



Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för sjukgymnastik

Utbildningsprogram
i sjukgymnastik 180 hp

Examensarbete
15 hp
Vårterminen 2010

Rörelserådsla hos patienter med artros

Författare

Malin Jönsson Lundgren
Leg. sjukgymnast
Abels Rehab, Malmö
Primärvården Rehab Sydväst
Sjukgymnastutbildningen
Lunds Universitet
malin.jonssonlundgren@skane.se

Handledare

Carina Thorstensson
Leg. sjukgymnast
Dr. Med Vet. FoU-centrum
Spenshult
carina.thorstensson@spenshult.se

Examinator

Gun-Britt Jarnlo, Docent, univ. lektor
Leg. sjukgymnast
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för sjukgymnastik
Lunds Universitet
Gun-Britt.Jarnlo@med.lu.se

Rörelserädsla hos patienter med artros

Sammanfattning

Bakgrund

Artros är idag en av våra vanligaste folksjukdomar och är den vanligaste orsaken till funktionsnedsättning hos äldre. Senare års forskning visar god effekt på broskkvalitén vid träning samt att träning även har en positiv påverkan på smärta, funktion och livskvalité. Patienter med artros har en lägre aktivitetsnivå och en högre grad av passiva copingstrategier jämfört med patienter med annan kronisk sjukdom som till exempel reumatoid artrit. Rörelserädsla är vanligt förekommande hos patienter med långvariga besvär från rörelsestödjeapparaten.

Syfte/frågeställningar

Syftet med studien var att undersöka om patienter med artros i höft, knä eller hand är rädda för att leden tar skada vid fritidsaktivitet/träning, samt studera eventuella skillnader mellan patienter som är rörelserädda och de som inte är det, avseende ålder, kön, BMI, rökvanor, utbildning, artrosdrabbad led, samt via frågeformuläret EuroQol-5D (EQ5D) deras självskattade rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärta/besvär och oro/nedstämdhet.

Studiedesign

Kvantitativ tvärsnittsstudie

Material och metoder

Studiegruppen bestod av 100 patienter med röntgen- eller kliniskt verifierad artros i höft, knä och/eller hand som skulle delta i Artrosskola. Patienterna fick innan Artrosskolans början fylla i EQ5D, samt svara på bakgrundsfrågor såsom längd och vikt, rökvanor, utbildning, artrosdrabbad led och om de var rädda att leden skulle ta skada vid fritidsaktivitet/träning.

Resultat

Tjugosex av 99 patienter (26 %) svarade att de var rädda för att deras led/leder skulle ta skada vid fritidsaktivitet/träning. En patient i studiegruppen besvarade inte denna fråga. Den enda skillnaden mellan rörelserädda och ej rörelserädda var kön, där män var rörelserädda i högre utsträckning ($p=0.02$)

Slutsats

Rörelserädsla är vanligt förekommande hos patienter med artros i höft, knä och/eller hand som remitterats till Artrosskolan. En större andel av männen var rörelserädda. Om patienter med rörelserädsla identifieras i ett tidigt skede är det möjligt att erbjuda ett mer individuellt omhändertagande.

Nyckelord: Artros, rörelserädsla, kinesiofobi, fysisk aktivitet, smärta

Fear of movement among patients with osteoarthritis

Abstract

Background

Osteoarthritis is very common and it is the most common cause of functional disability among elderly people. Training has in recent research showed a positive effect on cartilage, pain, function and quality of life. Patients with osteoarthritis have a lower level of activity and a higher degree of passive coping strategies compared to patients with other chronic diseases like rheumatoid arthritis. Fear of movement is common among patients with long-lasting musculoskeletal pain.

Aim

The aim of this study was to explore whether patients with osteoarthritis in hip, knee and/or hand are afraid that leisure time activities or exercise would cause further joint damage. We also wanted to explore possible differences between patients with and without fear of movement regarding age, gender, BMI, smoking habits, education, affected joint, and self-rated mobility, self-care, usual activity, pain/discomfort and anxiety/depression.

Material and method

In this cross-sectional study the study group consisted of 100 patients with radiological or clinically verified osteoarthritis in hip, knee and/or hand, who were referred to a patient education program for osteoarthritis. Before the start of the program, patients filled in self-rated health, EuroQol-5D (EQ5D). They also answered questions regarding height, weight, smoking habits, education, affected joints, and if they were afraid that their joint would get damaged from leisure time activities or exercise.

Result

Twenty-six of the 99 patients said they were afraid that their joint/joints would get damaged from leisure time activities or exercise. One patient did not answer this question. The only difference between the two groups that we compared was gender, were men to a larger extent express fear of movement ($p=0.02$).

Conclusion

Fear of movement is common among people with osteoarthritis in hip, knee and/or hand who are referred to the patient education program for osteoarthritis. A higher proportion of the men expressed fear of movement. If patients with fear of movement could be identified in an early stage it is possible that we can offer them a more individual tailored care.

Keywords: osteoarthritis, fear of movement, kinesiophobia, physical activity, pain

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Syfte	3
Frågeställningar	3
Material	4
Tabell 1. Deskriptiv data för hela patientgruppen	4
Metod	5
<i>Databearbetning</i>	6
<i>Statistik</i>	6
Resultat	7
Tabell 2. Antal rörelserädda och EQ5D för hela gruppen.	7
Tabell 3. Jämförelse mellan ej rörelserädda och rörelserädda patientgrupperna.	8
Diskussion	9
<i>Resultatdiskussion</i>	9
<i>Metoddiskussion</i>	9
Slutsats	11
Referenslista	12

Bakgrund

Artros är en ledsjukdom som drabbar hela leden. Det blir en obalans mellan uppbyggnad och nedbrytning av broskceller varvid ledbrosket blir ojämnt och tunnare ut. Även övriga strukturer i och runt leden påverkas såsom skelett, ligament, ledkapsel och muskler. Artros tillhör idag en av våra stora folksjukdomar och är den vanligaste orsaken till funktionsnedsättning hos äldre [1]. Då artros är en kronisk sjukdom ökar förekomsten i högre åldrar. Kliniskt dominerar smärta, stelhet och försämrad funktion men också psykiska symtom i form av nedsatt livskvalité, stress, oro för att försämrans och depressiva symtom kan förekomma [2- 3].

Internationella uppskattningar beräknar att ca 10 % av männen och 18 % av kvinnorna över 60 år har besvär relaterade till artros [4]. Antal personer som har röntgenverifierad artros, med bland annat minskad ledspringa och förekomst av osteofyter, är betydligt högre [5]. Många personer med röntgenförändringar har inte ont och omvänt, många som har ont har inga röntgenförändringar [6]. Röntgenförändringar utvecklas långsamt och många har haft ont i flera år innan det syns några förändringar på röntgen. Då artros kan ta upp emot 10-15 år innan det syns på en slätröntgen gör man idag betydligt oftare en klinisk diagnos. Vanliga symtom i början av sjukdomen är belastningssmärta, igångsättningsvärigheter och stelhet i leden. Olika riskfaktorer för utveckling av artros har identifierats; ålder, övervikt, ärftlighet, tidigare leddskada, ledbelastande arbete, elitidrott och muskelsvaghet [7-13]. Senare års forskning visar god effekt på broskkvalitén vid träning och träning har även en positiv påverkan på smärta, funktion och livskvalité [14-17]. Gällande rökning har det diskuterats om det till och med kan ha en skyddande effekt vid viss artros [18].

Förr trodde man att leden blev mer och mer "utsliten" vid belastning och att fysisk aktivitet/träning kunde öka risken för att utveckla artros. Idag visar forskning på annat. En review av Shrier visar att regelbunden fysisk aktivitet/träning varken ökar risken för att få artros i höft eller knä eller förvärrar symtomen vid lätt till måttlig artros i dessa leder. I denna sammanställning fanns det indikationer på att det är mer troligt att artros beror på nedsatt muskelfunktion än av att brosket slits ner [19]. En studie gjord på löpare bekräftar att personer som är måttligt fysiskt aktiva inte löper större risk att försämrans sin artros [20].

Man använder idag begreppen fysisk aktivitet och träning lite olika. Oftast används de som likvärdiga. Men det finns en skillnad och den beskrivs som att fysiskt aktiv är den person som gör ett muskelarbete som innebär en pulshöjning och att värmen stiger i kroppen (lättare svettning). Träning däremot är en planerad fysisk aktivitet som görs regelbundet och har ett mål att förbättra en specifik funktion, så som konditionen eller styrkan [21]. Med dessa två beskrivningar kan det sägas att alla som tränar är fysiskt aktiva men att alla som är fysiskt aktiva inte nödvändigtvis tränar. Att vara fysisk inaktiv kan utgöra en hälsorisk för individen då inaktivitet kan öka risken för bland annat hjärt/kärlsjukdomar, benskörhet, övervikt och artros [22].

Patienter med artros har en lägre aktivitetsnivå och en högre grad av passiva copingstrategier jämfört med patienter med reumatoid artrit (RA) [23]. Passiva copingstrategier innebär att använda till exempel vila för att bli av med besvär, men kan även innebära att få passiva behandlingar av någon terapeut som till exempel massage och ultraljud. Användningen av passiva copingstrategier ökar med duration på artrosbesvär, ålder, övervikt och är mer utbrett hos personer med låg fysisk aktivitetsnivå [23]. Ett samband har även setts mellan passiva strategier och nedsatt funktion hos patienter med artros i knäna. I samma studie såg man dock att de patienter som hade en bättre muskelstyrka ändå hade en bättre funktion trots användandet av passiva strategier [24]. Träning av muskelstyrka verkar således vara väsentligt för att bibehålla eller öka funktionen.

Trots många studier som visar att patienter med artros mår bäst av lagom fysisk aktivitet träffar vi många patienter inom primärvården som är rädda för att fysisk aktivitet ska förvärra deras smärta och även skada deras led/leder ytterligare. I litteraturen kan man läsa om begrepp som smärtrelaterad rädsla, rörelserädsla och kinesiofobi. Dessa har olika innebörd men används oftast som synonyma begrepp. I denna studie leder det till olika benämningar när det refereras till tidigare studier. En förklaring till de tre ovanstående begreppen samt referenser till dessa går det att läsa om i M. Lundbergs bok om kinesiofobi [25].

Smärtrelaterad rädsla (*fear of pain*) är en mer generell term som används idag och omfattar all typ av rädsla i relation till smärta [26]. En del personer får ont i samband med rörelser och slutar därför med detta. Andra rör sig inte alls då de har en tidigare erfarenhet att det ska göra ont vid aktivitet. Personen får då ett undvikande beteende när det gäller vissa rörelser. Ett samband har setts mellan smärtintensitet och grad av rädsla för smärta (*fear of pain*) i förhållande till funktionsnedsättning hos patienter med artros i höft/knä. Däremot såg man inte någon skillnad mellan röntgenförändringar och rädsla för smärta [27].

Rörelserädsla (*fear of movement*) beskrivs av Vlaeyen et al som en specifik rädsla för rörelse och fysisk aktivitet som (felaktigt) antas orsaka ny skada [28]. Att röra sig mindre eller kanske inte alls när man har smärta är i sig inget onormalt vid akut skada/smärta. Detta är kroppens omedelbara försvar vid påkommet "hot". Men det är när denna rädsla håller i sig på lång sikt och/eller blir överdriven som det kan leda till konsekvenser som fysisk inaktivitet. Studier har visat att rörelserädsla är ett känt fenomen hos patienter med långvarig smärta från rörelsestödjeapparaten [29,30]. Personer som har artros i nedre extremiteten kan vara rädda för att förflytta sig, medan personer med handartros kan vara rädda att skada sina leder i andra typer av aktiviteter där man mer använder händerna.

Kinesiofobi beskrivs av Kori et al som en överdriven, irrationell och begränsad rädsla för fysisk rörelse och aktivitet som ett resultat av en känsla av sårbarhet för smärtsam skada [31]. Kinesiofobi visade sig vara vanligt hos en grupp patienter som sökte inom primärvården med besvär från rörelsestödjeapparaten. Runt hälften av patienterna skattade en hög grad av kinesiofobi [32]. Det är viktigt att komma ihåg att dessa tre ovanstående benämningar är begrepp som beskriver symptom och inte sjukdomar.

Alla nämnda aspekter, både fysiska och psykologiska, är viktiga att ta med ut i kliniken vid omhändertagandet av patienter med artros. Om personer med till exempel överdriven rädsla för att röra sig kan identifieras i ett tidigt skede kan omhändertagandet av denna patientgrupp troligtvis förbättras.

Syfte

Undersöka om patienter med artros i höft, knä eller hand är rädda för att leden tar skada vid fritidsaktivitet/träning kan identifieras, samt studera eventuella skillnader mellan patienter som är rörelserädda och de som inte är det, avseende ålder, kön, BMI, rökvanor, utbildning, artrosdrabbad led och EQ5D's fem dimensioner; rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärta/besvär och oro/nedstämdhet.

Frågeställningar

Är patienter med artros rädda för att leden tar skada vid fritidsaktivitet/träning?

Finns skillnader mellan rörelserädda och inte rörelserädda patienter med artros avseende ålder, kön, BMI, rökvanor, utbildning, artrosdrabbad led och EQ5D's fem dimensioner; rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärta/besvär och oro/nedstämdhet?

Material

Studiegruppen bestod av 100 patienter som under 2007-2008 remitterats till Artrosskolan i Malmö som bedrivs inom primärvården. Patienterna kom från sydvästra Skåne. Remittenterna var läkare, sjukgymnaster eller arbetsterapeuter. Alla hade tackat ja till att delta i en randomiserad kontrollerad studie (RCT) som skulle genomföras inom Primärvården Rehab Sydväst i syfte att utvärdera effekten av Artrosskolan i primärvården [33]. Från denna RCT togs alla data till min studie och jag använde mig av datan från det första besöket innan första tillfället i Artrosskolan.

Inklusionskriterier: patienter med klinisk eller röntgenverifierad artros i höft, knä och/eller hand. Patienterna som inte hade röntgenverifierad artros hade blivit bedömda och undersökta av läkare, sjukgymnast eller arbetsterapeut på sedvanligt sätt och fått diagnosen artros kliniskt.

Av de 100 patienterna uppgav 93 att de hade röntgenverifierad artros i någon av sina leder. De vanligaste lederna som drabbats av artros var knä (32 %) och hand (34 %). Patienter som hade artros i mer än en led utgjorde 31 % av hela gruppen. BMI visade att 38 patienter var överviktiga och 30 patienter var feta enligt klassificeringen från WHO. Se utförligare uppgifter i tabell 1.

Tabell 1. Deskriptiv data för hela patientgruppen.

Variabel		Antal patienter n = 100
Ålder	median (range)	63 (41-84)
	mean	62,7
Kön	- kvinnor	83
	- män	17
BMI*	median (range)	27,2 (18,6-46,7)
	mean	28
Rökning	- aldrig rökt	34
	- före detta rökare	53
	- rökare	13
Utbildning	- högskola/universitet	38
	- gymnasieskola	47
	- grundskola	15
Artrosdrabbad led	- höft	3
	- knä	32
	- hand	34
	- kombination av ovanstående	31

* BMI: body mass index, vikt delat med längd i kvadrat.

Metod

Studien är en kvantitativ tvärsnittsstudie.

Patienterna besvarade frågor från ett frågeformulär som togs fram till den randomiserade kontrollerade studien [33]. De variabler jag valt att använda i denna studie är ålder, kön, längd, vikt, rökvanor och utbildningsnivå samt om diagnosen artros var röntgenverifierad, vilken led/leder som var artrosdrabbad och om de var rädda att deras leder skulle ta skada vid fritidsaktivitet/träning. Då den sistnämnda frågan var ställd "...skada vid **fritidsaktivitet/träning**" i RCT studien, används fritidsaktivitet och inte benämningen fysisk aktivitet, i denna studie. Med fritidsaktivitet avsågs aktivitet som innebar muskelarbete i någon form som till exempel spela golf, dansa, cykla, trädgårdsarbete, promenera men även handarbete. Träning definierades som beskrivits i bakgrunden, det vill säga en planerad fysisk aktivitet som görs regelbundet och som har ett mål att förbättra en specifik funktion. På frågan om rökning var svarsalternativen; har aldrig rökt, före detta rökare eller rökare. Två frågor gällde deras utbildningsnivå; om de gått mer än obligatorisk skolgång samt om de avlagt någon examen vid universitet, högskola eller motsvarande. Svarsalternativen på båda frågorna var ja eller nej. När det gällde vilken led patienten hade besvär med sin artros fanns tre svarsalternativ, höft, knä och hand. Patienten kunde ange mer än en led. Patienten svarade även på frågan om de var rädda att deras leder skulle ta skada vid fritidsaktivitet/träning med svarsalternativ ja eller nej.

De fick även vid detta tillfälle fylla i EuorQol-5D (EQ5D), ett frågeformulär med fem frågor som mäter hälsorelaterad livskvalité i fem dimensioner; rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärta/besvär och oro/nedstämdhet [34]. Inom varje dimension finns tre möjliga svarsalternativ; inga besvär, måttliga besvär och stora besvär. I denna studie analyserades varje dimension för sig och också det sammanlagda indexvärdet av de fem dimensionerna, vilket ger ett mått på livskvalité mellan noll (död) och ett (full hälsa).

Body mass index (BMI), deras självrapporterade vikt delat med längd i kvadrat (kg/m^2) räknades ut och klassificerades enligt WHO [35], där gränsvärdena var för undervikt $< 18,5 \text{ kg/m}^2$, normalvikt $18,5 - 24,99 \text{ kg/m}^2$, övervikt $25 - 29,99 \text{ kg/m}^2$ och för fetma $>30 \text{ kg/m}^2$.

Databearbetning

Patienterna delades upp i två grupper efter hur de svarade på frågan om de var rädda att deras leder skulle ta skada vid fritidsaktivitet/träning och definieras i denna studie som *ej rörelserädda* och *rörelserädda*. Dessa två grupper jämfördes sedan avseende ålder, kön, BMI, rökvanor, utbildning, artros drabbad led, rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet, samt EQ5D-index. När man räknar ut EQ5D-index enligt en speciell tariff som anger de genomsnittliga preferenserna i samhället, kan det förekomma negativa värden. Eftersom noll är likvärdig med fullständig ohälsa, det vill säga död, är det inte meningsfullt att räkna med negativa värden. Dessa sätts därför till noll.

Utbildningsnivå kategoriserades i tre grupper där patienten genomgått universitet/högskola, gymnasieskola alternativt grundskola. Gällande artrosdrabbad led bildade svaren fyra olika grupper. En grupp för respektive höft, knä och hand och en fjärde grupp som innebar en kombination av dessa tre leder.

Statistik

Analyserna gjordes i SPSS version 17.0. Deskriptiv statistik användes för att beskriva hela gruppen och för att beskriva de båda grupperna som framkom utifrån frågan om rörelserädsla. Vid jämförelser av dessa två grupper användes Mann Whitney U-test, samt Chi-2 (kön och artrosdrabbad led). Signifikansnivån sattes till 0.05. P-värde mindre än 0.05 anger en statistisk skillnad mellan grupperna.

Etiskt godkännande

Den randomiserade kontrollerade studien som arbetsmaterialet hämtades från hade ett etiskt godkännande med nr. LU 580-02 .

Resultat

Tjugosex personer av 99 var rädda att deras leder skulle ta skada vid fritidsaktivitet/träning. En patient besvarade inte denna fråga. Se tabell 2. Vid jämförelsen mellan de båda grupperna fann vi en signifikant skillnad där männen i större utsträckning var rädda att leden skulle ta skada vid fritidsaktivitet/träning ($p=0.02$). I de övriga variablerna som jämfördes fanns ingen skillnad mellan de båda grupperna. Se utförligare uppgifter i tabell 3.

Beträffande smärta i EQ5D svarade 98 % av hela gruppen att de hade måttliga till stora besvär med detta. På de övriga fyra dimensionerna hade 52 % måttliga till stora besvär med rörligheten, 42 % måttliga till stora besvär med aktivitet, 10 % måttliga till stora besvär med hygien och 60 % måttliga till stora besvär med oro/nedstämdhet. För mera detaljerade uppgifter gällande hela studiegruppen hänvisas till tabell 2

Tabell 2. Antal rörelserädda och EQ5D för hela gruppen.

Variabel		Antal patienter n=100
Rädsla för att leden tar skada vid fritidsaktivitet/träning n = 99	- Nej	73
	- Ja	26
EQ5D* rörlighet	- inga besvär	48
	- måttliga besvär	52
	- stora besvär	0
EQ5D aktivitet	- inga besvär	58
	- måttliga besvär	38
	- stora besvär	4
EQ5D hygien	- inga besvär	90
	- måttliga besvär	9
	- stora besvär	1
EQ5D smärtor/besvär	- inga besvär	2
	- måttliga besvär	81
	- stora besvär	17
EQ5D oro/nedstämdhet	- inga besvär	40
	- måttliga besvär	55
	- stora besvär	5
EQ5D index	median (range)	0,69 (0-1.0)
	mean	0,57

* EQ5D: EuroQol - 5D

Tabell 3. Jämförelse mellan ej rörelserädda och rörelserädda patientgrupperna. n = 99.

Variabel		Ej rörelserädda n=73	Rörelserädda n=26	P-värde
Ålder	median (range)	64 (41-80)	60,5 (45-84)	0,19
	mean	63	61	
Kön n (%)	- kvinnor	65 (89)	18 (69)	0,02
	- män	8 (11)	8 (31)	
BMI*	median (range)	27,4 (20,6-46,7)	26,4 (18,6-34,6)	0,29
	mean	28,4	26,7	
Rökning n (%)	- aldrig rökt	25 (34)	9 (35)	0,67
	- före detta rökare	40 (55)	12 (46)	
	- rökare	8 (11)	5 (19)	
Utbildning n (%)	- högskola/universitet	27 (37)	10 (40)	0,65
	- gymnasieskola	38 (52)	9 (36)	
	- grundskola	8 (11)	6 (24)	
Artrosdrabbad led n (%)	- höft	2 (3)	1 (4)	0,82
	- knä	23 (32)	9 (35)	
	- hand	24 (32,5)	10 (38)	
	- kombination av ovanstående	24 (32,5)	6 (23)	
EQ5D** rörlighet n (%)	- inga besvär	35 (48)	12 (46)	0,88
	- måttliga besvär	38 (52)	14 (54)	
	- stora besvär	0	0	
EQ5D aktivitet n (%)	- inga besvär	43 (59)	14 (54)	0,68
	- måttliga besvär	27 (37)	11 (42)	
	- stora besvär	3 (4)	1 (4)	
EQ5D hygien n (%)	- inga besvär	65 (89)	24 (92)	0,63
	- måttliga besvär	7 (10)	2 (8)	
	- stora besvär	1 (1)	0	
EQ5D smärtor/besvär n (%)	- inga besvär	2 (3)	0	0,58
	- måttliga besvär	59 (81)	21 (81)	
	- stora besvär	12 (16)	5 (19)	
EQ5D oro/nedstämdhet n (%)	- inga besvär	32 (44)	8 (31)	0,48
	- måttliga besvär	36 (49)	18 (69)	
	- stora besvär	5 (7)	0	
EQ5D index	median (range)	0,69 (0-1,0)	0,69 (0-0,8)	0,56
	mean	0,57	0,58	

*BMI: body mass index, vikt delat med längd i kvadrat.

**EQ5D: EuroQol – 5D

Diskussion

Resultatdiskussion

I denna studie svarade något mer än 25 % av patienterna att de var rörelserädda. Denna siffra kan anses vara en stor andel av patientunderlaget som deltar i Artrosskolan. Om siffran är relevant eller rentav för låg kan inte helt fastställas då Artrosskolan i dagsläget bygger på frivilligt deltagande. Det finns kanske patienter som inte vill gå i Artrosskolan på grund av sin rörelserädsla. Detta vet vi inte och kan inte heller få svar på i denna studie, men hypotesen stöds av andra studier där 50-60 % av patienter med besvär från rörelsestödjeapparaten visade sig ha en hög grad av kinesiofobi [32,36].

Det visade sig att hälften av männen var rörelserädda i denna studie. Andra studier där man undersökt patienter med smärta från rörelsestödjeapparaten bekräftar detta [36,37]. Sjukdomen artros är vanligare hos kvinnor. Cirka 10 % av alla män och 18 % av alla kvinnor över 60 år har en symtomatisk artros [4]. Vad denna könsskillnad beror på vet man inte med säkerhet. Det spekuleras i att orsaken skulle kunna vara hormonell, mindre muskelmassa, högre arbetsbelastning, kvinnor lever längre med mera. I denna studie var sjutton procent av deltagarna män. Denna andel män kan tolkas som något lägre än artrospopulationen. Men man vet även att kvinnor med kronisk smärta söker mer sjukvård än vad män gör [38] och detta kan också vara en anledning till skillnaderna på andelen män och kvinnor som deltar i Artrosskolan. Det är dock rimligt att anta att de män som skulle delta i Artrosskolan inte enbart är de som är rörelserädda. Denna studie kan därför inte klart fastställa om den signifikanta skillnaden mellan män och kvinnor gällande rörelserädsla skulle försvinna eller rent av förstärkas om fler män deltog.

Metoddiskussion

Graden av rörelserädsla hos patienterna i denna studie kan inte helt fastställas med den enda fråga som ställdes; ”är du rädd att dina leder tar skada vid fritidsaktivitet/träning”. För att bedöma graden av rörelserädsla/kinesiofobi kan exempelvis Tampa Scale for Kinesiophobia – svensk version (TSK-SV) [39] användas. Detta frågeformulär består av 17 frågor som är lätta att använda i kliniken och ger ett mått på patientens subjektiva skattning av kinesiofobi. Den svenska versionen är reliabilitets och validitetstestad hos patienter med långvarig ryggproblematik [39], men har ännu inte utvärderats på patienter med artros. Idag använder vi i Artrosskolan inte några utvärderingsinstrument för att screena patienter med rörelserädsla. För oss terapeuter gäller det att utvärdera om vårt nuvarande upplägg i Artrosskolan är optimalt för patienter med rörelserädsla. Det kan vara så att patienter med en hög grad av rörelserädsla behöver ytterligare insatser. Då kan det ha en betydelse om identifiering av en persons rörelserädsla sker tidigt i rehabiliteringsprocessen.

Det finns lite evidens angående vilken behandlingsmodell som lämpar sig bäst för patienter med kinesiofobi. I litteraturen nämns olika behandlingsalternativ för patienter med framför allt kroniska ländrygg- eller nackbesvär, så som kognitiv graderad exponering och operativ graderad aktivering [40,41]. Båda dessa behandlingsalternativ syftar till att gradvis öka patientens aktivitetsnivå trots smärtan. Men de skiljer sig åt gällande bakomliggande teorier och hur man tillämpar behandlingen. Resultatmässigt visar ett par studier gjorda på patienter med långvarig smärta från ländrygg och nacke flest fördelar med den kognitiva metoden gällande ökning av patientens dagliga aktiviteter, förbättrad funktion och minskad smärtintensitet. Dock fann man i en annan studie ingen skillnad mellan behandlingsmetoderna [42].

I min litteratursökning har jag inte funnit några studier av dessa behandlingsmetoder på patienter med artros med rörelserädsla/kinesiofobi. Någon av dessa behandlingsstrategier kan troligtvis överföras till andra patientgrupper med långvarig smärta såsom vid artros. Patienter med långvarig smärta har oftast en låg funktions- och prestationsförmåga och kan därför behöva träna på en låg intensitetsnivå under en längre tid för att kunna uppnå de positiva effekterna av träning. Som sjukgymnast gäller det att tillsammans med patienten konkret sätta upp ett individuellt rehabiliteringsprogram med realistiska mål som lätt kan uppnås. Det räcker kanske inte att enbart säga till patienten att det är bra att röra sig utan det är viktigt att patienten får uppleva hur det är att röra sig trots sin smärta. Sjukgymnasten bör välja en typ av aktivitet som utmanar patientens rädslor men som samtidigt ger patienten en positiv känsla/upplevelse av att röra sig trots sin smärta.

En person med artros som har stora besvär med smärta måste bli medveten om att det inte är rimligt att först ta bort smärtan helt för att därefter börja vara fysisk aktivt. Detta måste ske parallellt.

Man vet i dagsläget att fysisk aktivitet är det primära i icke kirurgisk behandling av artros i höft och knä [43]. I denna studie undersöktes inte patienternas grad av fysisk aktivitet/träning. Därför kan inte jämförelser göras mellan rörelserädsla och graden av fysisk aktivitet i vår studiegrupp. Andra studier visar att patienter med artros har en lägre fysisk aktivitetsnivå jämfört med normalpopulationen samt att kvinnor är mindre fysiskt aktiva än män [22,44,45]. En bidragande faktor till denna lägre fysiska aktivitet hos patienter med artros är smärta [4].

En person med besvär från rörelsestödjeapparaten kan ha en låg fysisk aktivitetsnivå av olika orsaker. Det kan vara smärtintensiteten eller kanske en rörelserädsla. Studier gjorda på patienter med långvarig smärta från rörelsestödjeapparaten visar att bland annat smärtintensiteten har ett samband med en hög grad av kinesiofobi [32,37]. I vår studie såg vi inte någon skillnad mellan grupperna avseende besvär med smärta.

När det gäller fysisk aktivitet och kinesiofobi har man inte sett ett klart samband mellan dessa två. En studie jämförde patienter med långvarig underbenssmärta orsakad av för hög fysisk aktivitetsnivå med patienter med långvarig ryggsmärta och som hade en låg aktivitetsnivå. Dessa två patientgrupper hade en lika hög grad av kinesiofobi [36]. Här kan man tolka att den långvariga smärtan spelar en större roll än den fysiska aktivitetsnivån när det gäller kinesiofobi.

Urvalsgruppen till denna studie är de patienter med artros som söker till vår Artrosskola och därför kan resultaten sannolikt generaliseras till att gälla andra grupper av personer med artros som söker sjukvård. Det är möjligt att urvalsgruppen representerar en grupp patienter med en positiv inställning till sin sjukdom och med en hög grad av motivation. Vi kanske inte fångar upp de patienter vi verkligen vill i denna studie, det vill säga de med rörelserädsla. Skulle dessa patienter gå i Artrosskolan skulle detta stärka fynden i denna studie, det vill säga att en ännu större del av patienterna i Artrosskolan är rörelserädda.

En styrka i studien var att formulären fylldes i på kliniken och bidrog till en hög korrekt svarsfrekvens. Viss svaghet blir det med den något ospecifika frågan om rädsla för aktivitet/träning.

