

Fysioterapi ved Bekhterev sykdom i Trondheim og omkringliggende kommuner

Kirsten Jemtlund Enger, fysioterapeut, spesialist i rehabilitering med fordypning i revmatologisk fysioterapi MNFF, St. Olavs Hospital
kirsten.enger@stolav.no

Hanne Dagfinrud, fysioterapeut, dr. philos, Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter NRRK

Vigdis Fuglesang, fysioterapeut, høgskolelærer, Høgskolen i Sør-Trøndelag/ Pirbadet fysioterapi

Johan Fr. Skomsvoll, overlege, førsteamanuensis dr.med., St. Olavs Hospital/NTNU

Hege Suorza Svean Koksвик, forsknings- sykepleier, Cand. polit., St. Olavs Hospital

Artikkelen ble mottatt 21.08.06 og akseptert 30.05.07. Den er referevurdert etter tids- skriftets retningslinjer.

Forfatterens oppgitte interessekonflikter: ingen.

Innledning

Bekhterev sykdom er en inflammatorisk revmatisk sykdom som først og fremst

affiserer ileosacralledd og columna med thorax. Sykdommen er progredierende med et svingende forløp, og det er stor variasjon i alvorlighetsgrad. De mest fremtredende symptomene er smerter og stivhet med tendens til holdningsforandring og tilstivning på sikt. Hos cirka en tredjedel av pasientene affiserer sykdommen også perifere ledd; vanligst er hofteladd, kneledd og skulderledd. Årsaksforholdene er ikke endelig avklart, og spesifikke røntgenologiske forandringer i ileosacralleddene er nødvendig for å stille sikker diagnose. Det er geografiske variasjoner i forekomst av Bekhterev sykdom, og i Skandinavia er den rapportert fra 0.1 til 0.4 prosent, med fordeling mellom kvinner og menn på henholdsvis 1 per 2-3. Vanligste debutalder er mellom 20 og 30 år, og sykdommen diagnostiseres sjelden etter 45-årsalder (1).

Pasienter med Bekhterev sykdom opplever at sykdommen påvirker helsa negativt både fysisk, mentalt og sosialt sammenlignet med friske. Konsekvensene er størst for fysisk helse, og de avtar relativt sett med økende alder (2). Pasientene har behov for kontinuerlig oppfølging og behandling for å motvirke tap av funksjon (3). Studier viser generelt positive effekter av fysioterapi (4); det er godt dokumentert at effekt av trening i

gruppe med fysioterapeut er bedre enn egen- trening hjemme, og at egentrening hjemme er bedre enn ingen intervensjon.

Studier av pasienters øvelsesvaner viser at fysisk aktivitet utført mer enn 30 minutter daglig kan ha effekt på smerter og stivhet hos dem med kortere sykdomsvarighet enn 15 år, og ryggøvelser fem dager i uka kan ha effekt på smerter og funksjon hos pasienter som har hatt diagnosen i mer enn 15 år (5). Selvrappert trener majoriteten av pasientene noe på egenhånd, men mindre enn en tredjedel trener tre ganger i uka eller mer (6).

Pasientinformasjon tilsendt per post er vist å øke selvrappert treningsmengde (7); og regelmessig kontroll hos revmatolog, høyere utdanning og tro på at trening hjelper øker pasientenes tilbøyelighet til å trene (8). Det er mangel på studier som undersøker effekt av vanlige fysioterapitiltak som elektroterapi, bløtdelsbehandling, manuell terapi og bassentrening (4), men dette til tross er det enighet internasjonalt om at fysioterapi er et viktig behandlingstilbud for pasientgruppen (9).

Vi søkte i PubMed, CINAHL og EMBASE med termene «Ankylosing Spondylitis» kombinert med AND «physiotherapy» OR «physical therapy» AND «primary health care» OR «outpatient care». Det ga

Sammendrag

Studiens mål var å kartlegge bruk av fysioterapi- og treningstilbud hos pasienter med Bekhterev sykdom i Trondheim og tre omkringliggende kommuner, samt pasientenes tilfredshet med tilbudet. Sammenhenger mellom pasientkarakteristika og bruk av fysioterapitjenester og mellom sykdomsrelaterte forhold og bruk av fysioterapitjenester ble undersøkt. Målet var å få grunnlag for vurdering av tilbudet og innsikt i karakteristika som har sammenheng med bruk av ulike fysioterapitjenester.

Totalt 220 av 410 pasienter (57 prosent) besvarte tilsendte spørreskjema vedrørende tilgjengelighet og bruk av fysioterapi- og treningstilbudene siste år, samt standardiserte sykdomsspesifikke spørreskjema om sykdomsaktivitet (The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, BASDAI), og fysisk funksjon (The Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index, BASFI) og

sykdomsbelastning (The Bath Ankylosing Spondylitis Global Score, BAS-G).

Studien viste at 61 prosent av pasientene hadde brukt fysioterapi siste år, og de som skåret høyest på sykdomsaktivitet, sykdomsbelastning og fysisk funksjonsbegrensning brukte mest fysioterapi.

Grad av smerte var viktigste faktor for bruk av fysioterapi, mens alder, bostedskommune og kjønn ikke hadde påvirkning. Omtrent en tredjedel brukte ulike treningstilbud utenfor helsevesenet. Det var 60 prosent som opplevde godt samsvar mellom tilbud og behov, og andelen som var fornøyd var fra 87 til 100 prosent for de ulike tilbudene. Om lag en tredjedel ønsket utvidet fysioterapitilbud etter ordinær arbeidstid.

