

Godt nytt for pasienter med

Mindre fokus på passiv symptombehandling. Over til aktiv intervensjon med skikkelig trening. Det er budskapet fra forskere når det gjelder hofteartrose i tidlig stadium.

TEKST og **FOTO** Dagrun Lindvåg
dl@fysio.no

FORSKERNE er Ida Svege og Ingrid Eitzen, fysioterapeuter og forskere ved Ortopedisk avdeling, Klinikk for kirurgi og nevrofag, Oslo Universitetssykehus. Begge er tilknyttet et forskningsprosjekt som evaluerer effekten av pasientundervisning og aktiv rehabilitering for pasienter med hofteartrose. Prosjektet ble startet av Norsk forskningscenter for Aktiv Rehabilitering (NAR) i 2003.

En unik studie som utgår fra dette prosjektet viser at behovet for hofteprotese kan reduseres med 44 prosent for pasienter som har fulgt et 12 ukers treningsopplegg under veiledning av fysioterapeut. (Se kronikk side 28).

Ida Svege leverte sin doktorgradsavhandling «Long-term effects of exercise therapy and patient education in patients with mild to moderate hip osteoarthritis» i februar. Doktorgradsstipendiet er gitt av det tidligere vitenskapsrådet ved Ullevål Universitetssykehus. Ingrid Eitzen har studert biomekaniske karakteristika for disse pasientene i sitt postdoc-prosjekt, som ble finansiert med støtte fra Norges Forskningsråd.

Lite kunnskap

Generelt handler mye av forskningen på hofteartrose om pasienter i et sent sykdomsstadium, opplyser Ida Svege og Ingrid Eitzen i et felles intervju med Fysioterapeuten.

Inntil NAR-prosjektet ble startet fantes det svært lite forskning på effekt av aktive intervensjoner – og i særdeleshet for pasienter i en tidlig fase av sykdommen, og med milde til moderate symptomer. Anbefalingene vedrørende valg av behandling har derfor i stor grad vært basert på studier av pasienter med kneartrose; selv om pasienter med hofteartrose kan ha andre behov. Hensikten med prosjektet var derfor å bedre evidensgrunnlaget for aktiv rehabilitering

og trening spesifikt for pasienter med hofteartrose. Den manglende interessen for å studere effekter av ikke-kirurgiske intervensjoner i en tidlig sykdomsfase kan til en viss grad skyldes at pasientene etter hvert kan tilbys hofteproteseoperasjon. Det anses for å være et meget godt alternativ for pasienter på et senere stadium av sykdommen.

Ingrid Eitzen påpeker at artrosen kan ha kommet ganske langt når disse pasientene oppsøker lege på grunn av smerter eller funksjonssvikt.

– Det kan ta en god stund før pasientene opplever smerter. Når pasienten først kommer inn i behandlingsskjeden, henvises de ofte raskt til kirurgi hvis artrosen vises tydelig på røntgen, selv om de ikke har betydelige smerter eller funksjonssvikt, sier Eitzen. Da det kan være dårlig samsvar mellom røntgenfunn og kliniske symptomer ved hofteartrose, er det imidlertid viktig at pasientenes smerte og grad av funksjonsnedsettelse vektlegges ved valg av behandling.

Hofter og knær

– Hva er årsaken til at hoftepasienter tilsynelatende venter lenge før de tar kontakt med sin fastlege?

– En mulig årsak kan være at pasienter med hofteartrose er en litt annen gruppe enn pasienter med kneartrose, sier Ida Svege.

– Siden idrettsrelaterte kneskader er en risikofaktor for fremtidig kneartrose, har trolig en større andel av kneartrosepasientene bakgrunn fra idrett og er vant til å trene og være fysisk aktive. Mitt inntrykk er at denne gruppen, med sin idrettsbakgrunn, er mer «på» for å bli bedre, fordi artrosen påvirker aktivitetsnivået. Treningsbehandling av hofteartrosepasienter har tradisjonelt ikke vært frontet og etterspurt like sterkt, verken fra behandlere eller fra pasientene selv. Men også hoftepasientene blir ivrige når de først får veiledning og hjelp til å komme i gang, sier Svege.

