med patienter. Den helt store forskel rent genoptræningsmæssigt er, at de kommunale terapeuter nu modtager nyopererede rygpatienter, som via genoptræningsplanen fra hospitalet skal tildeles en type genoptræning, som de kommunale terapeuter selv tilrettelægger. Da de opbyggede den kommunale genoptræning var det et krav fra statens side, at det ikke måtte koste mere end den allerede eksisterende genoptræning regionalt, og derfor er den kommunale genoptræning meget identisk med tidligere regional genoptræning, bortset fra at de ingen fysisk opbakning har.

På hospitalerne har man en årelang tradition for bagvagtssystemer og tværfagligt samarbejde, hvilket alt sammen er med til at sikre kvalitet, sikkerhed og tryghed for både patient og sundhedsprofessionel.

Vi har fortsat den specialiserede genoptræning, jeg synes det tværfaglige samarbejde (på hospitalet red.) fungerer rigtig, rigtig godt.....man får den her dialog med lægen om hvad der er egentlig er sket i de sidste to uger.....så har hun et rigtig godt grundlag at vurdere om vi skal fortsætte eller indstille til operation.

I den kommunale genoptræning eksisterer der ingen bagvagsordninger, og man har været vant til at klare sig selv og opfordre sine borgere til at tage kontakt til egen læge, hjemmesygeplejersken og den visiterende enhed.

Vi har både gode og dårlige erfaringer, men det kommer også an på hvem du får fat på. Vi havde en patient, som vi var usikre på (qauda equina syndrom red.), hvor vi sendte hende af sted til skadestuen, der hvor hun var opereret, hvor der så gik nogle timer, så havde vi en af kirurgerne i telefonen, og skældte os ud, vi skulle ikke bare sende dem frem og tilbage.

Det er vores erfaring at de to sektorer har nærmet sig enormt meget hinanden og fået meget stor forståelse for hinandens arbejdsområder.....det er to vidt forskellige kulturer, der skal blive en ny kultur.

Strukturreformen har medført, at hospitalsterapeuterne ikke ser ryg patienterne efter udskrivelsen, så de ved reelt ikke hvordan det går disse patienter. Hvor de tidligere havde ryg patienterne i ambulante forløb foregår dette nu primært i kommunerne. Kommunikationen om patienterne mellem læge og fysioterapeut, som før kunne foregå på hospitalsgangen, er nu en telefonopringning fra den kommunale terapeut til hospitalet.

- den helt store forskel er, at efter reformen ser vi overhovedet ikke nogen patienter, de bliver sendt direkte i kommunen, og vi hører sjældent fra dem.

Man kan også sige at en del af deres, altså operatørernes frustrationer kan også ligge i, at førhen der har de haft en tæt sparing med os (hospitalsterapeuterne red.), så de ved, at hvis der er noget i forløbet, som ikke har været gået som det skulle gøre, så har vi straks kunnet tage kontakt til dem, og de har kunnet gå hen og korrigere på nogle ting eller lignende, hvor nu – ja nu ser de dem jo først igen når der er gået 6 måneder måske, og så kan tingene jo være kørt af et sidespor langt før, at de kan nå at gøre noget ved det.

6.2 Subjekt orientering – at blive set og forstået

6.2.1 Forstå den enkelte patient

Patienterne mener, at det kan være svært at møde forståelse og handling i sundhedsvæsenet. De synes, der er rigtig mange flinke og søde fagpersoner, men de savner generelt action.

Jeg mødte en som havde været på skadestuen fem gange, og først til sidst scannede de hende, og der sad en stor prolaps.

Patienterne sætter meget pris på en fagperson, som ved noget specielt om ryg sygdom, og de værdsætter hospitalets viden og vil helst have en tilknytning til hospitalet. Samstemmende mener de, at en specialistvurdering og en scanning er det mest relevante for at skabe sammenhæng for den enkelte.

Jeg synes, systemet mangler noget. Det er simpelthen for sløvt. Man kommer til at gå alt for længe, du kan jo lige få nogle flere blokader og kom igen om otte dage, så giver vi dig lige nogle depotpiller. Der er ikke nogen der tager en alvorligt før man har papir på, at der faktisk er en prolaps. Så er der bare gået flere år og man har næsten bidt tungen af sig selv

Patienterne ville kunne klare sig med sjældnere besøg hos specialisten under forudsætning af, at der blev sat mere tid af til konsultationen.

Jeg synes, jeg har oplevet, at der er for lidt tid. Man kunne ønske sig den dobbelte tid, så behøvede man ikke komme ugen efter. På det kvarter, der er afsat kan vi ikke nå noget, så når man bare at fortælle sin historie og så trykker man (lægen red.) på tilfældighedsgeneratoren.

Patienterne sætter meget pris på, at fysioterapeuten er troværdig, at genoptræningen er tilpasset den enkelte patient og at patienten har en fast tilknyttet terapeut, som ved hvad det drejer sig om. Hver patients behov er forskelligt, men hvis bare fysioterapeuten ved noget om rygge og er handlingsorienteret føler patienterne sig i trygge hænder. Patienternes erfaring er, at der mangler dialog med lægen om de store linier i deres behandling, og hvis de kunne ønske skulle der stå diagnostik af egne rygproblemer øverst på ønskelisten.

Jeg mangler sammenhæng forstået på den måde, at jeg kunne godt tænke mig at få noget mere at vide om, hvad det er jeg fejler. Det er irriterende som patient og for en rationel person som mig, hvorfor jeg ikke kan blive scannet, og hvorfor jeg ikke kan komme til at se de billeder, der er lavet. Jeg føler mig fremmedgjort i forhold til mine egne smerter og i forhold til det, jeg selv oplever.

Ryg patienterne har selv en meget stærk fornemmelse af, hvad der er galt med ryggen, og for at der skal være sammenhæng for den enkelte mener patienterne, at der er brug for, at deres egne udmeldinger bliver taget alvorligt, at der bliver lyttet til dem og at de sundhedsprofessionelle og især lægerne tror lige så meget på patienternes udsagn som på en scanning.

Når man efter et til to år får igennem, at nu skal man altså have lavet en scanning, nå ja, så er det rigtigt nok, at du har ondt med den der prolaps, det kan vi godt forstå. Men det er jo fuldstændig spild af ressourcer og det er jo også noget med, at den enkelte person kører ned både fysisk og psykisk, for i sådan et smertehelvede, som varer både 1 og to år der skal man være noget af en ismand for at blive ved med at klare bare at gå på arbejde og gå hjem i seng.

6.2.2 Forstå terapeuten

Terapeuterne oplever på nærmeste hold hvordan strukturreformen har ændret strukturen omkring genoptræning for ryg patienter. De kommunale terapeuter har taget imod det nye ansvar, og tror på, at de kan skabe gode rammer for ryg patienterne, idet de som kommunal institution er tættere på hver enkelt patient også via den lokale forankring. Deres erfaring er, at de har et fleksibelt system, hvor de selv kan planlægge typen af genoptræning ud fra patientens/borgerens behov og udnytte både sundhedsloven og serviceloven som rammeværk for levering af sundhedsydelse til den enkelte. De påpeger at have brug for relevante journaluddrag for at kunne gennemføre genoptræningen og en hotline til behandlende hospital.

Hospitalsterapeuterne ville gerne bevare kontakten med ryg patienterne og mener sig fremmedgjort i forhold til at se en effekt af hospitalets behandling. De ser kun de meget komplicerede patienter, men nyder til gengæld det tværfaglige samarbejde, der fungerer internt på hospitalet omkring disse patienter.

De kommunale terapeuter vil gerne genkendes for deres faglige viden og påpeger, at alle terapeuter har samme uddannelse, men forskelligt erfaringsgrundlag. Begge terapeutgrupper efterlyser kommunikation med den anden sektor, og sætter pris på de resultater, der er opnået indtil videre i tværsektorielle arbejdsgrupper vedrørende genoptræning.

Hospitalsfysioterapeuterne har igennem år oparbejdet kompetencer indenfor rygspecialet. De ønsker ikke at deres viden skal gå tabt, nu hvor genoptræningen er i en forandring.

Det eneste jeg har hørt (om effekten af hospitalsbehandlingen red.) er fra operatørerne, som ser patienterne til tre måneders kontrol, hvor de er frustrerede over den behandling patienterne så har fået, den træning og den fysioterapi de har fået. Hvis det er udenfor kommunen og altså et eller andet sted (red.) langt væk, hvor patienterne måske kommer på et hold med alle mulige andre og de er sat til at lave nogle øvelser, som er helt hen i vejret egentlig, så siger de bare Åh nej.....

De kommunale terapeuter har brug for arbejdsro til at forankre de store forandringer efter strukturreformen. De ser det første år efter reformen som en fase, der nu er overstået og nu skal de til at bygge en stabil hverdag op med det nye ansvar.

Det har været året, hvor man har følt sig frem og ikke vidst, hvor man gik hen. Og så skal vi ikke være blege for, at der har været modstand mod, at det (genoptræningen red.) skulle være på denne måde.....det har ikke været nemt i kommunerne at tage imod opgaven. Nu har vi brug for arbejdsro, så vi kan se, om det her virker.

6.2.3 Se hele patienten

Både hospitalsterapeuterne og de kommunale terapeuter påpeger, at gruppen af rygpatienter er en skrøbelig gruppe, hvis største udfordring er en svært reduceret livskvalitet. Hospitalsterapeuterne er fortalere for selv at køre forløbene med disse patienter og oplever fordelene ved det tværfaglige apparat på hospitalet.

De (patienterne red) ytrer, når de skal udskrives, hvor de skal ud til en ny terapeut, at det er de kede af, fordi vi har haft et godt overblik over dem, hvorfor kan jeg så ikke få lov til at fortsætte hos dig ?.....og de synes det er ærgerligt, at det ikke længere er sådan, at de kan blive her på stedet, og det synes jeg også.

Hospitalsterapeuterne oplever desuden, at jo større en kommune er jo mere specialiseret genoptræning kan de tilbyde, hvorimod i de mindre kommuner er man mere fokuseret på hvem der kan tage rygpatienten. Hospitalsterapeuterne har ikke haft mulighed for at sætte sig ind i, hvordan alle de kommunale tilbud er på landsplan. Det hospital de arbejder på behandler patienter fra hele landet.

