

Rehabilitering i varmt klimat för personer med pelvospondylit

Skattad sjukdomsaktivitet och allmän sjukdomspåverkan förbättras varaktigt

II Sjukgymnastik med syfte att minska smärta och stelhet samt att vidmakthålla eller om möjligt förbättra patientens totala funktion är, tillsammans med olika inflammationshämmande preparat, den viktigaste behandlingen vid pelvospondylit [1]. Att patienter med pelvospondylit ökar sin rörlighet och kondition samt förbättrar sin hållning genom sjukgymnastik och träning, både på lång och kort sikt, har visats i många studier världen över [2-7]. Det verkar också som om det allmänna välbefinnandet hos dessa personer ökar till följd av rehabilitering [8]. Att rehabilitering utomlands har god effekt för patienter med reumatiska sjukdomar har visats i några studier [9-10], men ingen studie med specifikt fokus på dem med pelvospondylit har redovisats.

Syftet med denna prospektiva, deskriptiva studie var att undersöka vilka effekter en tre veckors kurs- och träningsresa till Gran Canaria har på personer med pelvospondylit, avseende sjukdomsaktivitet, ledrörlighet, dagliga aktiviteter och välbefinnande.

II Material och metod

I studien ingick samtliga 48 personer med pelvospondylit eller annan röntgenverifierad spondylartrit som under perioden september 1996 till september 1997 deltog i någon av de tre kurs- och träningsresor som gick till Svenska REs rehabiliteringsanläggning på Gran Canaria. Personerna, som kom från hela landet, hade remitterats av reumatolog eller företagsläkare, och hade ingen annan allvarlig sjukdom som kunde påverka deltagande i eller utfall av behandlingen. Deltagarna informerades skriftligt och muntligt om syftet med studien samt om att medverkan var frivillig. Trettiofyra personer deltog i alla mätningar vid samtliga mättillfällen. Bakgrundsdata framgår av Tabell I.

Mätningar

Följande utvärderingsinstrument användes:

1. The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) [11], som består av sex specifika frågor med avseende på sjukdomsaktivitet. Varje fråga besvaras med en markering på en 100 mm lång ograderad horisontell visuell analog skala (VAS). Medelvärdet av svars-poängen från frågorna ger en total BASDAI-poäng på 0-100, där 100

SAMMANFATTAT

Rehabilitering i grupp i varmt klimat för personer med pelvospondylit anses vara ett värdefullt komplement till den behandling som finns tillgänglig inom landet.

Föreliggande utvärdering visar att såväl ledrörlighet som självskattad sjukdomsaktivitet, förmåga i dagliga aktiviteter och det allmänna välbefinnandet förbättrades signifikant under rehabiliteringen.

Värdena för allmänt välbefinnande fortsatte att förbättras även efter avslutad rehabilitering.

indikerar en hög självskattad sjukdomsaktivitet. BASDAI finns i en valid och reliabel svensk version, framtagen vid Danderyds sjukhus [12].

2. The Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI) [13], som är ett objektiva test med fem mätningar av rörligheten i nacke, höfter, brösttrygg och ländrygg. En något modifierad version användes [14]. Även för BASMI varierar totalpoängen mellan 0 och 100, där 100 indikerar kraftigt minskat rörelseomfång.
3. The Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) [15], som består av åtta specifika påståenden med avseende på aktivitetshinder samt två som speglar patientens allmänna förmåga att hantera sitt dagliga liv. Varje påstående besvaras med en markering på en 100 mm horisontell visuell analogskala (VAS). Medelvärdet av svars-poängen för påståendena ger en total BASFI-poäng på 0-100, där 100 indikerar högt skattad svårighet i dagliga aktiviteter. BASFI finns i en valid och reliabel svensk version, framtagen vid Danderyds sjukhus [16].
4. The Bath Ankylosing Spondylitis Patient Global Score (BAS-G) [17], som består av två visuella analogskalor (0-100 mm) där patienten skattar sjukdomens inverkan på välbefinnandet senaste veckan (BAS-G1) respektive senaste halvåret (BAS-G2). Stor påverkan indikeras med 100.



Utomhusträning med Bobath-bollar.

Tabell 1. Demografiska data och medicinska bakgrundsfaktorer hos 48 personer med pelvospondylit som deltagit i rehabilitering i varmt klimat. Av de 48 personerna hade 34 kompletta och 14 inkompleta mätdata.