Nøkkelord: Bekhterev sykdom, fysioterapi, trening.

ingen treff som omhandlet forbruk av og type bruk av fysioterapi ved Bekhterev sykdom i primærhelsetjenesten. Verken Rikstrygdeverket, Statistisk Sentralbyrå eller ansvarlig for fysioterapitjenesten Trondheim kommune kunne gi oss data vedrørende bruk av fysioterapitjenester i enkeltkommuner for pasientgruppen.

Vi ønsket derfor å fremskaffe kunnskap om Bekhterevpasienters bruk av fysioterapi- og treningstilbud. Delmålene med studien var å:

- Kartlegge omfanget av bruk av ulike fysioterapi- og treningstilbud hos pasienter med Bekhterev sykdom i Trondheim og tre omkringliggende kommuner og pasientenes tilfredshet med tilbudet.
- Undersøke mulige sammenhenger mellom pasientkarakteristika og bruk av fysioterapitjenester.
- Undersøke mulige sammenhenger mellom sykdomsrelaterte forhold og bruk av fysioterapitjenester.

Hovedhensikten var å få datagrunnlag for vurdering av eventuelle endringsbehov i tilbudet til denne pasientgruppen, og å få innsikt i karakteristika som kan ha sammenheng med deres bruk av ulike fysioterapitjenester.

Materiale og metode

Vi inviterte pasienter fra kommunene Trondheim, Malvik, Klæbu og Melhus med diagnosen Ankyloserende spondylitt (ICD-10 kode HM 45 eller 720) til å delta i undersøkelsen. Pasientene var registrert i Pasientadministrativt System (PAS) ved Revmatologisk avdeling ved St. Olavs Hospital fra 1991 til oktober 2005. Spørreskjema ble postet sammen med frankert returkonvolutt (N = 410). Ikke-respondenter ble tilsendt nye skjema etter to måneder. Skjema besto av to hoveddeler:

Del 1 ble utarbeidet av prosjektgruppa og hensikten med det var å kartlegge pasientkarakteristika, tilgjengelighet og bruk av fysioterapi- og treningstilbud, samt tilfredshet med tilbudet. Det ble testet ut på 10 vilkårlige pasienter med Bekhterev sykdom, og deres forslag til endringer ble innarbeidet. Skjemaet besto av følgende:

Bakgrunnsopplysninger: Kjønn, alder, boligkommune, sivilstand, barn, utdanningsnivå, grad av yrkesaktivitet, antall år fra symptomdebut og antall år siden diagnose.

Respondentene ble spurt om deres tilgang på ulike former for fysioterapi-behandling og trening med fysioterapeut. Svarkategoriene var gruppetrening i oppvarmet bas-

seng, annen gruppetrening, selvtrening med veiledning av fysioterapeut, og individuell fysioterapi-behandling. Videre ble de spurt om andre muligheter for organisert trening: Treningstudio, gruppetrening, trening i regi av idrettslag, og trening i regi av pasientorganisasjon.

Respondentene ble også spurt om hvilke former for fysioterapi eller organisert trening de hadde benyttet siste år. De ble videre bedt om å spesifisere hvor stor del av året og hvor mange ganger per uke de hadde brukt de ulike tilbudene. De ble også bedt om å angi hvor fornøyd de var med behandlingen ut fra fire svaralternativer, fra svært fornøyd til svært misfornøyd.

Respondentene ble så bedt om å oppgi hvordan tilbudet de hadde samsvart med tilbudet de ønsket. Svaralternativene gikk fra svært godt, via godt og mindre godt, til dårlig. De ble også bedt om å oppgi konkrete ønsker for fysioterapi- og treningstilbud med hensyn til form, tidspunkt, sted og omfang, da i åpne svaralternativ. Et siste spørsmål – om hvilke forhold som påvirket treningsmengde – er ikke tatt med i analysene etter som svarene viste seg vanskelig å tolke.

Del 2 besto av tre sykdomsspesifikke selvrapporteringskjema utarbeidet ved the Royal National Hospital for Rheumatic Diseases (10-12):

- The Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) – kartlegging av fysisk funksjon.
- The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) – kartlegging av sykdomsaktivitet.
- The Bath Ankylosing Spondylitis Global Score (BAS-G) – kartlegging av sykdomsbelastning.

Spørsmål ble besvart ved hjelp av loddrette streker på 10 cm visuelle-analoge skalaer (VAS) (en strek per skala), der ankerpunkt 0 betyr «ingen problemer» og 10 betyr «store problemer». Gjennomsnittsverdien av svarene i hvert skjema ble kalkulert. Instrumentene er anbefalt brukt i klinisk forskning på pasientgruppen av det internasjonale ekspertforumet «The Assessments in Ankylosing Spondylitis (ASAS) Working Group» (13). De er oversatt og validert for norske forhold av en gruppe eksperter bestående av revmatologer i samarbeid med pasienter med revmatisk sykdom (14).

BASFI (fysisk funksjon): Skjemaet består av åtte spørsmål om evne til å utføre følgende daglige aktiviteter siste uke: Ta på strømper, ta opp noe fra gulvet, nå opp til høythengende hylle, reise seg fra stol, reise

seg fra liggende på gulvet, stå oppreist 10 minutter, gå trapper og se seg over skulderen. To spørsmål dreier seg om evne til å utføre fysisk krevende aktiviteter over tid.

BASDAI (sykdomsaktivitet): Skjemaet består av seks spørsmål om siste ukes opplevde tretthet, smerte i columna, smerte i perifere ledd, trykkømheter og morgenstivhet.

BAS-G (sykdomsbelastning): Spørreskjema består av to spørsmål om sykdommens innvirkning på velbefinnende siste uke (BAS-G 1) og siste seks måneder (BAS-G 2).