Det er mere områdebestemt, hvem der skal tage sig af patienten i stedet for at det er diagnosebestemt, så der kan man risikere, at det måske er en institution, der både skal tage sig af en neurologisk, en geriatrisk og en ortopædkirurgisk patient på samme tid. Det får mig til at vurdere, at der måske kan være en mangel omkring disse specificerede patienter, frem for hvis du kommer ud i en stor kommune.

De kommunale terapeuter ser fordelene i at have de samme patienter forankret i lokalmiljøet, men oplever samtidig at patienterne og de selv har stærkt brug for hospitalets kompetencer, når der opstår komplikationer/forværring. De kommunale terapeuters fleksibilitet er til gavn for patienterne, og medfører effektive forløb, som kan tage hensyn til individuelle behov, patientens jobsituation, træningstider mm.

Der er dem, som ikke kan starte på ryghold, fordi de simpelthen har så mange smerter og ikke kan komme op og ned fra gulvet, jamen så starter vi dem individuelt og så bliver de langsomt kørt ind på vores hold. I primærsektoren er man mere fleksibel med træningstider.....der er terapeuter, som starter før kl. otte og nogle som bliver

om eftermiddagen. Patienterne kan godt få betalt kørsel, hvis der er behov for det, og der har vi fordel i at det ikke koster så meget, når vi ligger i lokalmiljøet....og en anden ting jeg har oplevet ved at vi ligger lokalt, det er at det spredes som ringe i vandet og rygtes, og folk ved, nå men jeg skal derhen og det går for det er enormt positivt det der i vores kommune. Det er jo sådan set udmærket.

6.2.4 Dække forskellige behov for genoptræning

Patienterne har erfaring for, at der er brug for forskellige former for genoptræning, for at behovet for genoptræning bliver dækket. Det generer dem, at de ikke automatisk kan blive tilbudt varmtvandstræning, som de alle mener, er en meget gavnlig behandlingsform inden en eventuel operation. De efterlyser individuel genoptræning, som også kan indeholde manuelle behandlinger som f.eks. massage, og to af dem foreslår, at sådanne behandlinger kunne udsætte eller helt eliminere operationsbehovet senere.

Jeg har erfaring med både hold og individuel genoptræning., og jeg synes ikke hold er særlig godt, ud fra at man tager jo ikke hensyn til hver enkelt patient, sådan som jeg synes man bør. Og nu i øjeblikket der går jeg til bassin og til individuel træning. Jeg skulle have været ud, men vi blev enige om, at det var bedst jeg var her (specialiseret genoptræning red.), så jeg blev fulgt af en læge, og det har været rigtig godt, for ellers var det lige på grænsen til at jeg skulle opereres for 4. gang – ikke, det vil jeg ikke!!!

Patienterne har ofte registreret, at de simpelthen ikke kan træne, når de har for ondt. De udtrykker en stor personlig frustration ved at skulle møde op til en holdtræning, som de kun kan gennemføre på stærk smertestillende medicin, og hvor de forventer at kunne have fået mere ud af en individuel behandling. Samtidig udtrykker de alle et endda stort behov for at genoptræne, og uden genoptræning risikerer de endnu flere operationer.

Jeg vil ikke på den igen (opereres igen red.), det vil jeg altså ikke. Altså den sidste operation, det var der, hvor jeg fik sat noget ind i ryggen, ikke. Det vil jo så være det der skulle ske igen formentlig, og det vil jeg bare ikke, nu må det være nok – nu må jeg træne, og det gør jeg.

-Gøre genoptræningen mere individuel og opfølgningen. I det mindste telefonisk.

Så skulle der være mange flere tilbud – f.eks. svømmebadet med vejledning (kyndig fysioterapeut red.). Det kunne der være god grund til. Der er mange, der har dårlige rygge. I stedet for de der fitness centre, der er nogle som er selvlærte nærmest. Jeg føler mig tryk her.

6.3 Ressource orientering

6.3.1 Patientens ressourcer

De fleste patienter har haft rygsygdom indtil flere gange, har været opereret både en og to gange og frygter flere operationer. Hver sygdomsperiode tager på egne ressourcer, og det bliver sværere for hver gang at kæmpe sig op igen.

Altså det hele smuldrer jo og man bliver mere indadvendt, og når det er sådan i mange år, så tager det altså virkelig på ressourcerne.

Patienterne oplever det paradoksalt selv at skulle være den ressourcestærke i sygdomsperioden, og for at fremstå ressourcestærk bliver forbruget af smertestillende piller måske større end nødvendigt.

Altså i lang tid, da lå jeg bare ned, ikke. Det var et helvede, altså med to små børn. Det var ikke særlig godt. Man kan ikke være bekendt at være så meget syg (fra sit arbejde red.), så tager man mere medicin, og trækker sig fra det sociale liv.

Hver gang de får et nyt tilfælde af ryg sygdom har de samme oplevelse af at skulle kæmpe i systemet igen. Blandt disse informanter, er der en undtagelse fra ovenstående. Patienten fik akut dårlig ryg, blev indlagt og opereret med det samme og går nu til genoptræning og har privattegnet forsikring. Denne person beskriver sit forløb som meget glat og ukompliceret.

Patienterne oplever, at de skal have mange ressourcer og være stærke, når de er ryg syge. De føler sig syge, når de har alvorlige ryg symptomer, men har også lært sig, at ignorere symptomerne med piller og stædighed.

Hvis man ikke gør noget selv er man altså lost. Og det er tragisk at det er sådan i det danske sundhedssystem. Man skal være så stærk, når man er syg, for hvis man ikke er det, bliver man bare glemt, og det er kun fordi jeg har et netværk og jeg har råbt og skreget hjælp.

De føler sig taget utrolig godt om som patienter på hospitalerne. De beskriver, at behandlingen er relevant og meningsfuld, og de forstår udmærket, at der eksisterer en periode med genoptræning på hospitalet og en anden i kommunal setting. De møder mange dygtige og velmenende behandlere (læger, fysioterapeuter, sygeplejersker) på deres rejse igennem sundhedsvæsenet og vil helst holde fast i den dygtigste. De er aldrig i tvivl, når de bliver mødt af en kompetent behandler. De savner en personlig dialog med lægerne og oplever at læger kan være endda meget uforberedte, når de kommer ind til patienten. Som om de tænker på noget helt andet.

På nær lægerne, jamen de, altså de kommer ind, og det virker som om de skal læse journalen, når de står der for enden af sengen, øh..og det virker som om, at nogle gange kunne det lige så godt være et brækket ben de kom ind til.

Jeg føler mig godt tilpas, fordi de mennesker jeg omgås, de ved hvad det drejer sig om.

Det er vigtigt, der er en person (fysioterapeut red.) tilknyttet, som er troværdig, og man føler, at det (genoptræningen red.) bliver tilrettelagt og ændret, når det er-hvis det ikke går, at man så finder nye veje.

Fordi hvis man sidder og har det rigtig møjskidt og er trist, så er det ikke rart, og folk skal ikke være pålagt at høre på det, men det er sådan det kommer til at gå.

Patienterne indrømmer at have været betænkelige ved at skulle skifte til kommunal genoptræning, men er blevet positivt overraskede.

Indtil de bliver diagnosticeret har de oplevelsen af at skulle tale ualmindelig højt for at blive hørt og for at undgå at komme bagest i køen til henholdsvis specialist og scanning. De føler sig meget ramt af sygdom, når de er rygsyge og kæmper en kamp i systemet for at komme videre med deres liv.

Der var først en form for sammenhæng for mig, da jeg blev henvist til operation. Før var der nærmest ingenting, og det var nærmest op til en selv at skabe en form for sammenhæng.

6.3.2 Hospitalets ressourcer

Patienterne undrer sig over, at det er nødvendigt at være indlagt for at få foretaget en scanning, og de undrer sig over at det er nødvendigt at være indlagt og vente på operation. De har mødt andre ryg patienter, som også lå og ventede på scanning eller operation, eller havde fået foretaget andre prøver, som der ville komme svar på dage senere. De kritiserer sundhedsvæsenet for ineffektivitet, og en patient udtaler, at hun hellere ville lade pengene gå til kræftbælte, så skulle hun nok selv klare sig i eget hjem indtil operation under forudsætning af, at hun kunne få lavet en scanning med det samme. For det at vide, hvad der er galt er helt essentielt.

Man bliver ved med at være indlagt bare man venter på en scanning. Det længste jeg har ligget er fire uger. Jeg havde det lige så dårligt da jeg kom ud, som da jeg kom ind. Men fik det godt, da jeg kom hjem. Der er alt for meget spildtid.

I forhold til IT efterlyser patienterne en fælles elektronisk journal, som kunne forebygge, at de ikke skal gentage deres historie. De ønsker, at journalen skal kunne være bindeled mellem praktiserende læge, praktiserende fysioterapeut, hospitalet, den kommunale genoptræning og hjemmeplejen.

Jeg tænker på, at der går virkelig mange offentlige kroner spildt ved, at jeg fortæller den samme historie om og om igen. Der kunne være sparet meget der, som kunne være brugt til en scanning meget tidligere i forløbet.

Men det (viden om patienten red.) kunne klares med elektronisk patientjournal. Det savner jeg rigtig meget. Men nu er jeg jo også datalog.

De kommunale terapeuter ser en spirende koordination mellem sektorerne forstået på den måde, at de rent faktisk nu modtager både en genoptræningsplan, en operationsbeskrivelse og et scanningssvar på de fleste patienter. Der er store forskelle fra hospital til hospital, og denne pågældende kommunale genoptræning modtager patienter til genoptræning fra 23 forskellige hospitaler og institutioner. De er helt afhængige af, at hospitalerne sørger for at papirerne følger patienten.

Hospitalsterapeuterne oplever, at der er sammenhæng i genoptræningen, hvis de har mulighed for at sende en kompliceret rygpatient videre til genoptræning hos en tidligere kollega i den kommunale setting. Det har betydning, at man kender hinanden.

Hospitalsterapeuterne har ikke ressourcer til at sætte sig ind i, hvilke typer af genoptræning, der findes i hele landet, men de ringer ofte til patientens hjemkommune inden udskrivelse. Hospitalet behandler patienter fra hele Danmark.

På informanternes hospital er det en aftale, at det er fysioterapeuterne, som skriver alle genoptræningsplaner. Til tider må de skrive en genoptræningsplan ud fra journalen uden at have set patienten. De forsøger at nå at tale med patienten om planen, men er samtidig bevidste om, at planen i sig selv ikke giver den store mening.

