

Inflammatorisk ryggsjukdom (axial spondylartrit) - Fysioterapeutiska riktlinjer

Vårdnivå, samverkan och remissrutiner

Det finns i dagsläget inget nationellt vårdförlopp för inflammatorisk ryggsjukdom. Vid misstanke om inflammatorisk ryggsjukdom ska patienten remitteras till reumatologisk specialistvård. Aktuell riktlinje är framtagen genom ett samarbete mellan reumatologmottagningen och rehabiliteringscentrum i Region Jönköpings län. Fysioterapeuten på rehabiliteringscentrum ansvarar för årliga uppföljningar av patientens rygghälsa och återkopplar till reumatologmottagningen enligt gällande rutiner (AXIS). Vid behov kopplas även arbetsterapeut och kurator in.

Om hälsotillståndet

Fysioterapi är en mycket viktig del av behandlingen vid inflammatoriska ryggsjukdomar (1). Enligt Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2021 (2) ska teamrehabilitering i öppenvård samt fysisk träning erbjudas patienter med axial spondylartrit (prioritet 3 av åtgärder som sjukvården bör erbjuda (1-10) där 1 är mest angelägen). För mer information om spondylartriter och inflammatoriska ryggsjukdomar, se www.1177.se, www.svenskreumatologi.se och www.reumatikerförbundet.se. För mer information om fysioterapi vid inflammatorisk ryggsjukdom se kapitlet om Ankyloserande spondylit i boken Fysisk aktivitet vid reumatiska sjukdomar (3) och på ”Internetmedicin, Ankyloserande spondylit, Fysioterapi” (4).

Utredning

Remiss från reumatolog inkommer för ryggmätning vid misstänkt/diagnostiserad inflammatorisk ryggsjukdom.

Utredning i senare skede kan bli aktuellt vid försämrad funktions/aktivitetsförmåga eller nedsatt delaktighet i samhället (arbete och fritid), behov av stöd till fysisk aktivitet/träning eller behov av underlag till läkarintyg/utlåtande.

Vid ryggmättningsbesök görs följande enligt rutin:

- BASMI (5)
- BASFI (6)
- BAS-G (7)
- BASDAI (8)

Blanketterna finns på srq.nu/material-vardgivare/dokument-vardgivare/.

De kan även fyllas i via PER (patientens egen registrering) i SRQ (svenskt reumatologiskt kvalitetsregister) inför besöket.

I utredning ingår även mätning av thoraxexpansion, undersökning av aktuella besvär, levnadsvanor, arbetssituation, aktivitetsförmåga och fysisk aktivitetsnivå.

Utifrån behov görs ytterligare tester av exempelvis muskelstyrka (Timed stands test), skulderfunktion (Funktionsskattning skuldra-arm), balans (enbensstående), gångförmåga (20 m snabbgång, Sex minuters gångtest). Syreupptagningsförmåga mäts med Åstrands submaximala cykeltest och bör testas eftersom syreupptagningsförmågan påverkar risk för mortalitet och kardiovaskulär sjukdom (9-10).

Mätresultaten dokumenteras i journal och i Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ). Vid försämringar tas patienten upp med ansvarig reumatolog (se rutin ryggmätning AXIS).

Behandling

Behandlingen ska vara personcentrerad med patienten delaktig i målsättning och val av åtgärder. Rehabiliteringsplan ska upprättas vid rehabiliteringsperioder med flera professioner involverade eller enligt patientens önskemål. I annat fall dokumenteras patientkontraktet under sökord överenskommelse.

Information/patientutbildning (muntligt, skriftligt eller digitalt) är en viktig del av behandlingen och kan beröra exempelvis;

- Sjukdomen, hälsofrämjande levnadsvanor och sekundärprevention (för bland annat osteoporos och hjärt-kärlsjukdom).
- Information om anatomi, ergonomi och ledbelastning.
- Information om hur sjukdomen kan påverka olika hälsoaspekter, inklusive sexuell hälsa, och hur detta kan förebyggas/behandlas.
- Motiverande samtal och beteendemedicinska åtgärder som stöd till beteendeförändring.
- Egenvård – Individuellt träningsprogram, FaR
- Stöd till träning exempelvis i friskvården, via patientföreningar eller kommunernas hälsocenter.
- Träning av rörlighet, styrka och kondition individuellt och i grupp i gym eller bassäng.
- Smärtlindrande behandling.
- Kroppsmedvetande träning; avspänning och basal kroppskänedom.
- Utprovning av hjälpmedel vid behov.
- Bedömning av behov av skor och inlägg via Team Olmed.

