



# Rehabilitering og slidgigt (artrose): Indsatser med evidens, fagligt grundlag og vigtige faggrupper

Politisk halvdagsmøde  
mandag den 31. maj 2010  
*Rehabilitering af mennesker med gigt*  
– *vejen til et bedre liv med en gigtsygdom*



Hans Lund, Lektor, studieleder master i rehabilitering  
Forskningsenheden for Muskuloskeletal Funktion og Fysioterapi  
Syddansk Universitet



Ud fra "Hvidbogens" definition af rehabilitering:  
REHABILITERING forskellig fra behandling/genoptræning  
for det **mål** der er med indsatsen:

- *Behandling har helbredelse som ultimativt mål*
- *Rehabilitering har som ultimativt mål et meningsfuldt og ligeværdigt liv.*

Disse to forskellige foki er afgørende, for det gør hele forskellen for borgerens engagement/deltagelse, for karakteren og målet af de professionelles indsats, den måde vi organiserer os, hvor BEH hhv REHAB foregår, hvordan det skal betales osv



# For at opnå et meningsfuldt og ligeværdigt liv kræves:

1. Borgeren i centrum
2. Tværfaglighed
3. Sammenhængende forløb
4. Involvering af pårørende
5. mv.

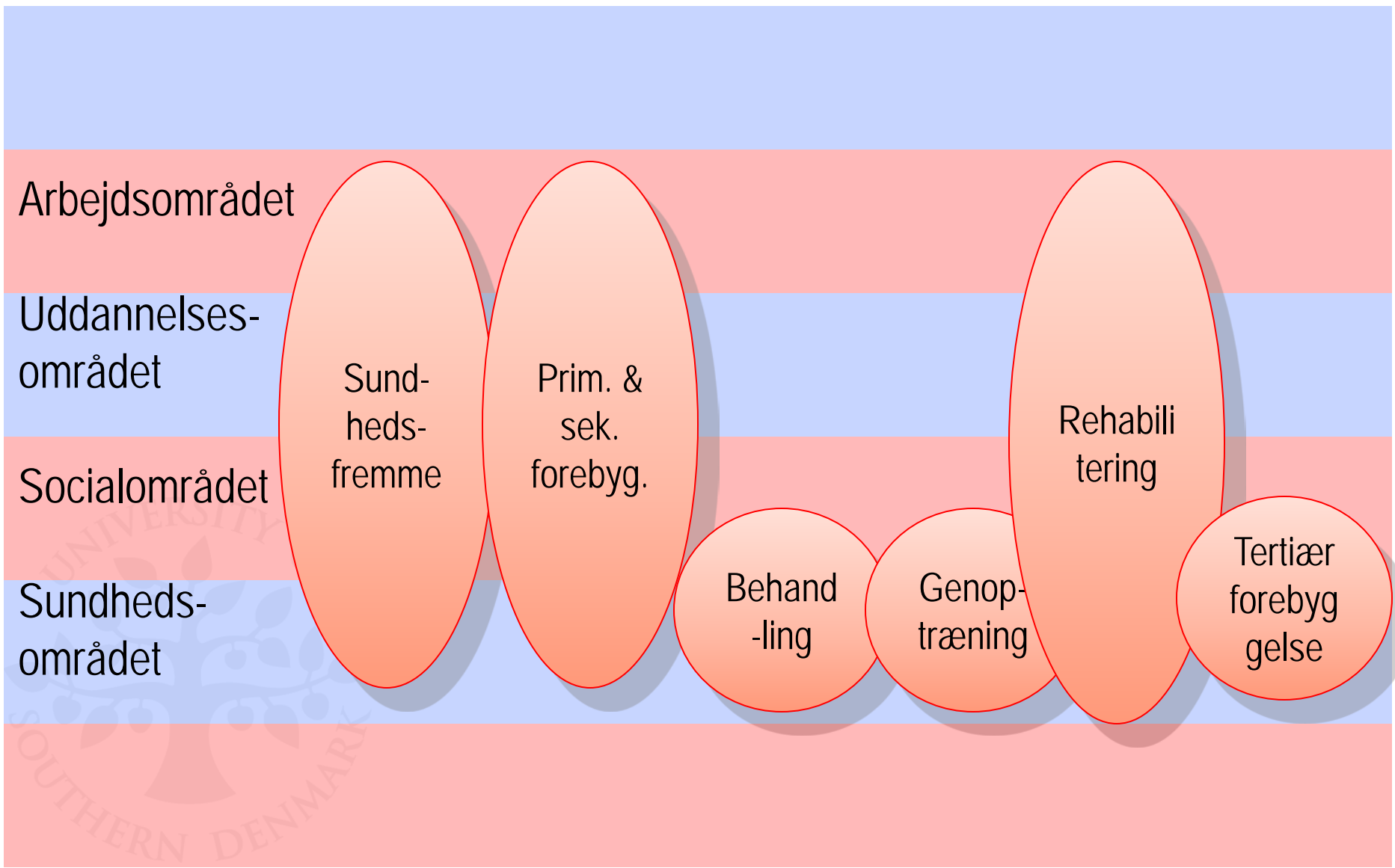
jævnfør Hvidbogens definition:

