

## «Du fungerer mer som et menneske.»

Norske revmatikeres erfaringer med helse og dagligliv i Spania.

### Anne-Grethe Gregersen og Ann Karin Helgesen

Anne-Grethe Gregersen Høgskolelektor, Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse og sosialfag, [anne.g.gregersen@hiof.no](mailto:anne.g.gregersen@hiof.no), 69303036, mobil 48052511

Ann Karin Helgesen I.amanuensis, Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse og sosialfag

#### Abstract

**“I just feel more like a normal human being.”, The health and daily life experience by Norwegian rheumatics.**

*The objective of this study is to illuminate the experience of Norwegian rheumatics illness during long-term residency in Spain. The method chosen is qualitative with a phenomenological approach. Twelve rheumatics comprise the sample group, eight women and four men, ages from 45 to 70. Data collection was performed by qualitative research interview. The data is analyzed using condensation, followed by a thematic approach, inspired by Giorgis phenomenological method. The essence of the Norwegian rheumatics experience is that they recovered control over everyday life. They experienced pain relief, reduced medication and increased personal activity. The study indicates that long-term stay in Spain can promote health for people suffering weather-sensitive rheumatism.*

#### Nøkkelord/Key words:

*Reumatisme, dagliglivet, aktivitet, smertelindring, stabilitet  
Rheumatism; everyday life; activity; pain relief; stability*

#### Referee\*

#### Innledning

Revmatiske sykdommer er definert som «smertefulle tilstander i bevegelsesapparatet (ledd, skjelett og muskelsystemet) og i bindevev». Disse kan være stadig tilbakevendende eller utvikle seg til kroniske sykdommer (WHO 2014). Symptomene ved revmatisk sykdom domineres av smerte og ubehag fra muskel- /skjelettsystemet, nedsatt bevegelighet, tretthet og begrensninger i dagliglivets funksjoner (Grut og Sandsund 2014). Personer med revmatoid artritt har høyere forekomst av hjerte- og karsykdom, kreft, gastrointestinal sykdom, lungesykdom og infeksjoner. Som for andre kronisk syke er de også mer utsatt for depresjon. Disse tilstandene medfører økt dødelighet (Gabriel og Michaud 2009). Estimater tilsier at det er minimum 300000 personer med diagnosen revmatisk sykdom i Norge i dag (Grut og Sandsund 2014).

Sett i et samfunnsøkonomisk perspektiv medfører smertefulle tilstander i bevegelsesapparatet høye kostnader i form av tapt samfunnsinntekt da de som er rammet ofte har nedsatt arbeidsevne (WHO 2014). I Norge er sykdommer i bevegelsesapparatet de hyppigst representerte diagnosene innenfor allmennpraksis og institusjonsbehandling, samt den hyppigste årsaken til sykmelding og uførepensjon (Ihlebak, Brage, Natvig og Bruusgaard 2010). 31 % av alle uførepensjonerte i Norge har muskel- og skjelettlidelser (NAV 2012). Sett i et individperspektiv innebærer revmatisk sykdom at særlig smerter går ut over fysisk og sosial fungering. Smerter hindrer dagliglivets aktiviteter og reduserer pasientens livskvalitet (Coty og Wallston 2008, Arne, Janson, Janson, Boman, Lindquist, Bern og Emter 2009, Dobnik, Lorber og Pahor 2013).

Rehabilitering i varmt klima har vært et tiltak for revmatikere i Norge siden 1967 (NOU 2000). Begrunnelsen for å tilby spesifikke behandlingsreiser til denne pasientgruppen var og er at tørt og varmt klima har en symptomlindrende effekt som bedrer mulighetene for fysikalsk behandling (NOU 2000, Kurtze, Lippestad og Hem 2011). Opphold i subtropisk strøk fører til redusert smerte og stivhet og/eller mindre engstelse for å få smerter i affiserte ledd ved bevegelse (Hafström og Hallgren 2003, Forseth 2007, Vaks 2014). Studier viser at den positive effekten vedvarer lenger ved behandlingen i middelhavsklima enn ved rehabilitering i Norge (Strumse, Nordvåg, Stanghelle, Røisland, Winther, Pajunen, Garen og Flatø 2011, Clark-Jenssen, Mengshoel, Strumse og Forseth 2014).