Utfyllende opplysninger om bassengtrening og andre gruppetreningstilbud i primærhelsetjenesten ble innhentet fra ansvarlig for fysioterapitjenesten eller fysioterapeuter som arbeidet i aktuelle kommuner, dels ved telefonisk kontakt, dels ved personlig kontakt og dels ut fra deltakende observasjon i treningsgrupper. Lokale pasientorganisasjoner ble kontaktet per telefon for kartlegging av deres treningstilbud.

Deltakelse i studien var frivillig og i samsvar med retningslinjene i Helsinkideklarasjonen. Prosjektet er anbefalt av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Midt-Norge; de anså informert samtykke som avgitt ved returnering av spørreskjema. Vi fikk tillatelse fra Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste til oppbevaring av persondata.

Dataanalyse

Data ble behandlet i statistikkprogrammet SPSS, versjon 12 (SPSS Inc. Chicago IL). Demografiske variabler rapporteres med gjennomsnitt (gj sn) og standardavvik (sd) eller konfidensintervaller (KI) for kontinuerlige variabler, og med frekvenser og andeler for kategoriske variabler. For øvrige målevariabler ble kategoriske data analysert med chikvadrattester som assosiasjonsmåler for bivariate sammenhenger, og logistisk regresjon for multivariate analyser med odds ratio (OR) som effektmål. Kontinuerlige data ble signifikansvurdert etter t-outvalgs t-tester for forskjeller mellom gruppene. Grenseverdien for statistisk signifikans var ≤ 5 prosent for alle testene.

For analyseformål ble deltakerne delt i to aldersgrupper med median alder som grenseverdi, slik at de «eldste» er ≥ 49 år og de «yngste» 48 år og yngre. Videre ble BASDAI, BASFI og BAS-G variablene delt i to, slik at pasienter med verdi ≥ 4 ble regnet for å ha «høy sykdomsaffeksjon», mens de som anga verdier < 4 ble kategorisert til «lav sykdomsaffeksjon». Denne grenseverdien er i overensstemmelse med vurdering av sykdomsaffeksjon ved medisinsk behandling i internasjonale publikasjoner (15). De to

gruppene ble så sammenliknet ved hjelp av t-outvalgs t-test.

Når det gjaldt bruk av fysioterapi ble de som hadde brukt tilbudet \geq fire måneder i året kategorisert som «storforbrukere», versus de som hadde brukt fysioterapi under fire måneder eller ikke i det hele tatt. Svarene på de åpne spørsmålene ble uavhengig registrert og gruppert av to personer (VF og KJE). Ved manglende samsvar ble enighet oppnådd gjennom diskusjon.

Resultat

Spørreskjemaet ble sendt til 410 pasienter med Bekhterev sykdom i kommunene Trondheim, Melhus, Malvik og Klæbu.

I alt 17 skjema kom i retur grunnet ukjent adressat, og ytterligere fem pasienter hadde flyttet ut av de aktuelle kommunene. Av de resterende 388 skjema ble 241 returnert. Det var 22 pasienter som svarte nei til å delta i studien, mens 27 personer informerte via skjema eller telefon at de ikke hadde sikkert påvist Bekhterev sykdom. Skjema fra 220 pasienter (57 prosent) ble returnert i utfylt stand og inkludert. Respondentenes karakteristika vises i tabell 1, og hele 84 prosent av pasientene kom fra Trondheim kommune (figur 1).

Tilgjengelighet og bruk av fysioterapi og treningstilbud

Det var 69 prosent som oppga at de hadde tilgang til treningsstudio, mens 61 prosent rapporterte å ha tilgang til individuell fysioterapi i sitt nærområde. Videre svarte litt over halvparten at de hadde muligheter for trening med veiledning av fysioterapeut og bassengtrening i sitt nærområde (figur 2). Cirka 15 prosent oppga at de ikke visste hvilke tilbud som fantes.

Av totalt 220 pasienter svarte 133 (61 prosent) at de hadde hatt fysioterapibehandling eller deltatt i trening med fysioterapeut siste år. Av disse hadde 40 prosent hatt slik behandling eller trening i mer enn ni måneder siste år (figur 3). Figur 4 viser antall pasienter som oppga å benytte de forskjellige formene for trening og behandling. Ulike kombinasjoner av behandling og trening ble benyttet av om lag to tredjedeler av respondentene (kategoriene var ikke gjensidig utelukkende).

De som hadde hatt bassengtrening, gruppetrening på land og selvtrening med fysioterapeut hadde hatt dette en til to ganger per uke. Bruken av individuell fysioterapi var mer variert; her oppga to tredjedeler at de hadde hatt slik behandling en til to ganger per uke, de resterende mindre enn en gang

Tabell 1. Pasientkarakteristika og sykdomsvariabler.

	Alle (N = 220)	Menn (n = 129)	Kvinner (n = 91)
Kjønn %		58	42
Alder i år, gj snitt ¹ (sd ²)	48 (11)	49 (11)	48 (12)
Gift eller samboende %	76	79	73
Mindreårige barn (<16) %	34	35	33
År siden diagnose, gj snitt (sd)	16 (11)	17 (12)	16 (10)
Høyere utdanning (>12 år) %	43	50	35
Arbeid, heltid %	55	71	33
Arbeid, deltid %	13	3	38
Ufør %	20	15	28
BASFI ³ , gj snitt (sd)	3.1 (2.1)	3.0 (2.1)	3.2 (2.2)
BASDAI ⁴ , gj snitt (sd)	4.3 (2.3)	3.8 (2.2)	4.9 (2.4)
BAS-G 1 ⁵ , gj snitt (sd)	4.0 (2.6)	3.8 (2.5)	4.4 (2.7)
BAS-G 2 ⁵ , gj snitt (sd)	4.5 (2.5)	4.3 (2.5)	4.8 (2.5)

