

Artrosskola i primärvården

Pilotstudie av 14 års erfarenheter från Malmö



EVA EKVALL HANSSON, med dr, sjukgymnast, institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö/allmänmedicin, Lunds universitet, Malmö
eva.ekvall-hansson@med.lu.se

EVA SÖRENSSON, arbetsterapeut, Vårdcentralen Fosietorp, Malmö

ANNE-MARIE RONNHEDEN, sjuk-

gymnast, Vårdcentralen Granen, Malmö
MALIN LUNDGREN, sjukgymnast, Abels Rehab, Malmö
ÅSA BJÄRNUNG, arbetsterapeut, Primärvårdens Rehab, Trelleborg
LEIF E DAHLBERG, professor, överläkare, ortopediska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Artros är en ledsjukdom som tillhör de stora folksjukdomarna och som orsakar lidande hos de drabbade och kostnader för samhället [1]. Kliniskt dominerar smärta och stelhet, men också symtom i form av nedsatt livskvalitet och psykisk stress förekommer [2]. Behandlingen består ofta av läkemedel och i det senare skedet, när leden till stora delar destruerats, av kirurgi, som innebär ersättning med konstgjord led. Senare års forskning har visat på värdefulla effekter av träning, med positiv påverkan på brosk, funktion, symtom och livskvalitet [3-5]. Man har också kunnat se minskad vårdtid efter operation om patienterna tränade först [6].

Patientundervisning

Forskning pekar också på att patientundervisning för specifika grupper är både genomförbar och värdefull för att öka patienternas livskvalitet, funktion och välbefinnande och för att förbättra förmågan att hantera sjukdomen [7-11]. På samma sätt visar en Cochrane-rapport på positiva effekter av patientundervisning för personer med reumatoid artrit [12].

Patientundervisning definieras ofta som planerade inlärningsituationer för att påverka patientens kunskap om ett hälsofrämjande beteende [13]. Undervisningsformen kan variera. Den kan vara en del av konsultationen vid läkarbesöket men kan också ske som gruppundervisning eller undervisning av ett multidisciplinärt team [13].

Sedan 1994 har primärvården i Malmö arbetat med patientundervisning riktad till personer med artros. Denna artrosskola växte fram på initiativ av sjukgymnaster och arbetsterapeuter i primärvården och har hela tiden varit integrerad i verksamheten utan specifik eller extern finansiering. Vi vill här dela med oss av de erfarenheter vi har gjort under dessa 14 år.

METOD

Vid starten 1994 deltog, förutom sjukgymnaster och arbetsterapeuter, en reumatolog med erfarenhet av patientundervisning och en distriktssjuksköterska. En ortopedspecialist har nu ersatt reumatologen och en dietist är också engagerad. Undervisningen är patientcentrerad med aktivt deltagande, vilket vi försöker uppnå genom att deltagarna tar upp olika problem i det dagliga livet som sedan diskuteras. Pedagogiken

FAKTA 1

Artrosskolans innehåll

- Första träffen, under ledning av sjukgymnast och arbetsterapeut: Information om anatomi, smärta och smärthantering. Prova på värme/kyla. Brainstorming kring vad deltagarna har svårt för att göra.
- Andra träffen, under ledning av sjukgymnast: Information om träning och motion. Praktisk genomgång av hemträningsprogram för nedre extremiteten. Demonstration av olika bandage för nedre extremiteten. Praktisk genomgång i träningssalen.
- Tredje träffen: Ortopedspecialist berättar om artros och om aktuell forskning.

Distriktssköterskan informerar om läkemedel och dietisten om bra mat vid artros.

- Fjärde träffen, under ledning av arbetsterapeut: Ergonomi och genomgång av redskap och tekniska hjälpmedel. Brainstormingen från första träffen tas upp igen och lösningar diskuteras.
- Femte träffen, under ledning av arbetsterapeut: Information om handkirurgi, demonstration av handbandage. Prova på paraffinbehandling. Genomgång av handträningsprogram och praktiska övningar med redskap.

har utvecklats från mer generell information till att vara interagerande och med specifikt fokus på vad de aktuella deltagarna vill veta.

