

Effekt av Skogliopphold for pasienter med langvarige bløtdelssmerter

Resultat av 4 ukers rehabiliteringsopphold målt ved avreise og av randomisert populasjon 3 måneder etter endt rehabiliteringsopphold i perioden vår 2006 til vår 2007

Anders Orpana, fysioterapeut

Bakgrunn

Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter AS er Norges største rehabiliteringssenter og ligger på Lillehammer. Vi er en del av spesialisthelsetjenesten og er med det en del av den totale behandlingsskjeden innen rehabilitering.

Vi har avtale med Helse Sør-Øst og NAV både for døgn- og dagplasser. Vi har også avtale i forbindelse med "Raskere tilbake".

Bare på døgnavdelingen ble 1300 pasienter (via HelseForetak fra hele landet, men med hovedvekt fra HSØ regionen) behandlet i 2008, i gjennomsnitt med 21,1 døgnsoppholdstid.

Allerede 2006 ble pasientene fordelt i tverrfaglige behandlingsteam. Som del i intern kvalitetssikring og resultatdokumentasjon ble alle pasienter – uansett team-tilhørighet - evaluert ved ankomst og avreise med diagnosespesifikke funksjonstester og spørreskjemaer. En randomisert populasjon ble også fulgt opp 3 måneder etter endt opphold (foruten post-operative pasienter). I tidsperioden vår 06 til vår 07 hadde halvdelen av pasientmassen langvarige bløtdelssmerter (med diagnoser som fibromyalgi, kroniske ryggmerter, nakkesleng etc) og tilhørte "Bløtdels-team". Data fra disse pasienter blir beskrevet i det følgende.

Studiedesign

Prospektiv undersøkelse uten kontrollgruppe.

Allerede før ankomst har pasientene fått spørreskjema å fylle ut – bl.a. inneholdende flere VRS-skalaer for å vurdere grad av gjennomsnittlig smerte, stivhet etc.

Ved ankomst fikk disse pasienter et (av 3) diagnosespesifikke tilleggsskjema, inneholdende bl.a. TSK (Tampa Scale of Kinesiophobia) og;

Fibromyalgipasienter: FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire)

Ryggpasienter: Oswestry (The Oswestry Low Back Pain Disability Index)

Nakke/skulderpasienter: NDI (Neck Disability Index)

De 3 diagnosegruppene ble dessuten testet for spesifiserte standardiserte funksjonstester – bl.a:

Fibromyalgipasienter: Speedwalk 20m, balansetest, avspenningsevne

Ryggpasienter: Speedwalk 20m, balansetest, Finger-gulv-avstand

Nakke/skulderpasienter: Speedwalk 20m, balansetest, nakke-ROM

Ved avreise ble samme tester/spørsmål repetert. Puljevis ble dessuten en gruppe fulgt opp med spørreskjema 3 mnd etter avreise.

Dataanalyse er gjort med SPSS 15.0. Frekvens, mean og student-T test er brukt.

Til effektmål er kun compliance populasjonen brukt (N= (maksimalt) 498 - for hovedgruppen og 55 for oppfølgingsgruppen)

Populasjon

Hovedpopulasjon var 498 pasienter langvarige bløtdelssmerter, med opphold i perioden og med data fra både ankomst og avreise.

85% var kvinner, mean alder; 60 år, mean TSKscore v/ank; 35,2 og VRS-sykdomsfølelse v/ank 6,5

95 oppfølgingskjemaer ble sendt ut til (inkluderte) puljevis (ca 30/mnd) randomiserte pasienter med opphold i oktober, november og desember 2006

55 ble returnert - compliance på 58%

87,3% var kvinner, mean alder; 55 år, mean TSKscore v/ank; 34,5 og VRS-sykdomsfølelse v/ank 6,6

Det er ikke signifikant forskjell mellom gruppene på disse data ($p > 0,05$) og er det ikke heller hvis vi ser på diagnoseundergrupper, med et unntak. Oppfølgingspopulasjonen for fibromyalgigruppen besto kun av kvinner (mot en fibromyalgi-andel på 84% i hovedgruppen).

Vi konkluderer derfor med at vi har et representativt utvalg av hovedpopulasjonen i oppfølgingsgruppene - hva gjelder kjønn, alder, bevegelsesangst og følelse av uhelse.

Diagnosetilhørighet utover de 3 angitte gruppene generelt (+gruppe med kombinerte diagnoser) fremkommer ikke i materialet.

