

Akademiska sjukhuset
Sjukgymnastikavdelningen
2001-03-29/ I.Carlquist, B.Källsmyr, A. Hillered Hultman, H. Schröder Winter, C. Smith, G.Linder, A.Sundbom
2008-06-25 Revidering: I. Carlquist, L. Östblom, A. Hillered Hultman
2010-01-01 Utveckling av gruppverksamheten
2013-10-28 Revidering: L. Östblom, A Hillered Hultman, B Ohlson.
Kontaktperson: A. Hillered Hultman

Behandlingsriktlinjer för patienter med reumatoid artrit

Dessa behandlingsriktlinjer är framtagna av sjukgymnaster vid sjukgymnastikmottagningen, reumatologkliniken, Akademiska sjukhuset.

Kliniska omständigheter

Patienterna kommer från C-län, med remiss från reumatologklinikens läkare med diagnosen reumatoid artrit (RA).

Under 2013 har sjukgymnastresurserna på reumatologen minskats med en tredjedel.

Sjukgymnastinsatser inom slutenvården är borttaget och görs nu enbart via konsultremiss.

Resurserna prioriteras nu till teamomhändertagande i grupp eller individuellt.

Gruppverksamheten har omstrukturerats och fått anpassas utifrån minskade personalresurser.

Patienter på Nydiagnosmottagningen prioriteras också. Öppenvårdsmottagning finns kvar i mindre utsträckning.

Behandlingsmål

Ge patienten ökad kunskap om fysisk aktivitet och träning vid reumatisk sjukdom.

Utifrån patientens aktivitetsmål, stärka sina egna möjligheter genom fysisk aktivitet och träning.

Litteratursökning

1991 - 2001: Sökning via Medline, Cochrane samt i referenslistor från genomgångna kurser.

Sökord: physiotherapy, reumatoid arthritis, pain, acupuncture, TENS, thermotherapy, ultrasound, exercise, patienteducation, rehabilitation, relaxation, hydrotherapy, massage.

2000 - 2006: Sökning via Pubmed samt i referenslistor från genomgångna kurser. Samma sökord har använts. FYSIO Nyhetsbrev 1996 tom 2005.

2006 – jan 2013: Sökning i Pubmed, Ahmed, Medline och Cochrane med sökorden reumatoid arthritis, physical therapy och exercise med hjälp av Medicinska biblioteket på Akademiska sjukhuset.

Resultat och rekommendationer

Fysisk aktivitet och träning

Alla vuxna från 18 år och uppåt, bör av allmänna hälsoskäl rekommenderas att vara fysiskt aktiva i sin vardag 150 minuter per vecka (YFA, Svenska Läkaresällskapet 2011).

Statens Folkhälsoinstitut poängterar vikten av fysisk aktivitet för reumatiker. De flesta behöver dessutom mer specifik träning som är anpassad till deras sjukdom, såsom

konditionsträning och muskelfunktionsträning. Vid högre sjukdomsaktivitet behövs träning av ledrörlighet. (FYSS, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling 2008).

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar rekommenderar fysisk träning vid reumatoid artrit och att hälso- och sjukvården bör erbjuda handledd styrketräning,

konditionsträning och vid behov rörelseträning till personer med reumatoid artrit. (Socialstyrelsen 2012)

I en översiktsartikel har man summerat kliniska effekter av fysisk träning vid autoimmuna reumatologiska sjukdomar, bland annat RA. Författarna diskuterade även den potentiella antiinflammatoriska effekten av fysisk träning vid RA i jämförelse med läkemedelsbehandling. De konstaterade att fysisk träning tillsammans med läkemedelsbehandling utgör de viktigaste hörnstenarna för behandling av RA (Perandini L.A 2012).