Både kommunale og hospitalsterapeuter er enige om, at genoptræningsplanen er det dokument, som giver patienterne retten til genoptræning, samt at der står nogle for patienten vigtige telefonnumre, således at de ved, hvem de skal ringe til, hvis de har spørgsmål.

Og de har faktisk tit spørgsmål, som hospitalsterapeuterne meget gerne bruger ressourcer på at besvare. De vil gerne benyttes som rådgivere for videre genoptræning.

Jeg plejer jo også at sige, at det (genoptræningsplanen red.) er deres bevis for, at de burde have noget genoptræning et eller andet sted og ligesom med telefonnumrene, at det er vigtigt at de har et sted, de kan henvende sig.

6.3.3 Den kommunale genoptrænings ressourcer

Efter strukturreformen er der kommet flere terapeuter ud i den kommunale genoptræning for at dække hele det nye genoptræningsområde. De kommunale terapeuter har taget imod det nye ansvar og de nye opgaver med en tro på, at det kan lade sig gøre og de udfører nu den genoptræning, som de har aftalt med deres kommunale arbejdsgiver. De har accepteret at skulle igennem et prøve år umiddelbart efter reformen og har nu brug for arbejdsro og ikke flere forandringer foreløbig.

Situationen er præget af, at de må klare sig med de ressourcer, de har indenfor egne rækker, men at de kan få faglig hjælp i hospitalsverdenen, hvis de selv tager kontakt og beder om det. Deres kolleger fra hospitalsverdenen har ikke ressourcer til at guide uafbrudt, men hjælper gerne med en ny genoptræningsplan, et check i en journal, et rådd mm.

Der er nogle fysioterapeuter, som ringer ind og bruger os som kontaktperson, hvilket er rigtig, rigtig fint, men kræver jo bare at jeg skal finde journalen igen, for det er ikke

altid jeg lige kan huske vedkommende i detaljer, i hvert fald, så den skal man jo først lige have rekvireret, og så skal man lige have kigget den igennem og så skal man så ringe til fysioterapeuten, så det bliver også meget tidskrævende for os, ikke at sige at det ikke er OK, men det skal også bare hænge sammen.

Terapeuterne beskriver at der i forbindelse med strukturreformen er skabt et formelt forum for videreudvikling af samarbejdet hen over de to sektorer. Dette forum forventer de kommunale og hospitalsansatte terapeuter sig en del af med henblik på faglig sparring og kendskab til hinandens faglige tilbud

6.4 Udnyttelse af faglig kapacitet

6.4.1 Specialiseret baggrundsviden skaber høj kvalitet i den almene genoptræning

Alle terapeuter udtrykker stor interesse for at koble den specialiserede og den almene genoptræning, således at patientens behov bliver mødt mest optimalt. Der er stor åbenhed for at udnytte loven om at begge typer af genoptræning kan være i spil og at man kan veksle imellem dem. Den specialiserede genoptræning bor godt på hospitalet, hvor især læger og fysioterapeuter kan samarbejde effektivt, og på samme måde er den almene genoptræning godt placeret i den kommunale setting tæt på patientens hjem og udnyttende det faktum, at de kommunale terapeuter selv kan tilrettelægge forløbet både som individuel genoptræning og som hold aktiviteter.

De hospitalsansatte terapeuter oplever en stor grad af sammenhæng, når de fungerer som problemknusere og problemløsere.

Det der skaber sammenhæng for mig, det er, hvis jeg kan se, at der er nogle problemer, og altså hvis jeg kan følge dem til dørs. Det kan man jo ikke, hvis man sender dem (patienterne red.) videre.

Altså sammenhæng det er, når de samme øjne kan se patienten bevæge sig fra A til B og måske videre derfra.....det der er med den her type patienter, det er kronikere, hvor det ofte er livskvaliteten der er et problem. Jamen så er det svært at få et decideret mål, så da kan sammenhængen meget hurtigt være tabt.

Så vi skal følge patienterne til dørs.

De kommunale terapeuter har til enhver tid brug for at blive oplyst om hvad patienten har været igennem af specialiserede udredninger og behandlinger, og derfor er de helt afhængige af journaluddrag og operationsbeskrivelse.

Genoptræningsplanen rummer ikke de oplysninger, de har brug for til den faglige del af genoptræningen. Strukturreformen har ikke i sig selv medført nogen form for forbedring i papirgangen mellem sektorerne, men den planlagte elektroniske journal håber alle parter vil rette op på dette helt basale problem. Dog oplever de kommunale terapeuter

store fremskridt fra tidligere tiders håndskrevne notater til nutidige pc skrevne genoptræningsplaner og ikke mindst operations- og scanning beskrivelser.

Alle terapeuter er tilfredse med at den specialiserede genoptræning aktuelt er placeret i hospitalsregi. Det specialiserede er det tværprofessionelle, hvilket i denne sammenhæng inkluderer afprøvning af behandling, diagnostik og beslutning over tid med henblik på operation.

6.4.2. Skride ind i tide

Tiden spiller en meget stor rolle i både patienternes og terapeuternes oplevelser omkring genoptræning. Patienterne oplever at tiden fra de får ondt i ryggen og frem til diagnosetidspunktet er langt den vigtigste. De er handlingslammede, når de ikke ved, hvad der er galt, og de er, ud over at være svært smertepåvirkede og funktionshæmmede, stærkt bekymrede over deres situation. De har svært ved at forstå, hvorfor de ikke bliver scannet tidligere i forløbet. De tror (på baggrund af egne oplevelser), at tidlige scanninger kan hindre operationer, og de tror (på baggrund af egne oplevelser) at tidlige scanninger kan gøre dem raske hurtigere, berettigede til individuel behandling og terapeuterne kan målrette genoptræningen. De ser ingen mening i at afprøve genoptræning i for lang tid, og de har erfaring med, at de bliver fastholdt i et ingenmandsland sygemeldte, hvorimod scanningen legaliserer både smerten og den manglende funktion og medfører handling fra især hospitalets side.

Jeg forstår bare ikke, hvorfor man ikke bruger de hjælpemidler, som man har nu (scanning red.), så man kan komme hurtigere igennem.

Det er svært at lave genoptræningen, hvis man ikke ved, hvad man er op imod. Det er igen det her med at få diagnosticeret problemet, så genoptræningen kunne blive mere målrettet.

Systemet skal ikke babysitte mig, men jeg savner nogle muligheder. Hvad går de andre til? Så den (genoptræningen red.) skal følges lidt længere.

Man er heldig, hvis man kommer ind i hospitalsregi. Hvis man har været patient (ude i privatpraksis hos læge eller fys red.) i mere end et år burde man være selvskrevet til en hospitalsafdeling og til en scanning. Privat får man bare blokader og anden smertebehandling.

Terapeuterne inkluderer tidsfaktoren, når de taler om at nå igennem med instruktion og rådgivning til ryg patienterne inden disse bliver udskrevet få dage efter operationen. Patienterne skal have talt med en fysioterapeut inden de går hjem, men reelt får de ikke genoptræning før efter 3 måneder, og dette foregår i deres hjemkommune.

Det er bare ind og blive opereret og så ud igen, så det er ikke så meget genoptræningsdelen, der batter, det er informationsniveauet i det, og det at de ved, at

de har snakket med en terapeut, som de så har mulighed for at henvende sig til igen, som jeg ser som det vigtigste. Den rent genoptræningsmæssige del af det, det er en meget lille del, som egentlig først tager fat, når de kommer ud i kommunen 3 måneder senere.

Hospitalsterapeuterne har erfaring for, at de forløb, de selv kører som specialiseret genoptræning på hospitalet, der kan de skride ind i tide, hvis en patient postoperativt udvikler problemer af en slags. De har en hurtig og nem kontakt til operatøren, hvor de har registreret efter strukturreformen, at de kommunale terapeuter har en langt mere besværlig vej for at få faglig sparring. Hospitalsterapeuterne har oparbejdet en årelang erfaring med ryg patienterne, en erfaring som de gerne videregiver til de kommunale terapeuter under forudsætning af, at de har tid i dagligdagen. Hvor hospitalsterapeuterne har tværfagligheden omkring sig dagligt er de kommunale terapeuter overladt til sig selv, og skal først nu til at oparbejde det erfaringsgrundlag, som skaber den kommunale genoptræning.

6.4.3 Faglig udveksling og kommunikation mellem hospital og kommunal sektor

Alle terapeuter efterlyser faglig udveksling. De arbejder i to fuldstændig opdelt verdener, men behandler de samme patienter blot tidsforskudt. Hospitalsterapeuterne har mistet deres mulighed for at høste erfaring med strukturreformen, og de har mistet noget af deres arbejdsområde. Men i og med at patienten genoptrænes af en kollega i den anden sektor er der fortsat mening i genoptræningen for dem. De mister kontinuiteten, fordi der ikke er nogen informations- og kommunikationspligt eller tradition mellem sektorerne, og derfor er deres egen genoptræning et fragment i et større patientforløb, som de ikke kender hverken starten eller slutningen på.

Der er ingen kommunikation de to veje imellem, før så måske, at patienten selv henvender sig igen, og siger: "Nu må jeg gerne træne igen." Men hvad der er sket, hvad der er lavet – der mangler man noget kommunikation.

De kommunale terapeuter ser frem til, at fremtiden rummer et reelt samarbejde med hospitalsterapeuterne, og de skelner mellem samarbejde og kommunikation, hvor deres erfaring er, at det der foregår i øjeblikket er kommunikation mellem lægen og sekretæren på hospitalet og terapeuten i kommunen, eller som praktisk problemløsning af en manglende journal eller plan.

Altså vi kommunikerer, det er til lægerne at vores kommunikation er, vi har ikke – altså vi får genoptræningen fra fysioterapeuterne, men det er også det eneste vi har af samarbejde, hvis man kan kalde det samarbejde. Det kunne være på længere sigt, at der blev mere sammenhæng og samarbejde mellem terapeut og terapeut end hvad der er nu.

De kommunale terapeuter har skullet omstille sig radikalt fra borgerrettet funktionel træning til også at levere patientrettet behandling og genoptræning. Deres erfaring siger

dem, at de med deres indstilling kan forandre genoptræningen hen imod en mere funktionsopbyggende aktivitet. Det ser de som patientens fordel.

