

RAPPORTER

från Vidarkliniken



Rehabilitering av patienter med reumatoid artrit vid Vidarkliniken

Ursula Flatters, Thomas Grymer och Thomas Schneider

Nr 2

RAPPORTER från Vidarkliniken



Rehabilitering av patienter med reumatoid artrit vid Vidarkliniken

Ursula Flatters, Thomas Grymer och Thomas Schneider

R A P P O R T E R från Vidarkliniken

är en rapportserie där Vidarkliniken publicerar resultat från utvärderings- och forskningsprojekt men även resultat från patientenkäter och beskrivningar av behandlingskoncept mm.

Den ges ut av Vidarkliniken och finns i digital form på www.vidarkliniken.se/rapporter

© 2007 Författarna och Vidarkliniken
ISSN 1654-4889 (tryckt version) ISSN 1654-6539 (online version)

Grafisk form: Thomas Schneider
Omslagsfoto: Katarina Tzigotzidou

Bilden visar insmörjningen av ett knä med eteriska oljor, som används för att lindra smärtan och öka rörligheten.

Vidarkliniken | S-153 91 Järna | info@vidarkliniken.se

Innehåll

Förord	3
Extended abstract.....	4
Sammanfattning.....	5
Bakgrund	6
Syfte.....	6
Material och metoder.....	6
Behandlingsinnehållet på Vidarkliniken	6
Intervention.....	7
Inklusionskriterier.....	7
Design.....	8
Mätinstrument.....	9
Disease activity score - DAS 28	9
SF-36	9
LSQ.....	9
Resultat	10
Patienterna	10
DAS28	10
Delskalor DAS28, morgonstelhet och VAS smärta	11
Blodanalyser	12
Läkemedel	12
SF-36	12
LSQ.....	13
Sjukskrivningsgrad	14
Resultat enskilda patienter.....	14
Fysiska symtom	14
Livskvalitet	16
DAS28, SF-36 och sjukskrivningsgrad	16
Anamnestiska uppgifter	16
Diskussion	17
Slutsatser.....	19
Referenser	20

Förord

Denna studie genomfördes i samarbete mellan Reumatologmottagningen på Motala Lasarett och Vidarkliniken. Vårdavtalet mellan Vidarkliniken och Landstinget i Östergötland innefattar uppdraget att utvärdera behandlingsresultat på Vidarkliniken för att bland annat se om behandlingsmetoderna kan vara av intresse för en bredare användning. Projektet fick därför ekonomiskt stöd inom ramen för avtalet. Projektledare var Ursula Flatters. Thomas Grymer bidrog väsentligen till uppläggningsen av projektet. Thomas Schneider genomförde största delen av databearbetningen. Ursula Flatters har skrivit texten. Diskussion av text och data gjordes i hela projektgruppen.

Vi tackar för det ekonomiska bidraget från Landstinget i Östergötland. Maria Arman tackar vi för hjälpen med planeringen av projektets genomförande på Vidarkliniken, Anne Larsdotter för datainsamlingen. Flera medarbetare både på Motala lasarett och Vidarkliniken tackar vi för stöd och goda synpunkter.

Järna, augusti 2007

Ursula Flatters, Thomas Grymer och Thomas Schneider

Extended abstract

This pilot study evaluates patients with rheumatic arthritis (RA) treated at the Vidarclinic, Järna, Sweden. Even methodological questions concerning evaluation of complementary medicine are considered. The study is done in cooperation with the Hospital in Motala. The patients were to be capable of work by age, have an unsatisfying effect of their conventional treatment and were not to have medication with biological remedies. The intervention was 3 weeks stay at the Vidarclinic as inpatients and a follow up by 2 times 5 days as daypatients 3 and 7 months after the stay. Data collection was done at start, after 3 weeks, 3, 7 and 14 months. There was no control group, mainly because of difficulties to recruit patients. Quite many parameters were chosen for to see on which area effects would be most distinct. Disease activity was measured with DAS28, quality of life with SF-36 and LSQ. Furthermore conventional medicines, inflammatory blood parameters, disability of work and anamnestic data with eventual relevance for the patients falling ill in RA were documented. From 11 patients 9 participated in the whole study, 2 patients did not fulfil the treatment. The result was an overall improvement with the best results 14 months from start. DAS28 shows that 4 patients had improved, 1 got worse and 4 were unchanged at low or moderate disease activity. Morning stiffness improved for 7 patients.

In SF-36 mental health ranged below the average of the population at start and slightly above average at the 14 months control. The average for physical health was slightly over 60% of the population and increased to 80%. LSQ showed varying results in the sample but fewer changes in the longitudinal course. Capability of work improved for 3 patients, none got worse. Among anamnestic data we found a high incidence of RA in relatives (7/9), frequent respiratory infections suspicious of immune dysfunction in 6/9 patients and traumatic events, which according to the patients experience had an impact on the cause of their disease in 7/9 patients.

The overall results show positive changes in all parameters, thus, an improved health state both physically and mentally. This shows that integration between an anthroposophic approach to rehabilitation and conventional methods is safe and that it can give positive contributions to both treatment and rehabilitation.

From our results we recommend a larger project with a control group. Remarkable is the course, where improvements come quite slowly and the best results are found at the last control which is 5 months after the treatment was finished. This is a pattern seen even in other projects concerning anthroposophic medicine. The time span for a larger project should therefore be at least 12 to 18 months.

Concerning methodological questions in evaluation of complementary medicine it seems to be important to use instruments for both physical and mental parameters. This is because of the broader view on illness and the more complex approach to treatment and treatment goals. Among anamnestic data, interesting information can give material for further research. For example a possible connection between treatment with antibiotics in frequent respiratory infections and the development of autoimmune disease could be of large clinical relevance.

From a health economic perspective an increased capability of work in 3/9 patients is considerable, nobody got worse and a cost benefit in insurance costs can be assumed.

Keywords: anthroposophic medicine, integrative medicine, rheumatic arthritis, quality of life

Sammanfattning

I en okontrollerad pilotstudie behandlades patienter med reumatoid artrit (RA) vid Vidarkliniken i Järna under 14 månader. Metodfrågor kring utvärdering av komplementära behandlingsmetoder bedömdes också. Studien genomfördes i samarbete med reumatologmot-tagningen vid Lasarettet i Motala. Patienterna var i arbetsför ålder och hade otillräcklig effekt av konventionell behandling. Ingen använde biologiska läkemedel. Sjukdomsaktivitet mättes med DAS28 och livskvalitet med SF-36 och LSQ. 11 patienter deltog och 9 genomförde hela studien. DAS28 visade att 4 patienter fick minskad sjukdomsaktivitet, 1 försämrades, övriga oförändrade med låg/måttlig sjukdomsaktivitet. Morgonstelheten minskade för 7 patienter. Hälsorelaterad livskvalitet (SF-36) hade medelvärde för mental hälsa under genomsnittet för normalbefolkningen vid start och något över genomsnittet efter 14 månader. LSQ visade starkt varierande värden inom patientgruppen men mindre förändringar i det longitudinala förloppet. Arbetsförmågan ökade för 3 patienter, ingen minskade. Resultaten indikerar att positiv effekt kan uppnås med en antroposofiskt orienterad behandling, där målsättningen är att stärka självläkningsförmågan under en längre behandlingstid. DAS28, morgonstelhet, smärta (VAS) och SF-36 kan anses vara lämpliga effektmarkörer för studier av komplementär medicin. Studien bekräftar att en studielängd på 1-2 år kan behövas för att påvisa effekt med komplementära behandlingsmetoder.

Nyckelord: antroposofisk medicin, integrativ medicin, ledgångsreumatism, livskvalitet

Bakgrund

I denna pilotstudie utvärderades behandlingsresultat för en grupp patienter med reumatoid artrit (RA). För denna grupp är den ständigt pågående inflammationen och dess konsekvenser en del av livssituationen. Sjukskrivningstalen är höga, frekvensen av förtidspensioneringar betydande och den förväntade livslängden förkortad. Genom användandet av nya sjukdomsmodifierande läkemedel (DMARDs) och däribland särskild biologiska läkemedel har behandlingen av patienter med reumatoid artrit genomgått en stor förändring. Den medför en betydande förbättring av livsvillkoren för många patienter särskild vid tidig så kallad aggressiv behandling [1]. Samtidigt kan konstateras att ett betydande antal av patienterna inte svarar tillfredställande på dessa medel, en del avböjer behandlingen av rädsla för biverkningar, en del måste avbryta behandlingen p.g.a. faktiska biverkningar. Dessutom kan mer än 50% av patienterna inte tolerera behandlingen längre än 1-2 år [25]. Vidare är det ännu oklart vilka långtidseffekter de nya medlen har, inte minst vid användandet hos unga patienter. Ett annat perspektiv är de samhällsekonomiska konsekvenserna: Behandlingen med de moderna biologiska läkemedlen kostar ca 100 000 kr/år/patient [26] och en betydande grad av sjukskrivning förekommer även vid behandling med DMARDs [20, 22] därtill kommer kostnader för övrig sjukvård och inom socialförsäkringssystemen.

Vidarkliniken är ett sjukhus med antroposofisk inriktning där konventionella behandlingsmetoder integreras med antroposofiska kompletterande behandlingar under läkaransvar. Detta innebär användandet av antroposofiska mediciner, fysikaliska terapier, konstterapi och samtalsterapi. Dessutom erbjuds diet. I samråd med patienten upprättas en individuell terapiplan, där man väljer för patienten lämpliga behandlingar. Ledande för behandlingen

är en helhetssyn där man söker komma till en förståelse för sjukdomsprocessen hos varje individ. Målet är att stimulera självläkning och hjälpa patienten till en bättre livskvalitet och funktionsförmåga. Det antroposofiska behandlingskonceptet har nyligen utvärderats i en HTA-rapport [19] och visat sig ha effekt, vara kostnadseffektivt och säkert för flera olika sjukdomstillstånd. Behandlingen av reumatiska sjukdomar inom den antroposofiska medicinen har sammanfattats i [21].

En utvärdering av ett antroposofiskt inriktat behandlingskoncept i en prospektiv öppen okontrollerad studie visar på mycket positiva behandlingsresultat [24]. Men större studier saknas ännu för dessa metoder. Av etiska skäl valde vi därför i ett första steg att inkludera patienter som inte hade en tillfredställande effekt av sin behandling och inte kunde få ytterligare behandling inom den konventionella medicinen. Projektet godkändes av forskningsetikkommittén vid Hälsouniversitet i Linköping.

Syfte

Syftet med denna pilotstudie var att

1. utvärdera rehabiliteringsvård med antroposofiska behandlingsmetoder vid Vidarkliniken för patienter med diagnosen reumatoid artrit i arbetsför ålder som inte hade en tillfredställande effekt av sin behandling.
2. belysa metodiska frågor för utvärdering av komplementär behandling

Material och metoder

Behandlingsinnehållet på Vidarkliniken

Antroposofisk medicin har genom sin helhetssyn en bred behandlingsansats. Kropp, själ och ande hos människan ses som en helhet där de olika delarna påverkar varandra i hälsa och sjukdom. Hälsa ses som

ett tillstånd av dynamisk balans, sjukdom som obalans i hela organismen. Behandlingen inkluderar konventionella metoder och integrerar dem med kompletterande antroposofiska behandlingsmetoder. Medan konventionella metoder i första hand blockerar inflammatoriska immunologiska reaktioner i kroppen, riktar sig antroposofiska metoder i första hand till självläkningsförmågan. Denna är beroende av patientens livskraft samt hennes själsliga, andliga och sociala resurser. Målsättningen med behandlingen är att komma till en verklig läkning genom att återställa balansen i hela människan.

Behandlingsplanen för den enskilde patienten utgår ifrån en ingående anamnes och en utvidgad diagnos. Ett första steg är att se på sjukdomens utbredning, aktivitet samt vilka moment som förbättrar eller försämrar sjukdomen hos den enskilde individen. I ett följande steg ses till uppkomsten av sjukdomen i biografin. Detta omfattar tidigare sjukdomar och en bedömning av eventuella samband med nuvarande sjukdom. Även själsliga, andliga och sociala aspekter såsom traumatiska upplevelser, förhållningssätt, vanor, bearbetningsstrategier m.m. ingår i förståelsen av den sjuka individen.

Behandlingsplanen innehåller utöver konventionella metoder antroposofiska mediciner [4, 28] som riktar sig till självläkningsförmågan. Dessa är beredda ur natursubstanser enligt traditionella eller särskilda inom den antroposofiska medicinen utvecklade metoder. Alla patienter fick även utvärtes behandlingar med omslag [9] eller rytmiska insmörjningar enligt Wegman/Hauschka [10, 15]. Dessa ges av vårdpersonalen. Bland utvärtes behandlingar intar helinpackning i enbärsrökta filter en särställning i behandlingen av RA. Fysikaliska terapier ges som sjukgymnastik, bad med örttillsatser samt massage enligt Wegman/Hauschka [17]. Konstterapi vänder sig till det själsliga där individen får hjälp att bearbeta men framförallt att möta svårigheter och ut-

veckla resurser i en kreativ process [3, 16]. De kan ges som målnings-, modellering-, musik eller sångterapi. Låkeerytmi är en rörelseterapi som baseras på sambandet mellan yttre rörelser och kroppens inre fysiologiska processer [27]. Patienten får själv genom rörelse till musik eller språk förbättra kroppsuppfattning, rörlighet m. m. Dessutom finns möjlighet till stödsamtal enligt den psykodynamiska metoden. Av dessa väljer man i samråd med individen i regel tre terapier.

Utgående från en övergripande behandlingsplan för RA anpassas behandlingen till den enskilda patienten eftersom sjukdomen manifesteras olika och förlöper olika från individ till individ. Hela behandlingsplanen skall utgöra en helhet där den ena behandlingen samverkar med och stödjer den andra. Detta följs upp i regelbundna teamkonferenser.

Intervention

Interventionen var 3 veckors slutenvård på Vidarkliniken, därefter uppföljning med 10 dagvårdsbehandlingar i två 5-dagarspass 3 och 7 månader efter slutenvårdsperioden. Innehållet i dagvårdsbehandlingen var 2 av ovannämnda terapier och en utvärtes behandling per dag samt läkarbesök. Patienterna hade läkarkontakt under hela projektiden.

Inklusionskriterier

I studien inkluderades 11 patienter som uppfyllde ACR-kriterierna för reumatoid artrit (9 kvinnor och 2 män) från västra centrala sjukvårdsdistriktet inom Landstinget i Östergötland. Deltagandet var frivilligt och patienterna skulle vara i arbetsför ålder. De hade inga eller få LARM-preparat och inga s.k. biologiska läkemedel, medicinering med övriga antireumatiska läkemedel utgjorde inget hinder för deltagandet i studien. Ändring av denna medicinering kunde göras men när det gällde LARM-preparat endast i samråd

med behandlande reumatolog. Patienterna hade bara delvis haft respons på aktuell antireumatisk behandling (morgonstelhet > 1 timme och aktiva synoviter). Om möjligt, skulle ingen vara non-responders, det vill säga inte svarat på någon behandling alls. Patienterna skulle inte ha någon annan sjukdom.

Design

Studien genomfördes utan kontrollgrupp. Patienterna var således sina egna kontroller under ett longitudinellt förlopp där man letar efter effekter mellan de olika

mätpunkterna. Relativt många mätparametrar valdes för att se på vilka områden effekterna var tydligast (Tabell 1). Utöver redovisningen i grupp undersöks hur mätvariabler i olika instrument faller ut för dem enskilda patienterna. Samma person utförde DAS28 ledmätningar i samband med uppföljningsbesök på Vidarkliniken. Denna person var inte involverad i behandlingen. För övrigt visas tidsplan och ansvarsfördelningen mellan Vidarkliniken och Lasarettet i Motala i Tabell 2. Studien startade i februari 2002 och avslutades i april 2003.

Tabell 1. Mätparametrar

Sjukdomsaktivitet	DAS 28 (Disease Activity Score) [29] - ledömhet - ledsvullnad - blodsänka (SR) - välbefinnande (VAS)
Smärta	VAS
Morgonstelhet	Antal timmar
Blodanalyser	CRP, Hb, TPK, LPK, kreatinin, ALAT, urinstatus
Läkemedel	NSAID-preparat, steroider, ev. LARM-preparat övriga läkemedel
Livskvalitet	SF-36 [23, 32] LSQ [6]
Sjukskrivningsgrad	
Anamnestiska uppgifter	Händelser eller omständigheter som kan ha samband med uppkomsten av RA

Tabell 2. Tidsplan och ansvarsfördelning för datainsamling. Studiestart januari 2003.
ML – Motala lasarett, VK – Vidarkliniken

Mättillfälle	1	2	3	4	5
Tidpunkt	Inskrivning	3 veckor	3 mån.	6 mån.	14 mån.
DAS28	VK	VK	VK	VK	VK
Blodanalyser	VK	VK	ML	ML	ML
Läkemedel	VK	VK	VK	VK	VK
Livskvalitet	VK	VK	VK	VK	VK
Morgonstelhet	VK	VK	VK	VK	VK
Sjukskrivningsgrad	ML	ML	ML	ML	ML
Anamnes	VK				

Mätinstrument

Disease activity score - DAS 28

Instrumentet har utvecklats i en kohortstudie med patienter där bara konventionella antireumatiska terapier har använts. Det har validerats extensivt i sin egenskap att visa sjukdomsaktiviteten i daglig klinisk praktik och i kliniska studier [8, 29, 31]. DAS28 mäter leddsvullnad och ledömhet i 28 leder, SR samt välbefinnande med en VAS-skala. Det finns ett antal olika viktningsskalor beroende på vilka parametrar som finns till förfogande. I denna studie har vi använt DAS28-4 [30]:

$$DAS28 = 0.56\sqrt{T28} + 0.28\sqrt{S28} + 0.7 \ln(SR) + 0.014VASVB$$

med *T28* som antal onda leder, *S28* antal svullna leder, *SR* som sänka i mm/tim och *VASVB* som en individuell VAS skala för patientens välbefinnande.

Resultaten av DAS 28 tolkades enligt *EULAR response criteria* i Tabell 3.

SF-36

SF-36 är ett väletablerat instrument för mätning av funktionella hälsoparametrar, välbefinnande, fysisk och psykisk hälsa samt index för hälsopreferenser [32]. Det riktar sig inte till en speciell sjukdomsgrupp. Det är ägnat att mäta den upplevda sjukdomsbelastningen respektive hur den förändras genom en intervention.

SF-36 består av 8 skalor som mäter fysisk funktion, fysisk rollfunktion gällande arbete eller dagliga aktiviteter, kroppslig smärta, och det allmänna hälsotillståndet som summeras till den fysiska komponenten av den upplevda hälsan. Skalor för vitalitet, social funktion, emotionell rollfunktion och mental hälsa summeras till den mentala komponenten av den upplevda hälsan.

LSQ

LSQ utvecklades ursprungligen för att mäta upplevd livskvalitet/livstillfredsställelse hos kvinnor med bröstcancer. Mätinstrumentet skulle i första hand användas som utfallsmått vid studier av behandling inom såväl antroposofiskt inriktad medicin som skolmedicinsk behandling [6]. LSQ består av 34 frågor som uppdelas i sju faktorer med 3-7 frågor vardera. Faktorerna är fysiska symptom, sjukdomspåverkan, kvaliteten i vardagslivets aktiviteter/glädje och aktiviteten i vardagslivets aktiviteter/meningsfullhet, socioekonomisk situation, kvaliteten i relationen till de närstående och kvaliteten i relationen till vänner. Faktorpoängen beräknas genom att addera de enskilda värdena för en faktor och relatera dem till 100 som det högsta värdet. Totalpoängen för en slumpmässig grupp av svenska kvinnor och män (18-80 år) var 75.68 [7]. Vi valde mätinstrumentet för att testa om det kan tillämpas även för patienter med RA.

Tabell 3. Sjukdomsaktivitet enligt DAS 28 och *EULAR* (t.ex. [14]).

Initialt DAS 28	DAS 28: Skillnad till initialt värde		
	>1,2	>0,6 och ≤ 1,2	≤ 0,6
≤ 3,2 inaktiv	bra förbättring	måttlig förbättring	ingen förbättring
> 3,2 ≤ 5,1 moderat	måttlig förbättring	måttlig förbättring	ingen förbättring
> 5,1 mycket aktiv	måttlig förbättring	ingen förbättring	ingen förbättring

Resultat

Patienterna

11 patienter som vid start var 43-60 år gamla, deltog i studien. Sjukdomsdebuten låg mellan 2 och 25 år före projektstarten. Två patienter avbröt under studiens gång så att 9 patienter återstod. En patient avbröt av privata skäl, och en patient avbröt av medicinska skäl med försämrat allmäntillstånd, vilket av behandlande reumatolog bedömts eventuellt bero på medicineringen med Leflunomid. Övriga patienter genomförde studien enligt plan.

Trots att flera patienter hade flera diagnoser (Tabell 4) inkluderades alla p.g.a. svårigheter att rekrytera patienter. Övriga diagnoser och medicineringen ansågs inte utgöra ett avgörande hinder för rehabiliteringen av reumasjukdomen med antroposofiska metoder. Medicineringen för dessa sjukdomar: blodfettsänkande läkemedel (1), insulin (3), SSRI - preparat (1, 4), läkemedel mot hypertoni (7, 10), samt antikonceptiva (4, 8). Siffror i parantes avser patientens ID (Tabell 4).

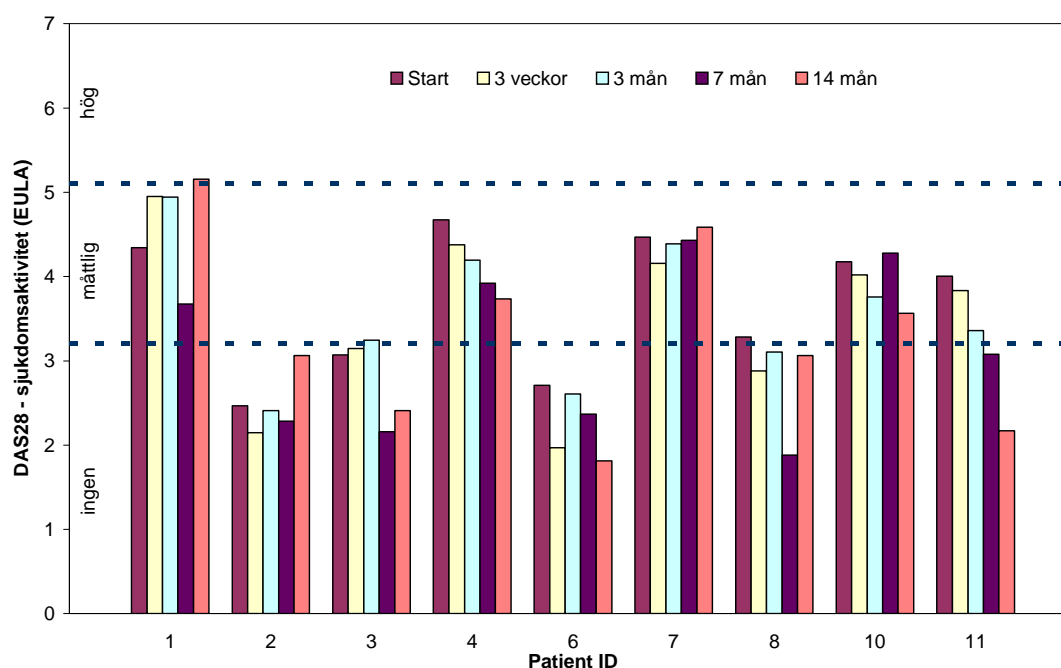
Tabell 4. Bidiagnoser

Patient ID	Bidiagnos
1	hyperlipidemi, utmattningssyndrom, depression, allergi
2	-
3	autoimmun hepatit, diabetes mellitus
4	depression
6	-
7	hypertoni, psoriasis
8	-
10	hypertoni, fibromyalgi
11	allergi

DAS28

Resultaten för DAS 28 (Figur 1) visade att samtliga patienter hade symptom vid start, 3 hade inaktiv sjukdom enligt *EULAR*-kriterier (Tabell 3), övriga måttlig sjukdomsaktivitet. DAS 28 vid 14-månaderskontrollen visade en försämring hos en patient (1) med måttlig sjukdomsaktivitet vid start och hög aktivitet vid sista mättilfället.

