

Fysioterapeutiska evidensbaserade behandlingsriktlinjer gällande behandling av vuxna personer med Reumatoid Artrit (RA).

2021-07-30

Upprättade av: leg fysioterapeut Marianne Olsson och leg sjukgymnast Karina Liljedahl
Medicinkliniken, Reumatologisektionen, Länssjukhuset i Kalmar

Dessa riktlinjer är lokala och utarbetade av fysioterapeut/sjukgymnast inom slutenvården vid Länssjukhuset i Kalmar. Syftet är att utifrån evidens och beprövad erfarenhet utveckla samsyn och ett gemensamt förhållningssätt i rehabiliteringen av vuxna personer med Reumatoid artrit.

Faktabakgrund

Definition

Reumatoid Artrit (RA) kan definieras som en kronisk, symmetrisk polyartrit med tendens att destruera brosk och närliggande ben. Förutom inflammationer i lederna kan andra organ vara involverade som till exempel hjärt- och lungsäck, blodkärl och perifera nerver (1, 2).

Incidens och prevalens

RA är den vanligast förekommande inflammatoriska ledsjukdomen i vårt land. Den förekommer hos 0,5 – 1,0 % av Sveriges befolkning med en övervikt bland kvinnor. Insjuknandet sker oftast relativt sent i livet, vanligast mellan 45 och 65 år. Incidensen beräknas i Sverige vara 1500-2000 nya fall per år. Orsaken till RA är oklar men rökning har visat sig vara en riskfaktor och kan förklara cirka 20 % av fallen (1, 2).

Patofysiologi

RA karakteriseras av inflammation i synovialvävnad som utgör ledkapselns inre hinna men som även finns på insidan av senskidor och i bursor. Synovialhinnan är normalt tunn och cellfattig, men vid långvarig inflammation blir den cellrik och svullen. Det är den inflammatoriska reaktionen som skadar leden (2).

Symtom

Oftast kommer symtomen smygande med ömhet och svullnad i någon eller några leder över veckor och månader. En tredjedel av patienterna har mer akut debut. De vanligaste kliniska fynden är symmetrisk ledsvullnad, palpationsömhet, morgonstelhet och nedsatt funktion. men även trötthet (fatigue), nedsatt aptit, allmän sjukdomskänsla, oro och nedstämdhet är vanligt förekommande. Två tredjedelar insjuknar med inflammation i händernas och fötternas småleder, medan en tredjedel får sina första symtom från större leder som armbåge, axel, höft eller knä. Förloppet vid RA är mycket varierande – både mellan olika individer och hos patienten själv men den vanligaste förloppstypen är perioder av försämring (skov) (3, 4).

Konsekvenser

Nedsatt upplevd hälsa och livskvalitet är vanliga konsekvenser av sjukdomen. Trots god medicinsk behandling och låg sjukdomsaktivitet är personer med RA mindre fysiskt aktiva jämfört med den allmänna befolkningen. Detta innebär en ökad risk för försämring av kroppens funktioner och långvarig sjukskrivning. Personer med reumatiska sjukdomar kan också löpa ökad risk att drabbas av komplikationer och andra sjukdomar relaterat till inaktivitet. Bland annat finns en ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar och osteoporos (1, 5).

Diagnostik

Reumatolog ställer sjukdomsdiagnos utifrån diagnoskriterier för RA sammanställda av American College of Rheumatology (ACR) 1987. Dessa kriterier är: morgonstelhet, artrit i minst 3 ledgrupper, artrit i handens leder, symmetrisk artrit, reumatiska noduli, reumatoid faktor (RF), röntgenologiska förändringar. Fyra av sju kriterier ska vara uppfyllda för att diagnosen RA ska sättas (4).

Sjukgymnasten ställer funktionsdiagnos utifrån patientens upplevda problem och de kliniska fynd patienten uppvisar. Denna sammanfattande beskrivning av rörelse- och funktionsproblem bildar underlag till att formulera målsättning och för intervention (6).

Multidisciplinär samverkan

Reumateamets insatser vid reumatoid artrit.

Inom reumatologisektionen vid länssjukhuset i Kalmar finns ett team där fysioterapeut ingår. Tidig diagnos och behandling samt tät monitorering är avgörande för att minska risken för funktionsnedsättning och komplikationer vid RA. Personer med misstänkt eller fastställd RA följer Personcentrerat Standardiserat Vårdförlopp (PSV) under första året vilket innebär att alla patienter ska få tillgång till insatser från hela det reumatologiska teamet bestående av läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator samt vid behov dietist.

Fysioterapeutisk utredning/bedömning

Målet med PSV är att kontakt med fysioterapeut etablerats inom 3 månader efter diagnos. Efter genomgången PSV remitteras patienten vid behov till fysioterapeut. Utifrån patientens subjektiva beskrivning av problemen samt fysioterapeutens objektiva bedömning och följande funktionsdiagnos görs en behandlingsplan. De individuella fysioterapeutiska målen fastställs tillsammans med patienten utifrån patientens behov.