Förmågan att omsätta energi under arbete styrs av den maximala aeroba kapaciteten. Helt otränade personer måste vara fysiskt aktiva under längre tid än 30 minuter för att få till stånd en energiomsättning som ger sjukdomsprevention. Vältränade individer har en högre energiomsättning och kommer till samma nivå på avsevärt kortare tid. För otränade ökar den fysiska prestationsförmågan relativt snabbt inledningsvis vilket kan utnyttjas i motivationssyfte. Efter 10-20 veckor av regelbunden träning upplever man ökad vitalitet och att fysisk aktivitet upplevs positivt (Berglund 2005).

Kronisk inflammation påverkar kroppens sammansättning och metabolism på flera sätt, vilket ger ökad risk för fettrelaterade kroniska sjukdomar. Något som tycks kunna påverka dessa negativa effekter av sjukdomen är strukturerad träning. Välmedicerade personer med RA har 15 % mindre muskelmassa än friska personer. De flesta personer med inflammatorisk sjukdom lider av kakexi (höggradig avmagring). Förlust av muskelmassa, svaghet och smärta bidrar till att personer med inflammatorisk sjukdom är mindre fysiskt aktiva och har sämre syreupptagningsförmåga. All form av fysisk aktivitet kan vända de katabola effekterna på muskulaturen och förbättra funktionen (Ronenn 2003).

I en studie undersökte man träningseffekten vad gäller kardiovaskulär funktion och risken för kardiovaskulär sjukdom hos patienter med RA. Resultatet visade att ett individualiserat konditions- och styrketräningprogram för RA patienter ger förbättrad kardiorespiratorisk funktion med signifikant förbättrad syreupptagningsförmåga, individuellt minskad risk för kardiovaskulär sjukdom, minskad sjukdomsaktivitet och minskad risk för försämring. Aerobisk kapacitet är en kraftfull och oberoende prediktor för kardiovaskulär sjukdom och högre VO₂ max nivåer är associerat med minskad förekomst av hjärt-kärlsjukdom. Detta är en liten, icke-randomiserad, men i övrigt mycket välgjord studie (Stavropoulos-Kalinoglou et al 2012).

En Cochrane-analys av träningsstudier (1985-2008) vid reumatoid artrit publicerades under 2009. Den ger vetenskapligt stöd för att träning ger positiv effekt hos patienter med etablerad reumatoid artrit med låg till måttlig sjukdomsaktivitet. Patienter med kraftigt destruerade leder är exkluderade. Landbaserad konditions- och muskelstyrketräning ger positiv effekt på kondition och muskelstyrka. Konditions- och styrketräning i bassäng har positiv effekt på kondition och aktivitetsförmåga, men inte på muskelstyrka. Inga belägg finns för att träningen leder till ökad sjukdomsaktivitet, smärta eller ledsador. Enligt Cochrane analysen rekommenderas att träningen sker minst 2 gånger per vecka i minst 20 minuter per tillfälle. Träningsperioden bör vara minst 6 veckor lång, intensiteten över 55% av maxpuls och muskelstyrketräning med start på 30-50% av 1 repetition maximum (1 RM)(Hurkmans 2009).

Flera systematiska översiktsartiklar har gjorts där man undersöker effekten av konditions- respektive muskelstyrketräning vid RA. Resultaten visar att konditionsträning bör ligga på 50-90% av maxpuls. Även här säger man att träningen bör ske minst 2 gånger per vecka under minst 6 veckor. Konditionsträning ökar syreupptagningsförmågan, minskar smärtan och ökar livskvaliteten (Baillet 2010, 2012).

I en studie undersöktes effekten av ett interdisciplinärt rehabiliteringsprogram för öppenvårdspatienter med kronisk inflammatorisk artrit vad gäller aerobisk kapacitet och hälsorelaterad livskvalitet. Båda parametrarna förbättrades och kvarstod i 12 månader på gruppnivå. Detta stödjer vikten av teambaserad intensiv rehabilitering. Studien är inte en randomiserad kontrollerad studie men patientunderlaget är stort med 174 patienter (Hagel 2010).