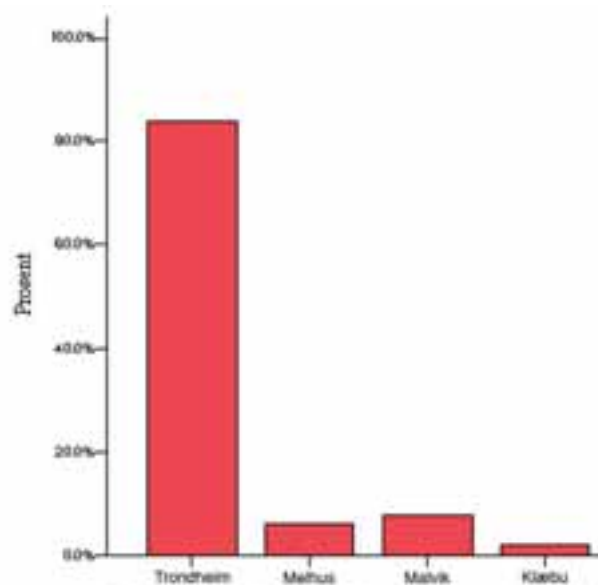
1. gj snitt: Gjennomsnitt
2. sd: Standardavvik
3. BASFI: The Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (mål for fysisk funksjon)
4. BASDAI: The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (mål for sykdomsaktivitet)
5. BAS-G: The Bath Ankylosing Spondylitis Global Score, 1: Siste uke, 2: Siste 6 måneder (mål for sykdomsbelastning)

per uke.

Av de som hadde deltatt i gruppetrening i basseng, var 97 prosent fornøyd eller svært fornøyd, av de som hadde deltatt i landbasert gruppetrening med fysioterapeut svarte 89 prosent at de var fornøyd eller svært fornøyd. Hele 95 prosent var fornøyd eller svært fornøyd med individuell fysioterapi, mens 87 prosent var fornøyd eller svært fornøyd med deltakelse i veiledet selvtrening.

Deltakelse i andre former for organisert trening

Mindre enn en tredjedel (29 prosent) av respondentene oppga å ha deltatt i annen organisert trening siste år. Nesten halvparten av disse (45 prosent) anga sin deltakelsesvarighet til mer enn ni måneder. Over halvparten trente i treningsstudio (56 prosent), en tredjedel i aerobicgruppe (33 prosent) og bare 19 prosent i regi av idrettslag og pasientorganisasjoner. Nær sagt alle disse respondentene var fornøyd eller svært fornøyd med treningen, uansett treningsform (treningsstudio 97 pro-



Figur 1. Respondentenes boligkommune, prosent (N = 220).

sent, aerobicgruppe 96 prosent og idrettslag og pasientorganisasjoner 100 prosent).

På spørsmål om i hvilken grad fysioterapi- og treningstilbudet de hadde i dag samsvar med det de ideelt sett ønsket å ha, oppga 60 prosent godt samsvar. Gruppen som opplevde godt samsvar ble sammenliknet med de som ikke opplevde slikt samsvar i en logistisk regresjonsmodell. Vi fant at den eld-

ste gruppen (≥ 49 år) hadde større tendens til å oppleve godt samsvar sammenliknet med de yngste [OR (95 % KI): 2.1 (1.0,4.6), $p = 0.04$], mens verken kjønn, bostedskommune (by eller landkommune), tilknytning til arbeidslivet (i jobb eller ikke), selvrapporert fysisk funksjon eller sykdomsaktivitet var statistisk signifikante predikatorer for godt opplevd samsvar mellom tilbud og ønsker i den multiple modellen.

Brukere av fysioterapi versus ikke-brukere

Brukere av fysioterapi oppga statistisk signifikant høyere verdier enn ikke-brukere når vi sammenligner gjennomsnitt av verdier for BASFI (fysisk funksjon) og BASDAI (sykdomsaktivitet) og enkeltparametre som morgenstivhet, smerter/hevelse i perifere ledd og rotasjon i cervicalcolumna, alle fra de to foregående indeksene (tabell 2).

En multipel logistisk regresjonsanalyse med brukere versus ikke-brukere av fysioterapitilbudet som avhengig variabel, viste at brukere av fysioterapi hadde signifikant mer smerter enn ikke-brukere [OR (95 % KI): 1.2 (1.0, 1.4), $p = 0.01$]. Variablene kjønn, alder, bostedskommune (by eller landkommune) eller grad av stivhet (rotasjon i halsvirvelsøylen) hadde derimot ikke signifikant sammenheng med bruk av fysioterapi ($p > 0.05$).

Kjønn og bruk av tilbud

Andelen mannlige brukere av fysioterapi siste år var 56 prosent, mens andelen menn i hele materialet var litt større (59 prosent). Dog var forskjellen mellom andelen ikke statistisk signifikant ($p = 0.24$).

En større andel kvinner enn menn anga å benytte bassengtrening (henholdsvis 61 mot 46 prosent, $p = 0.03$). Derimot var det en større andel menn enn kvinner som anga å benytte veiledet selvtrening (henholdsvis 66 mot 46 prosent, $p = 0.03$). Likheter i kjønnsandeler fant vi blant de som anga å ha fått individuell fysioterapi siste år (cirka 70 prosent). Selv om det var en større andel kvinner enn menn som anslo å ha deltatt i gruppetrening med fysioterapeut (31 prosent kvinner mot 24 prosent menn) var denne forskjellen ikke statistisk signifikant ($p = 0.64$).