Artrosskolan består av fem undervisningstillfällen, under fem eftermiddagar (Fakta 1). Patienterna kommer till artrosskolan via hänvisning från behandlande läkare, sjukgymnast eller arbetsterapeut. Inklusionskriterierna är röntgenverifierad eller kliniskt diagnostiserad artros i någon eller flera leder och att patienten kan tillgodogöra sig undervisning i grupp. Deltagarna kan ha besvär från någon enskilda led eller från flera leder. Vanligen är det höfter, knäleder, handleder och fingrar som besvärar. Ett 100-tal patienter om året tar del av undervisningen, ett antal som ökar något för varje år. Före det första undervisningstillfället träffar patienten antingen sjukgymnast eller arbetsterapeut.

När vi startade artrosskolan 1994 bestod undervisningen av generell information om sjukdomen, läkemedel, operationstekniker, träningsmetoder och bandage. Under årens lopp har artrosskolan utvecklats mot ett mera patientcentrerat undervisningssätt, där kommunikationen blev tvåvägs i stället för envägs. Möjligheten till beteendeförändring har förstärkts genom att färdighetsträning ingår i form av att patienterna får prova på träning.

Utvärderingsinstrument

Efter hand har behovet av att utvärdera artrosskolan vuxit fram. Vi har under dessa 14 år prövat ett flertal olika utvärderingsinstrument. Vår målsättning har hela tiden varit att artrosskolan ska ge patienten ökad möjlighet till självhjälp. Det

SAMMANFATTAT

Forskning pekar på positiva effekter av fysisk aktivitet på både brosk och funktion vid artros.

Patientundervisning i grupp, i form av artrosskola, kan vara ett väl fungerande sätt att

sprida denna kunskap till patienter med artros och kan ge positiva effekter på såväl smärta som funktion.

Artrosskola distribuerat av ett multidisciplinärt team fungerar väl i primärvården.

FAKTA 2

Data om patienterna vid inledande test

- Antal patienter: 20
- Ålder: 54–84, medel 67

- Kön: 20 kvinnor, 0 män
- Upplevd smärta (n=14): lätt (1), måttlig (5), medelsvår (4), svår (4)

TABELL I. Arthritis self-efficacy scale (ASES) – patientens uppskattade värden före och efter avslutad artrosskola.¹

	Inledande test (n=20)	Efter artrosskola (n=20)	P-värde
Smärta	57	65	0,07
Funktion	67	69	0,5
Andra symtom	62	66	0,2

¹ ASES testar patientens upplevda kapacitet vad gäller påverkan på smärta och värk, hur säker patienten är på att kunna utföra vissa dagliga aktiviteter (funktion) och hur patienten upplever sin förmåga att påverka andra symtom. Totalt består formuläret av 20 frågor som besvaras genom att markera på en linje, graderad från 0 till 100, där 0 är mycket osäker och 100 är mycket säker.

har därför inte varit viktigt att mäta förändringar på organnivå utan snarare i aktivitet och delaktighet. Sedan våren 2007 använder vi som utvärderingsinstrument hälsoenkäterna EuroQol-5D (EQ-5D) [14] och Arthritis self-efficacy scale (ASES) [15, 16] samt funktionella test.

EQ-5D behandlar fem olika dimensioner: rörlighet, egenvård, vardagliga aktiviteter, smärta/besvär och oro/ nestämdhet. Patienten får också skatta sitt hälsotillstånd genom att dra ett streck från en ruta till en skala från 0 till 100, där 100 är bästa tänkbara hälsotillstånd och 0 sämsta. I ASES får patienten besvara frågor om sin upplevda kapacitet vad gäller hur smärta och värk påverkar patienten, hur säker patienten är på att kunna utföra vissa dagliga aktiviteter (funktion) och hur patienten upplever sin förmåga att påverka andra symtom. Totalt består formuläret av 20 frågor, som besvaras genom att markera på en linje, graderad från 10 till 100, där 10 är mycket osäker och 100 är mycket säker.