Det kan godt være de (ryg patienterne red.) skal lære at leve med det problem de har, men hvad får de så mest ud af at gøre, hvor vi går ind og ser på den enkelte person, og ikke på hvad det er for et problem de har.....hvis de (patienterne/borgerne red) synes, det er et problem, og det er det de gerne vil træne på, så er jeg nødt til at gå med på den, for så får jeg et højere funktionsniveau. Det tror jeg er forskellen på vores måde at se på borgerne/patienterne på.

Patienterne er trygge ved lægernes og terapeuternes indbyrdes kommunikation om genoptræningen. Det er deres erfaring at fysioterapeuterne er bedst til at styre genoptræningen, og er velforberejede og har evne for at sætte sig ind i den aktuelle udfordring. Patienterne kritiserer det faglige niveau i genoptræningen for at være for lavt, når det er hold genoptræning, og de mener at man helt generelt kunne opnå mere ved individuel genoptræning. Samtidig er der nogle af patienterne som mener at genoptræning ikke bør foregå, når man har stærke smerter. Så opnår man i hvert fald ikke at der er sammenhæng i genoptræningen. For direkte adspurgt kommer det frem blandt patienterne, at sammenhæng er at man går fra et niveau til et andet og bedre, og at man kan mærke at der sker noget. Det kan man opnå, når fysioterapeuterne er fagligt godt klædt på og er specialister i rygge. Patienterne taler med hinanden om hvornår genoptræningen er sammenhængende, og trods endda store indbyrdes forskelle i både aktuelt funktionsniveau og smerteintensitet, er de meget enige om følgende: 1) de må vide, hvad der er galt (MR scanning), 2) der må være en udvikling, ellers skal genoptræningen ændres, 3) de må rådgives af terapeuter med specialinteresse og/eller viden om rygge, 4) terapeuten må være kontaktperson i forløbet (hun ved selv hvornår hun skal have fat i en læge), 5) de må have en reel mulighed for en fortsat kontakt ind i hospitalet, så de ikke skal starte forfra ved tilbagefald, 6) der må være variation i træningstilbud, så alle har chance for at gøre noget selv (de er skrøbelige og tåler sjældent almindelige aftenskoletilbud), 7) den elektroniske journal må fungere, så de sundhedsprofessionelle og især lægerne kan være forberedte ved mødet mellem patient og behandler. Kun herved kan patienten udnytte den sundhedsprofessionelles viden til selv at komme videre i sit forløb. Som det er nu føler de ikke, at de når længere end til at fortælle deres historie en gang til, så er tiden gået og de må ud til sekretæren og have en ny tid.

6.5 De 4 kodegrupper relation til struktur, proces, outcome

De tre begreber struktur, proces og outcome (31) (se side 21 for beskrivelse) har en speciel betydning i denne undersøgelse. Derfor udførte forfatteren det eksperiment at sætte kodegrupperne med de 14 undergrupper samt de tre begreber op i en selvstændig tabel, hvorved følgende skema fremkom (Figur 8):

Sammenfattede kodegrupper	Beskrivende detaljer fra hver kodegruppe	Relation til struktur	Relation til proces	Relation til outcome
Genoptræning baseret på diagnosen	• Genoptræne ud fra hvad der er galt • Individualiseret • Møde specialisten og diagnosen tidligt i forløbet • Smidig dialog mellem hospital og primærsektor		X X X X	X X
Subjekt orientering - at blive set og forstået	• Forstå den enkelte patient • Forstå terapeuten • Se hele patienten • Dække forskellige behov for genoptræning		X X X X	
Ressource orientering	• Patientens ressourcer • Hospitalets ressourcer • Den kommunale genoptrænings ressourcer	X X X		
Udnytte faglig kapacitet	• Specialiseret baggrundsviden skaber høj kvalitet i den almene genoptræning • Faglig udveksling og kommunikation mellem hospital og kommunal sektor • Skride ind i tide	X	X	X

Figur 8. Oversigt over resultater og relationer til struktur, proces, outcome

- Genoptræning baseret på diagnose relaterer sig proces og outcome
- Subjekt orientering relaterer sig til processen
- Ressource orientering relaterer sig til strukturen
- Udnyttelse af faglig kapacitet relaterer sig til struktur, proces og outcome

Tabellen er udelukkende forfatterens egen tolkning af egne resultater relateret til indholdsbeskrivelsen af hvert af begreberne struktur, proces, outcome. Man kan givetvis argumentere for, at tabellen også kunne have et andet udseende, men essensen for

forfatteren her er, at forstå begrebet sammenhæng ud fra forskellige perspektiver og ud fra de kvalitative gruppeinterviews, som er foretaget.

Det synes muligt at benytte begreberne fra evalueringsmodellen til at forholde sig til egne resultater og arbejde videre ud fra disse. Således kan arbejdet med at forbedre sammenhængen indenfor genoptræning til rygpatienter detaljeres og opdeles svarende til evalueringsmodellens begreber, hvilket i sig selv vil bevidstgøre og fokusere arbejdet.

Således foreslår forfatteren, at skal man skabe sammenhæng baseret på diagnosen må man ind og arbejde i processen, det som i organisationsteoretisk sammenhæng er produktionsfasen, og her søge opskriften på hvordan arbejdet kan blive mere diagnoseorienteret. Det kan være at det for visse patienter betyder en tidligere scanning, men det kan også handle om, at de sundhedsfaglige- og sundhedspædagogiske evner skal højnes, således at patienten føler sig optimalt håndteret ved første undersøgelse med en klinisk neurologisk undersøgelse og rådgivning. Yderligere vil det være væsentligt at se på outcome, hvor en parameter kunne være tilfredshed med håndteringen, hvilket involverer både service og effekt.

Videre foreslår forfatteren, at skal man skabe sammenhæng ved en subjekt orientering må man ind og arbejde i processen/produktionsfasen, og her sandsynligvis øge de sundhedspædagogiske evner for at fokusere sin håndtering så personligt som muligt. Det handler om en villighed til at være til stede og agere direkte på behovet.

Sammenhæng handler også om en bevidsthed om ressourcerne, og her vil det igen være væsentligt at gå ind i processen/produktionsfasen og forstå at patienten har begrænsede ressourcer under ryg sygdom, og at man er nødt til at tage højde for det i sin patienthåndtering. Samtidig må man se på, hvordan strukturreformen har ændret både sekundærtjenesten og primærtjenestens ressourcer, og man opnår ikke sammenhæng i genoptræningen, hvis der ingen ressourcer er til den pågældende aktivitet.

Den faglige kapacitet skal udnyttes for at man kan tale om sammenhæng i genoptræningen til ryg patienter. Her handler det om både at se på strukturen, produktionen og outcome. I og med at ansvaret for genoptræningen er ændret er det væsentligt at undgå at viden går tabt undervejs i reformen, og det er væsentligt for både denne undersøgelses patienter og sundhedsprofessionelle at fokusere på høj faglig standard, således at tiden ikke spildes unødvendigt. Endelig vil det være interessant at afprøve evalueringsmodellen under arbejdet med at udbygge de kommunale genoptræningsopgaver efter strukturreformen.

7 Opsummering

Formålet med dette projekt var at forstå fænomenet sammenhæng i genoptræning til mennesker med lænderygsygdom. Projektet stillede følgende spørgsmål:

Hvad er sammenhæng for ryg patienter ? Hvad er sammenhæng for en sundhedsprofessionel, der beskæftiger sig med rygbehandling og genoptræning ? Skaber strukturreformen sammenhæng ?

Det som skaber sammenhæng for ryg patienter og sundhedsprofessionelle er, at der er en klar diagnose at arbejde ud fra, at der er en høj faglig standard i forløbet, at tiden ikke spildes unødigt og at der skabes en faglig dialog mellem sektorerne. Ryg patienters behov og forventning til sundhedsvæsenet er, at ryg sygdommen diagnosticeres, forstås og forklares af specialister i hospitalssektoren (reumatologer og fysioterapeuter), og at de eksisterende billeddiagnostiske modaliteter udnyttes. Ryg patienternes behov er individuel håndtering, tilsyn og rådgivning af kompetente fagpersoner. Tiden indtil diagnosen stilles er langt den vigtigste og bør efter patienternes erfaring afkortes og effektiviseres. Således mener de ikke, det er nødvendigt at være indlagt for at blive scannet, og de mener, at de langt tidligere i deres sygdomsforløb burde tilbydes en scanning/udredning.

Fysioterapeuterne fokuserer på, at der ikke må gå viden tabt med ansvarsforskydningen mellem sektorerne i forbindelse med udflytningen af genoptræningen til primærsektoren. De beskriver hvorledes sammenhæng handler om at have mulighed for at "gøre patienten færdig." Den sundhedsprofessionelle indstilling og oplevelse bærer præg af at være orienteret imod den nye struktur, og et ønske om at implementere den faglige kompetence og kvalitet i genoptræningen, som allerede eksisterede før strukturreformen, men som risikerer at gå tabt ved sektorskift.

Strukturreformen har forandret ansvars- og opgavefordelingen og flyttet genoptræningen ud i kommunerne. Der er intet i denne undersøgelse som tyder på, at strukturreformen har skabt sammenhæng i genoptræning, tværtimod er det terapeuternes erfaring at der var mere sammenhæng før, hvilket dog også tilskrives forandringsprocessen. Den tværprofessionelle håndtering er mulig i sygehusvæsenet, hvorimod det kommunale niveau er præget af monofaglig tilgang uden faglig opbakning. Dialog på tværs af sektorerne betyder meget for fysioterapeuternes opfattelse af hvad sammenhæng er. De har en forventning om, at dialogen bliver bedre med tiden, men at forandringsperioden har været fattig på dialog.

8 Diskussion

8.1 Resultatdelen

Diskussionen sammenholder denne undersøgelses resultater med tidligere forskning på området og de tre perspektiveringer: den sundhedsplanlæggende perspektivering, subjektperspektivering og integrationsperspektivering.

8.1.1 Genoptræning baseret på diagnosen

Det siges, at forudsætningen for en vellykket behandling er en korrekt diagnose (51). Patienterne i denne undersøgelse beskriver, at der først er sammenhæng i genoptræning, når denne baseres på en diagnose. Erfaringen understreges af, at patienterne forklarer, at tiden indtil diagnosen er stillet er langt den vigtigste. Diagnoser kan stilles på flere måder, og man kunne forvente at kunne tilfredsstille patientens behov for at vide, hvad der er galt, med en klinisk diagnose. Man kunne måske forvente, at det mere handler om at skabe tryghed og berolige patienterne. De har i deres lange sygdomsperiode mødt mange flinke og velmenende behandlere, som både har beroliget og talt godt med dem. Alle patienterne i denne undersøgelse har alle haft operationskrævende rygproblemer og har ikke oplevet at få håndteret deres problemer før de havnede på specialsygehus, hvor de blandt andet blev scannet.

