

VÅRD I VARTM KLIMAT BRA FÖR REUMATIKERN

Både funktionsförmåga och välbefinnande förbättras

En utvärdering av rehabilitering utomlands av patienter med reumatoid artrit och spondylartrit visar att intensiv fysioterapi i ett varmt och stabilt klimat ger en långsiktig förbättring av dessa patienters funktionsförmåga och välbefinnande. Dessutom blir utlandsvården billigare än den svenska, resan inkluderad.

Fysioterapi är en integrerad del i behandlingen av patienter med inflammatoriska ledsjukdomar för att bibehålla eller öka muskelstyrka och ledrörlighet och därmed förbättra funktionen. Emellertid har många av dessa patienter svårt att genomföra träning på grund av dels lokal led- och muskelsmärta, dels nedsatt välbefinnande. För att komma förbi dessa svårigheter sker träningen ofta i uppvärmda bassänger, och sedan 1960-talet utnyttjar flertalet landsting även möjligheten till rehabilitering i subtropiskt klimat, s k klimatvård.

Klimatvården äger rum i Medelhavsområdet och på Kanarieöarna med dess varma klimat. Ett stabilt baromettryck, låg luftfuktighet, relativt hög medeltemperatur och många timmars solsken har ansetts vara idealiskt för patienter med kronisk reumatisk sjukdom [1], och anses öka deras kapacitet att utöva fysisk träning.

Få utvärderingar finns

Det finns emellertid få studier där effekterna av klimatvården har utvärderats [2]. Den enda kontrollerade studien visade att träning av patienter med reumatoid artrit vid Medelhavet var överlägsen ambulans träning i Sverige omedelbart efter behandlingen, medan den långsiktiga effekten var osäker [3]. Genom åren har ett flertal utredningar vi-

sat att klimatvården är ett värdefullt komplement till de vård- och behandlingsresurser som finns i Sverige för patienter med bl a reumatoid artrit [4-7]. Under senare års ekonomiska åtstramning har emellertid ytterligare prospektiva studier efterfrågats.

Syftet med den studie som redovisas här var att värdera såväl den omedelbara som den långsiktiga effekten av rehabilitering i varmt och stabilt klimat.

Frågor före och efter resan

Samtliga patienter (168 personer) med reumatoid artrit och spondylartrit utan systemmanifestationer som i Stockholms läns landsting under ett år fick sin remiss till klimatvård beviljad ingick i studien. Flertalet remitterter var specialister i reumatologi, och uttagningen gjordes av en särskild uttagningsläkare.

En vecka före avresan fick patienterna besvara ett formulär med frågor avseende diagnos, sjukdomsduration och typ av aktuell fysisk träning. Däri ingick även den svenska versionen av Stanfords Health Assessment Questionnaire, HAQ [8], ett formulär med 20 frågor om aktiviteter i det dagliga livet, ADL. Svaret på varje fråga graderas från 0 (ingen svårighet att utföra) till 3 (omöjlig att utföra). Ett index uträknas som varierar mellan 0 och 3, där ett högre index indikerar större aktivitetsförmåga, »disability» [9]. Hälften av patienterna erhöll även en horisontell, icke graderad visuell analog skala (VAS) avseende allmänt välbefinnande.

Ett likadant utskick gjordes även en vecka efter hemkomsten, samt tre och sex månader senare. För att minimera risken för att psykiska faktorer skulle inverka på svaren, informerades patienterna varken om att de skulle få ytterligare frågeformulär eller att det rörde sig om en utvärdering av utlandsvården.

Klimatvården bedrevs i Igalo i Jugoslavien, i Benicasim i Spanien och i Los Christianos på Teneriffa under tre till sex veckor vid anläggningar specifikt avsedda för rehabilitering. Fysioterapi gavs fem dagar i veckan, såväl individuellt som i grupp, både på land och i bassäng. I Igalo och Benicasim gavs även

en del elektroterapi och värmebehandling.

Studien löpte under ett år. Klimatvården ägde rum under våren, hösten och vintern.

Effekter av klimatvården

149 patienter (88,7 procent) – 106 med reumatoid artrit, 43 med spondylartrit – besvarade två eller flera utskick. Deras ålder var $50,4 \pm 11,7$ år, sjukdomsdurationen $14,5 \pm 10,5$ år. 61 av patienterna med reumatoid artrit och tio av spondylartritpatienterna behandlades med långsamt verkande antireumatiska läkemedel; 15 av patienterna med reumatoid artrit fick glukokortikoider. Endast ett fåtal fick sin behandling ändrad under studien.