	Antal		
	n=48	n=14	n=34
Ålder			
år, md (variationsvidd)	46 (29–59)	45 (30–57)	46 (29–59)
Kön			
Kvinnor, n (%)	14 (29)	5 (36)	10 (29)
Män, n (%)	34 (71)	9 (64)	24 (70)
Sjukdomsduration			
år, md (variationsvidd)	20 (0–36)	16 (0–32)	20 (2–36)
Civilstatus			
Gift/sambo, n (%)	37 (78)	11 (79)	25 (74)
Utbildning efter grundskola			
0 år, n (%)	6 (13)	1 (7)	4 (12)
1–4 år, n (%)	21 (44)	7 (50)	15 (44)
≥5 år, n (%)	21 (44)	6 (43)	15 (44)
Tjänstgöringsgrad			
< 50%, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
≥50%, n (%)	48 (100)	14 (100)	34 (100)
Mediciner			
inga, n (%)	2 (4)	1 (7)	1 (3)
NSAID ¹ , n (%)	32 (67)	9 (64)	25 (74)
LARM ² , n (%)	7 (15)	2 (14)	5 (15)
Annat, n (%)	7 (15)	2 (14)	3 (9)

¹ NSAID = Non steroidala anti-inflammatoriska läkemedel
² LARM = Långsamtverkande antireumatiska medel

BASDAI, BASFI och BAS-G fylldes i i hemmet tre veckor före behandlingsresans start, första träningsdagen och sista träningsdagarna på Svenska RE samt i hemmet tre veckor respektive tre månader efter behandlingens slut. Dessutom utfördes BASMI av behandlande sjukgymnast på första och sista träningsdagarna.

Rehabiliteringsprogrammet

Svenska RE arrangerar sedan 15 år tillbaka kurs- och träningsresor till deras rehabiliteringsanläggning på Gran Canaria. Rehabiliteringen bedrivs som dagvårdsverksamhet från måndag till fredag. Perioden är tre veckor, men en del personer deltar endast två veckor. Deltagarna vistas på anläggningen från klockan 9 på morgonen till 17 på eftermiddagen och har 1 1/2 timmes lunchpaus mitt på dagen. Teorin består av föreläsningar och grupparbeten, 1–1,5 timme per dag. Sjukdomslära, anatomi, sjukdomskonsekvenser, träningslära, stretching, smärtbehandling, självkontroll samt tips på enkla träningsmoment avsedda att utföras när som helst på dagen, »mikroträning«, ingår i detta paket. Träningen består av uppvärmning, motionsgymnastik, cirkelträning, vattengymnastik (30°C), vattenvolleyboll, avspänningsträning, konditionsträning, styrketräning och stretching. Dessutom finns utrymme för självträning med individuellt anpassade program. Individuella behandlingar ges varje eller varannan dag och består då huvudsakligen av mobilisering samt utformning av individuella självträningsprogram. Vid dessa tillfällen ges också deltagarna tillfälle att fråga och diskutera sin situation enskilt med behandlande sjukgymnast. Skriftlig dokumentation av de genomgångna teori- och träningsavsnitten delas ut till varje deltagare.

Resultat

Av de 48 personer som deltog i rehabiliteringen hade 34 kompletta mätdata från samtliga fem mättillfällen och fem mätinstrument. Dessa 34 skilde sig inte signifikant ($p > 0,05$) från de övriga 14 vad beträffar bakgrundsvariabler eller något av de fem mätvärdena vid starten av rehabiliteringen. Även vad gäller behandlingseffektens storlek och dess statistiska signifi-

Tabell II. Deskriptiva värden för 34 personer med pelvospondylit tre veckor före rehabilitering (1), vid inskrivning (2), vid utskrivning efter tre veckors rehabilitering (3) samt tre veckor (4) respektive tre månader (5) efter avslutad rehabilitering med avseende på sjukdomsaktivitet (BAS-DAI), rörlighet (BASMI), dagliga aktiviteter (BASFI) och allmän sjukdomspåverkan den senaste månaden (BASG-1) respektive det senaste halvåret (BASG-2).

md (variationsvidd)	1	2	3	4	5	Signifikansprövning			
						1 vs 2	2 vs 3	2 vs 4	2 vs 5
BASDAI, 0–100	41,5 (9,8–86,2)	40,1 (4,6–76,9)	22,4 (1,0–51,3)	22,0 (1,5–70,7)	33,3 (2,1–67,6)	0,259	0,000	0,000	0,020
BASMI, 0–100		30 (0–100)	20 (0–100)				0,000		
BASFI, 0–100	30,4 (0,3–80,2)	28,4 (0,0–80,6)	19,7 (0,0–54,0)	19,8 (0,2–56,1)	24,5 (0,0–84,0)	0,427	0,000	0,000	0,614
BASG-1, 0–100	37,5 (0,0–100,0)	45,5 (3,0–92,0)	15,0 (1,0–72,0)	26,5 (0,0–73,0)	30,5 (2,0–93,0)	0,204	0,000	0,003	0,032
BASG-2, 0–100	47,5 (0,0–100,0)	49,5 (7,0–97,0)	42,0 (0,0–95,0)	37,5 (1,0–96,0)	30,5 (4,0–94,0)	0,761	0,007	0,002	0,011

kans var resultaten mellan de 34 deltagarna med kompletta mätdata och resultaten för de övriga 14 jämförbara. För att de deskriptiva resultaten ska kunna jämföras på ett korrekt sätt, redovisas här endast resultaten för den förra gruppen.