De sundhedsprofessionelle's rådgivning optimeres af en klar diagnose, eller af det tætte samarbejde, som er muligt på hospitalet, hvor patienten forsøges behandlet konservativt inden en eventuel operation.

Gilbert et al (50) beskriver i en undersøgelse fra 2004 hvorledes tidlig brug af MR til ryg patienter forbedrer de kliniske resultater lidt og samtidig øger den diagnostiske sikkerhed blandt de sundhedsprofesisonelle. I en anden udgivelse påpeges det (51), at MR benyttes som diagnostisk modalitet i tilfælde med alvorlig eller progressiv rygsygdom, eller hvor man mistænker underliggende patologisk tilstand eller som planlægning af operativt indgreb ved nerverodspåvirkning eller spinalstenose.

I en nylig MTV rapport fra Sundhedsstyrelsen (10) er fokus rettet mod de ryg patienter, som har haft ryggene i fire til 12 uger, hvorimod gruppen over 12 uger er ekskluderet, da deres situation beskrives som mere fastlåst. Hvordan ryg patienter fastlåses i deres situation kunne være det næste forskningsområde for denne undersøgelses forfatter. Informanterne i denne undersøgelse oplever at have haft overordentlig svært ved at få foretaget en scanning, til trods for at man må formode de tilhører grupper, man anbefaler en både klinisk og billeddiagnostisk gennemgang. Patienterne selv angiver, at de kommer meget sent frem til specialisten, og til trods for meget stor velvilje blandt de fagpersoner, de møder, er det alligevel meget frustrerende for dem at ”spilde år af deres liv”, som de betegner det.

Dilemmaet opstår, hvis MTV rapporter beskriver, at kun i 25 % af tilfældene er der samsvar mellem klinikken og MR fundene. Patienterne i denne undersøgelse foreslår helt konkret, at man aldrig bør have rygsymptomer i mere end et år. Herefter bør der lyde en alarmklokke, som får de sundhedsprofessionelle til at reagere – patienternes eget Red Flag system (52). Konsekvensen af at ekskludere mange patienter fra billeddiagnostik er, at vi som fagpersoner må udvikle vores kompetencer til at levere en skarp, overbevisende og nuanceret klinisk undersøgelse og behandlingsplanlægning, som motiverer patienten til et forsøg på en aktiv genoptræning og behandleren til en

aktiv holdning til det kliniske forløb og til at revurdere situationen nøje ved et forandret eller fastlåst klinisk billede.

Sundhedsplanlægningen, som er baseret på sundhedsloven og de ovenfor nævnte sundhedsdefinitioner kan muligvis drage fordel af at inddrage patientperspektivet i den overordnede planlægning til håndtering af rygsyge mennesker. Udgiften til en optimal udredning i forhold til længere tids sygemelding bør undersøges nærmere, men ligger udenfor denne undersøgelse.

I subjektperspektiveringen stilles vi overfor kravet om, at genoptræningen skal give mening både for den sundhedsprofessionelle og for patienten. Som rygbehandler må man uden en scanning basere sin genoptræning på bedste kliniske skøn, hvilket kan være meget rimeligt, men stiller krav om en nær sundhedspædagogisk kommunikation mellem patient og behandler og en aftale om et antal behandlinger efterfulgt af en revurdering. At basere sin patienthåndtering på bedste kliniske skøn er en udfordring, som kræver tid og evner indenfor specifikke kliniske test, tværprofessionel kommunikation og dialog med patienten. Ryg patienterne er alle meget forskellige, og de repræsenterer en sygdomskategori, hvor den ene dag frembyder kraftige, nærmest invaliderende symptomer og hvor andre dage lader patienten fremtræde frisk og kun lettere afficeret. Dette mønster må man være dygtig til at tolke som behandler og formidle til patienten, således at begge parter har dette aspekt med i den overordnede håndtering af ryg sygdommen.

Dagligdagen for både patienter og behandlere er også påvirket af en frustration over ikke altid at have et svar og en forklaring på et forandret symptom-billede. For fysioterapeuten kan der opstå et etisk dilemma, hvis patienten frembyder nye, alvorlige symptomer og hun/han ikke har mulighed for at diskutere disse symptomer med den behandler, som har opereret patienten. Strukturreformen har ikke skabt nye direkte kommunikationsplatforme mellem lægen på hospitalet og fysioterapeuten ude i primærsektoren, snarere er der indtil videre blevet en længere vej at gå, hvor patienten risikerer at skulle tilbage til egen læge. Den elektroniske journal burde på sigt rette op på dette dilemma.

Den nye MTV rapport fra Sundhedsstyrelsen om håndtering af ryg patienter anbefaler tværprofessionel håndtering, hvilket åbner op for integrationsperspektivet, og en vurdering af, hvordan samarbejdet om rygpatienten kan foregå. Her kunne Ahgrens evalueringsmodel (31) og Axelssons matrise (30) inkluderes som en hjælp til at definere begreberne under integrations instrumentet.

8.1.2. Subjekt orientering – at blive set og forstået

Ifølge informanterne er der sammenhæng i genoptræningen, når denne orienteres mod den enkelte. For at trække en direkte parallel til Antonowski kan man sige, at genoptræningen skal være meningsskabende for både den enkelte patient og for den enkelte fysioterapeut (53), for at der kan tales om sammenhæng i genoptræningen.

Kvale (54) beskriver informantens livsverden og det levede liv som genstand for den udveksling af erfaringer, der finder sted under et kvalitativt interview. Under disse interviews fremhæver informanterne hvordan deres situation er subjekt-bundet, forstået på den måde, at sammenhæng kan frembringes ved at orientere genoptræningen mod en forståelse for dels patientens personlige behov, og fysioterapeutens personlige arbejdsvilkår og muligheder i den givne situation. Fysioterapeuterne har brug for at blive genkendt for deres faglige kompetencer hvad enten de har afgivet et kompetenceområde grundet strukturreformen, eller de har opbygget et kompetenceområde grundet strukturreformen.

Patienten sidder inde med en unik viden om egen situation. En situation som bærer præg af under rygsygdom at være omkostningstung. Lærum (55) beskriver i en kombineret kvalitativ og kvantitativ undersøgelse om den gode ryg-konsultation, at ryg patientens største behov er at blive taget alvorlig/respekteret, og derudover få en forståelig forklaring på rygsmerten og en beskrivelse af, hvad der kan gøres.

I denne undersøgelse beskriver patienten et ønske om en kontakt til dygtigste specialist og beskriver deres oplevelse af, uden at nævne økonomien involveret, at de privatpraktiserende speciallæger og fysioterapeuter må have en interesse i at smertebehandle, hvilket i patienternes øjne medfører, at de ikke får løst deres rygproblem, men trækker tiden ud. Patienterne føler sig ikke set, hørt og respekteret, hvis de ”blot” bliver smertebehandlet. De møder op hos behandleren med et langt mere løsningsorienteret formål.

8.1.3 Ressourceorientering

I forbindelse med ryg sygdom beskriver ryg patienterne at de kan få en følelse af at miste sin identitet, og ivrigheden efter at få det bedre og at gøre noget selv for at blive raskere er samtidig et symbol på at reetablere sin identitet (egen tolkning). I den salutogene perspektivering bliver det det samme som at skabe mening i situationen, at gøre rygsygdommen begribelig og dermed også håndterbar. Herved bliver det muligt at mestre situationen. Patienternes oplevelse af at skulle være stærke under sygdom kan forstås som deres usikkerhed på, om de har ressourcer nok til at håndtere det at være rygpatienter. Hvis sundhedsvæsenet møder patienten, der hvor vedkommende har brug for at få opbakning, opleves det af patienterne som sammenhængende patienthåndtering.

Terapeuterne oplever sammenhæng, når de har mulighed for selv at følge et problem til dørs, hvilket her også tolkes som den faglige glæde ved at forstå patienten og udnytte professionelle ressourcer i en håndtering af et opstået problem. De kommunale terapeuters arbejde er karakteriseret ved at rumme en høj grad af selvtilrettelæggelse, hvilket betyder, at de udnytter egne ressourcer efter bedste skøn.

Efter strukturreformen har hospitalsterapeuterne afleveret et kompetenceområde til primærsektoren, hvilket placerer deres viden i et vakuum, medmindre de får mulighed for at aflevere deres viden og erfaring, når behovet opstår i kommunerne. Med integration som instrumentet til at opnå øget sammenhæng i ryg genoptræningen bliver spørgsmålet hvilken grad af integration, man skal vælge for at sikre den faglige udveksling mellem terapeuter i de to sektorer. Ahgren (18) beskriver i sit Integrationskontinuum (Figur 4) hvordan koordination i netværk foregår mellem allerede eksisterende organisationsenheder i organiserede patientforløb med gensidig udveksling af kliniske informationer. Videre beskrives den fulde sammensmeltning som det niveau af integration, hvor ressourcerne er samlet i en fælles organisation, hvis mål det er at udvikle omfattende serviceydelser målrettet specifikke patientgrupper.

Et andet aspekt af ressourceorienteringen er at forholde sig til de tal, denne undersøgelse præsenterede læseren for tidligere. Forekomsten af ryg sygdom i Danmark ligger aktuelt på 15 %, hvilket svarer til 670.000 mennesker. Af disse udvikler 10-15 % kroniske rygsmerter (også benævnt langvarige rygsmerter), hvilket svarer til omkring 80.000 mennesker, altså ca. 1.5 % af den danske befolkning har kroniske rygproblemer. De ryg patienter, som til denne undersøgelse har fortalt om deres erfaringer tilhører sandsynligvis de 1.5 % af befolkningen. Ville det være muligt at påvirke disse patienters livskvalitet ved i en tidligere fase at tilbyde dem en omfattende klinisk og billeddiagnostisk gennemgang med henblik på en endelig afklaring af deres problemer? Kompetancerne og de teknologiske modaliteter eksisterer.