Resultater

TSK benytter score fra grad av enighet i 17 påstander, fra 17-68 poeng (jo høyere score desto mer bevegelsesangst)

FIQ benytter 10 spørsmål om funksjonsevne og symptomer, fra 0-100 (der 50 regnes som gjennomsnittelig fibromyalgiplaget og +70 som meget påvirket)

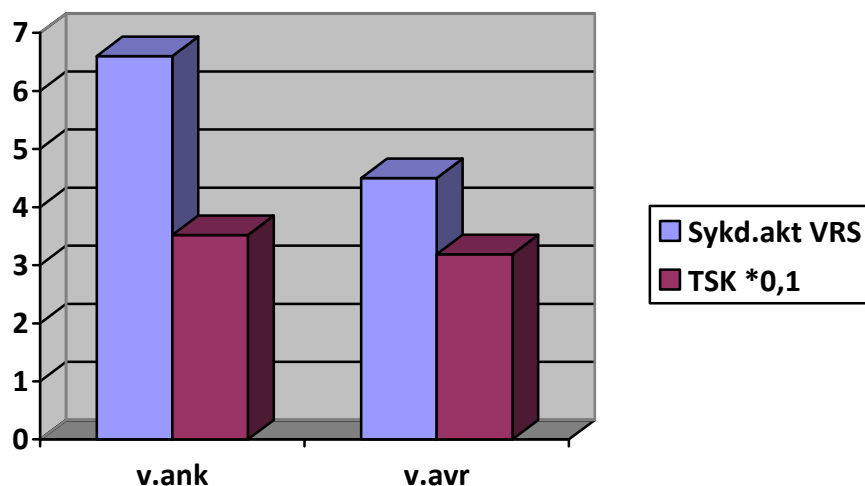
Oswestry og NDI benytter 10 spørsmål om funksjonsevne med 6 svarsalternativer, fra 0-100%poeng (Påvirkningsgrad; Null:0-9, Mild:10-29, Moderat: 30-49, Svær: 50-68, Komplet: +68)

VRS (visual reference scale (heltalls VAS skala) benytter 0-10 gradering (0 ingen problemer/ingen smerter etc. og 10 er meget store problemer/verst tenkbare smerter etc.)

Hovedpopulasjon – ankomst til avreise (N=262-346):

Det er statistisk signifikant bedring på alle parvise parametere

Gjennomsnitt - selvrapperte parametere



Graf 1

Sykd.akt VRS (0-10) (N=346)

22% bedring

$P < 0,0001$ – signifikant forandring

S-score; 1,2 – klinisk stor forandring

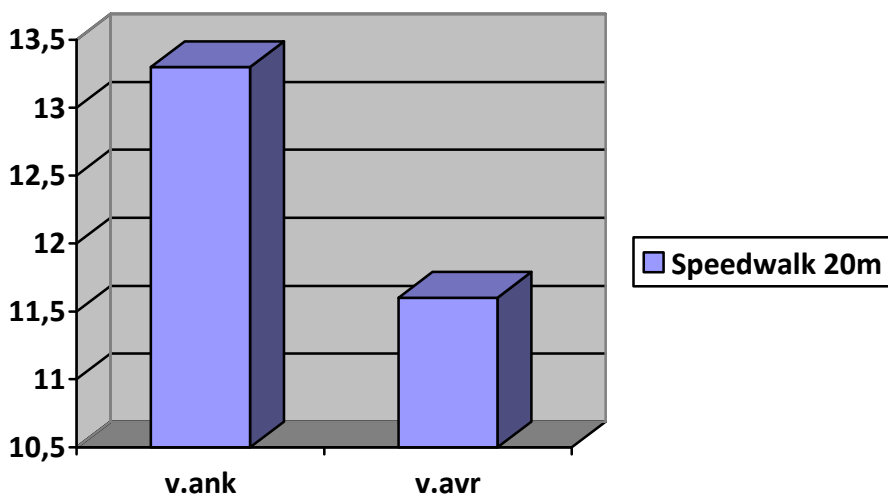
TSK score (17-68) men delt på 10 i grafen (N=262)

9% bedring

$P < 0,0001$ signifikant forandring

S-score; 0,42 – klinisk moderat forandring

Gjennomsnitt - objektiv parameter



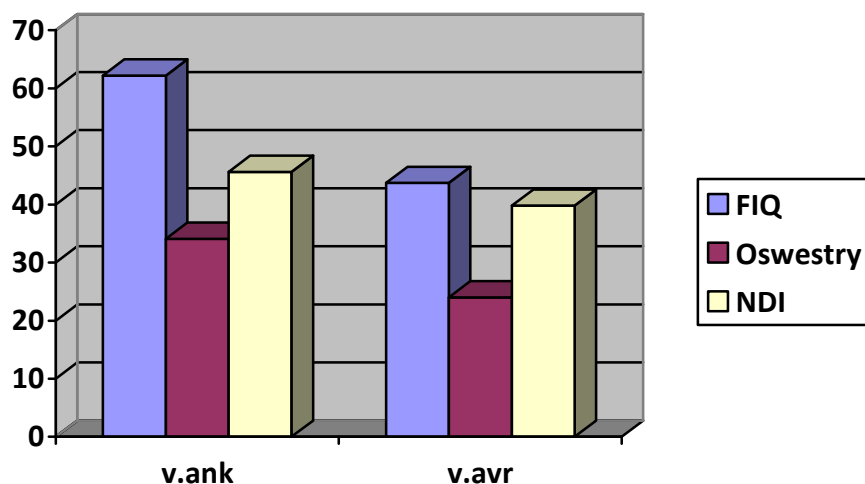
Graf 2

Speedwalk 20m – tid i sek.
(N=146)
13% bedring
 $P < 0,05$ – signifikant forandring
S-score; 0,18 – klinisk liten forandring

Gruppert populasjon basert på diagnosegruppe – ankomst til avreise (N=24-40):
Kun pasienter med unik diagnosegruppe-basert problemstilling er inkludert (f.eks en fibromyalgipasient med i tillegg diagnostisert spinalstenose er ikke inkludert)

Det er statistisk signifikant bedring på alle parvise parametere

Gjennomsnitt - selvrapporterte parametere



Graf 3

FIQ (0-100) (N=40)
30% bedring
 $P < 0,0001$ – signifikant forandring
S-score; 1,1 – klinisk stor forandring

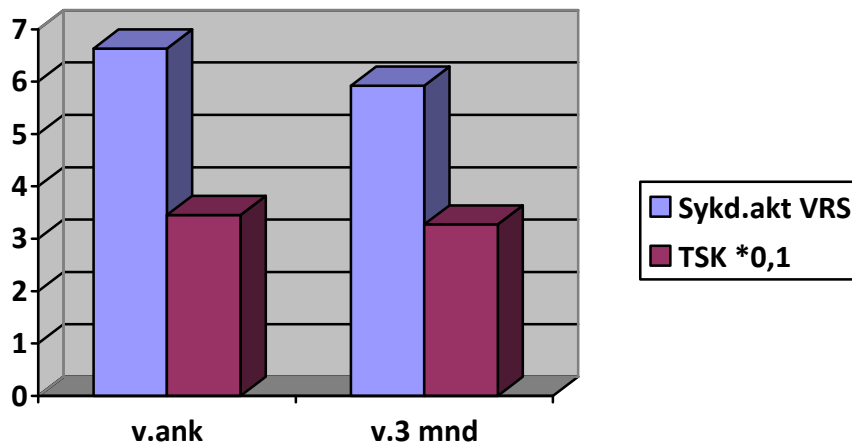
Oswestry (0-100) (N=24)
30% bedring
 $P < 0,0001$ – signifikant forandring
S-score; 0,98 – klinisk stor forandring

NDI (0-100) (N=24)
13% bedring
 $P = 0,058$ – IKKE helt signifikant forandring
S-score; 0,45 – klinisk moderat forandring

Oppfølgingspopulasjon – ankomst til 3 mnd etter avreise (N=42-49):

Det er statistisk signifikant bedring på de fleste hovedparametere på hovedpopulasjonen. De diagnosespesifikke populasjonene var for små (n=4-11) for å trekke konklusjoner ut i fra.

**Gjennomsnitt - selvrapporterte parametere
3mnd oppfølging**



Graf 4

Sykd.akt VRS (0-10) (N=49)
11% bedring
 $P < 0,05$ – signifikant forandring
S-score; 0,4 – klinisk moderat forandring

TSK score (17-68) men delt på 10 i grafen (N=42)
5% bedring
 $P = 0,05$ signifikant forandring
S-score; 0,26 – klinisk lav forandring

Konklusjon

- Et 4 ukers rehabiliteringsopphold på Skogli hjelper våre pasienter med langvarige bløtdelssmerter til bedre helse, tillit til å bruke kroppen og fysisk funksjon i løpet av oppholdet og på lenger sikt – målt 3 måneder etter avreise

Diskusjon

Dette er data basert på rehabiliteringsopphold med i gjennomsnitt 4 ukers varighet. Den avtale vi per dags dato har med HelseSørØst baserer seg på 3 ukers opphold som "standard". Om de gode resultatene fra 06-07 kan overføres til nåværende rammevilkår vites ikke.

Biasvurdering

Da inklusjonskriterium var utfyllet skjema ved ankomst ekskluderes også automatisk de med språk og/eller skrive/lese vansker – altså fremfor alt en del innvandregrupper, dyslektikere og svaksynte. Studiepopulasjonen kan derfor ikke være helt representativ. Studiepopulasjonens diagnosefordeling er ikke kontrollert. Compliance i oppfølgingsgruppen var på kun 50,8%. Vi har heller ikke mulighet å vurdere om det kun var de med ev. best fremgang som svarte, eller ikke. Det er ikke brukt kontrollgruppe til sammenlikning. Styrkeberegning i forhold til antall deltakere er ikke gjort

Skogli – mai 2009