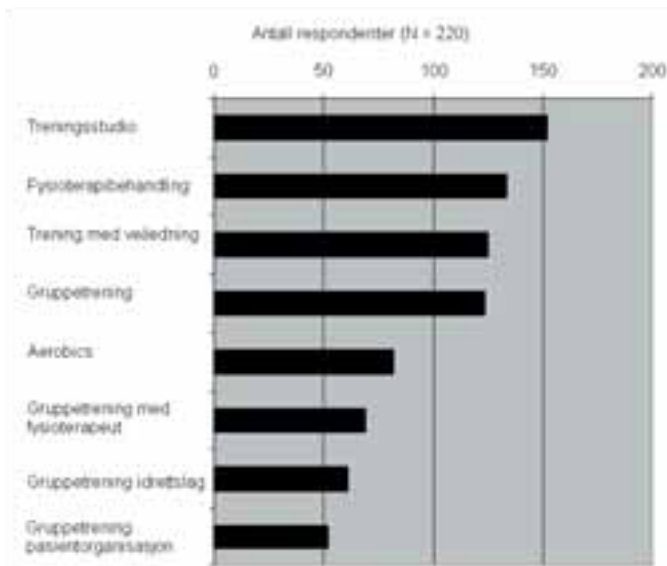
«Storforbrukere» av fysioterapi

Blant «storforbrukere» av fysioterapi var andelen kvinner større enn menn ($p = 0.03$) og de anga å ha færre barn under 16 år ($p = 0.04$) enn dem som hadde brukt fysioterapi i mindre enn fire måneder eller ikke i det hele tatt. Det var derimot ingen forskjell på deltakelse i arbeidsliv i disse to gruppene ($p = 0.28$).

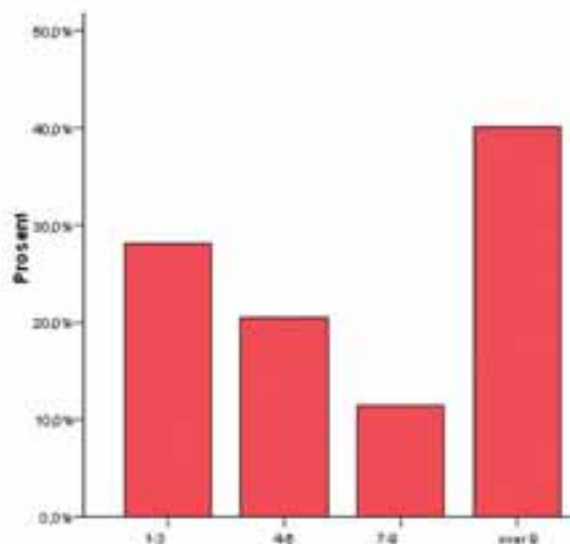
På spørsmål om hvilken grad av innvirkning sykdommen hadde hatt på velbefinnende i løpet av det siste halvåret (BAS-G 2) var det 52 prosent av de som opplevde sykdommen mest belastende (≥ 4) som var «storforbrukere» av fysioterapitjenester, mens bare 34 prosent av de som opplevde sykdommen mindre belastende var slike brukere ($p = 0.01$).

Ønsker for fysioterapi- og treningstilbudet

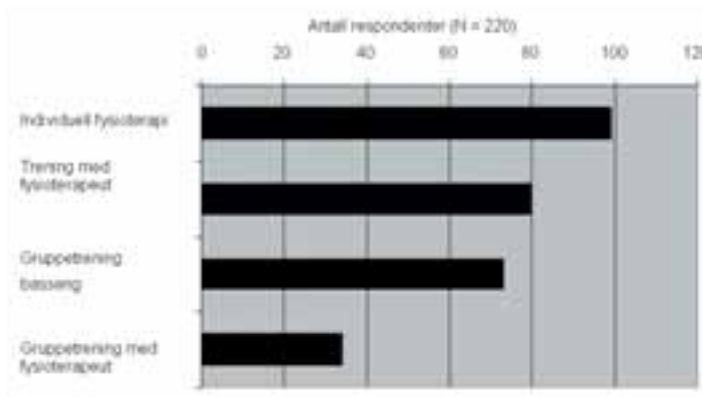
Respondentene ønsket i størst grad individuell fysioterapi og bassengtrening. Mange uttrykte behov for tilbud etter ordinær arbeidstid (73 av 101 som svarte på dette). Om lag 50 prosent av dem som uttalte seg vedrørende omfang ønsket tilbud to ganger i uka (62 av 116). På spørsmålet om hvor



Figur 2. Antall respondenter som oppgir å ha tilgang på ulike fysioterapi- og treningstilbud (N = 220). Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende.



Figur 3. Prosent av brukere som benytter fysioterapi i henholdsvis 1-3, 4-6, 7-9 og over ni måneder (N = 133).



Figur 4. Bruk av ulike former for fysioterapi, antall respondenter (N = 220). Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende.

Tabell 2. Forskjell mellom brukere av fysioterapi og ikke brukere med hensyn til påvirkning av sykdomsaktivitet og fysisk funksjon.

	Ikke-bruker (n = 87) gj snitt ¹ (sd ²)	Bruker (n = 133) gj snitt (sd)	p-verdi ⁷
BASDAI ³	3.5 (2.2)	4.8 (2.3)	0.001*
BASFI ⁴	2.4 (2.1)	3.5 (2.1)	0.001*
Morgenstivhet ⁵	4.3 (2.7)	5.3 (2.7)	0.028*
Smerter/hevelse i perifere ledd ⁵	2.4 (2.5)	3.8 (2.9)	0.001*
Rotasjon i cervicalcolumna ⁶	4.1 (3.3)	5.3 (3.2)	0.010*

1. gj snitt: Gjennomsnitt

2. sd: Standardavvik

3. BASDAI: The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (mål for sykdomsaktivitet)

4. BASFI: The Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (mål for fysisk funksjon)

5. Målt med BASDAI

6. Målt med BASFI

7. to-utvalgs t-test

* Statistisk signifikante verdier ($p \leq 0,05$)

de ønsket seg fysioterapitilbud svarte 113 respondenter, hvorav 60 prosent (68) anga Trondheim sentrum, 30 prosent (34) lokalt i bydelene og 10 prosent (12) i sine respektive landkommuner.