Friedmans tvåvägs variansanalys indikerade statistiskt säkerställda förändringar för sjukdomsaktivitet ($p < 0,000$), dagliga aktiviteter ($p < 0,000$) samt allmänt välbefinnande senaste veckan ($p < 0,000$), men inte för allmänt välbefinnande senaste halvåret ($p < 0,162$).

Vid parvisa jämförelser med Wilcoxon's rangsummetest framkom inga statistiska förändringar för någon av mätningarna under den inledande tre veckor långa behandlingsfria perioden. Rehabiliteringsperioden resulterade däremot i högradigt signifikanta förbättringar beträffande såväl självskattad sjukdomsaktivitet, dagliga aktiviteter, allmän sjukdomspåverkan som uppmätt rörlighet. Förbättringarna kvarstod i huvudsak oförändrade vid treveckorsuppföljningen och i något lägre grad vid tremånadersuppföljningen (Tabell II).

II Diskussion

Resultaten visar således att såväl ledrörlighet som självskattad sjukdomsaktivitet, förmåga i dagliga aktiviteter och det allmänna välbefinnandet förbättrades signifikant under rehabiliteringen. Förbättringarna kvarstod efter tre veckor och även efter tre månader, om än i lägre grad. Långtidseffekten av rehabiliteringen verkade snarare gälla lindring av de symptom som indikerar sjukdomsaktivitet, trötthet, smärta och stelhet, än förmåga i det dagliga livets aktiviteter. Det är också intressant att notera att värdena för allmänt välbefinnande under det senaste halvåret (BAS-G 2) fortsatte att förbättras vid varje uppföljningstillfälle. Detta kan tyda på att deltagarna, trots att ökningen i förmågan i dagliga aktiviteter avtagit, ändå hade förbättrat sin förmåga att hantera konsekvenserna av sin sjukdom. Resultaten överensstämmer väl med tidigare redovisade resultat av utlandsvård för patienter med reumatiska sjukdomar [9, 10]. Tyvärr medgav inte studiens uppläggning att rörlighetsmätningar utfördes vid uppföljningstillfällena, vilket hade varit värdefullt för tolkningen av övriga resultat.

Orsakerna till den goda behandlingseffekten kan vara flera. Intensiv sjukgymnastik varvat med mycket information är säkert en bidragande orsak. Det fördelaktiga klimatet troligen en annan. Att ha möjlighet att utbyta erfarenheter med andra är ytterligare en viktig faktor som framkom i kursutvärderingarna (data ej redovisade). Att befinna sig långt från arbetsplatsen och hemmet upplevdes också som positivt. »Man har tid

och lov att ägna sig åt sig själv«, var ett ofta förekommande citat i kursutvärderingarna.

En svaghet i vår studie var att kontrollgrupp saknades, detta beroende på att en randomiserad, kontrollerad och konklusiv studie skulle ha blivit oerhört kostsam. Med tanke på resultatens samstämmighet verkar det ändå rimligt att anta att den utvärderade rehabiliteringen i varmt klimat haft god effekt. Även det faktum att vi tidigare, med samma metodik som i den aktuella studien, inte kunnat belägga effekter av tre månaders poliklinisk träning på sjukhus en till två gånger i veckan för patienter med pelvospondylit [12, 16] talar för att den nu utvärderade rehabiliteringsformen verkligen var effektiv. Aktuell forskning tyder också på att välgjorda prospektiva, deskriptiva studier ofta kommer till likartade resultat som randomiserade kontrollerade studier [18].

I fortsatta studier skulle det vara intressant att jämföra effekterna av rehabilitering i varmt klimat med dem av kurortsvård i Sverige, av dagvårdsverksamhet på hemorten och av poliklinisk verksamhet, för att på så sätt särskilja effekterna av det varma klimatet från de av träning och behandling, sjukskrivning och frånvaro av sociala plikter. Ett hälsoekonomiskt perspektiv vore intressant i en sådan studie.

