

Effekt av Skogliopphold for revmatiske pasienter

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 ca 1/5 av pasientmassen revmatiske diagnoser og tilhørte "Revma-team". Data fra disse pasienter blir beskrevet i det følgende.

Studiedesign

Prospektiv undersøkelse uten kontrollgruppe.

Allerede før ankomst har pasientene fått spørreskjema at fylle ut – bl.a. inneholdende flere VRS-skalaer for å vurdere grad av gjennomsnittlig smerte, stivhet etc. Ved ankomst fikk disse pasienter et tilleggsskjema inneholdende bl.a. MHAQ (Modified Health Assessment Questionnaire) og SES (Self Efficacy Scale) og ble testet for en del standardiserte funksjonstester (bl.a. 6min gåtest og Finger-gulv-avstand (FGA)). 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) 78 - for hovedgruppen og 12 for oppfølgingsgruppen)

Populasjon

Hovedpopulasjon var 78 revmatiske pasienter med opphold i perioden og med data fra både ankomst og avreise.

87% var kvinner, mean alder; 63 år, mean MHAQ funksjonsscore v/ank; 1,49 og VRS-sykdomsfølelse v/ank 6,2

17 oppfølgingskjemaer ble sendt ut til alle (inkluderte) pasienter med opphold i feb-07 og april-07.

12 ble returnert - compliance på 70,6%

Alle var kvinner, mean alder; 61 år, mean MHAQ funksjonsscore v/ank; 1,12 og VRS-sykdomsfølelse v/ank 5,8

Vi konkluderer derfor med at vi har et noe sprekere, men dog rimelig representativt utvalg av hovedpopulasjonen i oppfølgingsgruppen - hva gjelder alder, fysisk funksjon og følelse av uhelse. Kjønnsmessig er det selvfølgelig skjeivfordelt.

Diagnosetilhørighet utover revmatisk-lidelse generelt fremkommer ikke i materialet.

Resultater

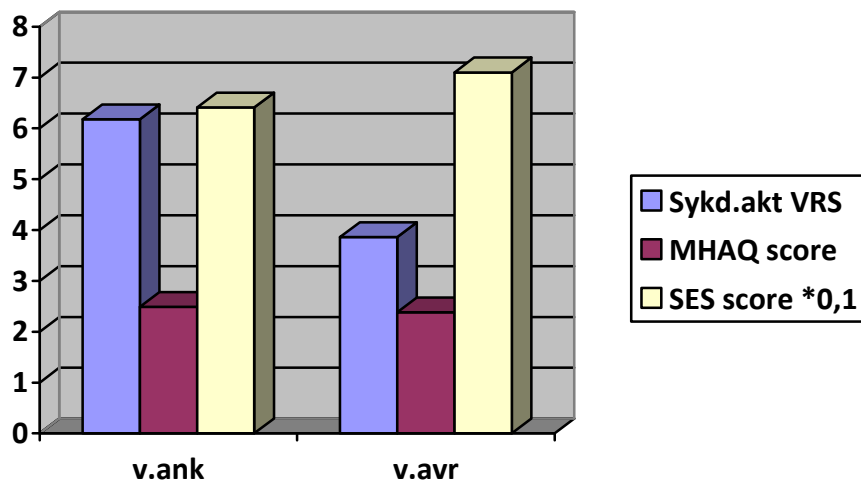
MHAQ benytter gjennomsnitt av 8 ADL funksjonsspørsmål med 1-4 skala (der 1=ingen problemer og 4=umulig å gjennomføre)

SES etterspør personens tiltro til egne mestringsevner i tre forskjellige felt; smerte, funksjon og symptomer, og benytter 10-100 skala (der 10=meget usikker, 50=nokså usikker og 100=meget sikker). Til denne studie er kun symptom-påvirknings skjemaet brukt.

Hovedpopulasjon – ankomst til avreise (N=31-77):

Det er statistisk signifikant bedring på alle hovedparametere, med unntak av MHAQ (som oppviste gj.snitt. bedring på 8%, men $p=0,1$)

Gjennomsnitt - selvrapporterte parametere



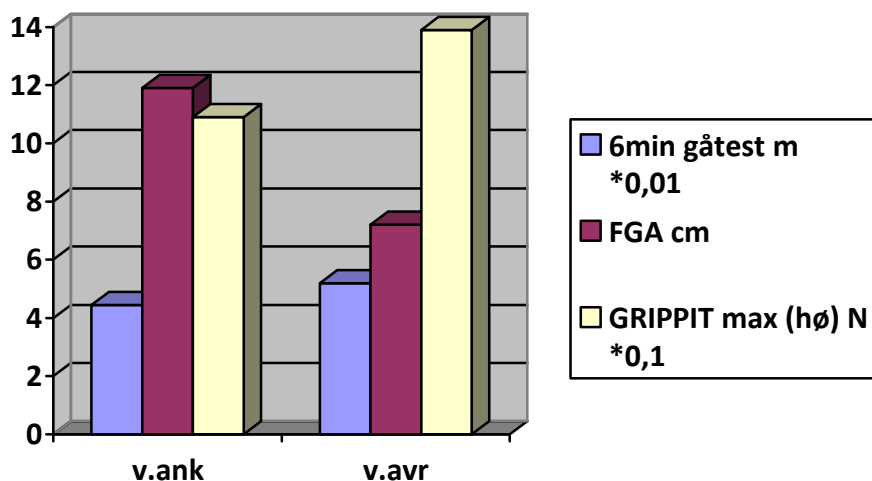
Graf 1

Sykd.akt VRS (0-10)
(N=66)
37% bedring
 $P < 0,001$ – signifikant forandring
S-score; 1,3 – klinisk stor forandring

MHAQ score (1-4)
(N=63)
8% bedring
 $P = 0,1$ – IKKE signifikant forandring
S-score; 0,19 – klinisk liten forandring

SES score (10-100) men delt på 10 i grafen
(N=51)
11% bedring
 $P < 0,005$ signifikant forandring
S-score; 0,41 – klinisk moderat forandring

Gjennomsnitt - objektive parametere



Graf 2

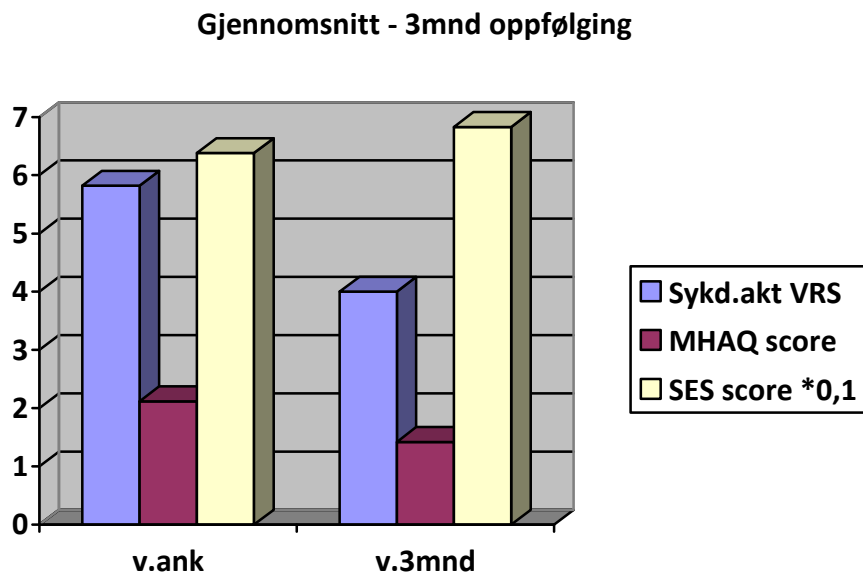
6min Gåtest – distanse(m)
Delt på 100 i grafen
(N=28)
17% bedring
 $P < 0,001$ – signifikant forandring
S-score; 0,5 – klinisk moderat forandring

Finger-gulv avstand (FGA) cm
(N=31)
40% bedring
 $P < 0,05$ – signifikant forandring
S-score; 0,32 – klinisk liten forandring

GRIPPIT maks (hø hånd) Newton, delt på 10 i grafen
(N=28)
27% bedring
 $P < 0,05$ signifikant forandring
S-score; 0,52 – klinisk moderat forandring

Oppfølgingspopulasjon – ankomst til 3 mnd etter avreise (N=10-12):

Det er statistisk signifikant bedring på hovedparametere, med unntak av SES (som oppviste gj.snitt. bedring på 7%, men $p=0,3$)



Graf 3

Sykd.akt VRS (0-10)
(N=11)
31% bedring
 $P < 0,05$ – signifikant
forandring
S-score; 1,2 – klinisk stor
forandring

MHAQ score (1-4)
(N=12)
33% bedring
 $P = 0,001$ – signifikant
forandring
S-score; 1,3 – klinisk stor
forandring

SES score (10-100) men
delt på 10 i grafen
(N=10)
7% bedring
 $P = 0,3$ IKKE signifikant
forandring
S-score; 0,3 – klinisk liten
forandring

Konklusjon

- Et 4 ukers rehabiliteringsopphold på Skogli hjelper våre revmatiske pas til bedre helse og fysisk funksjon i løpet av oppholdet og (i hvert fall for kvinner) på lenger sikt – målt 3 måneder etter avreise
- Tiltro til egen mestring var størst (og statistisk signifikant) ved avreise, men var fortsatt gjennomsnittlig høyere 3 måneder etter avreise enn ved ankomst
- Funksjonsnivå i hverdagsoppgaver økte – ikke bare under oppholdet, men fortsatte å øke til også statistisk signifikant nivå (i forhold til ankomsts nivå) 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 3ukers 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 innvandrergupper, dyslektikere og svaksynte. Studiepopulasjonen kan derfor ikke være helt representativ. Studiepopulasjonens diagnosefordeling er ikke kontrollert.

Compliance i oppfølgingsgruppen var på 70,6% og ble kjønnsmessig skjeivfordelt (kun kvinner svarte). 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