8.1.4 Udnyttelse af faglig kapacitet

I det sundhedsplanlæggende perspektiv er resultatet af en opstået ryg sygdom et besøg hos praktiserende læge, som udfører en klinisk undersøgelse af patienten, vurderer situationen og lægger en behandlingsplan, som formidles til patienten, og udføres af de parter, det er besluttet at involvere. I den af disse patienters erfarede verden eksisterer der en ineffektivitet i sundhedsvæsenet, som kan være udfordrende at være en del af som ryg patient. De mener, at det ville være billigere at sende dem til den største faglige kapacitet langt tidligere i deres sygdomsperiode. I den uafklarede sygdomsperiode skal de efter egen erfaring selv skabe sammenhængen i deres liv. Crawford et al (56) beskriver i et review fra 2002 hvilken betydning det har at involvere patienter i planlægningen og udviklingen af sundhedsvæsenet. Tilgængelighed, udvikling af informationsmateriale og en villighed til at involvere patienter i planlægningen fremhæves som væsentlige elementer.

Terapeuterne sørger egentlig selv for at skabe sammenhæng ved ikke at gå på kompromis med deres faglige identitet og glæde. De bruger arbejdstid på at forfølge en sag til bunds, selvom det både kan koste dem en reprimande (side 33), og måske ligger udenfor den genoptræning, de har aftalt med den kommunale administration om at udføre.

Alle terapeuter beskriver, at strukturreformen har medført reduceret sammenhæng aktuelt. Det vidner om stort overskud at kunne se ud over denne oplevelse og arbejde for at gøre brug af hinandens faglige kompetencer og komme videre

Tiden er en sårbar parameter for patienterne især i perioden, hvor de har det uafklaret med deres ryg symptomer. Den anden tidsperiode med udfordringer er, mens de går til individuel genoptræning, og ikke ved, hvad resultatet af det bliver. Sundhedsloven og strukturreformen beskriver, at patienter skal have en kontaktperson, som de kan bruge til netop at sikre sammenhæng i forløbet. Ingen af disse patienter eller terapeuter har mødt en kontaktperson, men til gengæld gør patienterne brug af de telefonnumre, som står på deres genoptræningsplan, hvis de er i tvivl om noget vedr. genoptræningen.

Med til diskussionen om tidsperspektivet for disse ryg patienter og terapeuter i forhold til sammenhæng ligger en afvejning af, hvornår man griber ind, og på hvilken måde. Enhver terapeut og læge vejleder sin patient om akutte symptomer, de skal reagere på. Men derudover er det at skabe sammenhæng i genoptræning for ryg patienter et yderst broget billede af klinisk ræsonering og evne til kommunikation på et plan hvor alle føler sig respekteret, genkendt, forstået, lyttet på og handlet på efter gyldne regler indenfor håndtering af både akutte, længerevarende og langvarige rygsymptomer.

8.1.5 De 4 kodegrupper relation til struktur, proces, outcome

Relationerne mellem egne resultater og indholdet i en evalueringsmodel til vurdering af integration kan have betydning for bevidstheden om begrebernes eksistens og nødvendigheden af at opdele tingene for at øge overblikket og se ud over egne resultater i et forsøg på at finde en relevans. Når man taler om sundhedsvæsenet som et produktionssystem ser man klart opdelingen mellem struktur, proces og outcome, og det bliver logisk at strukturreformen først og fremmest var en forandring af strukturen i hele sundhedsvæsenet – en slags forarbejde til at skabe sammenhæng, faglig bæredygtighed, integration, nye samarbejdsformer, færre og højtspecialiserede hospitaler og langt mere patienthåndtering ude i kommunerne.

Behandling og genoptræning til mennesker med ryg sygdom er en meget stor udfordring, og forekomsten af ryg sygdom stiger fortsat og andelen med kronisk ryg sygdom er ikke reduceret. Denne undersøgelse er et forsøg på at inddrage patient- og behandlerperspektivet meget direkte ved den fænomenologiske metode, som fordrer evnen til at lade menneskers subjektive erfaringer være gyldig kundskab. Forfatterens egne erfaringer tilsidesættes og forfatteren er informanternes talerør og meddeler.

Fokus i denne opgave har via de kvalitative gruppeinterviews af patienter og sundhedsprofessionelle især været rettet mod subjektperspektiveringen, hvilket sætter fokus på processen/produktionsfasen.

8.2 Metodedelen – generaliserbarhed, gyldighed, teorigrundlaget, analyseprocessen

Alle interview blev gennemført i en god stemning med en righoldighed i erfaringsudvekslingerne. Både patienterne og terapeuterne var opmærksomme og reflekterende på hinanden. Forfatteren blev mødt med velvilje og oprigtighed og en ivrighed efter at udveksle oplevelser. Alle informanter deltog aktivt, og det betragtes som en styrke ved alle 4 interview, at forfatteren aktivt henvendte sig til alle under hvert emne, for derved at sikre sig at ikke kun en enkelt informant talte.

Forfatteren valgte ikke at tælle op, hvor mange informanter, som delte en given holdning/udtalelse i resultat afsnittet, da netop alle var aktive under hvert emne. Informanterne udtrykte sig forskelligt hele vejen igennem alle 4 interview, men var meget enige om de beskrevne temaer. Effekten af det gruppebaserede var blandt andet, at interviewene fik lov at udvikle sig til en dialog mellem alle informanter. Da de i hver gruppe kendte hinanden var det naturligt for dem at lytte til hverandre og forfatteren havde ofte oplevelsen af, at informanterne klarede sig selv og kunne tale i lang tid om emnerne uden forfatterens tilstedeværelse.

Alle patienterne på nær en i denne undersøgelse havde haft rygsmerter i mere end seks måneder, og har dermed langvarige ryggener. Et af inklusionskriterierne var rygsmerter mere end tre måneder, og konsekvensen af denne selektion er en gruppe rygpatienter, som har en historie med sig, der strækker sig både fem, ti og 20 år tilbage. Det betragtes som en styrke, at patienternes erfaringer med genoptræning er stor. Alle patienter har været eller skal igennem operationer for deres ryg sygdom.

Det kunne have været relevant og tilført flere nuancer til fænomenet sammenhæng at inkludere gruppeinterviews også med sundhedspolitikere og læger med henvisningskompetance, men det var et aktivt valg fra forfatterens side at begrænse undersøgelsen til patienter og terapeuter for ikke at gøre opgaven for stor.

Det betragtes som en styrke for undersøgelsen at alle gruppeinterview er gennemført efter sammen skabelon. Patienter og terapeuter er blevet fuldstændig ligestillet i deres levering af kundskab vedrørende fænomenet. Til gengæld har det været vigtigt for forfatteren at kommunikere uden fokus på individuelle sygehistorier, hvilket sandsynligvis var kommet i fokus, hvis patienter og sundhedsprofessionelle havde erfaringsudvekslet samtidig i et gruppeinterview. Havde forfatteren valgt individuelle interviews var undersøgelsen efter forfatterens bedste skøn og egen erfaring blevet en helt anden. Som tidligere nævnt egner emnet sig godt til gruppebaseret erfaringsudveksling, hvor samtalerne udvikler sig undervejs via meningsudvekslingerne. Informanterne i disse fire interviews evnede at dele hinandens erfaringer og fremkomme med svar på forfatterens semistrukturerede spørgsmål, og ny viden blev genereret.

Forfatterens forforståelse (57,58), som er beskrevet under kapitlet valg af emne, har sandsynligvis stor betydning for undersøgelsens resultater, diskussion, konklusion og perspektivering. Man kan være neutral og objektiv i den givne situation, men hele

indfaldsvinklen til emnet kan ikke undgå at være præget af egne erfaringer. Det var derfor et bevidst valg at beslutte sig for et kvalitativt gruppeinterview med fænomenologisk indgangsvinkel og analysedesign. Herved gør man en aktiv indsats for at tilsidesætte sin egen viden, erfaring og oplevelse og blive informanternes talerør. Analysen var en udfordrende proces, hvor de fire niveauer af analysen krævede en konstant påmindelse om "talerørs-rollen." Forfatteren gennemlæste materialet mange gange, gav det farvekoder og forlod det igen, for derefter at komme tilbage og analysere videre. To gange i processen oplevede forfatteren at blive forelsket i egne data, hvorefter data blev lagt væk i nogle dage og andre ting blev sat i fokus indtil denne for analysen uheldige tilstand dampede af. Forfatteren har ved siden af gennemførelsen af denne undersøgelse skrevet dagbog med det formål at fastholde en objektivitet og konkret indstilling, og dermed være i stand til at afslutte hver tolkning, tømme hjernen og planlægge og gennemføre næste del.

Forforståelsen er også præget af en teoretisk referanceramme (59), og i denne undersøgelse har forfatteren bevidst forsøgt at se på fænomenet sammenhæng med nye briller og beskrevet tre forskellige perspektiveringer. Dette har tilført undersøgelsen styrke, og givet inspiration i analyse fasen.

Undersøgelsen kan gentages og overføres til andre lignende situationer (60), dog vil forfatteren forvente nye nuancer, blandt andet fordi der nu er gået længere tid fra strukturreformen blev indført, og genoptræningen ude i kommunal setting har haft tid til at etablere sig mere, end da denne undersøgelse blev gennemført. Skabelonen for denne undersøgelse er brugbar overfor emnet, og informanterne tilførte emnet både bred, dyb og nuanceret kundskab om fænomenet.

Undersøgelsen ville blive en anden, såfremt den var baseret på erfaringsudveksling mellem mennesker med første gangs akutte rygsmerter og de tilknyttede terapeuter. Resultaterne ville afspejle netop deres erfaringer.

Kvale beskriver hvordan en undersøgelses resultater kan være vejledende for, hvad der kunne ske i andre tilsvarende situationer (61). Forfatteren har i denne undersøgelse forsøgt hele tiden at være tro mod designet og metoden, forforståelsen, den teoretiske referanceramme, den analytiske model og referatet af det talte ord fra informanterne. Det er der kommet nogle resultater ud af, som alene denne forfatter står for. Andre har fundet samme resultater, hvilket styrker troen på, at det kan være relevante fund med en relevant metode.

9 Konklusion

Denne undersøgelse havde til formål at forstå fænomenet sammenhæng belyst ud fra kvalitative interviews, ud fra forholdet til strukturreformen og ud fra en definition af og tre perspektiveringer vedrørende sammenhæng.