Trening - raskt

– Denne studien viser 44 prosent nedgang i behovet for hofteprotese. Det er mye, også i samfunnsøkonomisk sammenheng. Hvilke konsekvenser bør dette få i klinikken?

Det primære budskapet er, understreker Ida Svege:

– At pasienter som oppsøker fastlege, fysioterapeut eller ortoped på grunn av

Anbefalinger

- Tenk mer frisktrening, og mindre sykdom, symptomer og smertereduksjon.
- Gjør treningen mer funksjonsrettet enn symptomrettet.
- Gi mye informasjon – særlig i startfasen. Hvis pasientene skal gjøre mye selv over lengre tid, må de forstå hvorfor det er viktig.
- Gi pasientene jevnlig veiledning i øvelser, belastning og progresjon.
- Styrketrening med fokus på «skikkelig» styrketrening for lår og sete. Funksjonelle øvelser med fokus på funksjonell styrke og balanse, for eksempel utfall og knebøy. Øvelser som er overførbare til aktiviteter i hverdagen.
- Bevegelighetstrening i form av aktive slyngeøvelser og tøyninger. Deltakerne i studien hadde relativt god bevegelighet, men Svege og Eitzen påpeker likevel at slike øvelser kan være viktig for pasienter med nedsatt bevegelighet.

Kilde: Ida Svege og Ingrid Eitzen

hofteartrose



VEILEDET TRENING - Pasientene må få mulighet til å prøve en aktiv intervensjon med skikkelig trening. Da kan man kanskje utsette operasjonen i noen år, sier forskerne og fysioterapeutene Ida Svege og Ingrid Eitzen.

smarter og funksjonstap, som ikke har trent systematisk og ikke oppfyller kravene til protesekirurgi, raskt må få tilbud om veiledet trening. Det tror jeg mange ikke får i dag.

– Hva skyldes det? At det ikke finns noe tilbud i hjemkommunen, eller at fastlegen ikke er opptatt av trening som behandling?

– Mange er nok ennå ikke klar over effekten av trening for denne pasientgruppen. Der har vi forskere en formidlingsjobb å gjøre. Men det finnes nok både leger og fysioterapeuter som ikke informerer om eller igangsetter aktive behandlingstiltak. Holdningen har kanskje vært for avventende, og

behandlingstiltakene har først og fremst rettet seg mot å lindre symptomer i påvente av operasjon.

Ingrid Eitzen fortsetter:

– Det er nok behov for en holdningsendring. Pasientene må få mulighet til å prøve en aktiv intervensjon med trening, skikkelig trening. Da kan man kanskje utsette operasjon i noen år, og behovet for operasjon kan faktisk også forsvinne for enkelte. Et annet viktig poeng med veiledet trening er at pasienter som oppnår et bedre funksjonsnivå preoperativt, sannsynligvis kommer raskere i gang postoperativt, sier Eitzen.

Mange kan bli bedre

Når det gjelder hvor gode fysioterapeuter og leger er til å ta tak i disse utfordringene, tror Ida Svege at dette varierer en del.

– Dette har vi ikke så mye dokumentasjon på, men det er nok mange, både fysioterapeuter, leger og pasienter, som kan bli bedre. Vi kommer med noen klare anbefalinger basert på denne studien. Det bør særlig legene og ortopedene ta til seg, og informere pasientene og henvise dem til veiledet trening hos fysioterapeut. I tillegg bør fysioterapeutene inkorporere anbefalingene i sin praksis. Og til syvende og sist er de avhengige av at pasientene faktisk gjennomfører og er inn-

Mål: Problemfrie fjellturer – uten stokk

Lars Tafjord syns det er artig å være forskningsobjekt. Han er en av de 109 deltakerne i prosjektet hofteartrose i tidlig fase.