Den danske hvidbog:

"Rehabilitering er en *målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces* mellem en borger, pårørende og fagfolk.

Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats."





- Hvad skal rehabilitering i praksis indeholde for borgere ramt af artrose?
- Hvad peger forskningen på?
- Hvem skal udføre den?

Disse spørgsmål leder frem til et overordnet spørgsmål:

Hvilke rehabiliteringsbehov har en borger med artrose?





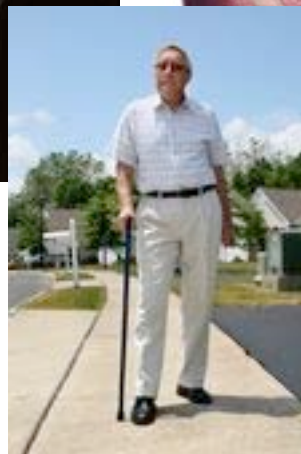
# Årsagen til artrose er kompleks:

Ingen direkte sammenhæng mellem biologiske forandringer, symptomer (smerte) og konsekvenser (funktionsevnenedsættelse)

1. Håndartrose
2. Knæartrose
3. Hofteartrose
4. andre former

## Årsagsfaktorer:

Overvægt  
Genetik  
Svage muskler  
Tungt arbejde  
OSV





Årsag

Artrose en sæk hvor vi lægger alle mulige forskellige faktorer der ødelægger et leds normale funktion.

Ingen d  
sympto  
(funktio

Helbredelse derfor ikke en umiddelbar mulighed.

Årsagst

Overvæ

Genetik

Svage

Tungt a

OSV

En bredere bio-psyko-social tilgang nødvendig:

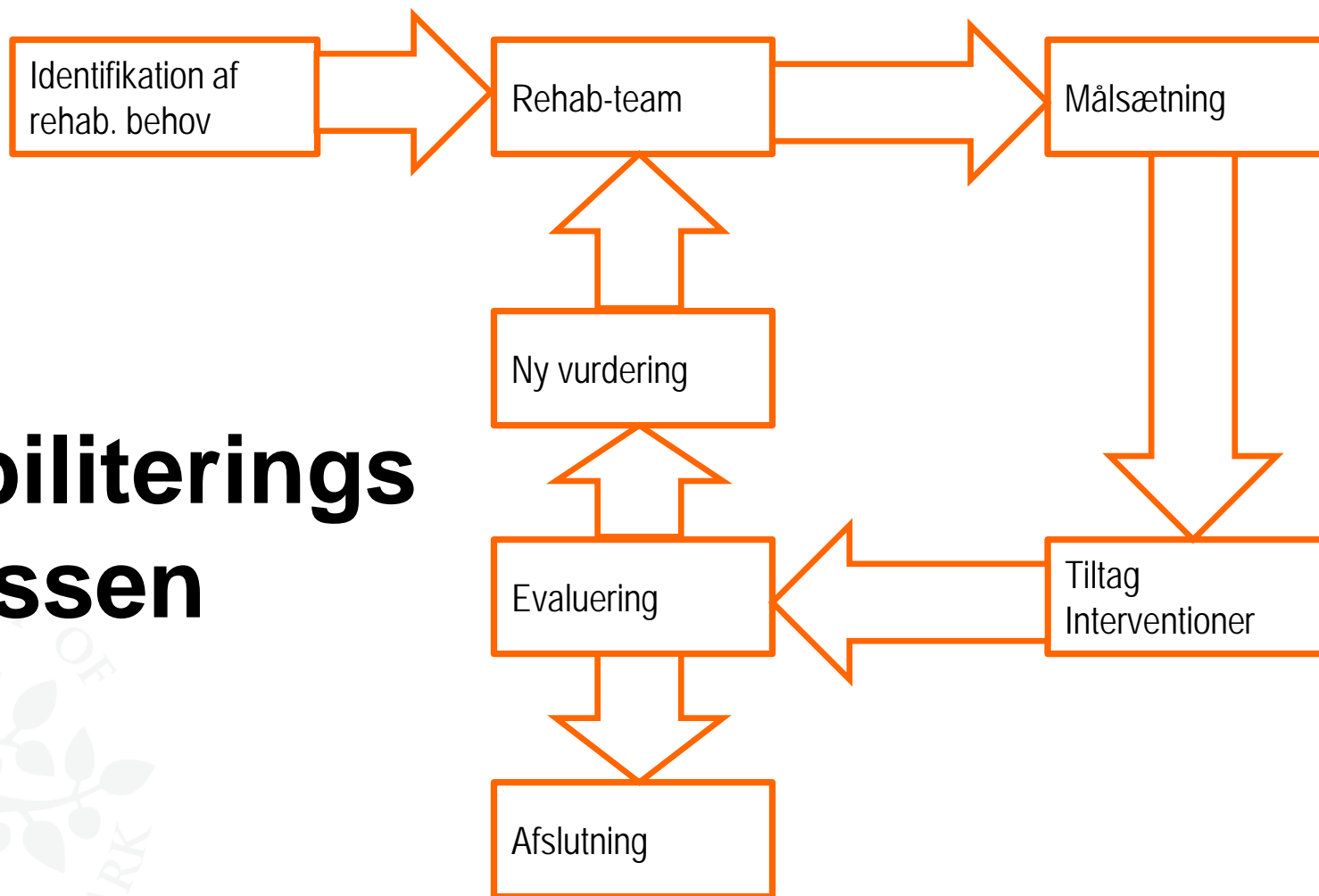
**REHABILITERING**







# Rehabiliterings processen



*Efter DT Wade, Clin Rehab, 2005:*



# Identifikation af rehabiliterings behov

Artrose fører til:

1. Biologiske forandringer: ledeskade, muskeldysfunktion, ændret biomekanik mv.

2. Psykologiske forandringer: smerte, ændret opfattelser af sundhed og sygdom, frygt, "katastroficering", opgivelse mv.

"FEAR AVOIDANCE BEHAVIOUR"

3. Socioøkonomiske forandringer: behov for social støtte, sygefravær, førtidspensionering, forringet deltagelse

4. Omgivelsesfaktorer: påvirkning af vejr, muligheder for at komme omkring mv

Hurley & Walsh 2009



## "Living with hurting" & "Living with difficulty doing":

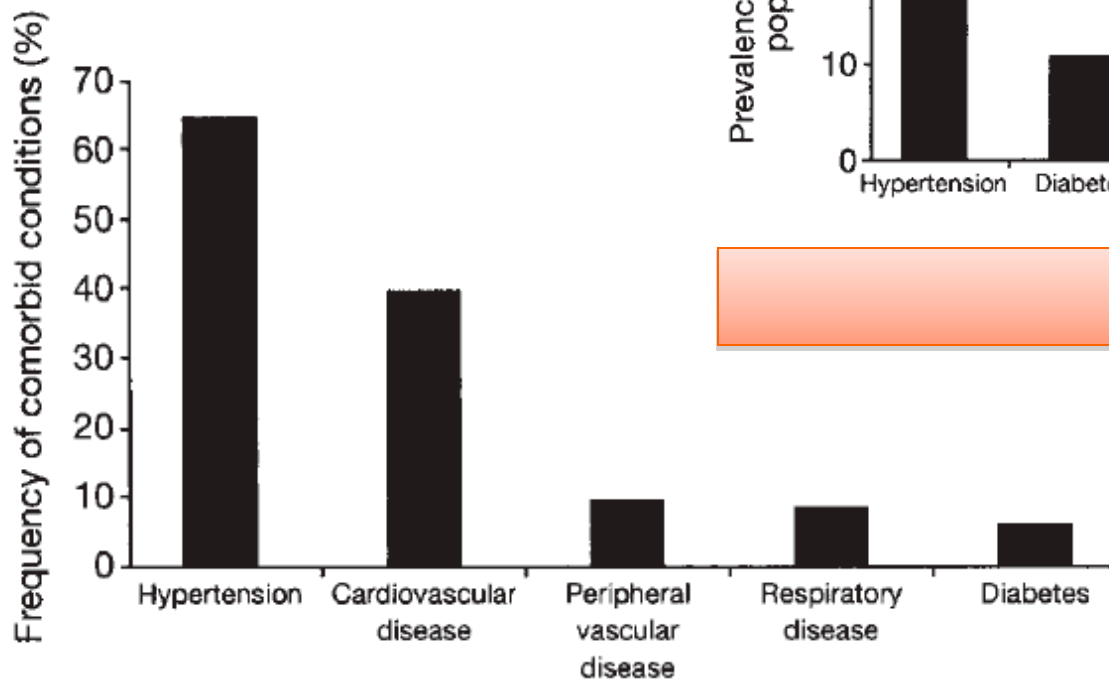
1. 16,7% besvær ved trappegang
2. 16,7 % besvær med husholdning
3. 16,6% besvær ved indkøb
4. 15,4% besvær med at gå 1,6 km (One mile)
5. 1,2% besvær ved indkøb
6. 0,5% besvær ved madlavning