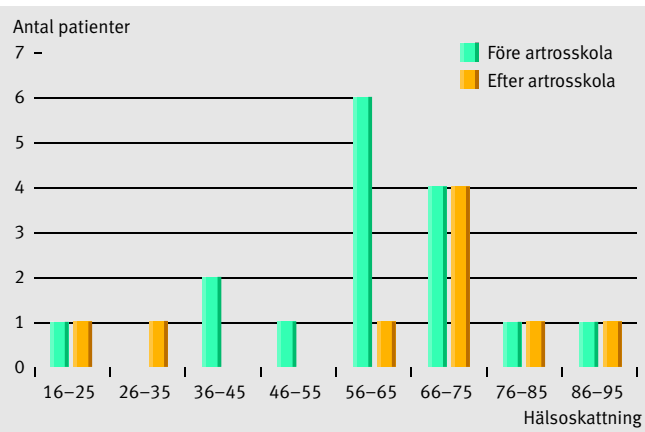
För nedre extremiteten används som funktionellt test enbensuppresning från pall och från brits, uppresning från pall med båda benen, enbenshopp [17] samt enbensstående seende och blundande [18]. För övre extremiteten används Grip Ability Test (GAT) [19]. Samtliga funktionella test är reliabilitetstestade och validerade.

Patienterna får fylla i hälsoenkäterna och göra de funktionella testen före och tre månader efter avslutad skola. Dessutom får patienterna fylla i hälsoenkäterna direkt efter avslutad skola.

UTVÄRDERING, PILOTSTUDIE OCH RESULTAT

Vi har påbörjat en randomiserad, kontrollerad studie för att utvärdera artrosskolan. Utvärderingen kommer att bestå av ASES, EQ-5D och funktionella test. Vi kommer också att göra en hälsoekonomisk beräkning grundad på kostnad per patient och förväntad nytta. Inför den randomiserade, kontrollerade studien gjorde vi en pilotstudie och använde hälsoenkäterna enligt ovan.

Pilotstudien omfattar 20 patienter som genomgick artrosskola våren 2007, alla kvinnor i åldrarna 54–84 år (medel 67 år). Dessa patienter skattade sin smärta vid det inledande testet som måttlig, medelsvår eller svår (Fakta 2). Skattning av upplevd hälsa skedde genom EQ-5D, där patienterna (n=16) i



Figur 1. Patienternas skattning av upplevd hälsa före (n=16) och direkt efter (n=9) artrosskola. 100 är bästa tänkbara hälsotillstånd och 0 sämsta.

det inledande testet skattade hälsan från 25 till 89, medel 62 (Figur 1). Vid förnyad skattning direkt efter avslutad artrosskola skattade patienterna (n=9) sin upplevda hälsa från 22 till 90, medel 63 (Figur 1). Jämförelser mellan skattningen före och efter artrosskolan visade ingen statistiskt signifikant skillnad beräknat med Wilcoxon teckenrangtest (P=0,48).

Vid jämförelser av ASES före och direkt efter genomgången artrosskola fanns det förbättringar i upplevd förmåga att hantera smärta, utföra dagliga aktiviteter (funktion) och kunna påverka andra symtom, men inga av förbättringarna var statistiskt signifikanta (T-test) (Tabell I). Förbättringen var störst avseende förmågan att påverka värk och smärta.

KONKLUSION

Vi hoppas kunna utveckla artrosskolan i Malmö till ett samarbete i hela primärvården och slutenvården. Våra preliminära resultat stöder också åsikten att det är självklart att samtliga artrospatienter ska erbjudas att delta i artrosskolan innan remiss skickas till ortopederna med frågeställning om ställningstagande till kirurgi. Detta ligger också i linje med vad man arbetar för i The European League Against Rheumatism (EULAR) [21]. Vår önskan är att fokus ska ligga på »hjälp till självhjälp« och att det blir självklart för alla patienter med artros att vara fysiskt aktiva och bedriva egenvård.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på lakartidningen.se