Sammanfattningsvis tyder resultaten av vår studie på att rehabilitering i varmt klimat för personer med pelvospondylit är ett värdefullt komplement till den behandling som finns tillgänglig i landet. Eftersom denna patientgrupp behöver livslång träning är det dessutom värdefullt med olika alternativ till rehabilitering och att träningen upplevs som stimulerande, vilket många deltagare också påpekat i sina kursutvärderingar.

Referenser

1. Calin A. The individual with ankylosing spondylitis: Defining disease status and the impact of the illness. *Br J Rheumatol* 1995; 34:663-672.
2. Tomlinson M, Barefoot J, Dixon A. Intensive in-patient physiotherapy courses improve movement and posture in ankylosing spondylitis. *Phys Ther* 1986;72:238-40.
3. Russel P, Unsworth A, Haslock I. The effect of exercise on ankylosing spondylitis – A preliminary study. *Br J Rheumatol* 1992;32:498-506.
4. Viitanen JV, Suni J, Kautiainen H, Liimatainen M, Takala H. Effect of physiotherapy on spinal mobility in ankylosing spondylitis. *Scand J Rheumatol* 1992;21:38-41.
5. Hidding A, van der Linden S, de Witte L. Therapeutic effects of individual physical therapy in ankylosing spondylitis related to duration of disease. *Clin Rheumatol* 1993;12:334-40.

6. Hidding A, van der Linden S, Boers M, Gielen X, de Witte L, Kester A, et al. Is group physical therapy superior to individualized therapy in ankylosing spondylitis? A randomized controlled trial. *Arthritis Care and Research* 1993;6:117-25.
7. Ammer K. Physiotherapy in seronegative spondylarthropathies – A systematic review. *European Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 1997;7:114-9.
8. Hidding A, van der Linden S. Factors related to change in global health after group physical therapy in ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol* 1999;14:347-51.
9. Hafström I. Vård i varmt klimat bra för reumatikern. Både funktionsförmåga och välbefinnande förbättras. *Läkartidningen* 1997;94:1094-6.
10. Johansson M, Sullivan L. Influence of treatment and change of climate in women with rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1975;Suppl 9.
11. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI). *J Rheumatol* 1994;21:2286-91.
12. Waldner A, Cronstedt H, Stenström CH. The Swedish version of the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. Reliability and validity. *Scand J Rheumatol* 1999;28 Suppl 111:10-6.
13. Jenkinson TR, Mallorie PA, Whitelock HC, Kennedy LG, Garrett SL, Calin A. Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS): The Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI). *J Rheumatol* 1994;21:1694-8.
14. Ekestorm K, Nyström E. Utvärdering av två olika mätmetoder för cervikal rotation och lumbal flexion hos personer med pelvospondylit respektive friska personer [projektarbete]. Stockholm: Karolinska institutet, institutionen för sjukgymnastik; 1997.
15. Calin A, Garrett S, Whitelock H, Kennedy LG, O’Hea J. A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: The development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI). *J Rheumatol* 1994;21:2281-5.
16. Cronstedt H, Waldner A, Stenström CH. The Swedish version of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. Reliability and validity. *Scand J Rheumatol* 1999;28 Suppl 111:1-9.
17. Jones S, Steiner A, Garrett S, Calin A. The Bath Ankylosing Spondylitis patient Global score (BAS-G). *Br J Rheumatol* 1996;35:66-71.
18. Benzon K, Hartze AJ. A comparison of observational studies and randomized, controlled trials. *N Engl J Med* 2000;342:1878-86.

SUMMARY

Rehabilitation in a temperate climate for persons with pelvospondylitis
Stable improvement with regard to self assessed disease activity and global well-being

Hedvig Cronstedt, Christina H Stenström

Läkartidningen 2002;99:793-6

The aim of the study was to investigate the effects on disease activity, range of motion, functional ability, and global wellbeing on persons with Ankylosing Spondylitis (AS) during three weeks’ rehabilitation in a tempered climate. Forty-eight persons were evaluated twice prior to the rehabilitation and three times after. The results indicated significant improvements on all variables assessed, which lasted three weeks and, in some cases, three months. Global wellbeing continued to improve during follow-up. The results of our study thus indicate that rehabilitation in a tempered climate might be a useful complement to traditional rehabilitation of persons with AS.

Correspondence: Christina H Stenström, Department of Physiotherapy, Karolinska institutet, SE-141 57 Huddinge, Sweden (christina.helging.stenstrom@gym.ki.se)

Särtryck

Läkartidningen

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Priset är 55 kr.

Enligt min erfarenhet



Beställer härmed.....ex
av "Enligt min erfarenhet"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker