

Prevalence, physical activity, and work in patients with spondyloarthritis

EMMA HAGLUND

SECTION OF RHEUMATOLOGY | FACULTY OF MEDICINE | LUND UNIVERSITY



Summary in Swedish – Sammanfattning på Svenska

Spondylartrit (SpA) som betyder ”inflammation i ryggradens kotor” är ett paraplybegrepp för flera olika reumatiska sjukdomar t ex ankyloserande spondylit (AS), psoriasisartrit (PsA), artrit vid samtidig förekomst av inflammatorisk tarmsjukdom (Aa-IBD, Crohns sjukdom eller ulcerös kolit), odifferentierad spondylartrit (USpA), reaktiv artrit (ReA) och juvenil idiopatisk artrit (JIA). Sjukdomen kan delas in i två varianter; ”axiell SpA” med besvär i huvudsak från ryggskelettet och ”perifer SpA” med besvär framförallt i och kring övriga leder. Smygande debut av lågt sittande ryggsmärta, störd nattsömn och morgonstelhet kännetecknar den axiella SpA-sjukdomen. Symtomen lindras av rörelse medan stillasittande oftast förstärker besvären. Andra vanliga besvär är smärtor från rygg och nacke med omkringliggande mjukdelar, ledsmärtor, besvär från muskelfästen runt leder, trötthet, ögoninflammation, hudsjukdomen psoriasis, inflammation i tarmen, vilket är besvär som kan förekomma i olika utsträckning och i varierad grad. Underdiagnosen PsA kan ge besvär från ryggen men ger först och främst besvär från andra leder i kroppen. Oftast är färre leder engagerade jämfört med t ex besvären vid klassisk ledgångsreumatism (RA).

Sjukdomen är livslång och debuterar ofta tidigt i livet vilket medför konsekvenser för såväl den fysiska funktionen, arbetsförmågan och möjligheten till att ha ett aktivt liv. Dessutom medför ofta sjukdomen en negativ påverkan på den hälsorelaterade livskvaliteten. Det finns behov av dokumentation kring förekomst, dvs hur många som är drabbade, men också kring vilka konsekvenser sjukdomen ger. Denna kunskap är viktig och kan bidra till att tidigt identifiera och stödja de individer som har sämst prognos. Det övergripande syftet med avhandlingen och de fyra ingående studierna var att undersöka förekomst av och de konsekvenser som SpA medför för individen och samhället.

Individerna till den aktuella avhandlingen är identifierade genom Region Skånes vårddatabas. I detta register finns information om alla vårdbesök som görs i regionen. Alla besök hos läkare i offentlig vård registreras även med en diagnoskod. Individerna till de fyra studierna som ingår i avhandlingen identifierades genom en sökning i registret av 12 olika diagnoskoder (ICD-10 koder) för SpA. I studie I beräknades förekomst i form av prevalens utifrån alla de 3852 individer som besökt en läkare och registrerats med en SpA diagnos mellan åren 2003-2007, vilka utgör SpA gruppen. Prevalensen var 0,45 % av den vuxna befolkningen (≥ 15 år). Sjukdomsförekomsten för gruppen som helhet var samma bland kvinnor som bland män. Prevalensen för respektive undergrupp var 0,12 % för AS, 0,25 % för PsA, 0,0015 % för Aa-IBD och 0,10 % för USpA.

En enkät skickades via post i maj 2009, till alla individer som identifierats i registret och som utformade SpA gruppen. Svarsfrekvensen var 58 % och data från de individer som återsände en besvarad enkät ligger till grund för studierna II-IV.

I studie II undersöktes i vilken grad de 2167 individerna uppnådde rekommendationen för en hälsosam fysisk aktivitet. Detta innebär 150 minuters fysisk aktivitet på måttlig ansträngningsnivå eller 75 minuter på mer ansträngande nivå varje vecka. Genom data hämtad från folkhälsoinstitutet gjordes en jämförelse mellan den fysiska aktivitetsnivån i SpA gruppen och den svenska befolkningen. Sju av 10 individer med SpA uppnådde rekommenderad nivå för en hälsosam fysisk aktivitet. Kvinnorna uppnådde rekommendationen i något högre grad och vid jämförelse med befolkningen visade det sig att individer med SpA något oftare uppnådde rekommendationen för fysisk aktivitet.

I studie III undersöktes i vilken grad individerna var nedsatta i sin självrapporterade produktivitet när de var på arbetet, men också vilka faktorer som utmärkte de med en nedsatt produktivitet. Analyser gjordes av data från de 1773 individer som var i arbetsför ålder. Resultatet visade att sämre hälsorelaterad livskvalitet, högre sjukdomsaktivitet, sämre fysisk funktion, sämre tilltro till sin egen förmåga och att rapportera mer depressiva besvär associerade med en nedsatt produktivitet i arbetet.

I studie IV användes förutom data från 2009 års enkät, även data från en uppföljningsenkät som skickades ut i november 2011. Denna studie baserades på data från två separata tidpunkter vilket innebär att den är longitudinell. Graden av nedsatt produktivitet i arbetet undersöktes hos alla 1253 individer i arbetsför ålder som besvarat de båda enkäterna. Nästan hälften av individerna (45 %) rapporterade någon grad av nedsatt produktivitet. Analyserna visade att graden av nedsatt produktivitet i arbetet kunde förutsägas av flera faktorer, såsom nedsatt hälsorelaterad livskvalitet, högre sjukdomsaktivitet, sämre fysisk funktion, sämre tilltro till sin egen förmåga och nedsatt mental hälsa i ångest och depressionstest, rökning och låg utbildningsnivå. Samband mellan nedsatt produktivitet i arbetet och aktivitet på fritiden studerades också, där resultatet visade ett starkt samband mellan dessa båda faktorer. Tre fjärdedelar av dem med påverkan på produktiviteten rapporterade även minskad fritidsaktivitet och 33 % rapporterade både nedsatt produktivitet och minskad aktivitet på fritiden.

Förekomsten av ryggsmärta utlöst av SpA är förhållandevis liten i befolkningen i förhållande till ryggsmärta av annan orsak, men för de individer som insjuknar i en kronisk och livslång sjukdom, innebär det negativa konsekvenser både för den som drabbas och för samhället. Ett flertal frågeformulär kring hälsorelaterad livskvalitet, sjukdomsaktivitet och fysisk och psykisk funktion som används i den kliniska vardagen, visade sig kunna förutsäga vilka individer som har störst risk för sämre prognos både avseende fysisk aktivitetsnivå och avseende produktivitet i arbetet. Kunskapen har betydelse för kliniskt verksam vårdpersonal, i arbetet med att tidigt identifiera de med störst risk för ett sämre mående. En ökad förståelse kring dessa prognostiska faktorer i vården är värdefull, för att underlätta arbetet med att vägleda individen till en hälsosam livsstil, t ex med regelbunden fysisk aktivitet, och till att fortsätta kunna arbeta. Tillsammans med individen själv bör all vårdpersonal som samverkar i teamet stödja och i dialog med individen diskutera förutsättningar för en hållbar hälsosam livsstil, men sjukgymnasten bör inta rollen som expert avseende den specifikt anpassade träningen.