

Pasienter med alvorlig revmatologisk sykdom trenger tverrfaglig rehabilitering, men effekten av treningsbehandling er vanskelig å dokumentere

Revmatologisk rehabilitering

Pasienter med inflammatorisk revmatisk sykdom, for eksempel revmatoid artritt, ønsker seg først og fremst mindre smerte og bedre fysisk funksjonsevne (1). I dette nummer av Tidsskriftet gir Kirsten Jemtland Enger og medarbeidere (2) en oversikt over studier av treningseffekter hos pasienter med denne sykdommen. Det er vanskelig å dokumentere trenings-effekter ved revmatoid artritt, og fysisk trening har liten effekt på tradisjonelle effektmål for sykdommen. Enkelte randomiserte og kontrollerte studier viser at ulike former for treningsbehandling fører til lett redusert eller uendret smerte og leddømhet. Slike treningsopplegg kan trygt gjennomføres med tilstrekkelig intensitet for å bedre muskelstyrke og kondisjon.

De siste årene er det kommet en rekke nye sykdomsmodifiserende medikamenter mot alvorlig revmatologisk sykdom, og disse brukes delvis i kombinasjon. I en annen artikkel i dette nummer av Tidsskriftet gir Villy Johnsen og medarbeidere en oppdatert oversikt over kombinasjonsbehandling ved revmatoid artritt (3). Kunnskap om slike avanserte medikamentelle intervensjoner er viktig i rehabiliteringen av pasienter med alvorlig sykdom.

Mange pasienter med alvorlig revmatisk sykdom trenger både treningsbehandling og tverrfaglig rehabilitering. Som ved trening er effekten av tverrfaglige behandlingsopplegg vanskelig å dokumentere med tradisjonelle effektmål (4), men det betyr ikke at rehabilitering er uten effekt. Rehabiliteringstiltak kommer ofte som et supplement til medisinsk behandling og er vanskelig å studere isolert. Det er derfor ikke tilleggseffekter av en isolert del i en tverrfaglig behandling som bør evalueres, men hele behandlingskonseptet samlet.

Dokumentasjon av behandlingseffekter hos revmatologiske pasienter har lenge vært en lavt prioritert oppgave i den daglige praksis. Revmatologer er nå blitt mer oppmerksomme på hvor viktig det er å foreta en fortløpende dokumentasjon av sykdomsvariabler, slik at sykdomstilstanden kan følges fra konsultasjon til konsultasjon (5). Det foregår nå en systematisk og samordnet data-innsamling ved nyforskrivning av all sykdomsmodifiserende medikasjon ved en rekke revmatologiske avdelinger i Norge, og det er en stor utfordring å implementere en slik dokumentasjonspraksis i en travel hverdag. Man benytter en rekke måleinstrumenter for en systematisk oppfølging av sykdomsaktivitet og funksjon under medikamentell behandling av inflammatoriske revmatiske sykdommer. I evalueringen inngår ofte senkningsreaksjon, CRP, telling av hovne og ømme ledd, global sykdomsaktivitet (bedømt av pasient og lege) og pasientrapportert helsestatus med bruk av validerede spørreskjemaer.

Et omfattende klassifikasjonssystem for funksjon, uforhet og helse, International classification of functioning, disability and health (ICF), er utviklet i regi av Verdens helseorganisasjon (6) og foreligger nå på norsk. Systemet er for omfattende til daglig klinisk bruk, men et kjernesett av variabler basert på dette systemet kan bli et forbedret hjelpemiddel i evalueringen av klinisk virksomhet og rehabilitering, ikke bare i forskning. Dessuten kan systemet gjøre registreringspraksisen ved ulike avdelinger mer lik, slik at gjensidig læring og samarbeid om resultatregistrering blir mulig (7).

Generelt korte liggetider ved landets revmatologiske avdelinger gjør det ønskelig å gi et tilbud med mer omfattende revmatologisk rehabilitering. I 1999 ble Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter (NRRK; www.nrrk.no) opprettet. Senteret har en revmatologisk rehabiliteringsenhet med for tiden fem senge-plasser til tverrfaglig rehabilitering av pasienter med komplekse problemstillinger som ikke får dekket sine rehabiliteringsbehov ved de lokale revmatologiske avdelinger. En fagutviklings- og formidlingsenhet har som oppgave å styrke rehabiliteringskompetansen hos helsepersonell ved landets revmatologiske avdelinger.

Behandlingen av inflammatoriske revmatiske sykdommer er ofte sammensatt, og rehabiliteringstiltak vil kunne involvere lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom og ortopediingeniør, ev. også farmasøyt eller psykolog. Søkelyset bør nå rettes mot en tverrfaglig og ikke bare en flerfaglig arbeidsform. Dessuten trengs et forpliktende samarbeid mellom pasient og behandlere. Fordi psykososiale forhold spiller inn i det kroniske, varierende sykdomsforløpet som er karakteristisk for revmatiske sykdommer, må bedret sykdomsmestring være et viktig mål. Derfor bør revmatologiske pasienter med rehabiliteringsbehov tas hånd om av helsepersonell med særskilt kunnskap om revmatologiske sykdommer.

Till Uhlig

till.uhlig@nrrk.no

Till Uhlig (f. 1960) er revmatolog og har doktorgrad innen epidemiologiske og kliniske aspekter ved revmatoid artritt. Han er seksjonsoverlege ved Revmatologisk avdeling, Diakonhjemmets sykehus, hvor han leder fagutviklings- og formidlingsenheten ved Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter (NRRK).

Litteratur

1. Heiberg T, Kvien TK. Preferences for improved health examined in 1,024 patients with rheumatoid arthritis: pain has highest priority. *Arthritis Rheum* 2002; 47: 391–7.
2. Enger KJ, Bjørnstad K, Rødevand E, Skomsvoll JF. Effekt av trening på smerte ved revmatoid artritt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1508–10.
3. Johnsen V, Førre Ø, Kvien TK, Mikkelsen K, Nordvåg B-Y, Rødevand E. Kombinasjonsterapi ved revmatoid artritt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1511–3.
4. Uhlig T, Finset A, Kvien TK. Effectiveness and cost-effectiveness of comprehensive rehabilitation programs. *Curr Opin Rheumatol* 2003; 15: 134–40.
5. Wolfe F, Pincus T, Thompson AK, Doyle J. The assessment of rheumatoid arthritis and the acceptability of self-report questionnaires in clinical practice. *Arthritis Rheum* 2003; 49: 59–63.
6. International classification of functioning, disability and health. Genève: World Health Organization, 2001.
7. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil* 2002; 24: 932–8.