I denna tvärsnittstudie analyserades baselinedata, det vill säga data innan Artrosskolan började. I framtiden kunde det vara av intresse att följa studiegruppen både innan och efter genomgången teoridel i Artrosskolan samt även följa den patientgrupp som valt att träna hemma eller i grupp. På så sätt kan effekten av Artrosskola med och utan träning studeras. Frågor om patientens grad av fysisk aktivitet/träning skulle då även läggas till för att studera eventuella skillnader före och efter Artrosskola. Man kan även utvärdera formuläret TSK-SV hos denna patientgrupp.

Slutsats

Rörelserädsla är vanligt förekommande hos patienter som remitterats till Artrosskolan med artros i höft, knä och/eller hand. Fler män än kvinnor uppgav att de var rädda för att leden skulle ta skada vid fritidsaktivitet/träning.

Patienter med artros som ska delta i Artrosskolan och som skattar en hög grad av rörelserädsla kanske ska tas om hand på ett annat sätt än gängse rutiner. Målet i slutändan är att höja patientens fysiska aktivitetsnivå och minska deras rörelserädsla som i sin tur kan leda till minskade symtom av deras sjukdom och ökad livskvalité.

Referenslista

1. Peat G, McCarney R, Croft P. Knee Pain and osteoarthritis in older adults; a review of community burden and current use of primary health care. *Ann Rheum Dis* 2001 Febr;60:91-7 Rewiev.
2. Rosemann T, Wensing M, Joest K, Backenstrass M, Mahler C, Szecsenyi J. Problems and needs for improving primary care of osteoarthritis patients: the views of patients, general practitioners and practice nurses. *BMC Musculoskelet Disord* 2006;7:48.
3. Dieppe P, Cushnaghan J, Tucker M, Browning S, Shepstone L. The Bristol OA500 study: progression and impact of the disease after 8 years. *Osteoarthritis Cartilage* 2000;8(2):63-8.
4. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 2003;81(9):646-56.
5. Van Saase J L C M, Van Romunde L K J, Cats A, Vandenbroucke J P, Valkenburg H A. Epidemiology of osteoarthritis: Zoetermeer survey. Comparison of radiological osteoarthritis in a Dutch population with that in 10 other populations. *Ann Rheum Dis* 1989;48, 271-80.
6. Hannan MT, Felson DT, Pincus T. Analysis of the disordance between radiographic changes and knee pain in osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol.* 2000 Jun;27(6):1513-7.
7. Hart DJ, Doyle DV, Spector TD. Incidence and risk factors for radiographics knee osteoarthritis in middle-aged women. The Clingford study. *Arthritis Rheum* 1999 Jan;42(1):17-24.
8. Sandmark H, Hogstedt C, Lewold S, Vingård E. Osteoarthritis of the knee in men and women in association with overweight, smoking, and hormone therapy. *Ann Rheum Dis* 1999;58(3):151-5.
9. Zhang W, Doherty M. How important are genetic factors in osteoarthritis? Contributions from family studies. *J. Rheumatol* 2005 Jun;32(6):1139-42.
10. Lohmander LS, Englund PM, Dahl LL, Roos EM. The long-term consequence of anterior cruciate ligament and meniscus injuries: osteoarthritis. *Am J Sports Med* 2007 Oct;35(10):1756-69.
11. Sandmark H, Hogstedt C, Vingård E. Primary osteoarthroses of the knee in men and women as a result of lifelong physical load from work. *Scand J Work Environ Health* 2000;26(1):20-5.
12. Sandmark H, Vingård E. Sports and risk for severe osteoarthritis of the knee. *Scand J Med Sci Sports* 1999 Oct;9(5):279-84.
13. Thorstensson CA, Petersson IF, Jacobsson LT, Boegård TL, Roos EM. Reduced functional performance in the lower extremity predicted radiographic knee osteoarthritis five years later. *Ann Rheum Dis* 2004;63(4):402-07.
14. Roos EM, Dahlberg L. Positive effects of moderate exercise on glycosaminoglycan content in knee cartilage: a four-month, randomized, controlled trial in patients at risk of osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2005 Nov;52(11):3507-14.
15. Thorstensson CA, Roos EM, Petersson IF, Ekdahl C. Six-week high-intensity exercise program for middle-aged patients with knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disord* 2005;6:27.
16. Topp R, Woolley S, Hornyak J 3rd, Khuder S, Kahaleh B. The effect of dynamic versus isometric resistance training on pain and functioning among adults with osteoarthritis of the knee. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002 Sep;83(9):1187-95.