Tre patienter hade oförändrat inaktiv sjukdom (2,3,6,), där patient 2 hade något försämrad värde och där patient 3 under studiens gång försämrades något till mått



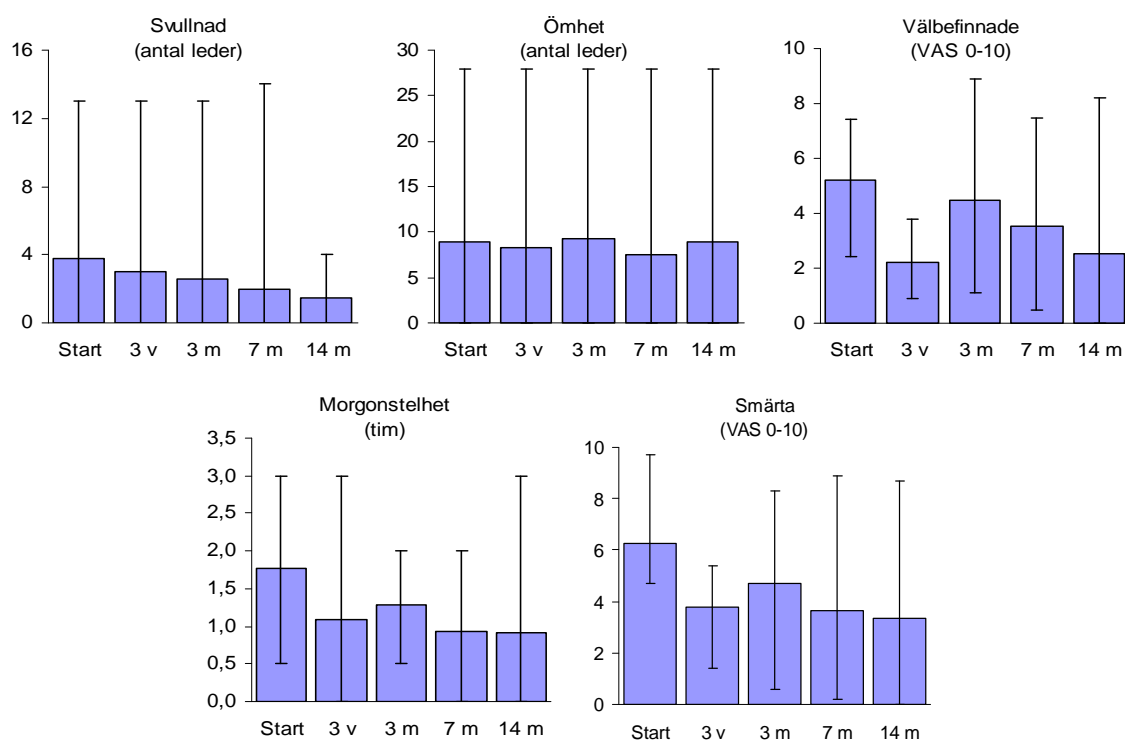
Figur 1. Sjukdomsaktivitet enligt DAS 28 och EULAR.

lig sjukdomsaktivitet för att sedan visa en måttlig förbättring till inaktiv sjukdom. En patient hade oförändrat måttlig sjukdomsaktivitet (7). Patient 8 gick från måttlig aktivitet till inaktiv sjukdom. Två patienter (4, 10) hade måttlig aktivitet som förbättrades måttligt, en patient (11) hade måttlig aktivitet och uppnådde en förbättring till inaktiv sjukdom.

Delskalor DAS28, morgonstelhet och VAS smärta

Förutom mätparametrarna som ingår i DAS28 utvärderas även morgonstelhet

(timmar) och VAS smärta. Ser man på dessa delskalor visar sig bra förbättringar i skalorna morgonstelhet, ledsvullnad, VAS-smärta och VAS-välbefinnande vid 14-månaderskontrollen jämfört med start. Ledömhet ligger oförändrad på samma nivå som vid start. Intressant är att se förändringsmönstret i smärta och välbefinnande. Båda visar en förbättring efter 3 veckor på Vidarkliniken med en efterföljande försämring och en stadig förbättring under hela studietiden. Dessa två skalor visar också minst spridning vid de enskilda mätningarna.



Figur 2. Delskalor sjukdomssymtom. Staplar visar medelvärden av alla patienter (n=9). Max- och min värden vid varje enskild mättillfälle visas med linjer.

Blodanalyser

Patienterna 1-7 hade väsentligen normala värden. Tre patienter (8, 10, 11) hade lätt förhöjda trombocytvärden som tecken på inflammatorisk aktivitet. SR ingår i DAS28.

Läkemedel

Alla patienter hade en medicinerings med konventionella läkemedel mot RA under hela studien. Medicineringen visas i Tabell 5. En patient (7) minskade dosen Methotrexate från 8 per vecka till 7 per vecka, en patient (11) slutade med Prednison. Inga förändringar av medicineringen med konventionella medel mot RA förekom hos övriga patienter.

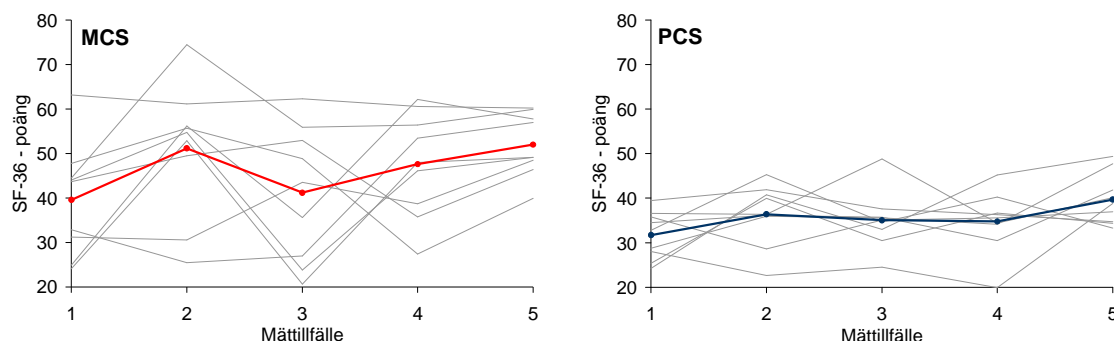
SF-36

Ser man till hela gruppen ses en förbättring av den mentala (MCS, mental component score) och fysiska (PCS, physical component score) hälsan efter 14 månader (mättillfälle 5) jämförd med start (mättillfälle 1) (Figur 3).

Hos dem enskilda patienterna visar 7 en delvis kraftig förbättring av MCS, 1 en försämring, 1 hade från början höga värden som visar en svag tendens till försämring efter 14 månader. För 4 patienter visar MCS värden som ligger över genomsnittet hos den friska befolkningen (50), för 2 patienter värden under genomsnittet, 2 ligger nära genomsnittet.

Tabell 5. Patienternas medicinerings under studien.

Patient ID	RA-mediciner				Övriga mediciner				
	NSAID-prep	Steroider	Methotrexate	Arava	Blodfett-sänkande	SSRI	Hyper-toni	Antikon-ceptiva	Insulin
1	x				x	x			
2				x					
3		x							x
4	x	x				x		x	
6	x								
7	x		x				x		
8	x		x					x	
10	x						x		
11	x	x							



Figur 3. Resultat från SF-36 för mental hälsa (MCS) och fysisk hälsa (PCS). De enskilda patienterna redovisas med tunna linjer, medelvärden med en tjock linje (n=9).

PCS förbättrades tydligt för 3 patienter, ytterligare 2 visade en tydlig tendens till förbättring, 1 patient visade en tendens till försämring, övriga var ganska oförändrade. PCS ligger under eller något under genomsnittet för normalbefolkningen förutom för en patient.

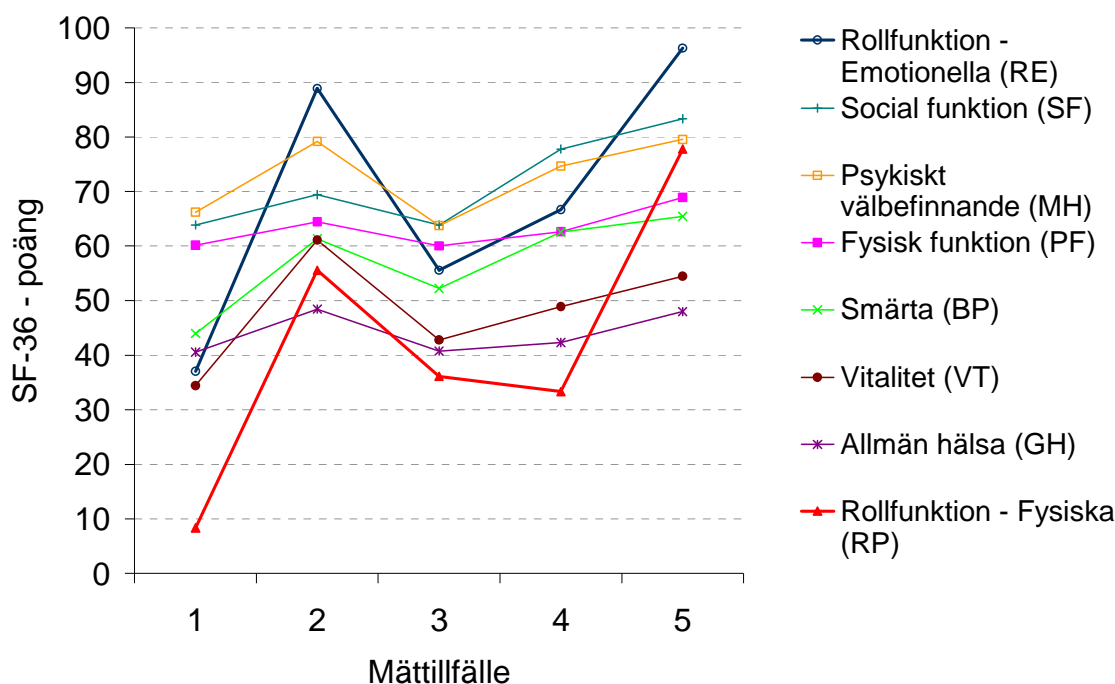
Förloppet visar en initial förbättring i samband med vistelsen på Vidarkliniken (mättillfälle 2), därefter en försämring (mättillfälle 3 eller 4) följt av en förbättring som inte har planat ut vid 14-månaders-kontrollen (mättillfälle 5). Förändringarna är tydligare för MCS än PCS.

Ser man på medelvärden av de 8 delskalorna var för sig så framkommer de starkaste förändringarna i skalorna fysisk rollfunktion (RP) och emotionell rollfunktion (RE) där värdena förbättras mycket tydligt med de högsta värdena vid sista mättillfället. Även värdena för smärta, vitalitet, so-

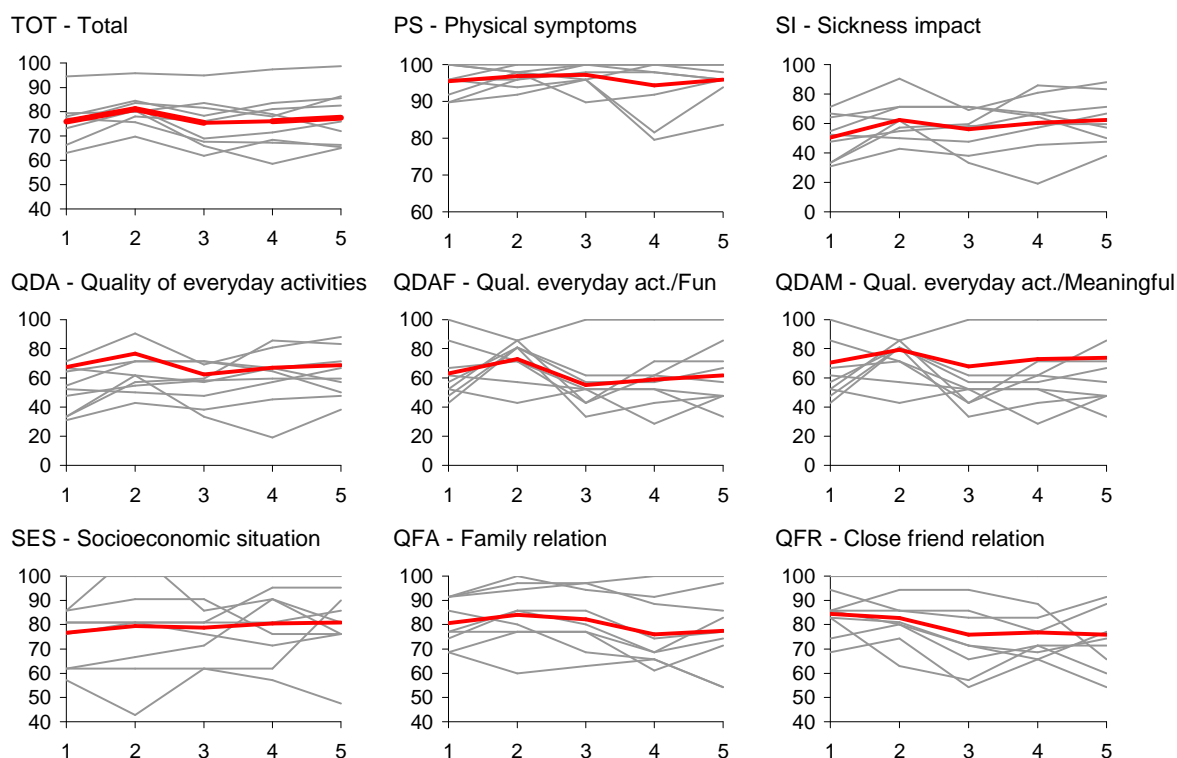
cial funktion och mental hälsa förbättras tydligt (Figur 4).

LSQ

Ser man till hela gruppen visar LSQ-total ett liknande förlopp som SF-36: en förbättring av värdena i samband med utskrivningen från Vidarkliniken efter 3 veckor, en tendens till försämring efter 3 månader, en tendens till förbättring efter 6 och 12 månader. Värdena visar dock betydligt svagare variationer under studieperioden (Figur 5). Delfaktorerna visar en stor spridning mellan värdena för de enskilda patienterna och inom gruppen. LSQ ger möjlighet till kommentarer för patienter, dessa är ganska sparsamma, smärta och trötthet nämns flera gånger som negativ faktor för livskvaliteten, även boende i villa med krav på mycket praktiskt arbete nämns som belastning.



Figur 4. Medelvärden för delskalorna i SF-36 för alla patienter (n=9).



Figur 5. LSQ-delfaktorer. Tunna linjer visar enskilda patienter tjocka linjer visar medelvärdet för den enskilda faktorn (n=9). Skalan på y-axeln visar LSQ poäng, x-axeln visar mättillfällen

Sjukskrivningsgrad

Tre av nio patienter ökade sin arbetsförmåga, ingen minskade sin arbetsförmåga under studietiden.

Tabell 6. Patienternas sjukskrivningsgrad

ID	Mättillfällen				
	1	2	3	4	5
1	100%	100%	100%	50%	50%
2	100%	100%	100%	100%	100%
3	50%	50%	50%	50%	50%
4	100% ¹⁾	100%	100%	100%	100%
6	- ²⁾	-	-	0	0
7	50%	50%	50%	50%	50%
8	25%	25%	25%	25%	25%
10	100%	100%	100%	100%	100%
11	100%	100%	100%	100%	50%

¹⁾ förtidspension sedan 1996 ²⁾ arbetssökande, arbetar nu heltid i eget företag.

Resultat enskilda patienter

Fysiska symtom

Det visade sig att patienter med inaktiv sjukdom enligt EULAR kan uppleva en betydande morgonstelhet och smärta (Tabell 7). Även hos patienter med aktiv sjukdom kunde morgonstelhet och smärta variera kraftigare än vad som framgår av sjukdomsaktiviteten enligt EULAR. Förändringen av morgonstelhet och smärta korrelerar hos 6/9 patienter. Patient 10 angav en hög smärtnivå som kan vara påverkat av bidiagnosen fibromyalgi.

Förändringen i DAS28 och PCS pekar i samma riktning, 2 patienter (3,6) visar sig en tydlig förbättring enligt PCS medan EULAR är oförändrat och DAS28 minskar lätt, hos en patient (1) försämras tillståndet enligt EULAR men PCS ökar lätt.

Tabell 7. Resultat av enskilda patienter med absoluta värden vid mättillfälle 1 (M1) och 5 (M5) samt skillnaden mellan mättillfällena (Δ). Medicinskt positiva förändringar som t.ex. minskning av sjukdomsaktivitet och smärta samt ökning av livskvalitet markeras med grå bakgrund. Förkortningar: EULAR: H - hög sjukdomsaktivitet, M - måttlig sjukdomsaktivitet, I - inaktiv sjukdom, + - ökning av sjukdomsaktivitet, 0 - ingen förändring, - - minskning av sjukdomsaktivitet. SF-36 PCS - Physical component summary, SF-36 MCS - Mental component summary. LSQ-Tot - Summary factor in LSQ.

Pat ID	DAS28		EULAR		Morgonstelhet		Smärta		SF-36 PCS		SF-36 MCS		LSQ Tot		Sjukskrivning
	M1/M5	Δ	M1/M5	Δ	M1/M5	Δ	M1/M5	Δ	M1/M5	Δ	M1/M5	Δ	M1/M5	Δ	Δ
1	4,34/5,15	0,81	M/H	+	2/3	1,0	6,5/6,7	0,2	36,6/40,1	3,5	32,9/56,0	23,1	78,2/85,5	7,3	-50%
2	2,47/3,06	0,60	I/I	0	2/0	-2,0	4,7/2,4	-2,3	39,4/34,7	-4,7	31,2/ 48,5	17,3	77,3/66,3	-11,0	0
3	3,07/2,41	-0,66	I/I	0	1,5/1	-0,5	4,9/1,0	-3,9	28,1/38,8	10,7	24,1/49,1	25,0	63,0/65,3	2,3	0
4	4,67/3,74	-0,94	M/M	0	0,5/0	-0,5	6,7/2,0	-4,7	34,5/41,8	7,3	44,0/49,1	5,1	76,5/75,8	-0,7	0
6	2,71/1,82	-0,89	I/I	0	1/0,5	-0,5	5,1/1,3	-3,8	24,2/49,4	25,2	63,7/60,2	-3,5	94,5/98,7	4,2	0
7	4,47/4,59	0,12	M/M	0	2/0,5	-1,5	4,8/6,9	2,1	32,8/33,3	0,5	47,6/39,9	-7,7	79,4/72,1	-7,3	0
8	3,28/3,06	-0,22	M/I	-	3/2	-1,0	5,4/1,2	-4,2	35,8/36,0	0,2	44,5/60,0	15,5	75,6/86,3	10,7	0
10	4,18/3,56	-0,61	M/M	0	1/1	0,0	9,7/8,7	-1,0	25,4/34,4	9,0	43,7/46,4	2,7	73,1/64,9	-8,2	0
11	4,00/2,17	-1,83	M/I	-	3/0	-3,0	8,4/0,0	-8,4	28,8/47,8	19,0	24,9/57,8	32,9	66,4/82,6	16,2	-50%

Livskvalitet

Två patienter (1, 2) anger en tydlig förbättring i MCS medan sjukdomsaktiviteten ökade (DAS28, EULAR). Patient 2 visar klart förbättrade värden för MCS medan DAS28 minskade och EULAR är oförändrad.

SF-36 och LSQ korrelerar för 5 patienter (1,3,7,8,11) men pekar åt olika håll hos 4 patienter (2,4,6,10). Instrumenten visar en överensstämmelse när det gäller nivån för den upplevda livskvaliteten om man jämför 50 som ett genomsnittsvärde för den friska befolkningen i SF-36 och 76,7 som ett värde för en slumpmässig utvald grupp individer för LSQ.

DAS28, SF-36 och sjukskrivningsgrad

Påfallande är att Patient 1 förbättras enligt SF-36 trots ökat sjukdomsaktivitet enligt DAS28 och minskar sin sjukskrivningsgrad. För patient 11 stämmer förbättringen av sjukdomsförloppet med en ökad arbetsförmåga. För patienterna 3, 4, 7 och 10 kan övriga diagnoser påverka sjukskrivningen (Tabell 4). Tabell 7 visar även att sjukskrivningsgraden inte korrelerar tydligt med någon av de övriga mätvariablerna. Det finns antydningvis en trend till en minskning av sjukskrivningsgraden hos patienter med förhållandevis höga MCS-värden.

Anamnestiska uppgifter

Bland anamnestiska uppgifter valde vi att titta på hereditet för ledsjukdomar, autoimmunlogiska sjukdomar och allergier, på större psykiska eller/och fysiska trauman där patienterna själva såg ett möjligt samband med sitt insjuknande i RA, samt tendenser till recidiverande infektioner även före insjuknandet i RA (Tabell 8). Tabellen visar en hög förekomst av ledsjukdomar hos nära släktingar (56%). Beträffande dödsfall anges dem som av patienten upplevdes som traumatiska och som innebar en dramatisk förändring av den egna livssituationen. Recidiverande infektioner förekom hos 6/9 patienter. Tonsilliter redovisas särskilt då de inom den antroposofiska medicinen är av speciellt intresse som eventuellt predisponerande faktor för insjuknande i RA. Alla patienter hade behandlats med antibiotika ett flertal gånger för dessa infektioner.

Uppgifterna är hämtade ur patientjournalerna. Tabellen visar en hög förekomst av ledsjukdomar hos nära släktingar (56%). Beträffande dödsfall anges dem som av patienten upplevdes som traumatiska och som innebar en dramatisk förändring av den egna livssituationen. Recidiverande infektioner förekom hos 6/9 patienter. Tonsilliter redovisas särskilt då de inom den antroposofiska medicinen är av speciellt intresse som eventuellt predisponerande faktor för insjuknande i RA. Alla patienter hade behandlats med antibiotika ett flertal gånger för dessa infektioner.

Tabell 8. Anamnestiska uppgifter från patientjournaler.

Patient ID	Hereditet sjukdomar	led-	Hereditet gi/autoim.sjd.	aller-	Trauma	Tonsilliter	Övriga infektioner
1	farmor		-		dödsfall	recidiv.	recidiv.
2	far		-		svår chock		recidiv.
3	mor, mormor		-		dödsfall, barnhem	recidiv.	recidiv.
4	mor, mormor, moster, sysslingar		flertal - astma		skilsmässa, svår styvfar	recidiv.	recidiv.
6	mor		syster - SLE		dödsfall	-	-
7	-		-		-	-	-
8	mor, farmor		-		födelse av tvillingsystrar, dödsfall	-	recidiv.
10	-		-		tidig födelse, kuvösvård	recidiv.	recidiv.
11	3 mostrar		mors släkt - astma		-	-	-

Diskussion

Efter ingående diskussioner valdes att genomföra en pilotstudie med få patienter, många parametrar och utan kontrollgrupp. Detta möjliggjorde en utvärdering av behandlingsresultat där patienterna var sina egna kontroller. Utöver redovisningen i grupp fanns möjlighet att undersöka hur mätvariabler i olika instrument faller ut för en enskild patient. Ett annat skäl var att det var lättare att rekrytera patienter.

Studien visar positiva förändringar i alla mätvariabler, dvs förbättringar av hälsotillståndet såväl när det gäller sjukdomsaktivitet och livskvalitén. Den kan inte tillskrivas en samtidig medicinering med konventionella läkemedel eller en för denna grupp vanlig årstidsvariation med förbättringar på sommaren eftersom studien startade och avslutades vintertid.

Patienterna påbörjade sin rehabilitering med slutenvård under 3-veckor. Man kan diskutera om detta är nödvändigt för en grupp uppegående patienter men tidigare utvärderingar av antroposofiskt orienterade behandlingsmetoder [11, 12] på Vidarkliniken har visat att omvårdnaden har varit mycket betydelsefullt ur patientperspektivet.

Den kompletterande behandlingen kombinerar ”passiva” behandlingar i form av beröring och bekräftelse, fysisk och psykisk vila med aktiva behandlingar och reflekterande samtal. Det är vår erfarenhet att omvårdnad och beröring förbättrar förutsättningarna att nå djupare i dem aktiva terapierna.

Vi bedömer behandlingsinnehållet och uppläggningsen som lämpad för denna patientgrupp och för arbetet med antroposofiska behandlingsmetoder där långsiktighet och patientengagemang är grundläggande för att uppnå bestående resultat.

Patienterna utgjorde en heterogen grupp, där tiden för sjukdomsdebuten och medicineringen varierade starkt. Sjukdomsak-

tiviteten var genomgående låg till måttlig. De flesta hade flera diagnoser där bl.a. sjukdomar som depression, utbrändhet och fibromyalgi mycket väl kan ha påverkat resultaten särskild av SF-36 och LSQ. Det hade varit enklare att utvärdera effekten av en antroposofiskt inriktad rehabilitering med patienter med högre sjukdomsaktivitet, mindre läkemedel och utan bi-diagnoser. Då den antroposofiskt orienterade rehabiliteringsformen anses vara mindre beprövad var detta inte möjligt av etiska skäl, patienter med aktiv sjukdom måste i första hand erbjudas en intensiv behandling med konventionella läkemedel. Att integrera en antroposofisk behandling med en mycket aktiv medicinering med konventionella t.ex. biologiska läkemedel, hade gjort en utvärdering utan kontrollgrupp mycket svår.

DAS28/EULAR används vanligtvis för att mäta sjukdomsaktiviteten vid konventionell huvudsakligen farmakologisk behandling. I vår studie använde vi DAS28 som mått för en komplex behandling som i konventionell bemärkelse måste ses som icke-farmakologisk. Flera patienter visade minskad sjukdomsaktivitet. Påfallande är att förbättringar är tydligare vid de senare mättillfällena (7 och 14 månader) och inte kort efter den intensiva slutenvårdsperioden. Tidigare studier [5] och erfarenheten visar att effekter av en antroposofiskt orienterad behandling av kroniska sjukdomar har en tendens att dröja men sedan tillta med tiden. Det finns risk att betydelsen av svaga effekter i början av behandlingen inte kommer fram i mätinstrument med relativt stora effektmått. Däremot ser man tydligare effekter över tid.

En jämförelse av SF-36 med LSQ visar starkt varierande värden inom patientgruppen i LSQ, men mindre förändringar i det longitudinella förloppet än SF-36. Möjligen är LSQ mindre lämplig för denna patientgrupp men det kan samtidigt vara svårt att dra slutsatser på en så liten patientgrupp.

Förloppet kan tolkas så att den initiala förbättringen sannolikt är ett resultat av den mottagna vården, detta avklingar när patienterna kommer hem. När sedan livskvaliteten stiger igen kan detta tolkas som ett tecken på att patienterna har tagit till sig behandlingen och reagerar med minskade symptom till följd av förbättrad självläkningsförmåga i det fysiska befinnandet (PCS) och en förbättrad förmåga att hantera sin situation (MCS). En förbättring genom självläkning kan värderas högre än en förbättring som åstadkoms med konventionell farmakologisk behandling och kan även vara av betydelse för en förbättrad prognos.

Sammanställningen av mätresultaten för de enskilda patienterna visar att de olika parametrarna i regel pekar åt samma håll. Påfallande är att DAS28/EULAR visar inaktiv sjukdom för flera patienter (2,3,6,8) som uppger betydande symptom i form av morgonstelhet och smärta. DAS28/EULAR mäter sjukdomsaktiviteten men den visar sig vara av begränsat värde för hur patienten upplever sin hälsa eller för funktionsförmågan i denna grupp.

De bästa värdena erhöles i regel vid det sista mättillfället 14 månader efter start och nästan 7 månader efter sista dagvårdstillfället. Det är svårt att utläsa vilka patienter som svarar bäst på behandlingen, snarare att behandlingskonceptet passade för patienter med olikartade symptom. Möjligen kan man tolka att den av patienten upplevda betydelsen av en förbättring är viktig för livskvaliteten respektive funktionsförmågan och att enbart mätningen av sjukdomsaktiviteten är otillräcklig för bedömningen av behandlingsresultaten.

Medicineringen med antireumatika följde inklusionskriterierna och relativt få förändringar gjordes under studiens gång. Under projektiden kombinerades konventionella läkemedel (KL) med antroposofiska mediciner (AM). Största delen av KL som används mot RA var antiinflammatoriska, dvs. används i symptomlind-

rande syfte. AM användes mest för att minska sjukdomsaktiviteten men delvis även för att lindra symptom. Kombinationen av KL och AM sker under läkaransvar p.g.a. bl.a. risk för interaktioner. KL kan till en viss grad påverka effekten av AM negativt, då KL kan sätta ned kroppens reaktionsförmåga. Effekten av AM ses delvis på kortare sikt, då de ges i symptomlindrande syfte, delvis på längre sikt som ett uttryck för en minskad sjukdomsaktivitet genom självläkning.

För användningen av AM under läkaransvar föreligger mångåriga erfarenheter i Sverige och framförallt internationellt. Integrationen av KL och AM anses som säker [19].

Förekomsten av ledsjukdomar hos nära släktingar är med 6/9 (56%) större än de kända 50%, men med tanke på det låga patientantalet inte anmärkningsvärt.

8/9 patienter angav för dem traumatiska händelser där framförallt förlusten av en betydelsefull person upplevdes av patienterna själva ha samband med deras insjuknande. Man kan knappast tolka att traumat i sig är orsaken till insjuknandet i RA. Däremot kan man diskutera om förlusten av en för personen betydelsefull närstående kan verka som en katalysator till att sjukdomen manifesteras där en disposition finns. Intervallet mellan trauma och insjuknande är delvis stort, vilket gör tolkningen svår. Betydelsen av vissa traumatiska upplevelser, möjligen särskild separationstrauman hos personer med en genetisk disposition för RA som faktor för att sjukdomen manifesterar sig kan vara en fråga för kommande studier.

Intressant är förekomsten av recidiverande infektioner i förhistorien hos 6/9 patienter. Alla patienter angav att deras infektioner ofta behandlades med antibiotika. Antibiotikaanvändningen kan vara betydelsefull i sammanhanget eftersom den avbryter en i och för sig sund och meningsfull immunologisk process som normalt leder till självläkning. Dessutom är det känt att

antibiotika har effekter på immunsystemet, ofta med en viss immunsuppression som följd. Samband mellan antibiotikabehandling och insjuknande i andra autoimmunologiska sjukdomar (astma/allergi) framgår även i andra studier [2, 13].

En ökning av arbetsförmågan hos 3/9 patienter i en grupp av kroniskt sjuka och långtidssjukskrivna patienter måste ses som ett tillfredställande resultat även i ett hälsoekonomiskt perspektiv. I en större studie borde även övriga hälsoekonomiska effekter såsom minskat vårdbehov m.m. utvärderas.

För en kommande större studie med kontrollgrupp är det ur ett metodologiskt perspektiv viktigt att beakta det annorlunda förloppet vid komplementärmedicinska behandlingar av kroniska sjukdomar. Effekterna kan vara förhållandevis små i början av behandlingsperioden och tillta med tiden jämförd med insättandet av en farmakologisk behandling där effekterna kommer snabbare vilket kan göra det svårt att jämföra grupperna. En kvalitativ utvärdering med patientintervjuer skulle kunna tillföra fler kunskaper kring patienten. Detta gäller både eventuella biografiska/anamnestiska faktorer som upplevelsen av vården och dess betydelse för patienten.

Patienter med en mer komplex sjukdomsbild kan vara särskild lämpliga för en behandling med AM. Den kliniska vardagen visar att patienterna ofta har komplexa sjukdomsbilder medan många behandlingskoncept är testade på för homogena grupper som sedan inte motsvarar den grupp som behandlingen skall appliceras på. Samtidigt finns en tendens att just patienter med sammansatta diagnoser söker hjälp inom den antroposofiskt orienterade medicinen med sina möjligheter till helhetssyn. Tänkbart är att selektera patienter utifrån en låg skattning på SF-36. Effekten av AM på inflammationsaktiviteten (DAS28) kunde undersökas på patienter med icke-erosiv RA där KL har dålig effekt och en behandling med enbart AM

kunde vara aktuell. I en ny studie borde man också ta med Health Assessment Questionnaire (HAQ) som visats korrelera bra med arbetsförmågan [18].

Studien borde genomföras med en kontrollgrupp. Randomisering är ett problem, då patienterna borde vara motiverade för vård enligt AM. Att randomisera enbart motiverade patienter är svårt när det gäller rekrytering av patienter och ur etiska perspektiv.

Slutsatser

Studien visar positiva förändringar i alla mätvariabler, d v s förbättringar av hälsotillståndet såväl när det gäller sjukdomsaktivitet och livskvalitén. Resultaten styrker att en antroposofiskt orienterad rehabilitering på ett säkert sätt kan kombineras med konventionell behandling av RA och tillföra positiva värden till både behandlingen och rehabiliteringen.

De positiva resultaten styrker en större studie med kontrollgrupp. Studietiden bör vara minst ett till två år.

Studien har också bidragit till att belysa frågeställningar kring metoder för utvärdering av komplementära behandlingsmetoder. Att använda mätvariabler för såväl kroppsliga som själsliga effekter är betydelsefullt när det gäller att tolka resultaten av en komplex behandlingsansats som också har mer komplexa målsättningar.

Bland de anamnestiska uppgifterna kan finnas intressanta frågeställningar för en framtida forskning. Bl.a. kan sambandet mellan antibiotikabehandling av recidiverande infektioner och utvecklingen av en autoimmun sjukdom senare i livet vara en fråga som kunde vara av stor klinisk relevans.

Ur ett hälsoekonomiskt perspektiv är förbättringen av arbetsförmågan hos 3/9 patienter mycket värdefullt, ingen försämrades och eventuella vinster utöver uteblivna socialförsäkringskostnader kan förmodas.

Referenser

- Albers, J.M., L. Paimela, P. Kurki, K.B. Eberhardt, P. Emery, M.A. van 't Hof, F.H. Schreuder, M. Leirisalo-Repo, and P.L. van Riel, 2001. *Treatment strategy, disease activity, and outcome in four cohorts of patients with early rheumatoid arthritis*. *Ann Rheum Dis*, **60**(5): p. 453-8.
- Alm, J., J. Swartz, G. Lilja, A. Scheynius, and G. Pershagen, 1999. *Atopy in children of families with an anthroposophic lifestyle*. *The Lancet*, **353**: p. 1485-1488.
- Altmaier, M., 1995. *Der kunsttherapeutische Prozess*. Stuttgart: Verlag Urachhaus. ISBN 3-8251-7054-3.
- Bopp, A. and J. Schürholz, 2003. *Anthroposophic Medicines*, in *Medizinische Sektion der Freien Hochschule für Geisteswissenschaft, Goetheanum, CH-4143 Dornach, Switzerland*. Medizinische Sektion der Freien Hochschule für Geisteswissenschaft, Goetheanum, CH-4143 Dornach, Switzerland.
- Carlsson, M., M. Arman, M. Backman, U. Flatters, T. Hatschek, and E. Hamrin, 2004. *Evaluation of quality of life/life satisfaction in women with breast cancer in complementary and conventional care*. *Acta Oncol*, **43**(1): p. 27-34.
- Carlsson, M. and E. Hamrin, 1996. *Measurement of quality of life in women with breast cancer. Development of a Life Satisfaction Questionnaire (LSQ-32) and a comparison with the EORTC QLQ-C30*. *Qual Life Res*, **5**(2): p. 265-74.
- Carlsson, M. and E. Hamrin, 2004. *Life Satisfaction Questionnaire (LSQ) Manual*. Uppsala University, Department of Public Health and Caring Sciences, S- 751 83 Uppsala, Sweden: Uppsala. p. 8.
- Cruyssen, B.V., S.V. Looy, B. Wyns, R. Westhovens, P. Durez, F.V.d. Bosch, E.M. Veys, H. Mielants, L.D. Clerck, A. Peretz, M. Malaise, L. Verbruggen, N. Vastesaeger, A. Geldhof, L. Boullart, and F.D. Keyser, 2005. *DAS28 best reflects the physician's clinical judgement of response to infliximab therapy in rheumatoid arthritis patients: validation of the DAS28 score in patients under infliximab treatment*. *Arthritis Research & Therapy*, **7**: p. R1063-R1071.
- Fingado, M., 2001. *Therapeutische Wickel und Kompressen*. Dornach, Switzerland: Verlag Goetheanum. ISBN 3-7235-1127-9.
- Fingado, M., 2002. *Rhythmische Einreibungen*. Dornach, Switzerland: Verlag Goetheanum. 3-7235-1160-0.
- Flatters, U., M. Arman, A. Larsdotter, and T. Schneider, 2001. *Behandling av fibromyalgi på Vidarkliniken - en utvärdering*. Vidarkliniken: S-153 91 Järna. p. 13.
- Flatters, U., M. Arman, A. Larsdotter, and T. Schneider, 2001. *Behandling av utmattningsdepression/utbrändhet på Vidarkliniken - en utvärdering*. Vidarkliniken: S-153 91 Järna. p. 11.
- Flöistrup, H., J. Swartz, A. Bergström, J. Alm, A. Scheynius, M. van Hage, M. Waser, C. Braun-Fahrlander, D. Schram-Bijkerk, and M. Huber, 2005. *Allergic disease and sensitization in Steiner school children*. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, **117**(1): p. 59-66.
- Fransen, J. and P.L.C.M. van Riel, 2005. *The Disease Activity Score and the EULAR response criteria*. *Clin Exp Rheumatol* S93-S99, **23**(39): p. S93-S99.
- Glaser, H., 1999. *Die rhythmische Einreibung nach Ita Wegman: Gesundheitspflege* Initiativ. 3-932161-28-9.
- Golombek, E., E. Mees-Christeller, R. Felber, and B. Denjean-van-Stryk, 2000. *Anthroposophische Kunsttherapie. Band I-IV. Wissenschaftliche Grundlagen - Arbeitsansätze - Therapeutische Möglichkeiten*. Stuttgart: Verlag Urachhaus. 1100 p. ISBN 3-8251-7341-0.
- Isenman, H., 2004. *Rhythmische Massage nach Dr. med Ita Wegman: Verein für anthroposophisches Heilwesen*. 3-926444-31-2.
- Jantti, J., K. Aho, K. Kaarela, and H. Kautiainen, 1999. *Work disability in an inception cohort of patients with seropositive rheumatoid arthritis: a 20 year study*. *Rheumatology (Oxford)*, **38**(11): p. 1138-41.
- Kienle, G.S., H. Kiene, and H.U. Albonico, 2006. *Anthroposophic medicine. Effectiveness, utility, costs, safety*. Stuttgart, New York: Schattauer. 350. ISBN-10: 3-7945-2495-0.
- Laas, K., R. Peltomaa, H. Kautiainen, K. Puolakka, and M. Leirisalo-Repo, 2006. *Pharmacoeconomic study of patients with chronic inflammatory joint disease before and during infliximab treatment*. *Ann Rheum Dis*, **65**(7): p. 924-8.
- Merckens, H., ed. 2001. *Rheumatologie*. Der Merckurstab - Sonderheft. Vol. 54. 99.
- Puolakka, K., H. Kautiainen, M. Pekurinen, T. Motonen, P. Hannonen, M. Korpela, M. Hakala, M. Arkela-Kautiainen, R. Luukkainen, and M. Leirisalo-Repo, 2006. *Monetary value of lost productivity over a five year follow up in early rheumatoid arthritis estimated on the basis of official register data on patients' sickness absence and gross income: experience from the FIN-RACo trial*. *Ann Rheum Dis*, **65**(7): p. 899-904.
- SF36. 2006. <http://SF-36.org> - A community for measuring health outcomes using SF tools. [cited 2006 2006-05-05]; Available from: <http://www.sf-36.org>.
- Simon, L., 1997. *Ein anthroposophisches Therapiekonzept für entzündlich-rheumatische Erkrankungen, Ergebnisse einer zweijährigen Pilotstudie*. *Forschende Komplementärmedizin*, **4**: p. 17-27.
- Simon, L.S., 2004. *The treatment of rheumatoid arthritis*. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, **18**(4): p. 507-38.
- SLL, 2004. *Regionalt vårdprogram - Reumatoid artrit*. Stockholms läns landsting: Stockholm.
- Steiner, R., 1921. *Heileurythmie, 8 Vorträge in Dornach 1921*. Dornach: Rudolf Steiner Verlag. ISBN 3-7274-3152-0.
- Steiner, R., 1923. *Anthroposophische Menschenkenntnis und Medizin. 2 Vorträge in London 1923: Zur Therapie und zur Methodik der Heilmittelherstellung*. Dornach: Rudolf Steiner Verlag. ISBN 3-7274-6300-7.
- van der Heijde, D.M., M.A. van't Hof, P.L. van Riel, M.A. van Leeuwen, M.H. van Rijswijk, and L.B. van de Putte, 1992. *Validity of single variables and composite indices for measuring disease activity in rheumatoid arthritis*. *Ann Rheum Dis*, **51**(2): p. 177-181.

30. van Riel, P.L. <http://das-score.nl>. [cited 2006-05-05]; Available from: <http://www.das-score.nl>.
31. van Riel, P.L. and J. Fransen, 2005. *DAS28: a useful instrument to monitor infliximab treatment in patients with rheumatoid arthritis*. *Arthritis Research & Therapy*, **7**: p. 189-190.
32. Ware, J.E., Jr. and C.D. Sherbourne, 1992. *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection*. *Med Care*, **30**(6): p. 473-83.

RAPPORTER från Vidarkliniken

Lilje, K och T. Schneider. 2007. Patienters upplevelse av vården på Vidarkliniken 2006. *Rapporter från Vidarkliniken* (1): 16 s.

Flatters, U., T. Grymer och T. Schneider. 2007. Rehabilitering av patienter med reumatoid artrit vid Vidarkliniken. *Rapporter från Vidarkliniken* (2). 21 s.





Rapporter från Vidarkliniken | Nr 2 | 2007 | ISSN 1654-6539

Vidarkliniken | S-153 91 Järna
info@vidarkliniken.se | www.vidarkliniken.se