Patienternas aktivitetsförmåga minskade signifikant omedelbart efter klimatvården. De uppvisade således ett signifikant lägre HAQ-index än före resan. Förbättringen var mindre uttalad, men fortfarande signifikant, efter såväl tre som sex månader (Tabell I).

Även patienternas välbefinnande förbättrades av klimatvården, en effekt som var mätbar också efter tre och sex månader (Tabell I). Förbättringen av välbefinnandet visade god korrelation till den förbättrade funktionella kapaciteten. Resultaten var likartade för de tre behandlingsanläggningarna.

Av enkäten framgick att patienterna såväl före som efter klimatvården deltog i regelbunden fysioterapi, bestående av antingen daglig självträning samt bassängträning en gång i veckan eller individuell sjukgymnastik två till tre gånger per vecka.

Diskussion

Denna studie visar således att intensiv fysioterapi i varmt och soligt klimat förbättrade såväl aktivitetsförmågan som välbefinnandet hos patienter med inflammatorisk ledsjukdom. Effekterna var fortfarande mätbara efter sex månader. Dessa långvariga effekter är av stor betydelse för en patientkategori vars sjukdomstillstånd har ett progredierande naturalförlopp med ständig risk för utveckling av funktionshandikapp. Ett observandum är att förbättringen erhöles hos patienter som före klimatvår-

Författare

INGIÄLD HAFSTRÖM

docent, chefsöverläkare, reumatologiska kliniken, Södersjukhuset, Stockholm.

ANNONS

Tabell I. Aktivitetsförmåga och allmänt välbefinnande före och efter klimatvård.

	Före avresa	Efter hemkomst	Efter tre månader	Efter sex månader
HAQ-index, median (25–75 percentil)	1,250 (0,875–1,875)	0,875*** (0,500–1,375)	1,125*** (0,750–1,625)	1,125* (0,750–1,750)
Välbefinnande mätt med visuell analog skala, VAS, median (25–75 percentil)	53,0 (36,0–65,0)	25,0*** (15,0–47,0)	47,0* (25,0–62,0)	50,2* (33,5–65,2)

* = P<0,05; *** = P <0,001

den deltagit i regelbunden rörelseträning.

Att mäta funktionshinder hos reumatiker har väsentligen underlättats och standardiserats genom tillkomsten av den svenska versionen av HAQ-formuläret. Det har en hög reliabilitet och validitet [8], och har i prospektiva studier [11–13] visat sig såväl motsvara traditionella kliniska statusmått [10] som reflektera förändringar i aktivitetsförmåga. De förändringar i HAQ-index som noterades efter klimatvården anses därför väl avspegla reella förbättringar i patienternas funktionella kapacitet.

Förbättringen i aktivitetsindex korrelerade väl till patienternas bedömning av allmänt välbefinnande, det begrepp som WHO rekommenderar för att definiera hälsa. Denna värdering har rapporterats vara den känsligaste variabeln vid prövningar av olika icke-steroida anti-inflammatoriska läkemedel (NSAID) [14].

Orsakerna till klimatvårdens positiva effekter kan vara minst tre: klimatet, miljöombytet och den intensiva, koordinerade fysioterapin.

Tidigare studier har varit motsägelsefulla avseende samband mellan atmosfäriska förhållanden och artrit. Det har emellertid visats att höga doser ultraviolet strålning kan inducera immun-suppression [15], och olika klimatfaktorer har ansetts kunna påverka såväl sjukdomsaktivitet som smärta vid artrit [16–22]. Omgivningsfaktorer har även föreslagits kunna förklara varför patienter med reumatoid artrit i Medelhavsområdet har en mindre aggressiv sjukdom än artritpatienter bosatta i Storbritannien [23, 24]. Att flytta patienter från Stockholm till Medelhavs- och Teneriffaområdena ger tillgång till ett varmare och mer stabilt klimat, vilket, enligt vår studie, ger bättre förutsättningar för effektiv funktionell träning. Klimatvården skall emellertid inte förväxlas med balneoterapi, och kan således inte jämföras med behandling vid spa-institut (spa, en plats med mineralhaltigt källvatten).

Klimatterapi till patienter med reumatoid artrit har tidigare i Göteborg rapporterats överlägsen poliklinisk behandling avseende påverkan på både sjukdomsaktivitet och funktionell ka-

pacitet [3]. Denna skillnad kunde emellertid noteras endast direkt efter behandlingens slut, inte efter fyra månader. Bilden här grumlades dock av att det rörde sig om en korsstudie, där effekten av den första behandlingen fortfarande fanns kvar när nästa började.

Konklusion

Klimatvården kan betydligt förbättra både aktivitetsförmåga och välbefinnande hos artritpatienter. Flera faktorer bidrar sannolikt, men de mest betydelsefulla torde vara klimatet och den intensiva träningen. Denna vårdform måste anses vara ett värdefullt komplement till de rehabiliteringsresurser som finns inom landet för patienter med inflammatoriska ledsjukdomar.

Det blir billigare

Kostnaden per vårddag, inklusive resan, är lägre utomlands än den vid de flesta rehabiliteringsanläggningar i Sverige. År 1996 betalade tex Stockholms läns landsting 1 000 kronor respektive 955 kronor per vårddag för klimatvården på Vintersol, Teneriffa, respektive i Tiberias, Israel, resan inklusive. För rehabilitering av reumatiker på Nyhyttan erlades en avgift per vårddag om 1 110 kronor, på Sättra Brunn 1 350 kronor och på reumatikerförbundets sjukhus Spenshult och i Östersund 1 690 respektive 1 900 kronor.

Referenser

- Hill DF, Holbrook WP. The role of climate in the treatment of rheumatic disease. *Clinics* 1942; 1: 577–81.
- Johansson M, Sullivan L. Influence of treatment and change of climate in women with rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1975; suppl 9.
- Sjukvård utomlands. Rapport över verksamhet med vård- och behandlingsresor under åren 1969–1973 samt förslag till fortsatt verksamhet. Stockholm: Landstingsförbundet, 1974. Dnr: 1174/74.
- Sjukvård utomlands – samordnad verksamhet. Stockholm: Landstingsförbundet, 1977. Dnr: Lf A 511/77.
- Hälsoresor till andra länder. Utlandsvård. Medicinskt behov vid olika sjukdomar och handikapp [utredningsrapport]. Stockholm: Socialstyrelsen, 1979. SN 1-499: 471/78.
- Ekdahl C, Eberhardt K, Andersson SI, Svensson B. Assessing disability in patients with rheumatoid arthritis, use of a Swedish version of the Stanford Health Assessment

Questionnaire. *Scand J Rheumatol* 1988; 17: 263–71.

- Fries JF, Spitz P, Kraines RG, Holman HR. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 1980; 23: 137–45.
- Pincus T, Callahan LF, Brooks RH, Fuchs HA, Olsen NJ, Kaye JJ. Self-report questionnaire scores in rheumatoid arthritis compared with traditional physical, radiographic and laboratory measures. *Ann Intern Med* 1989; 110: 259–66.
- Wolfe F, Kleinheksel SM, Cathey MA, Hawley DJ, Spitz PW, Fries JF. The clinical value of the Stanford Health Assessment Questionnaire disability index in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1988; 15: 1480–8.
- Eberhardt KB, Svensson B, Moritz U. Functional assessment of early rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1988; 27: 364–71.
- Gardiner PV, Sykes HR, Hassey GA, Walker DJ. An evaluation of the health assessment questionnaire in long term longitudinal follow-up of disability in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1993; 32: 724–8.
- Urbach F. Potential health effects of climatic change: effects of increased ultraviolet radiation on man. *Environ Health Perspect* 1991; 96: 175–6.
- Edström G, Lundin G, Wramner T. Investigations into the effect of hot, dry microclimate on peripheral circulation, etc in arthritic patients. *Ann Rheum Dis* 1948; 7: 76–82.
- Hollander JL, Yeostros SJ. The effect of simultaneous variations of humidity and barometric pressure on arthritis. *Bulletin of the American Meteorological Society* 1963; 44: 489–94.
- Sibley JT. Weather and arthritis symptoms. *J Rheumatol* 1985; 12: 707–10.
- Patberg WR, Nienhuis RLF, Veringa F. Relation between meteorological factors and pain in rheumatoid arthritis in a marine climate. *J Rheumatol* 1985; 12: 711–5.
- Dequeker J, Wuestenraed L. The effect of biometeorological factors on Ritchie articular index and pain in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1986; 15: 280–4.
- Guedj D, Weinberger A. Effect of weather conditions on rheumatic patients. *Ann Rheum Dis* 1990; 49: 158–9.
- van de Laar MAFJ, Bernelot Moens HJ, van der Stadt RJ, van der Korst JK. Assessment of inflammatory joint activity in rheumatoid arthritis and changes in atmospheric conditions. *Clin Rheumatol* 1991; 10: 426–33.
- Drosos AA, Lanchbury JS, Panayi GS, Moutsopoulos HM. Rheumatoid arthritis in Greek and British patients: a comparative clinical, radiologic, and serologic study. *Arthritis Rheum* 1992; 35: 745–8.

En fullständig referenslista kan erhållas från docent Ingjald Hafström, Reumatologiska kliniken, Södersjukhuset, 118 83 Stockholm.