Ved gjennomgang av publiserte studier om sammenhengen mellom vær og revmatisme kan det se ut til å være uenighet. Klimatiske forhold som er mest undersøkt er temperatur, luftfuktighet, atmosfærisk trykk og vind. Sibly (1985) publiserte resultater av en dobbelt blindtest på 70 pasienter med osteoartrose (OA) og Revmatoid artritt (RA) hvor 62 % av pasientene følte at været påvirket smertene, men ingen objektive data på dette ble funnet. Patberge, Nienhuis og Veringa (1985) og Guedj og Weiberger (1990) fant sammenheng mellom subjektive smerter ved Revmatoid artritt (RA) og temperatur, trykk, og fuktighet. I Taiwan fant Liu, Tseng, Feng, Lam og Tsai YC (2006) at det er sammenheng mellom barometrisk trykk og sterke smerter. Van der Laar (1991) presenterte en studie hvor resultatet var at det er ingen klar sammenheng mellom atmosfæriske forhold og RA. Fors og Sexton (2002) fant ingen klar sammenheng mellom symptomer ved artrose og fibromyalgi og klima. I en global systematisk reviewstudie ved Smedslund og Hagen (2011) viste 9 studier fra sør til nord i Europa fra 1986 til 2009 ingen konsistent gruppeeffekt av værforhold på smerte ved RA. De skriver at det allikevel ikke kan utelukkes at revmatiske smerter blir mer påvirket av været hos noen individer enn andre. Det er gjort en stor studie angående artrose i Europa (European Project on OsteoArthritis EPOSA). Resultatet er at 67,2 % føler at været påvirker deres smerter. De eldste deltakere fra Italia og Spania opplever seg som mer værsensitive sammenliknet med deltakerne fra Sverige (Timmermans, van der Pas, Schaap, Sánchez-Martínez, Zambon, Peter, Pedersen, Dennison, Denking, Castell, Siviero, Herbolsheimer, Edwards, Otero og Deeg 2014) noe som er interessant med tanke på at Sverige (Hafström og Hallgren 2003) som Norge (Kurtze m.fl. 2011) har et tilbud om behandlingsreiser i Syden.

I følge SINTEF (Kurtze, Lippestad og Hem 2011) reiser ca. 2000 personer til Norsk Revmatikerforbunds trenings- og feriesenteret Reuma-sol i Spania hvert år. Årlig får 1700 av 3600 revmatikere innvilget søknad om behandlingsreise til utlandet ved Seksjon for

behandlingsreiser, Oslo Universitetssykehus (Kurtze et al. 2011). I følge en NOVA rapport oppsøker revmatikere varmt klima på egenhånd i tillegg til organiserte tilbud, i håp om å bli bedre (Elstad, Grue og Eriksen 2005). Klima blir også beskrevet som en vesentlig årsak til at norske alders- og uførepensjonister har valgt å flytte fra Norge til Spania (Helset, Lauvli og Sandlie 2004, Sørby, Selbekk, Helland og Grue 2004).

Litteratursøk viser at det er begrenset med nyere forskning som fokuserer på revmatikeres egne erfaringer med sykdommen og hvordan de erfarer at klimaet innvirker på symptomene. Denne studiens hensikt er å belyse norske revmatikeres erfaringer med sykdommen i dagliglivet ved langtidsopphold i Spania.

### **Metode**

Det er valgt kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming der hensikten er å få kunnskap om respondentenes livsverden (Giorgi 1985, 1994). Metoden er vurdert som egnet da det er begrenset med forskning på tematikken.

### **Utvalg**

Respondentene ble i første omgang rekruttert gjennom annonser i aviser, innslag i radio og plakatooppslag i Spania. De første respondentene var deretter behjelpelige med rekruttering av ytterligere respondenter ved hjelp av snøballmetoden (Bernhard 2015). Inklusjonskriteriene for å delta i studien var: å være norsk, å være uførepensjonert med revmatisme men uten behov for helse- og sosialhjelp i det daglige, å oppholde seg på Costa Blanca i Spania minimum 5 måneder i løpet av året og å være samtykkekompetent.

Utvalget består av tolv respondenter, åtte kvinner og fire menn i alderen 45 til 70 år. Ni av respondentene er fullt uføretrygdet, en halvt uføretrygdet. To respondenter er alderspensjonerte, disse ble inkludert da de fyller de øvrige inklusjonskriteriene, og det var vanskelig å rekruttere respondenter til studien. Samtlige respondenter har revmatisk diagnose. Fem av respondentene bor permanent i Spania og er kun på ferie i Norge (residente). Syv er sesongbeboere i tre måneder av gangen, før og etter jul. Alle bortsett fra en har egen bolig i Spania.