TEKST og **FOTO** Dagrun Lindvåg
dl@fysio.no

ALLEREDE på slutten av 1990-tallet begynte Lars Tafjord (47) å få symptomer på hofteartrose. Han bor i Oslo, har vært fysisk aktiv hele livet og sykler hver dag fram og tilbake til jobb i IT-bransjen. Han møter oss i full sykkelmundur ved Ullevål sykehus.

– Jeg fikk stadig større plager, uten at jeg visste hva det var. Jeg gikk til kiropraktor på grunn av andre problemer, blant annet med ryggen. Der fikk jeg tips om at det kanskje kunne dreie seg om hofteartrose, og fikk etter hvert kontakt med NIMI. I 2005 ble jeg spurt om å delta i dette forskningsprosjektet.

Tafjord forteller at artrose for hans del trolig er arvelig. Hans mor har også vært plaget med hoftene i mange år.

– *Hvordan har du merket effekten av treningsprogrammet og deltakelsen i dette prosjektet?*

– Forskjellen er ikke så veldig stor for min del. Men jeg kunne jo ha hatt mye større plager i dag, uten denne treningen. Det viktigste for meg har vært bevisstgjøringen om hva hofteartrose er og å lære hvordan jeg skal trene på egenhånd. I min hverdag hadde det ikke vært mulig med regelmessig veiledet trening hos fysioterapeut. Gjennom dette prosjektet har jeg blitt mer bevisst på hva jeg gjør og hvordan jeg gjør det. I perioder bruker jeg en person-

lig trener, som også er fysioterapeut, sier Tafjord.

Han er overbevist om at han hadde hatt mye større problemer med hoftene, dersom han hadde vært 20 kilo tyngre og ikke var vant til å trene regelmessig.

– Plagene med hoftene går opp og ned, men fram til nå har det holdt seg stabilt. Jeg har ikke blitt noe verre de siste årene. Mitt håp er å unngå operasjon, og i alle fall utsette det så lenge som overhode mulig.

– *Har du noen personlige mål?*

– Problemfrie fjellturer – uten stokk! Og selvsagt håper jeg å slippe smerter om natta. Fram til i dag har jeg klart meg uten smertestillende, sier det aktive forskningsobjektet. ■



Jeg kunne hatt mye større plager i dag, uten denne treningen.

» stilt på å gjøre en innsats selv, påpeker Svege. Ikke alle pasienter er toppmotiverte for trening og aktivitet, og da er det ekstra viktig at fysioterapeuten gir grundig informasjon og veiledning og motiverer til egeninnsats.

– *Sies det tydelig nok at hvis du gjør dette intenst nok, så kan du slippe å bli operert, eller i alle fall utsette operasjon så lenge at det får en reell betydning?*

– Nei, det tror jeg ikke. Men det har jo heller ikke vært dokumentert før nå at trening kan ha så stor betydning.

Aktiv rehabilitering - raskt

Når det gjelder organisering av helsetilbudet til denne pasientgruppen, understreker forskerne følgende:

– Disse pasientene går som regel rett til fastlegen, uten å ha vært hos fysioterapeut først. Da bør legen henvide dem til fysio-

terapi med en gang, og det bør settes i gang et treningsopplegg av en viss varighet. Hvis det ikke fører fram, kan man gå tilbake til fastlegen for henvisning til ortoped. Men fysioterapi og et aktivt rehabiliteringsprogram bør alltid settes i gang så fort som mulig. Hvis de skal vente til de får time hos ortoped, tar det for lang tid, sier Svege.

Ingrid Eitzen peker på at dette er en stor pasientgruppe, både i samfunnet og ved fysikalske institutter.