Patientens egna tankar och föreställningar om vad man orkar och kan göra trots smärtor och trötthet har stor betydelse för graden av fysisk aktivitet och smärta (Lundgren 2005). Patientens motstånd till förändring till en fysiskt aktiv livsstil är en ständig utmaning för sjukgymnasten. Det kräver ett beteendemedicinskt synsätt och omhändertagande av patienterna (Faskunger 2004).

Hamond et al har jämfört två olika multiprofessionella interventioner hos patienter med kronisk inflammatorisk artrit. Detta är en randomiserad kontrollerad studie med totalt 167 patienter indelade i två grupper. Ena gruppen fick både information och praktiskt prova fysisk träning och den andra gruppen fick detsamma, men med beteendemedicinsk inriktning. De som fått den beteendemedicinska interventionen skattade lägre smärtintensitet, lägre nivå gällande fatigue, fick förbättrad funktionsförmåga och högre tilltro till sin egen förmåga efter sex månader. Förbättringen kvarstod till viss del även efter 12 månader (Hammond et al 2000).

I en randomiserad kontrollerad studie med 185 patienter undersökte man relationen mellan tilltro, motivation och oro för fysisk aktivitet och nivån av deltagande i fysisk aktivitet hos patienter med RA. Det var en positiv, men inte signifikant trend till fysisk aktivitetsnivå i relation till oro. Man såg att högre nivå av deltagande i fysisk aktivitet var signifikant associerat med hög tilltro om fördelarna och till hög motivation för fysisk aktivitet. Detta stödjer utvecklandet av intervention för fysisk aktivitet med fokus på att stärka tilltro till hälsa och motivation för engagemang i fysisk aktivitet (Ehrlich-Jones 2011).

Avspänning

Ett års progressiv avspänningsträning resulterade i en viss smärtlindringseffekt, samt gav effekt på emotionella reaktioner och uthållighet i övre extremiteten (Stenström 1997). Handledd avspänningsträning i 10 veckor resulterade bl.a i ökad armfunktion, rörlighet och muskelfunktion i nedre extremiteten. (Lundgren 1999).

Akupunktur och TENS

Idag används akupunktur och TENS vid olika sorters smärta och värk. Olika studier visar olika behandlingstekniker och olika behandlingsresultat (Lundeberg 1995, Carlsson 2000, Näslund 1999). Vid sensorisk stimulering (TENS och akupunktur) frisätts CGRP, ett kärlvidgande ämne som kroppen själv producerar, som också har en antiinflammatorisk effekt (Brodda Jansen 1993).

Värme och kyla

Kylning har en lokal smärtlindrande effekt och minskar den inflammatoriska benägenheten vid vävnadsskada (Minor 1993). Avsaknad av studier som håller tillräckligt hög kvalitet gör att det i dagsläget varken går att rekommendera eller förkasta behandling med kyla eller värme för personer med RA (Ottawa 2004, Klareskog 2005). Vi rekommenderar värme och kyla som egenvård.

Omhändertagande av patienter med reumatoid artrit, Akademiska sjukhuset

Efter omstrukturering av reumatologens verksamhet är sjukgymnastens arbetssätt förändrat. Nytt är nu, att vi tillsammans med patienten gör en bedömning av vilket team som är mest lämpligt. Vid samtalet utformas även patientens aktivitetsmål utifrån ett beteendemedicinskt synsätt innan start. Detta följs sedan upp under perioden.