Mål

Det övergripande medicinska målet med behandlingen av den inflammatoriska reumatiska ledsjukdomen är inflammationskontroll och remission och där igenom uppbromsning av destruktivitet. Syftet med den fysioterapeutiska behandlingen är att främja fysisk aktivitet och upprätthålla fysisk aktivitet på en hälsofrämjande intensitet på så sätt undvika komorbiditeter, bibehålla/förbättra de fysiska funktionerna samt erhålla smärtlindring. (7).

Generella mål:

- Ökad kunskap om sjukdom, träning och goda levnadsvanor.
- Self-management, stödja och lotsa patienten så att patienten självständigt kan hantera sin sjukdom.

- Lotsa patienten till träning i linje med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011.
- Med etablerad träning minska/förhindra funktionsnedsättning och förbättra/bibehålla hälsorelaterad livskvalitet.
- Tydliggöra hinder för fysisk aktivitet och faktorer med positiv påverkan som till exempel stöd och självmonitorering.

Fysioterapeutisk behandling

Fysisk träning och teoretisk undervisning är en integrerad del av behandlingen vid RA och kan erbjudas i samband med inläggande vård eller polikliniskt; individuellt eller i grupp. I linje med modern rehabiliteringsstrategi för reumatiker erbjuds dagrehabilitering i grupp där teoretisk och praktisk kunskap varvas. Dagrehabiliteringen i Kalmar pågår i perioder om 3 veckor (8, 9). Den sjukgymnastiska rehabiliteringen sker även vid behov individuellt.

Hos personer med reumatoid artrit uppstår ofta en ökad smärta i samband med att fysisk aktivitet eller träning påbörjas. Smärtökningen är ofta övergående och beror på att otränade leder med omkringliggande muskler utsätts för ovana påfrestningar och den hindrar i normalfallet inte fortsatt aktivitet. Som utgångspunkt för fysisk aktivitet och träning används de allmänna riktlinjer som gäller för befolkningen generellt. Fysioterapeuten hjälper till att dosera träningen med hänsyn till individuella begränsningar och behov. 24-timmarsregeln tillämpas det vill säga att träning får göra ont men smärtan ska gå tillbaka till den ursprungliga nivån på omkring 24 timmar. Har den inte gjort det är det viktigt att anpassa träningen.

Muskelfunktionsträning enligt konceptet Medicinsk Träningsterapi (MTT), en högrepetitiv träningsform, är vanligtvis ett bra sätt att träna för patienter med smärta. Träning i varmvattenbassäng kan i stort sett användas i alla skeden av sjukdomen (1).

Baskunskaper om ledens anatomi och funktion, övriga funktioner i kroppen samt träning utgör grunden i den teoretiska undervisningen. Förutom fysisk aktivitet och träning berörs även livsstilsfaktorer som tobaksbruk och kost. Vikten av konditionsträning för att motverka risken för samsjuklighet betonas (1).

I undervisningen berörs ämnen som motivation samt hur motivation kan förstärkas, den transteoretiska modellen för förändring och processen som en livsstilsförändring innebär samt förslag på metoder för självmonitorering som träningsdagbok, stegräknare och olika applikationer (Elsa Science och tRAppen) som stöd för träningen (10).

Uppföljning – mål och mätetal

Behandlingen utvärderas med samma instrument som använts vid bedömningen. 3 månader efter avslutad 3-veckors rehabilitering görs också en uppföljning av målen.

Referenser:

1. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012 : osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
2. McInnes IB, Schett G. The pathogenesis of rheumatoid arthritis. *New England Journal of Medicine*. 2011;365(23):2205-19.
3. Overman CL, Kool MB, Da Silva JA, Geenen R. The prevalence of severe fatigue in rheumatic diseases: an international study. *Clinical rheumatology*. 2016;35(2):409-15.
4. Majithia V, Geraci SA. Rheumatoid arthritis: diagnosis and management. *The American journal of medicine*. 2007;120(11):936-9.
5. Demmelmaier I, Bergman P, Nordgren B, Jensen I, Opava CH. Current and maintained health-enhancing physical activity in rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *Arthritis care & research*. 2013;65(7):1166-76.
6. Danielsson L. Personcentrering i fysioterapi. *Fysioterapi*. 2015;8:36-41.
7. Katz P, Andonian BJ, Huffman KM. Benefits and promotion of physical activity in rheumatoid arthritis. *Current opinion in rheumatology*. 2020;32(3):307-14.
8. Momsen A-M, Rasmussen JO, Nielsen CV, Iversen MD, Lund H. Multidisciplinary team care in rehabilitation: an overview of reviews. *Journal of rehabilitation medicine*. 2012;44(11):901-12.
9. Alenius G-M, Avik A, Calander A-M, Lindqvist E, Teleman A. Rekommendationer för Modern ReumaRehabilitering.
10. Revenäs Å, Opava CH, Ahlén H, Brusewitz M, Pettersson S, Åsenlöf P. Mobile internet service for self-management of physical activity in people with rheumatoid arthritis: evaluation of a test version. *Rmd Open*. 2016;2(1):e000214.