– Å gjøre pasientene mer selvstendige og ansvarlige, vil derfor være hensiktsmessig på mange nivåer. Hoftepasienter trenger ikke nødvendigvis å gå til fysioterapeut to ganger i uka over lengre tid. De trenger veiledning for å komme i gang med riktig treningsopplegg, og de trenger oppfølging med jevne mellomrom for å få tilstrekkelig progresjon og intensitet i treningen. Mange kan trene

på egenhånd, mener Eitzen.

Ida Svege understreker betydningen av informasjon.

– Fysioterapeuten må formidle til pasienten at det ikke er farlig å trene. Mange får høre at de har slitasje og at leddet er «slitent». Da tenker mange at de må være forsiktige. Slitasjegikt er et ubrukelig uttrykk!

– *Er det fortsatt en del bruk av passive behandlingstiltak i norsk fysioterapi?*

– Det er det vanskelig for oss å si noe om. Men tradisjonelt har artrosebehandling vært symptomrettet, derfor er det grunn til å tro at det fortsatt benyttes en del passive tiltak. Man behøver ikke nødvendigvis tenke helt svart-hvitt på dette, at det enten er passive eller aktive tiltak som er det eneste rette. Men det er uansett et behov for et skifte – over til en mer aktiv tilnærming. Dette har blitt framhevet også i internasjonal litteratur



AKTIV - Fram til i dag har jeg klart meg uten smertestillende, sier Lars Taffjord. Han har vært plaget av hofteartrose siden slutten av 1990-tallet.

de siste årene, og det er på agendaen i det internasjonale artrose miljøet. Mindre fokus på passiv behandling og medikamenter, over til aktiv tilnærming i rehabiliteringen, sier Eitzen.

To år - stor betydning

Med dagens levealder vil de som får protese når de er ca 60 år med stor sannsynlighet måtte opereres på nytt 20-25 år senere. En utsettelse av operasjon i for eksempel to år høres kanskje lite ut. Men det kan ha stor betydning for den enkelte pasient, i tillegg til det samfunnsøkonomiske, påpeker de to forskerne.

Resultatet er nemlig *ikke* like bra for revisjoner som for første gangs innsettelse av protese. Inngrepet er større, pasientene er eldre, og de er ikke like godt rustet til å komme seg igjen etter inngrepet. Utsettelse

av primæroperasjon kan derfor bety færre fremtidige revisjoner, fordi en del pasienter vil dø av naturlige årsaker før protesen må skiftes ut. Fordi det er snakk om en stor pasientgruppe, betyr det reduserte antallet operasjoner lavere kostnader for samfunnet. For den enkelte pasient betyr resultatene at de kanskje kan unngå revisjonskirurgi, med den risikoen det medfører.

Smerte og funksjon

Det ble ikke funnet behandlingseffekt på selvrappportert smerte blant de 109 deltakerne i denne studien. Ida Svege opplyser at det ble lagt stor vekt på funksjon i treningsopplegget.

- Vi har tillatt noe smerte under trening. For oss har det vært viktig å avmystifisere smerte. Pasientene har rapportert at de har fått bedre funksjon av treningsopplegget,

men ikke mindre smerte. Det kan bety at smerte for denne pasientgruppen er noe mindre viktig enn å fungere bra. Enkelt-pasienter kan også oppleve at smerten blir mindre eller forsvinner gjennom trening, men vi finner ikke dette igjen på gruppenivå i vår forskning. Derfor kan ikke vi si at treningsprogrammet vårt har effekt på smerte, sier Svege. Det er også viktig å presisere at disse pasientene kun hadde milde til moderate smerter ved studiestart.

Ingrid Eitzen legger til:

- Hvis du føler at du fungerer bedre totalt sett, tåler du kanskje smerten bedre. Det er ikke så lett å måle. Kanskje handler det mye om mestring, bli sterkere og dermed tryggere. Smerten ble kanskje ikke redusert, men den ble heller ikke verre. Og jeg kan gjøre mer enn før. Mange vil oppleve det som verdifullt! ■