Muntlig och skriftlig information om fysisk aktivitet vid inflammatorisk ryggsjukdom lämnas till patienten vid nybesök och repeteras vid återbesök. Vid behov av insatser av hela teamet (fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator) och stöd till self-management finns möjlighet till dagrehabilitering i Jönköping, Nässjö och Värnamo.

Uppföljning

Patienten kallas åter för ryggmätning 6 månader efter första ryggmätningen, därefter görs uppföljning årligen i fem år, antingen via besök eller digital vårdkontakt kombinerad med PER-skattning (patientens egen registrering) i SRQ. Konditionstestning med Åstrands submaximala cykeltest erbjuds vid 6 mån, 18 mån och fem år. Efter fem år bokas patienten för läkarkontakt (telefon/digitalt/fysiskt besök) och ställningstagande görs till behov av fortsatta uppföljningar, se rutin ryggmätning (AXIS)

Risker/kontraindikationer

Det finns inga absoluta kontraindikationer för träning men försiktighet bör iakttas vid:

- Osteoporos.
- Hjärt- eller lungsjukdom.
- Efter ledinjektioner med kortison bör ledvila tillämpas under första dygnet och tyngre träning undvikas under en vecka. Vid injektion i muskelfästen eller kring senor ska tyngre träning undvikas ytterligare någon eller några veckor.
- Vid ledplastikoperationer kan träning behöva anpassas efter rörelserestriktioner och tungt belastande träning bör undvikas.

Kvalitetsuppföljning

Bedömning av fysioterapeut i specialistvården ska göras inom 2 månader från remissdatum. Fysioterapeutisk bedömning inför nybesök till reumatologläkare (se rutin AXIS) bör göras inom 1 månad från remissdatum.

BASDAI, BASFI, BAS-G, fysisk aktivitet samt BASMI och Åstrands cykeltest registreras i SRQ (via PER och/eller manuellt) i samband med vårdkontakter.

Målet med ryggmätningar enligt rutin är att upptäcka försämring av ryggstatus.

Målet med fysioterapeutisk behandling är bibehållen eller förbättrad rörlighet, styrka, kondition och funktion, minskad smärta, förhindra eller minska utveckling av spinal deformitet, minska risk för samsjuklighet som hjärt/kärlsjukdom samt bidra till god livskvalitet.

Referenser

1. Braun, J. Therapy of Spondyloarthritis. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 2009;133-47
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar- Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. [internet] Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Artikelnummer 2021-1-7137. [citerad 30 september 2024]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-1-7137.pdf>
3. Opava, CH. Fysisk aktivitet vid reumatisk sjukdom. Lund studentlitteratur AB, 2014
4. Ankolyserande spondylit, fysioterapi (sjukgymnastik) [internet]. [www.internetmedicin.se](http://internetmedicin.se). Hämtad från: <http://internetmedicin.se/behandlingsoversikter/reumatologi/ankolyserande-spondylit-fysioterapi-sjukgymnastik/>
5. Jenkinson TR, Mallorie PA, Whitelock HC, Kennedy LG, Garrett SL, Calin A. Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). The Bath AS Metrology Index. *J Rheumatol*. 1994 Sep; 21(9):1694-8
6. Cronstedt H., Waldner, A. Stenström, CH. The Swedish version of the Bath ankylosing spondylitis functional index. Reliability and validity. *Scand J Rheumatol Suppl* 1999; 111:1-9

7. Jones SD, Steiner A, Garrett SL, Calin A. The Bath Ankylosing Spondylitis Patient Global Score (BAS-G). *Br J Rheumatol*. 1996 Jan; 35(1):66-71
8. Waldner A., Cronstedt H, Stenström CH. The Swedish version of the Bath ankylosing spondylitis disease activity index. Reliability and validity. *Scand J Rheumatol*. 1999; 111:10-6
9. Kodama S. Cardiorespiratory Fitness as a Quantitative Predictor of All-Cause Mortality and Cardiovascular Events in Healthy Men and Women. *JAMA*. 2009 May 20;301(19):2024
10. Sveaas SH, Bilberg A, Berg IK, Provan SA, Rollefstad S, Semb AG, et al. High intensity exercise for 3 months reduces disease activity in axial spondyloarthritis (axSpA): a multicenter randomized trial of 100 patients. *British journal of Sports medicine [internet]*. 2020 Mar 1;54(5):292-7.