Vi ger patienterna kunskap om vikten av daglig fysisk aktivitet och att träning tillsammans med läkemedels behandling utgör de viktigaste hörnpelarna för behandling av RA. Vi betonar vikten av konditionsträning för att förebygga hjärt-kärlsjukdom. Vi arbetar utifrån ett beteendemedicinskt synsätt där vi med patientens aktivitetsmål som grund, utformar ett individuellt träningsprogram. Hänsyn tas till patientens sjukdomsaktivitet, fysiska och psykiska förutsättningar och till omgivningsfaktorer. Om patienten behöver ytterligare smärtlindring, erbjuds behandling med TENS eller akupunktur. När patienten kan hantera sin träning på egen hand fortsätter hen sin träning i friskvården eller hemma. För att stimulera till fortsatt hållbar träning utanför sjukvården, skrivs vid behov Fysisk aktivitet på recept- FaR® (FYSS 2008). Patienterna följs upp med telefonsamtal eller återbesök för konditionstest och motiverande samtal.

Teamomhändertagande

Rehabgrupp

Patienter som är relativt nydiagnostiserade och behöver både information/ kunskap och träning. Teamet består av sjukgymnast, arbetsterapeut och sjuksköterska.

Omfattning: 2 ½ dagar/ vecka, under 5 veckor. Strukturerad egen träning förutom detta. Uppföljning sker 3 månader efter utskrivning.

Individuellt rehabteam

Patienten får en samordnad träningsperiod med stöd av sjukgymnast, arbetsterapeut och sjuksköterska. Upplägget utformas efter individuella behov och förutsättningar. Träningen sker individuellt. Vid behov görs arbetsplatsbesök.

Omfattning: tidsperioden varierar, kan ofta vara 2- 3 månader. Teamet arbetar fortlöpande under hela året.

Uppföljning sker vid utskrivning och efter 3 månader (via telefonsamtal eller återbesök).

Intensivträningsgrupp

Träningsvana patienter i behov av samordnad, intensiv träningsperiod hos sjukgymnast och arbetsterapeut. Sjuksköterska ingår i teamet.

Omfattning: 2 halvdagar/ vecka under 6 veckor. Dessutom strukturerad träning på egen hand minst 1gång/ vecka under perioden.

Uppföljning sker 3 månader efter utskrivning.

Nydiagnosmottagning

Nydiagnostiserade patienter får samordnade tider till sjukgymnast, arbetsterapeut och sjuksköterska. Tanken är att patienterna tidigt ska få kunskap för att ges bättre förutsättningar att leva med sin kroniska sjukdom.

Bassängträning

I särskilda fall, där ingen annan träningsform är möjlig, får patienten under en begränsad period träna i bassäng som sjukvårdande behandling. Hen hänvisas även till bassängträning i Reumatikerförningens regi.

Utvärdering

Utvärdering görs med mätinstrument från REFORM (Bertholds 1999), 6-minuters gångtest (Zugck 2000) och smärtskattning med hjälp av smärtskiss och VAS-skattning (Wewers 1990).

Revidering

Det som framkommit i litteraturen vid den senaste revideringen av behandlingsriktlinjerna 2013, stärker ytterligare det behandlingsupplägg som patienterna erbjuds på reumatologen vid Akademiska sjukhuset.

Referenser

Baillet A, Zeboulon N, Gossec L, Combescure C, Bodin L-A, Juvin R, Dougados M, Gaudin P. Efficacy of cardiorespiratory aerobic exercise in rheumatoid arthritis: Meta- analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Care & Research*, Vol.62, No.7, July 2010, pp 984-992.

Baillet A, Vaillant M, Guinot M, Juvin R, Gaudin P. Efficacy of resistance exercises in rheumatoid arthritis: meta -analysis of randomized controlled trials. *Rheumatology* 2012;51:519-527.

Berglund B. "Orättvis" effekt av fysisk aktivitet. *Läkartidningen* 2005;46:3456-62.

Bertholds G, Ekdahl C, Eurenus E, Mannerkorpi K, Olin L, Stenström CH, Strömbeck B, Waldner A. Reumatologisk fysioterapi och riktlinjer för mätmetoder (REFORM). Sektionen för reumatologi, Legitimerade sjukgymnasters riksförbund, 1999.