Undersøgelsen konkluderer, at sammenhæng i genoptræning er: Når udgangspunktet for genoptræningen er en klar diagnose. Når genoptræningen subjekt orienteres. Når ræsonnementer vedrørende ressourcer tænkes ind i genoptræningen, og når den faglige kapacitet udnyttes maximalt.

Spørgsmålet om en klar diagnose er helt centralt for sammenhængen både for patienter og terapeuter. Ryg patienter med ryg sygdom ud over fire uger bør sikres en udredning, som både fører til en klar diagnose, beskrives omhyggeligt til patienten og som rummer en plan for behandling, genoptræning og revurdering. Desuden bør ryg patienter have en fagligt kompetent kontaktperson tilknyttet. Samarbejdet mellem terapeut og patient fungerer godt, og patienternes erfaring er, at fysioterapeuten er fagligt kompetent til at håndtere udfordringer undervejs, hvorfor de anbefaler fysioterapeuten som kontaktperson for ryg patienter.

Strukturreformen har ikke, ud fra denne undersøgelse, som reform medført sammenhæng i genoptræning til ryg patienter. Strukturreformen har ændret strukturen, ansvarsfordelingen og de økonomiske forhold. På sigt kan den ændrede ansvarsfordeling øge sammenhængen, da blandt andet nærheden til ryg patientens eget miljø og det kommunale selvstyre kan være væsentligt for både patient og terapeut.

Denne opgaves forfatter konkluderer, at faglig bæredygtighed i et sundhedsplanlæggende perspektiv relaterer sig til faglig evidens og sundhedsøkonomisk effekt, hvor den faglige bæredygtighed i en subjektperspektivering måske endnu ikke er så beskrevet. Faglig bæredygtighed i et integrationsperspektiv relaterer sig til opståede samarbejdsstrukturer efter reformen, f.eks. at flere mindre kommuner går sammen om at løse et genoptræningsansvar tværkommunalt.

Når denne undersøgelse fremhæver, at en klar diagnose er helt central for opnåelse af sammenhæng, er forfatteren i subjektperspektiveringen, hvis fokusområde primært er den produktionsfase eller proces, som leder frem til et output i form af service eller effekt. Informanterne i denne undersøgelse pointerer dermed, at deres forventning til effekten af strukturreformen er en optimering af den faglige og sundhedspædagogiske kapacitet.

Relationen mellem denne undersøgelses resultater og de tre begreber struktur, proces og outcome fra Ahgren's evalueringsmodel skaber en bevidsthed om, hvordan man kan arbejde for sammenhæng indenfor de forskellige emner.

10 Perspektivering

Det fremtidige sundhedsvæsen vil rumme mange ryg patienter. Med en aktuel forekomst på 15 % og 1.5 % kroniske ryg patienter er der en udgift på 4 milliarder om året. Forskning tyder ikke på, at livskvaliteten kan påvirkes hos disse patienter, og hos netop denne patientpopulation er livskvaliteten påvirket meget markant. En 16 årig dansker kan forvente at miste 10 raske leveår betinget af rygsygdom.

Denne undersøgelse har været en ”øjeblik” i forhold til behovet for en diagnose og behovet for en individuel orientering. Patienten og terapeuten, som begge er hovedaktører indenfor dette fænomen, har beskrevet en erfaring, som opfordrer genoptræningen til at blive meget direkte og virkelig i sin form. Tiden må ikke spildes unødigt, patienterne har brug for at få stillet en diagnose, så de kan tage ansvar for deres liv og gøre deres til at situationen bedres, så hurtigt som muligt. Livet er et ”ikke liv” med ryg sygdom. For terapeuternes vedkommende handler det om at levere en genoptræning, som tager udgangspunkt i diagnosen, således at genoptræningen kan være så specifik og rådgivende som muligt.

Denne undersøgelse kunne følges op af en undersøgelse omhandler integration og sammenhæng blandt rygpatienter i kommunal setting. Fokus kunne rettes mod effekten af en given intervention på både livskvalitet og økonomi. Her tænkes specielt på en større (mere end 50.000 borgere) kommunes mulighed for sundhedsfremmende aktiviteter med speciel fokus på reduktion af indlæggelser og påvirkning af ryg sundheden blandt erhvervsaktive borgere.

En anden interessant undersøgelse ville være en kvalitativ undersøgelse af de faglige udfordringer blandt både beslutningsdygtige sundhedspolitikere og sundhedsprofessionelle. Designet for denne undersøgelse kunne appliceres direkte og være med til at skabe relevant viden, da den fænomenologiske metode ville fokusere på netop disse to faggruppers erfaring som gyldig viden på området sammenhæng i genoptræning set fra deres livsverden.

En tredje undersøgelse kunne være en vurdering af, hvad sammenhæng koster for en given sygdomskategori. Hvad koster det at forbedre sammenhængen indenfor ryg sygdom i forhold til hvad det koster at have rygsyge mennesker sygemeldte over en længere periode. Patienter og sundhedsprofessionelles erfaring er vigtig viden, som skaber ny indsigt. Denne indsigt kan være en del af det fundament, som fremtidig sundhedsstrategi baseres på indenfor ryg sygdom.

11 Referencer

- 1) Wadmann S, Strandberg-Larsen M, Vrangbæk K. Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 9, 12 March 2009 – ISSN 1556-4156.
- 2) Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Krasnik A. Sundhedsaftaler som nyt styringsredskab til at sikre sammenhæng i sundhedsvæsenet. *Tidsskrift for Dansk Sygehusvæsen*. 2006; 82: 10.
- 3) ”Gigtforeningens Nøgletal 2008”. www.gigtforeningen.dk Oktober 2008.
- 4) Østerbye T, Gut R, Freil M. Patienters oplevelser på landets sygehuse 2004, Glostrup; Enheden for Brugerundersøgelser, Københavns Amt; 2005. (Den landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser).
- 5) Kjeldberg J, Sørensen J, Hansen J et al. Almen praksis som koordinator – en international belysning. DSI rapport 2007.02 ISBN 978-87-7488-534-4.

- 6) Strandberg-Larsen M, Krasnik A. Does a public single-payer system deliver integrated care ? A national survey study among professional stakeholders in Denmark. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 8, 14 July 2008- ISSN 1568-4156.
- 7) Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007. Redigeret af Mette Kjølner, Knud Juel, Finn Kamper-Jørgensen. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København, 2007. ISBN: 978-87-7899-121-8.
- 8) Strukturkommissionen betænkning, nr. 1434. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København. www.im.dk
- 9) Ege B. Regionsdannelsens betydning for sundhedsområdet I Danmark – med specielt focus på sygehusenes finansiering. MPH 2007:20.
- 10) Løvschall C, Bech M, Rasmussen C, Petersen T, Hartvigsen J, Jensen C, Douw K, Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering. Tværdisciplinær og tværsektoriel indsats over for patienter med ondt i ryggen – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, 2010. Serienavn 2010; 12(1).
- 11) Christen K, Bjørk C, Vinther-Larsen M et al. Otte folkesygdomme – forekomst og udvikling. Statens Institut for Folkesundhed, København, April 2005.
- 12) Sundhedspolitik i Rudersdal Kommune, Rudersdal Kommune, 2007. www.rudersdal.dk/sundhedspolitik
- 13) Pedersen B (2003), Fysisk aktivitet - Håndbog Om Forebyggelse og Behandling. Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. ISBN-10 87-91232-77-5 • ISBN-13 978-87-91232-77-0.
- 14) Thybo P. Sygdom er hvordan man har det – sundhed er hvordan man tager det. *Kognition & Pædagogik*. Nr. 49, 2003.
- 15) WHO, Ottawa Charter for health promotion, 1986, WHO, Copenhagen.
- 16) Rothmann I, Goodstadt M, Hyndman B et al. Red. *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. WHO Regional Publications European Series No 92, 2001 t al 2001.
- 17) www.regioner.dk
- 18) Ahgren B, Axelsson R. Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care*. 31 August 2005 – Issn 1568-4156.
- 19) ”Fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse” www.dsi.dk
- 20) Vinge S, Strandberg-Larsen M. Kontinuitet og koordination i sundhedsvæsenet. *Ugeskr. Læger* 172/10;8.marts 2010.
- 21) Frølich a, Høst D, Schnor H et al. Integration of healthcare rehabilitation in chronic conditions. *International Journal of Integrated Care*. 8 Februar 2010 – Issn 1568-4156.
- 22) www.im.dk/publikationer/struktuftale/kap02.html
- 23) Brøndum, Anders (2005) ”Fokus på faglig bæredygtighed i den kommunale opgaveløsning” Kommunalpolitiske Studier nr. 21.
- 24) Juul Jensen U. ”Paradigmer og praksisformer i behandlings- og rehabiliteringsforløb” Konferencen Sammenhængende Patientforløb, CVU Øresund 24102007.
- 25) www.WHO.dk