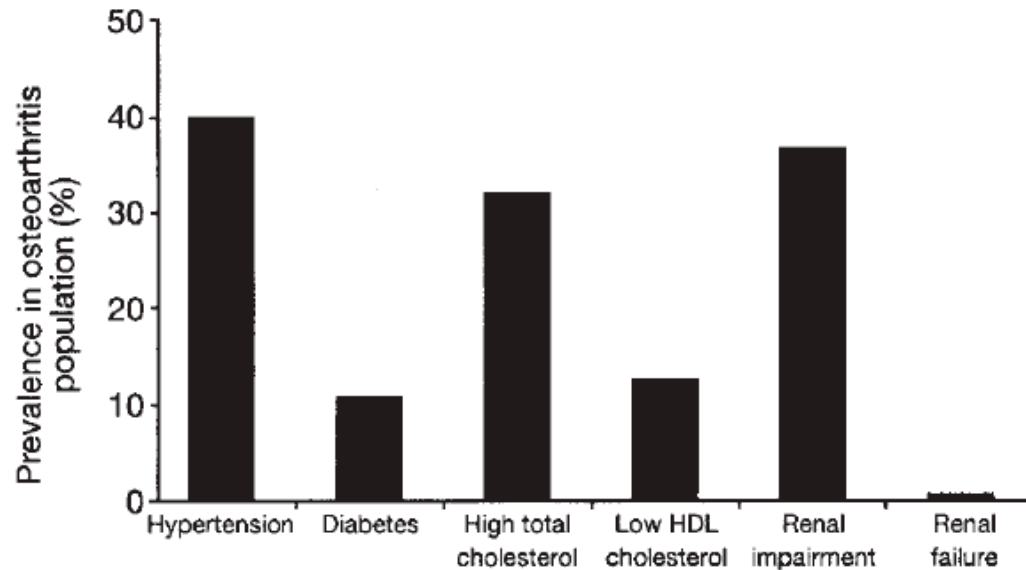
Bone & Joint Decade 2002, Brooks 2002, Framingham-studiet 1994