Diskusjon

Studien viser at over 60 prosent av både kvinner og menn med Bekhterev sykdom i Trondheim og tre omkringliggende kommuner oppgir å ha benyttet fysioterapi i en eller annen form siste år. De som scoret høyest på måleinstrumentene for sykdomsrelaterte forhold, brukte fysioterapi i størst grad. Brukerne er jevnt over fornøyd med fysioterapi- og treningstilbudene, og over halvparten opplevde godt samsvar mellom tilbud og ønsker.

Tilgjengelighet

Tilgjengelighet på fysioterapitjenester handler om både lokalisering og åpningstider. Over halvparten av respondentene i denne studien oppga å ha mulighet for fysioterapi og trening i sitt nærmiljø, og avstand fremkom ikke som en tydelig hindring. Begrepet «nærmiljø» var ikke nærmere definert i spørreskjemaet i form av oppgitt avstand, og det er mulig at en konkretisering av begrepet kunne ha gitt andre svar. Mange oppga fysioterapi etter arbeidstid som et ønske, og andelen som var i full jobb i dette materialet er tilnærmet likt som i befolkningen for øvrig. Det kan derfor være behov for utvidet fysioterapitilbud etter arbeidstid. Et alternativ er å gi mulighet for fysioterapi som del av arbeidsdagen. Slike ordninger finnes i noen grad, men kommer lett i konflikt med økende krav til fleksibilitet og ytelse i dagens arbeidsliv (16).

Bruk av fysioterapi- og treningstilbud

Resultatene fra denne studien tyder på at pasienter med Bekhterev sykdom bruker fysioterapi i langt større grad enn den øvrige befolkningen. En spørreundersøkelse gjort av Norsk Fysioterapeutforbund av et representativt utvalg på 801 personer viste at 26 prosent av befolkningen hadde hatt behandling hos fysioterapeut siste to år (17). Denne større bruken hos pasienter med Bekhterev sykdom kan tenkes å ha sammenheng med opplevd god effekt av fysioterapibehandling. På den annen side vil personer som jevnlig bruker tjenestene antakelig ha større tendens til å svare på undersøkelsen fordi de har egeninteresse av hvordan tjenestene er utformet. En slik utvalgsskjevhet vil i tilfelle resultere i overrapportert bruk av fysioterapitjenester.

Pasientene ga uttrykk for å være svært fornøyd med de fysioterapitjenestene de brukte. Høy tilfredshet med fysioterapi er dokumentert tidligere (17) og er også vanlig i helsevesenet for øvrig (18). Derfor er dette i seg selv ikke et bemerkelsesverdig forhold mellom pasienttilfredshet og tjenestekvalitet er omdiskutert, og brukernes tilfredshet vurderes som en av flere indikatorer på tjenestenes kvalitet (19,20). Denne studien viste at brukerne opplevde fysioterapitjenestene som gode, men gir ikke grunnlag for å si noe om hvilke forhold ved tjenestene de var fornøyd med eller hvilken effekt fysioterapi har for pasientgruppen.

Om lag 30 prosent av respondentene oppga å ha deltatt i andre former for organisert trening. Andre treningstilbud kan tenkes brukt som alternativ til fysioterapi. Dette bekreftes imidlertid ikke i denne undersøkelsen, da det var større andel av brukere av fysioterapitjenester enn ikke-brukere som oppga at de benyttet andre treningstilbud (henholdsvis 33 mot 23 prosent). Innlæring av øvelser og rådgiving om fysisk aktivitet er en integrert del av fysioterapibehandlingen til pasienter med revmatisk sykdom (21). En forklaring på den økte bruk av andre treningstilbud kan derfor være at bedre forståelse av nytten av trening motiverer pasientene til å oppsøke treningstilbud også utenom helsevesenet. Dette støttes av at tilbøyeligheten til å trene har vist positiv sammenheng med tro på at trening hjelper hos pasienter med Bekhterev sykdom (8).

Sammenhengen mellom sykdom og bruk av fysioterapitjenester

Pasienter med uttalte sykdomsrelaterte helseproblemer benytter altså fysioterapitjenester i størst grad. Resultatet vårt er i overensstemmelse med en annen studie som viste at pasienter med større funksjonsbegrensning deltar mer i gruppetrening enn andre (22). For øvrig har vi ikke funnet studier som undersøker sammenhengen mellom Bekhterev sykdom og bruk av fysioterapitjenester.

Sammenhengen mellom sykdom og bruk av fysioterapitjenester

I denne studien var økende grad av smerte forbundet med økt bruk av fysioterapi, og i andre studier fremkommer smerte som hovedproblemet ved revmatiske sykdommer generelt (23,24). Det kan være at pasientene opplever at fysioterapi har effekt på smerte, uten at denne studien indikerer hvilke fysioterapitiltak som kan ha en slik effekt. Det er imidlertid mulig at kombinasjonen av aktive og passive behandlingsformer som er vanlig å bruke ved Bekhterev sykdom oppleves som meningsfylt av pasientene. Dette kan være med på å forklare at individuell fysioterapi både er mye brukt og skårer høyt på tilfredshet.

Bassentrening er den formen for trening som gir best symptomlindring, og er den behandlingsformen om skårer høyest på tilfredshet også i andre studier (6). Dokumentasjon på effekt av bassentrening er imidlertid så langt begrenset for pasienter med Bekhterev sykdom, mens effekten på pasienter med revmatoid artritt er noe bedre dokumentert (25).

Kjønn

Generelt er det ulikheter i helsetilbud og bruk av helsetilbud basert på kjønn (26). Vi finner flere kvinner blant storforbrukerne av fysioterapi, og dette stemmer overens med at kvinner tidligere er vist å benytte flere fysioterapibehandlinger enn menn (17). Samme undersøkelse tyder også på at kvinner i større

grad enn menn søker behandling for muskel-skjelettplager og at menn i større grad velger å behandle seg selv.

I samme studie (17) var det 38 prosent menn og 62 prosent kvinner blant dem som oppga å ha hatt kontakt med fysioterapeut siste to år, mot 56 prosent menn og 44 prosent kvinner siste år i vårt materiale. Menn med Bekhterev sykdom er altså brukere av fysioterapi i større grad enn forventet ut fra menns bruk av fysioterapitjenester generelt. En mulig forklaring kan være at menn antas å ha mer uttalt sykdomsaffeksjon enn kvinner og dermed større behov for behandling (2,27). Kanskje kan en Bekhterevdiagnose gjøre det mer legitimt for menn å søke helsehjelp, på tross av kulturelt betingede forventninger om å klare seg selv (28)?

Å finne kjønnsforskjeller i bruk av ulike typer behandlings- og treningsformer er ikke uventet. Det er likevel overraskende at det var flere kvinner enn menn som benyttet bassentrening. Det er tidligere vist at kvinner oftere ble anbefalt avspenning og menn oftere trening når de hadde samme diagnose (29). Trenger menn og kvinner ulik behandling på grunn av ulik livssituasjon eller biologi? Eller kan det være at kulturelt betingede forventninger til menn og kvinner påvirker fysioterapeutens valg av tiltak (26,30)?

Metodediskusjon

Resultatene våre må tolkes med noe forsiktighet på grunn av enkelte svakheter med hensyn til utvalgelse av pasienter og metode for innsamling av data. Utvalget ble gjort i et geografisk avgrenset område, og resultatene er ikke nødvendigvis generaliserbare til andre områder. Det kan også være at noen pasienter kun behandles av primærleger, og at disse er lettere rammet enn gjennomsnittet i dette materialet. Ved innsamling av data viste PAS seg å være mindre presist enn ønskelig for å identifisere pasienter med Bekhterev sykdom, ved at 27 pasienter som fikk tilsendt spørreskjema ga beskjed om at de ikke hadde fått sikker diagnose etter utredning ved avdelingen. Identifisering av pasienter gjennom PAS er likevel en vanlig måte å velge ut pasienter til denne typen studier.

Også andelen menn og kvinner i utvalget kan ha innvirkning på generaliserbarheten. Forholdet mellom kvinner og menn i dette utvalget er jevnere enn hva som oppgis i de fleste lærebøker, men også andre studier oppgir tall nære våre (2). Med svarprosent i underkant av 60 er det viktig å poengtere at pasientkarakteristika som alder, deltakelse i arbeidslivet, samt grad av sykdomsaktivitet

og sykdomsbelastning i denne studien er sammenliknbare med dem fra andre studier (2). Likheten gjør det rimelig å anta at materialet er representativt for pasienter med Bekhterev sykdom på tross av de nevnte metodiske svakhetene.

Spørreskjema som ble brukt for å kartlegge bruk av fysioterapitjenester og treningstilbud ble utformet av oss, og det gjennomgikk en pilottest som reduserte mulighetene for misforståelser og tvetydigheter. Likevel kan spørsmålene ha blitt oppfattet forskjellig. Eksempelvis kan spørsmål om tilgjengelighet av fysioterapi- og treningstilbud ha blitt vurdert som lite relevante, fordi det her dreier seg om tettbygde strøk med muligheter for offentlig kommunikasjon og utbygde servicetilbud. Det kan også ha vært vanskelig å skille «selvtrening med veiledning av fysioterapeut» fra «individuell fysioterapibehandling».

Konklusjon

Studien indikerer at fysioterapitjenester brukes mye av pasienter med Bekhterev sykdom i Trondheim og omkringliggende kommuner. Pasientene gir uttrykk for at de i stor grad er fornøyd med tilbudet, men har ønske om utvidet mulighet for fysioterapi etter ordinær arbeidstid. Grad av smerte ser ut til å være viktigste forklaringsfaktorer for bruk av fysioterapitjenester, mens befolkningskarakteristika som alder, bostedskommune og kjønn ikke synes å ha betydning. Resultatene tyder på at pasienter med størst fysisk funksjonsbegrensning, sykdomsaktivitet og sykdomsbelastning har størst forbruk av fysioterapi.

Takk til Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter for finansiering av studien.

Takk også til Edel Kristine Kvam for bistand med identifisering av respondenter og tilrettelegging for utsendelse av spørreskjema.

Litteratur

1. Dagfinrud, H. Ankylosing spondylitis: Disease impact and research evidence of physiotherapy interventions. Doctoral thesis. Medisinsk Fakultet, Seksjon for helsefag, Universitetet i Oslo, Revmatologisk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus Oslo, Norge.
2. Dagfinrud H, Mengshoel AM, Hagen KB, Loge JH, Kvien TK. Health status of patients with Ankylosing Spondylitis: A comparison with

the general population. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2004; 63: 1605-10.

3. Gran JT, Skomsvoll JF. The outcome of Ankylosing Spondylitis: A study of 100 patients. *Br J Rheumatol* 1997; 36: 766-77.
4. Dagfinrud H, Hagen K. Physiotherapy interventions for Ankylosing Spondylitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (4): CD002822.
5. Uhrin Z, Kuziz S, Ward MM. Exercise and changes in health status in patients with Ankylosing Spondylitis. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2969-75.
6. Sundström B, Ekerghård H, Sundelin G. Exercise habits among patients with Ankylosing Spondylitis. *Scand J Rheumatol* 2002; 31: 163-7.
7. Sweeney S, Taylor G, Calin A. The effect of a home based exercise intervention package on outcome in Ankylosing Spondylitis: A randomised controlled trial. *J Rheumatol* 2002; 29 (4): 763-6.
8. Santos H, Brophy S, Calin A. Exercise in Ankylosing Spondylitis: How much is optimum? *J Rheumatol* 1998; 25: 2156-67.
9. Zochling J, Van der Heijde D, Burgos-Vargas R, Collantes E, Davis JC, Dijkmans B m fl.. ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2006; 65: 442-52.
10. Colin A, Garrett S, Whitelock H, Kennedy LG, O'Hea J, Mallorie P, Jenkinson T. A new approach to defining functional ability in Ankylosing Spondylitis: The development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *J Rheumatol* 1994; 21 (12): 2281-5.
11. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in Ankylosing Spondylitis: The development of the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol* 1994; 21 (12): 2286-91.
12. Jones SD, Steiner A, Garrett SL, Colin A. The Bath Ankylosing Spondylitis Patient Global Score (BAS-G) *Br J Rheumatol* 1996; 35 (1): 66-71.
13. Van der Heijde D, Dougados M, Davis J, Weisman MH, Maksymowych W, Braun J with colleges. Assessment in Ankylosing Spondylitis International Working Group/ Spondylitis Association of America recommendations for conducting clinical trials in ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 2005; 52: 386-94.
14. Gjennomført i regi av MSD Norge 2002, upublisert
15. Braun J, Pham T, Sieper J, Davis J, van der Linden S, Dougados M, Van der Heijde D. International ASAS consensus statement for the use of anti-tumour necrosis factor agents in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2003; 62: 817-24.
16. Brandt B, Kvande E. Fedres valgfrihet og arbeidslivets tidskulturer. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 2005; 46: 35-54.
17. Den store muskel- og skjelettundersøkelsen 2004. Rapport fra MMI, februar 2004. Tilgjengelig på www.fysio.no/pavirkning
18. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med* 1998; 47: 1351-9.
19. Lian OS, Wilsgaard T. Pasienttilfredshet - et godt kvalitetsmål? *Tidsskrift for velferdsforskning* 2005; 8:19-33.

20. Rolland A. Brukernes tilfredshet eller tjenestenes kvalitet? Tidsskrift for velferdsforskning 2003; 6: 56-60.
21. David C, Lloyd J. Rheumatological physiotherapy. London: Mosby Int. Ltd; 1998.
22. Falkenbach A, Franke A, Van der Linden S. Factors associated with Body Function and Disability in patients with Ankylosing Spondylitis: A Cross-sectional study. J Rheumatol 2003; 30: 2186-92.
23. Stenström CH, Lindell B, Swanberg E, Harms Ringdal K, Nordemar R. Functional and Psychosocial Consequences of Disease and Experience of Pain and Exertion in a Group of Rheumatic Patients Considered for Active Training. Scand J Rheumatol 1990; 19: 374-82.
24. Rojkovich B, Gibson T. Day and night pain measurements in rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 1998; 57: 434-6.
25. Bilberg MA, Mannerkorpi K. Moderately intensive exercise in a temperate pool for patients with rheumatoid arthritis: A randomised controlled trial. Rheumatology 2005; 44: 502-8.
26. Kvinners helse i Norge. NOU 1999:13. Tilgjengelig på: www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1999/NOU-1999-13.html.
27. Jimenez-Balderas F J, Mintz G. Ankylosing Spondylitis: Clinical course in women and men. J Rheumatol 1993; 20: 2069-72.
28. Martinussen W. Sosiologisk analyse. Oslo: Universitetsforlaget; 1991.
29. Thornquist E. Helsearbeid i kjønnsperspektiv. Fysioterapeuten 2001; 68 (11): 23-30.
30. Dahle R. Forståelser av kjønn i fysioterapi. Fysioterapeuten 2001; 68 (11): 12-5.

Abstract

In this study we investigated the use of physiotherapy services and exercise facilities by patients with Ankylosing Spondylitis in Trondheim and three surrounding counties. Patient satisfaction with regard to the services was also recorded. Associations between patient characteristics and the use of physiotherapy were investigated. The aim was to assess the adequacy of the services and facilities offered and to get knowledge of characteristics associated with the use of physiotherapy services. Totally 220 of 410 patients (57 percent) answered a mailed questionnaire about access to and use of physiotherapy services and exercise facilities including questions regarding disease activity (The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, BASDAI), physical functioning (The Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index, BASFI) and burden of disease (BAS-G).

The results indicate that 61 percent of the patients had received physiotherapy treatments during the last year, and those who were most affected with regard to disease activity, physical functioning and burden of disease had received more treatments. Pain had the biggest impact on the amount of physiotherapy services received whereas age, residence-county and gender had no influence. Around one third of the patients used exercise facilities outside the regular health care system, while 60 percent stated that the services corresponded well to their needs. The percentage that was satisfied varied between 87 and 100 with the different services. About one third of the patients desired extended physiotherapy services beyond normal working hours.

Key words: Ankylosing Spondylitis, physiotherapy, exercise.

Alle bør få mulighet til å bade
Bazz SD sittebadekar

- Krever lite plass
- Enkel inn og utstigning, også med rullestol
- Balansert dør som tetter 100%
- Gode gripéhåndtak, og enkel betjening
- Godt utvalg av filleggsutstyr

Besøk våre nye nettsider www.medema.no

medema[®]
www.medema.no - tlf: 815 32 400



Treningsballer m. ABS-sikring. 55, 65 og 75 cm.

alt til trening og rehabilitering

www.elektro-stim.no
tlf. 22 19 56 47 fax 22 67 42 20



Balanseputer, 33 og 36 cm.

Q-S
First choice