- 26) Grossman (1972). On the concepts of health capital and the demand for health. *Journal of political Economy* 1972;80(2):223.
- 27) Timm H. "Sammenhængende forløb set fra et patientperspektiv" Konferencen Sammenhængende Patientforløb, CVU Øresund 24102007.
- 28) Borg T. Rehabiliteringsforløb, brud og sammenhæng set i brugerens og de pårørendes hverdagslivsperspektiv, Konferencen Sammenhængende Patientforløb, CVU Øresund 24102007.
- 29) Antonowsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, Vol 11, No 1. 1996.
- 30) Axelsson R, Axelsson SB. Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktisk tillämpning. Studentlitteratur 2009, forskningskursus NHV.
- 31) Ahgren B, Axelsson R, Axelsson SB, Evaluating intersectoral collaboration: a model for assessment by service users. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 9, 26 February 2009 – ISSN 1568-4156.
- 32) Wihlman U, Lundborg CS, Axelsson R, Holmström I. Barriers of inter-organisational integration in vocational rehabilitation. *International Journal of Integrated Care*. Vol 8, 19 June 2008 – ISSN 1568-4156.
- 33) Malterud K (2004). *Kvalitative metoder I medicinsk forskning – en indføring*. Universitetsforlaget 2003, 2. oplag 2004. ISBN: 82-15-00275-7. pp 129.
- 34) Malterud K (2004). *Kvalitative metoder I medicinsk forskning – en indføring*. Universitetsforlaget 2003, 2. oplag 2004. ISBN: 82-15-00275-7. pp 35.
- 35) Malterud K (2004). *Kvalitative metoder I medicinsk forskning – en indføring*. Universitetsforlaget 2003, 2. oplag 2004. ISBN: 82-15-00275-7. pp 58.
- 36) Malterud K (2004). *Kvalitative metoder I medicinsk forskning – en indføring*. Universitetsforlaget 2003, 2. oplag 2004. ISBN: 82-15-00275-7. pp 58.
- 37) Lunde IM, Ramhøj P (1995). *Humanistisk Forskning inden for sundhedsvidenskab*. Akademisk Forlag 1995. ISBN: 87-500-3280-1. pp 120
- 38) Lunde IM, Ramhøj P (1995). *Humanistisk Forskning inden for sundhedsvidenskab*. Akademisk Forlag 1995. ISBN: 87-500-3280-1. pp 37,80,83,87,129,151,186,190,318.
- 39) Malterud K (2004). *Kvalitative metoder I medicinsk forskning – en indføring*. Universitetsforlaget 2003, 2. oplag 2004. ISBN: 82-15-00275-7. pp 31, 52, 99.
- 40) Kvale S (2000). *Interview. En introduction til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag 1997, 4. oplag 2000. ISBN: 87-412-2816-2. pp 49.
- 41) Malterud K (2004). *Kvalitative metoder I medicinsk forskning – en indføring*. Universitetsforlaget 2003, 2. oplag 2004. ISBN: 82-15-00275-7. pp 57, 94.
- 42) Kvale S (2000). *Interview. En introduction til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag 1997, 4. oplag 2000. ISBN: 87-412-2816-2. pp 91.
- 43) Malterud K (2004). *Kvalitative metoder I medicinsk forskning – en indføring*. Universitetsforlaget 2003, 2. oplag 2004. ISBN: 82-15-00275-7. pp 68.
- 44) Scheur JD (2003). *Clinical pathways in practice – an analysis of the translation of an idea encountering practice*, Samfundslitteratur, 2003.
- 45) Malterud K (2004). *Kvalitative metoder I medicinsk forskning – en indføring*. Universitetsforlaget 2003, 2. oplag 2004. ISBN: 82-15-00275-7. pp 78.
- 46) Malterud K. Shared understanding of the qualitative research process – Guidelines for the medical researcher. *Fam Pract* 1993; 10: 201-206.

- 47) Malterud K (2004). *Kvalitative metoder I medicinsk forskning – en indføring*. Universitetsforlaget 2003, 2. oplag 2004. ISBN: 82-15-00275-7. pp 99.
- 48) Malterud K (2004). *Kvalitative metoder I medicinsk forskning – en indføring*. Universitetsforlaget 2003, 2. oplag 2004. ISBN: 82-15-00275-7. pp 100-111.
- 49) Ishøy T et al. (2010) Alle disse løfter om et tidssvarende sundhedsvæsen. En debatbog om de danske sygehuse. ISBN 978-87-7695-156-6.
- 50) Gilbert FJ, Grant AM, Gillan MGC et al. Does early imaging influence management and improve outcome in patients with low back pain ? A pragmatic randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*. 2004; Vol 8:No.17.
- 51) Sheehan NJ. Magnetic resonance imaging for low back pain: indications and limitations. *Ann Rheum Dis*, 2010, 69:7-11.
- 52) Leerar PJ, Boissonnault W, Domholdt E et al. Documentation of red flags by physical therapists for patients with low back pain. *J Man Manip Ther*. 2007;15(1):42-9.
- 53) Antonowsky A. *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. ISBN 1-5542-028-1 1.ed. San Francisco Calif.: Jossey-Bass, cop. 1987.
- 54) Kvale S (2000). *Interview. En introduction til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag 1997, 4. oplag 2000. ISBN: 87-412-2816-2. pp 19,49,61.
- 55) Lærum E, Indahl Aa, Skouen S. "What is a good back-consultation"? A combined qualitative and quantitative study of chronic low back pain patients`interaction with and perceptions of consultations with specialists. *J Rehabil Med*. 2006; 38: 255-262.
- 56) Crawford MJ, Rutter D, Manley C et al. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ*. Volume 325: 30 November 2002.
- 57) Malterud K (2004). *Kvalitative metoder I medicinsk forskning – en indføring*. Universitetsforlaget 2003, 2. oplag 2004. ISBN: 82-15-00275-7. pp 46-48, 93, 121.
- 58) Lunde IM, Ramhøj P (1995). *Humanistisk Forskning inden for sundhedsvidenskab*. Akademisk Forlag 1995. ISBN: 87-500-3280-1. pp 94, 133, 143.
- 59) Malterud K (2004). *Kvalitative metoder I medicinsk forskning – en indføring*. Universitetsforlaget 2003, 2. oplag 2004. ISBN: 82-15-00275-7. pp 170.
- 60) Malterud K (2004). *Kvalitative metoder I medicinsk forskning – en indføring*. Universitetsforlaget 2003, 2. oplag 2004. ISBN: 82-15-00275-7. pp 63, 160.
- 61) Kvale S (2000). *Interview. En introduction til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag 1997, 4. oplag 2000. ISBN: 87-412-2816-2. pp 228.

12 Definitioner

Folkesundhed:

Befolkningens sundhedstilstand. Sundhedstilstanden omfatter både fysiske, psykiske og strukturelle aspekter samt fordelingen af sundheden og sygdomsbyrden i befolkningen.

Forebyggelse:

Sundhedsrelateret aktivitet der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker, og dermed fremmer folkesundheden. Bygger på patogenetisk perspektivering.

Fænomenologisk perspektivering:

Repræsenterer en forståelsesform, hvor menneskers subjektive erfaringer regnes som gyldig kundskab. Ifølge Giorgi er formålet med den fænomenologiske analyse at udvikle kundskab om informanternes erfaringer og livsverden indenfor et bestemt felt.

Genoptræning:

En aktivitet som på baggrund af specifikke og validerede tests skal sigte på at få personen til at fungere bedre fysisk, intellektuelt, socialt, følelsesmæssigt. Der indgår afprøvning af og instruktion i brug af hjælpemidler. Genoptræningen forsøger at genetablere funktionsniveau som før en given skade. Genoptræning er begrænset til den periode, hvor funktionsniveauet fortsat forbedres gennem træning. Udføres typisk af fysioterapeut eller ergoterapeut.

Lænderygsmærter:

Lænderyggen afgrænses anatomisk til et område fra nederste ribbenskant til nederste del af sædepartiet. Derudover kan der være udstrålende smerter til benene (ischias). Lænderygsmærter kan klassificeres som akutte (< tre måneder), subakutte (tre til seks måneder) og længerevarende eller kroniske (> seks måneder). Lænderygsmærter er enten specifikke eller uspecifikke.

Nytte: behovstilfredsstillelse, ex. et gode giver større nytte end et andet gode, hvis man foretrækker dette gode frem for det andet.

Patogenetisk perspektivering

Pato=sygdom, genese=opståen, udvikling. Læren om sygdommens opståen og udvikling. Fokus på krop og sygdom.

Reform:

(latin for *re* tilbage; *formatio* danne, forme: omdannelse). Betegner i politik større planlagte (i modsætning til revolution) fredelige (uden anvendelse af magt) og lovlige ændringer eller omdannelser af bestående forhold (statsforfatningen eller en religion). Reformere: At forme på ny.

Rehabilitering:

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 begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger, og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

Salutogenetisk perspektivering:

Saluto=sundhed, genese=opståen, udvikling. Læren om sundhedens opståen og udvikling. Fokus på liv og sundhed

Sundhed:

Tre forskellige definitioner

- En tilstand af fysisk, psykisk og socialt velvære, og ikke kun fravær af sygdom
- Handler om følelsen af livsmod og livsglæde og følelsen af at kunne mestre (hverdags) livets mange forskellige situationer. Sundhed er at have følelse af sammenhæng, dvs. en følelse af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed
- Evnen til at indfri mål, og det, som afgør graden af et subjekts sundhed – kvaliteten af generaliseret handlegapacitet – er relationsforholdet mellem subjektets mål, dets livsbetingelser og dets subjektbundne handlefærdigheder.

Sundhedsfremme:

Den proces, som gør mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand. For at nå en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og social velbefindende må den enkelte eller gruppen være i stand til at indentificere og realisere mål, at tilfredsstille behov og at ændre eller kunne klare omverdenen (Frit efter Ottawa Charter 1986). Sundhedsfremme bygger på salutogenetisk perspektivering.

Vedligeholdelsestræning:

Aktiviteter som vedligeholder fysiske eller psykiske færdigheder. Træningen skal hindre funktionstab og bevare aktuelle funktionsniveau. Person som tilbydes vedligeholdelsestræning har et nedsat fysisk eller psykisk funktionsevn eller særlige sociale problemer. Personer med kroniske lidelser får vedligeholdelses træning. Udføres typisk af fysioterapeut eller ergoterapeut.

13 Oversigt over tabeller og figurer

Tabel 1: Kommunal medfinansiering fordelt på indlæggelsesdage i Rudersdal Kommune

Figur 1: Procentandel af mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper med rygsygdom

Figur 2: Forholdet mellem muskel-skeletsygdomme og risikofaktorer i Danmark 2007

Figur 3: En organisation som et produktionssystem

Figur 4: Integrationsformer

Figur 5: Integrationskontinuum

Figur 6: Oversigt over de fire interviewgrupper med 16 informanter

Figur 7: Oversigt over resultater. Fire kodegrupper og 14 undergrupper

Figur 8: Oversigt over resultater og relationer til struktur, proces, outcome

14 Tak

Tak til Bengt Åhgren for fantastisk god vejledning hele vejen igennem denne MPH. Dit forskningsområde har fungeret som en stor inspirationskilde, da dette projekt søgte sit faglige ståsted og sin afgrænsning. Tak til Nordisk Højskole for Folkesundhedsvidenskab. Jeg takker sekretærer, tidligere og nuværende undervisere, biblioteket, administrationen, husmoderen og rengøringspersonalet. NHV er et helt specielt sted med en ånd, jeg håber for altid vil blive bevaret – også for fremtidens studenter. NHV er svaret på hvorfor det er interessant – ja nærmest livsnødvendigt at videreuddanne sig. Tak til informanterne. Jeres erfaringer og oplevelser er det, som efter min allerbedste overbevisning skaber fundamentet i fremtidens sundhedsvæsen. Tak til medstudenter fra alle dele af verden for ivrigt, fagligt samarbejde og sociale relationer. I er alle guld værd.

- og så er der Henrik og Tanne. Tak og på genkig.