# Komorbiditeter:



Hofteartrose

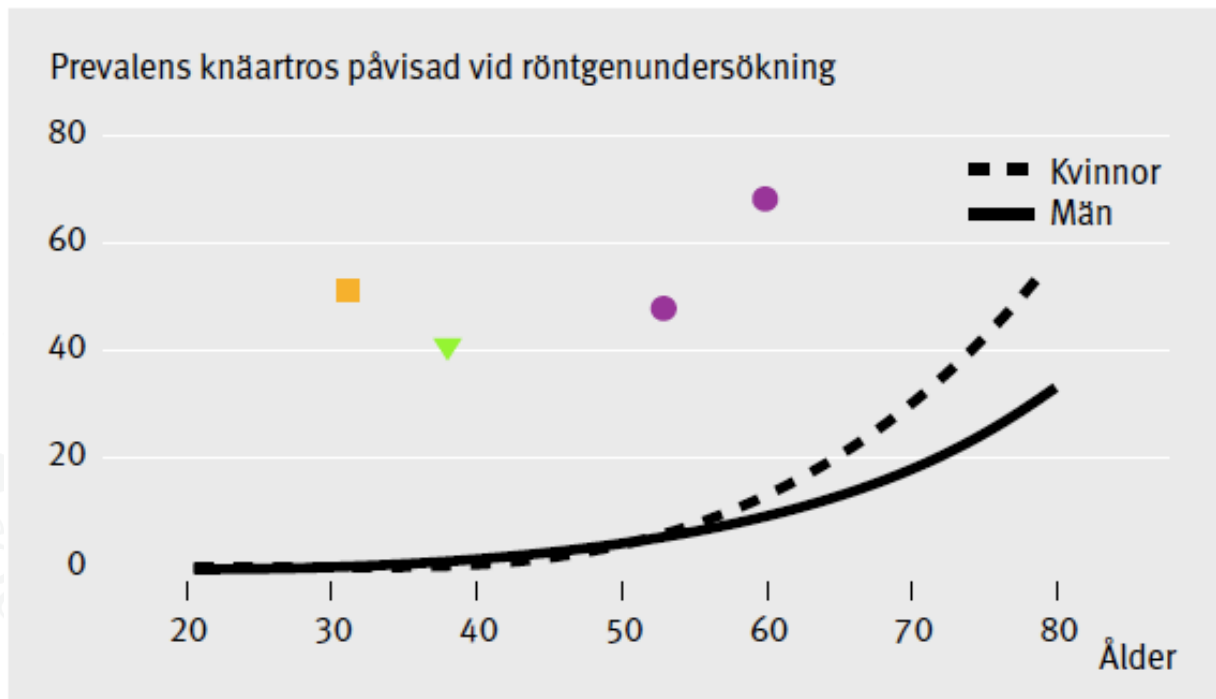


Artrose

WHO:

25% af alle over 65 år er berørt af smerter og besvær betinget af artrose. (WHO 2003). OBS: sygdommen er ikke kun for ældre:

” Patienter med knäskada har en förekomst av artros som motsvarar den hos 30 år äldre personer ur genom-snittsbefolkningen: unga patienter – gamla knän.”



Linjer visar förväntad prevalens hos kvinnor och män i befolkningen.  
 Data från litteraturen:  
 gul fyrkant – kvinnor 12 år efter korsbandsskada;  
 grön triangel – män 14 år efter korsbandsskada;  
 röda cirklar – män och kvinnor 18 respektive 25 år efter meniskresektion.

Roos/Lohmander 2009



# Rehabiliteringsteamet

Der vil være behov for:

- |                |   |
|----------------|---|
| Prakt. læge    | (Udredning, comorbiditetsvurdering, medicinsk smertebehandling)                                 |
| Fysioterapeut  | (Træning, non-farmakologisk smertedæmpning, ortoser, hjælpemidler fx stok, skinne el. lignende) |
| Diætist        | (Vægttab, kostvaner)  |
| Socialrådgiver | (Økonomi, arbejdssituation)   |
| Psykolog       | (Mestring af kronisk sygdom, mestring af kroniske smerter)                                      |
| Ergoterapeut   | (ADL færdigheder, hjælpemidler)   |
| Ortopædkirurg  | (Nyt led, kirurgi)  |



# Målsætning

EKSEMPLER:

Kort-tids mål: ofte kropsfunktionsorienterede

Kontrol over bevægelser – specifik træning

Mellem-tids mål: Aktivitetsorienterede

Øget fysisk aktivitetsniveau – ændret livsstil

Kontrol over smerter - lære at vurdere typen og graden af smerter, undgå "katastroficering",