Brodda Jansen G. Sensorisk stimulering och inflammation. *Svensk tidskrift för akupunktur* 1993;10(4).

Carlsson CPO. Long term effect of acupuncture. Lund. 2000.

Ehrlich-Jones L, Lee J, Semanik P, Cox C, Dunlop D, Chang R.W. Relationship between beliefs, motivation and worries about physical activity and physical activity participation in persons with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011 December;63(12): 1700 –1705.

Faskunger J. Motivation för motion. Hälsovägledning steg för steg. SISU IDROTTSBÖCKER 2001. www.sisuidrottsbocker.se

FYSS 2008. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Statens folkhälsoinstitut, rapport R 2008:4. Elanders 2008. (www.fyss.se)

Hagel S, Lindqvist E, Bremander A, Petersson I.F. Team-based rehabilitation improves long-term aerobic capacity and health-related quality of life in patients with chronic inflammatory arthritis. *Disability and Rehabilitation*, 2010;32 (20):1686-1696.

Hammond A, Bryan J, Hardy A. Effects of a modular behavioural arthritis education programme: a pragmatic parallel-group randomized controlled trial. *Rheumatology (Oxford)*. 2008 Nov;47 (11):1712-8. Epub 2008 Sep 24.

Hurkmans E, van der Giesen FJ, Vliet Vlieland TPM, Schoones J, Van den Ende ECHM. Dynamic exercise programs (aerobic capacity and/or muscle strength training) in patients with rheumatoid arthritis (Review). *The Cochrane Library* 2009, Issue 4.

Klareskog L, Saxne T, Enman Y. Reumatologi. Lund. Studentlitteratur, 2005.

Lundeberg T. Pain physiology and principles of treatment. Scand J Rehab Med 1995;32:13-42.

Lundgren S, Stenström C.H. Muscle relaxation training and quality of life in rheumatoid arthritis. A randomized and controlled clinical trial. Scand J Rheumatol 1999;28:47-53.

Minor M. A, Sanford M. K. Physical interventions in the management of pain in arthritis. An overview for research and practice. Arthritis Care Res 1993;4:197-206.

Näslund J, Lund I. Smärta och smärtbehandling. Svensk idrottsmedicin 1999;1:25-27.

Ottawa Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for electrotherapy and thermotherapy interventions in the management of rheumatoid arthritis in adults. Physical therapy 2004 nov;84(11):1016-43.

Perandini L.A, de Sá-Pinto A.L, Roschel H, Benatti F.B, Lima F.R, Bonfá E, Gualano B. Exercise as a therapeutic tool to counteract inflammation and clinical symptoms in autoimmune rheumatic diseases. Autoimmunity Reviews 12 (2012) 218-224.

Ronenn R. Exercise and Inflammatory Disease. Arthritis and Rheumatism (Arthritis Care and Research) Vol.49, no 2, April 15, 2003 pp 263-6.

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. 2012.

Stavropoulos-Kalinoglou A, Metsios G.S, Veldhuijzen Jet JJCS, van Zanten, Nightingale P, Kitas G.T, Koutedakis Y. Individualised aerobic and resistance exercise training improves cardiorespiratory fitness and reduces cardiovascular risk in patients with rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2012;0:1-7.

Stenström C.H, Arge B, Sundbom A. Home exercise and compliance in inflammatory rheumatic diseases, a prospective clinical trial. J. Rheumatol 1997;24:470-6.

Wewers M, Lowe N. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. Research in Nursing and Health 1990;13:227-236.

Rekommendationer om fysisk aktivitet för vuxna. Framtagna av Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA) och antagna av Svenska Läkaresällskapet 24 oktober 2011. (www.yfa.se).

Zugck C, Krüger C, Dürr S, Gerber SH, Haunstetter A, Hornig K, Kübler W, Haass M. Is the 6-min walk test a reliable substitute for peak oxygen uptake in patients with dilated cardiomyopathy? European Heart Journal 2000;21:540-49.