REFERENSER

1. Peyron JG. Epidemiologic and etiology approach of osteoarthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 1979;8(4): 288-306.
2. Hawley DJ. Psycho-educational interventions in the treatment of arthritis. *Baillieres Clin Rheumatol.* 1995;9(4):803-23.
3. Andersson ML, Thorstensson CA, Roos EM, Petersson IF, Heinegard D, Saxne T. Serum levels of cartilage oligomeric matrix protein (COMP) increase temporarily after physical exercise in patients with knee osteoarthritis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2006;7:98.
4. Roos EM, Dahlberg L. Positive effects of moderate exercise on glycosaminoglycan content in knee cartilage: a four-month, randomized, controlled trial in patients at risk of osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* 2005;52(11):3507-14.
5. Thorstensson CA, Roos EM, Petersson IF, Ekdahl C. Six-week high-intensity exercise program for middle-aged patients with knee osteoarthritis: a randomized controlled trial [ISRCTN20244858]. *BMC Musculoskelet Disord.* 2005; 6:27.
6. Williamson L, Wyatt MR, Yin K, Melton JT. Severe knee osteoarthritis: a randomized controlled trial of acupuncture, physiotherapy (supervised exercise) and standard

- management for patients awaiting knee replacement. *Rheumatology* (Oxford). 2007;46(9):1445-9.
7. Devos-Comby L, Cronan T, Roesch SC. Do exercise and self-management interventions benefit patients with osteoarthritis of the knee? A metaanalytic review. *J Rheumatol*. 2006;33(4):744-56.
8. Domaille M, Mascarenhas R, Dayal N, Kirwan J. Evaluation of the Bristol Royal Infirmary physiotherapy programme for the management of patients with osteoarthritis of the knee. *Musculoskeletal Care*. 2006;4(2):78-87.
9. Heuts PH, de Bie R, Drieteelaar M, Aretz K, Hopman-Rock M, Bastiaenen CH, et al. Self-management in osteoarthritis of hip or knee: a randomized clinical trial in a primary healthcare setting. *J Rheumatol*. 2005;32(3):543-9.
10. Nunez M, Nunez E, Segur JM, Macule F, Quinto L, Hernandez MV, et al. The effect of an educational program to improve health-related quality of life in patients with osteoarthritis on waiting list for total knee replacement: a randomized study. *Osteoarthritis Cartilage*. 2006;14(3):279-85.
11. Yip YB, Sit JW, Fung KK, Wong DY, Chong SY, Chung LH, et al. Impact of an Arthritis Self-Management Programme with an added exercise component for osteoarthritic knee sufferers on improving pain, functional outcomes, and use of health care services: An experimental study. *Patient Educ Couns*. 2007; 65(1):113-21.
12. Riemsma RP, Kirwan JR, Taal E, Rasker JJ. Patient education for adults with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003(2):CD003688.
13. Schrieber L, Colley M. Patient education. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2004;18(4):465-76.
14. The EuroQol International Network Group [cited 2008 Apr 29]. <http://www.euroqol.org/>
15. Fransen M, Edmonds J. Reliability and validity of the EuroQol in patients with osteoarthritis of the knee. *Rheumatology* (Oxford). 1999;38(9):807-13.
16. Lorig K, Chastain RL, Ung E, Shoor S, Holman HR. Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis Rheum*. 1989;32(1):37-44.
17. Thorstensson CA, Petersson IF, Jacobsson LT, Boegard TL, Roos EM. Reduced functional performance in the lower extremity predicted radiographic knee osteoarthritis five years later. *Ann Rheum Dis*. 2004;63(4):402-7.
18. Jarnlo GB, Thorngren KG. Standing balance in hip fracture patients. *Acta Orthop Scand*. 1991;62(5):427-34.
19. Dellhag B, Bjelle A. A Grip Ability Test for use in rheumatology practice. *J Rheumatol*. 1995;22(8):1559-65.
20. The Joint Replacement Unit – the prosthetic team at Sahlgrenska University Hospital Inc; 1998–2008 [cited 2008 Apr 29]. <http://www.jru.orthop.gu.se/>
21. The European League Against Rheumatism, Zürich [cited 2008 Apr 29]. <http://www.eular.org/>