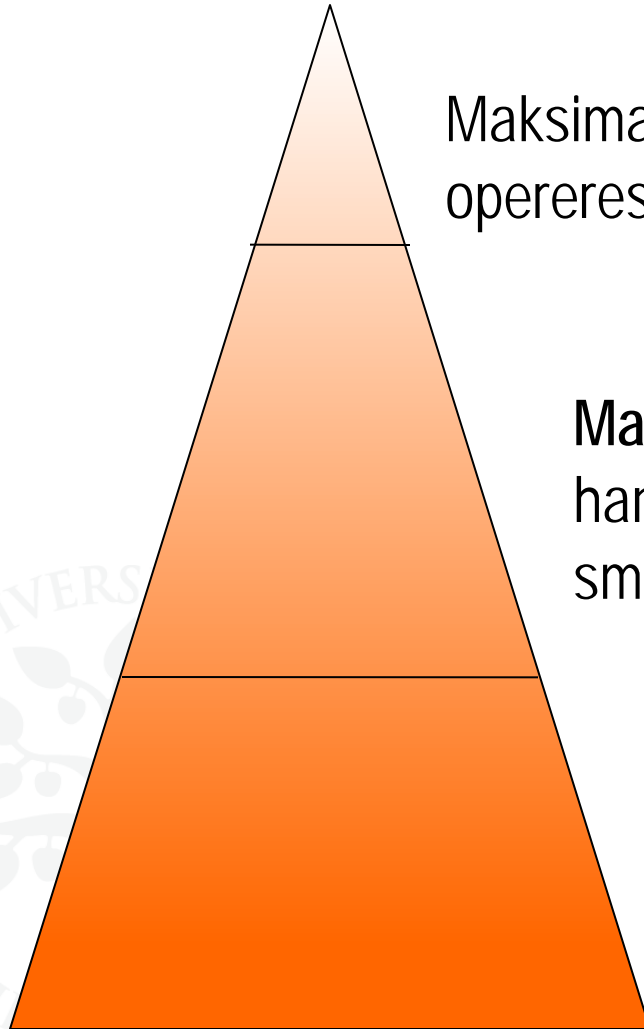
Forstå karakteren af sygdommen

Lang-tids mål: Deltagelsesorienterede

Tilbage til arbejde, komme ud af hjemmet, social aktiv mv.



## Tiltag / Interventioner



Maksimalt **10%** af alle som har artrose vil skulle opereres (Behandling med efterfølgende Rehab)

**Mange** har brug for yderligere smertebehandling: medicin, non-farmakologisk smertebehandling, hjælpemidler mv.

**Alle** brug for træning, vejledning og evt. vægttab.

**SELF-MANAGEMENT INTERVENTIONS**



## OARSI anbefalinger:

Optimal management of OA requires a **combination of non-pharmacological and pharmacological** modalities.

Strength of Recommendation (SOR): 96%

All patients with hip and knee OA should be given **information** access and education about the objectives of treatment and the importance of **changes in lifestyle, exercise, pacing of activities, weight reduction**, and other measures to unload the damaged joint(s). The initial focus should be on **selfhelp** and **patient-driven treatments** rather than on passive therapies delivered by health professionals. Subsequently emphasis should be placed on encouraging adherence to the regimen of non-pharmacological therapy. SOR: 97%



Interventioner	Smerte (ES)	Funktion (ES)
Træning alene	0,44	0,27
SM alene	0,12	0,07
Patientundervisning alene	0,15	0,02
Træning og SM integreret	<b>0,32</b>	<b>0,27</b>
Farmakologisk behandling	0,84	0,27

SM = Self-management

ES = effekt size

0-0,20: ingen effekt

0,20-0,50: mindre effekt

0,50-0,80: god effekt

0,80 - : stor effekt

Hurley & Walsh 2009

Der bør skelnes mellem behandling patienten selv kan klare og behandling som kan risikere at skabe afhængighed af terapeut og/eller koste penge.



Hvis man vælger terapeut-afhængig behandling må interventionen gå udover den umiddelbare smertelindrende effekt – det må også have en effekt på funktion

Selv-behandling med non-farmakologiske modaliteter kan være fint – da der er få/ingen bivirkninger i forhold til farmakologisk smertebehandling.



# Evaluering

OMERACT (Bellamy 1997):