17. Huang MH, Lin YS, Yang RC, Lee CL. A comparison of various therapeutic exercises of the functional status of patients with knee osteoarthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 2003 Jun;32(6):398-406.
18. Szoek CE, Cicuttini FM, Guthrie JR, Clarks MS, Dennerstein L. Factors affecting the prevalence of osteoarthritis in healthy middleaged women: data from the longitudinal Melbourne Women´s Midlife Health Project. *Bone* 2006 Nov;39(5):1149-55.
19. Shrier I. Muscle dysfunction versus wear and tear as a cause of exercise related osteoarthritis: an epidemiological update. *Br J Sports Med* 2004 Oct;38(5):526-35. Review
20. Lane NE, Michel B, Bjorkengren A, Oehlert J, Shi H, Bloch DA et al. The risk of osteoarthritis with running and aging: a 5-year longitudinal study. *J Rheumatol* 1993 Mar;20(3):461-8.
21. Caspersen C J, Powell K E, Christenson G M. Physical Activity, Exercise, and physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Reports* 1985;100(2):126-31.
22. <http://www.Fyss.se/> (accessed 2010-03-22).
23. Perrot S, Poiraudau S, Kabir M, Bertin P, Sichere P, Serrie A et al. Active or passive pain coping strategies in hip and knee osteoarthritis? Results of a national survey of 4,719 patients in a primary care setting. *Arthritis Rheum* 2008 Nov;59(11):1555-62.
24. Steultjens MPM, Dekker J, Bijlsma JWJ. Avoidance of Activity and Disability in patients with Osteoarthritis of the knee. The mediating role of muscle strength. *Arthritis & Rheumatism* 2002 July;46:1784-88.
25. Lundberg M. Kinesiofobi – teori och tillämpning. Författaren och studentlitteratur 2008. Printed by Pozkal, Polen 2008.
26. Asmundson GJ, Norton PJ, Norton GR. Beyond pain: the role of fear and avoidance in chronicity. *Clin Psychol Rev.* 1999 Jan; 19(1):97-119 Review.
27. Heuts P H.T.G, Vlaeyn JWS, Roelofs J, de Bie RA, Aretz K, van Weel C, van Schayck OCP. Pain-related fear and daily functioning in patients with osteoarthritis. *Pain* 2004;110:228-35.
28. Vlaeyen JWS, Kole-Snijders AMJ, Rotteveel AM, Ruesnik R, Heuts PHT. The role of fear of movement/(re)injury in pain disability. *J Occup Rehabil* 1995b;5(4):235-52.
29. Leeuw M, Goossens ME, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JW. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med.* 2007 Feb;30(1):77-94 Review.
30. Lundgren S. Pain and physical activity in rheumatoid arthritis: a cognitive approach in physical therapy. Dissertation, Karolinska Institute, Stockholm; 2005.
31. Kori SH, Miller RP, Todd DD. Kinesiophobia: a new view of chronic pain behaviour. *Pain Management* 1990;3:35-43.
32. Lundberg M, Larsson M, Östlund H, Styf J. Kinesiophobia among patients with musculoskeletal pain in primary healthcare. *J Rehabi Med* 2006;38:37-43.
33. Ekvall Hansson E, Jönsson-Lundgren M, Ronnheden AM, Sörensson E, Bjärnung Å, Dahlberg L. Effect of an education program for patients with Osteoarthritis in primary care- a randomized controlled trial. Submitted.
34. <http://euroqol.org> (accessed 2010-03-22).
35. <http://www.who.int/> (accessed 2010-03-22).
36. Lundberg M, Styf J. Kinesiophobia among physiological overusers with musculoskeletal pain. *Eur J Pain.* 2009 Jul;13(6):655-9.

37. Brännström H, Fahlström M. Kinesiophobia among patients with chronic musculoskeletal pain: difference between men and woman. *J Rehab Med* 2008;40(5):375-80.
38. Smith BH, Penny KI, Elliott AM, Chambers WA, Smith WC. The level of expressed need – a measure of help-seeking behavior for chronic pain in the community. *Eur J Pain*. 2001;5(3):257-66.
39. Lundberg M, Styf J, Carlsson S. A psychometric evaluation of the Tampa Scale for Kinesiophobia – from a physiotherapeutic perspective. *Physiother theory pract* 2004;20 June:1-13.
40. De Jong JR, Vangronsveld K, Peters ML, Goossens ME, Onghena P, Bulté T et al. Reduction of pain-related fear and disability in post-traumatic neck pain: a replicated single-case experimental study of exposure in vivo. *J.Pain*. 2008 Dec;9(12):1123-34.
41. Vlaeyen JW, de Jong J, Geilen M, Heuts PH, van Breukelen G. The treatment of fear of movement/(re)injury in chronic low back pain: further evidence on the effectiveness of exposure in vivo. *Clin J Pain*. 2002 Jul-Aug;18(4):251-61.
42. Leeuw M, Goossens ME, van Breukelen GJ, de Jong JR, Heuts PH, Smeets RJ et al. Exposure in vivo versus operant graded activity in chronic low back pain patients: results of a randomized controlled trial. *Pain*. 2008 Aug 15;138(1):192-207.
43. <http://www.sbu.se/> (accessed 2010-03-22). Statens beredning för medicinsk utvärdering. Metoder för behandling av långvarig smärta (Elektronisk resurs): en systematisk litteraturöversikt. V 1+2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2006.
44. de Groot IB, Bussmann JB, Stam HJ, Verhaar JA. Actual everyday physical activity in patients with end-stage hip or knee osteoarthritis compared with healthy controls. *Osteoarthritis Cartilage* 2008 Apr;16(4):436-42.
45. Hootman JM, Macera CA, Ham SA, Helmick CG, Sniezek JE. Physical activity levels among the general US adult population and in adults with and without arthritis. *Arthritis Rheum*. 2003 Feb 15;49(1):129-35.