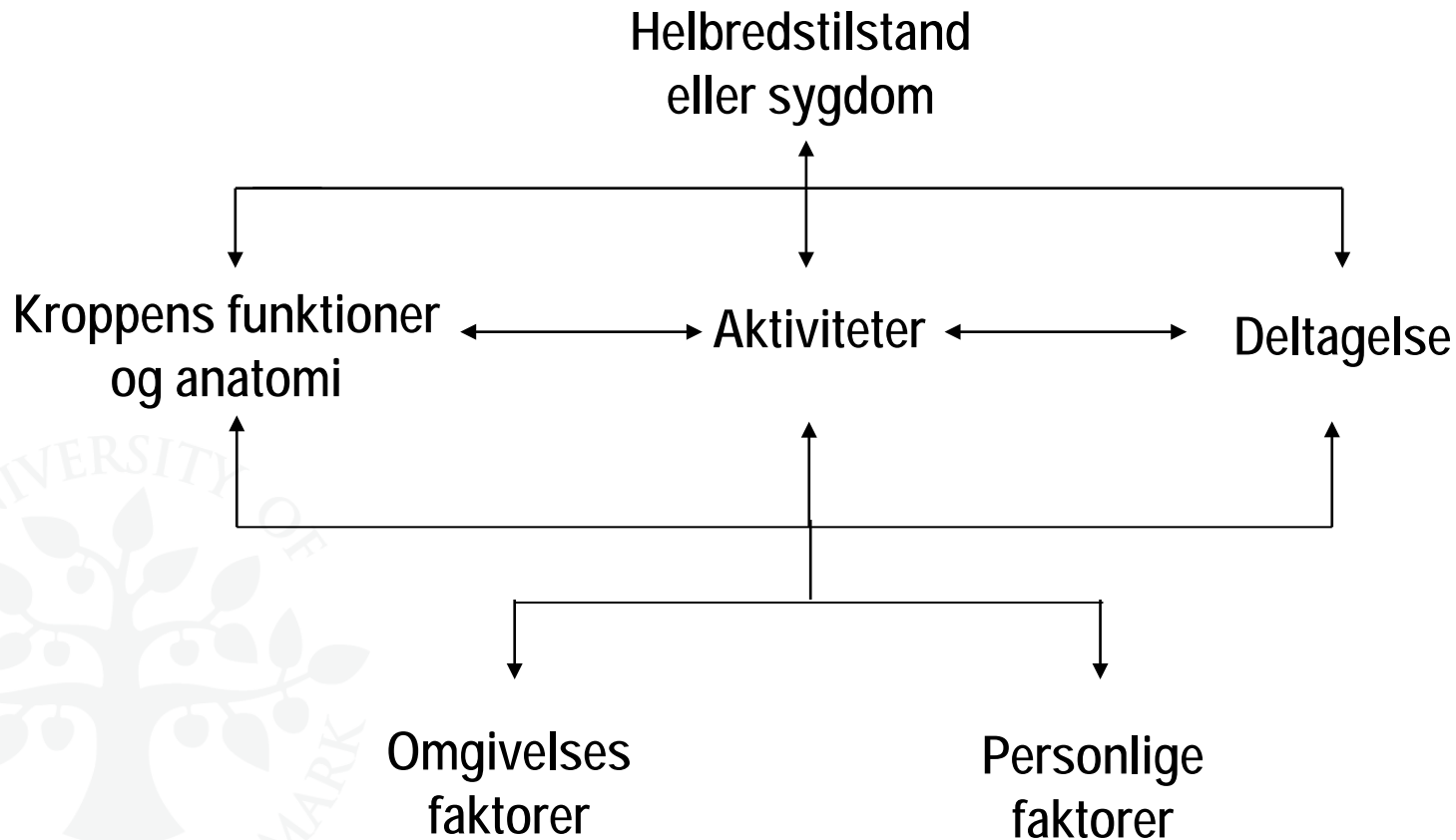
1. Smerte
2. Fysisk funktion
3. "Patient global assessment"
4. For studier der måler effekt udover 1 år: billeddiagnostik (røntgen, MRI o.l.)

MEN ....





I forhold til ICF mangler mål for alle aspekter af den artrose ramtes liv og tilværelse (Carr 1999)





## Opsummering

Hvad skal rehabilitering i praksis indeholde for borgere ramt af artrose?

1. Rehabilitering med fokus på biopsykosociale faktorer.
2. Hurley & Walsh (2009) foreslår en kombination af **Self-management og Træning**. I en oversigtsartikel peger de på at evidensen viser:

Denne kombination er en relativ billig, cost-effective intervention, som minimerer forbrug af sundhedsydelse => "bet buy"



## Hvad peger forskningen på?

Træning og self-management kombineret er bedre end træning alene eller self-management alene.

Non-farmakologiske smertebehandlinger har – stort set – samme effekt som medicinsk smertebehandling. OBS: borgeren skal selv kunne administrere interventionerne (Self-management) – undgå afhængighed.

Kirurgi i form af artroskopiske indgreb har ingen effekt for personer med knæ-artrose (Mosely 2002, Herrlin 2007, Kirkley 2008)



# Hvem skal udføre rehabiliteringen?

Et tværfagligt team typisk bestående af

Prakt. læge

Fysioterapeut

Diætist

Socialrådgiver

men flere andre kan være involveret afhængig af den enkelte persons faktiske situation