### **Datainnsamling**

Datainnsamlingen ble utført ved kvalitative forskningsintervju. I forkant av studien ble en temabasert intervjuguide (Giorgi 1985) testet i et pilotintervju. I intervjuet deltok et resident pensjonistpar der den ene hadde revmatisme og den andre var alderspensjonist. Etter pilotintervjuet ble temaet «behov for og bruk av helsetjenester» lagt til intervjuguiden da dette viste seg å være av betydning. Intervjuguiden ble i første rekke benyttet som et hjelpemiddel for forskerne for å sikre at temaene erfaringer med revmatisme, valget om å satse på Spania, hverdagslivet i Spania, behov for helsetjeneste og kontakten med Norge, ble ivaretatt i alle intervjuer.

Intervjuene ble innledet med spørsmålene: kan du fortelle om dine erfaringer med sykdommen og valget om langtidsopphold i Spania? Forskerne bestrebet seg på å ha en åpen tilnærming til respondentenes beskrivelser, og det ble bedt om utdyping der det var nødvendig for å få tydelige svar (Giorgi 1985).

Intervjuene ble gjennomført i respondentenes hjem. Tre personer ble intervjuet i Norge, de øvrige i Spania. Fem av intervjuene ble utført med kun respondenten til stede, i fire av intervjuene var respondent og deres ektefelle til stede og i et intervju var tre respondenter til stede. I sistnevnte intervjuform styrte forskerne i større grad intervjuet for å sikre at samtlige besvarte temaene i intervjuguiden.

Intervjuene varte fra 1 til 2 timer. To forskere var til stede under intervjuene, bortsett fra i et individuelt. Intervjuene ble tatt opp på opptaker og deretter transkribert ordrett.

### **Analyse**

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av meningsfortetting og tematisering etter tilpassing av Giorgis fenomenologiske metode (Giorgi 1985,1994, Malterud 2013). Først ble de transkriberte intervjuene lest igjennom for å få et helhetsinntrykk. I neste trinn ble meningsbærende enheter identifisert. På dette trinnet ble teksten tematisert med fokus på respondentens synsvinkel. Temaene med tilhørende meningsbærende enheter ble plassert i en matrise. Dette materialet ble deretter undersøkt i lys av studiens formål og det framkom sentrale temaer som essenser av funnene.

### **Etisk vurdering**

Studien er vurdert av Personvernombudet for forskning hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste NSD (Personvernombudet for forskning, NSD, 15409). Respondentene ga sitt samtykke til deltakelse etter at de skriftlig og muntlig ble gjort kjent med studiens hensikt og innhold. Respondentene ble informert om anonymisering og om muligheten til å trekke seg på hvilket som helst tidspunkt, uten at dette ville gi konsekvenser for dem.

### **Troverdighet.**

Datainnsamlingen ble gjennomført med intervju av enkeltrespondenter, av respondenter med ektefelle til stede og et gruppeintervju. Intervjuene var i respondentens eget hjem slik Repstad (2007) anbefaler for det gode intervjuet. At de selv valgte sted kan være en forklaring på at det var god atmosfære og åpenhet i alle intervjuene. Betenkelighet med gruppeintervju er at noe av det individuelle kan gå tapt eller at kun det som kan presenteres offentlig kommer fram (Repstad 2007). Det er mulig det kan gjelde også for par. Forskernes erfaringer er at partnere og gruppedeltakere bidro til at respondentene ble påminnet situasjoner og at noe ble tydeligere. Respondentene valgte selv denne formen, og erfaringen med dette ser ut til å være i tråd med Repstad (2007) som skriver at gruppeintervju er bra under harmløse forhold og i grupper med medlemmer med noenlunde lik status. Data fra respondentene som var alderspensjonister skilte seg ikke ut fra det øvrige materialet.

Når målet er at teksten skal tematiseres med fokus på respondentens synsvinkel har det vært en fordel å dele analysearbeidet med flere. I følge Giorgi (1985) skal forskernes egen bakgrunn og teorier «settes i parentes». Å være to forskere med forskjellig faglig plattform har vært en kontroll på om det har vært mulig å holde tilbake egen forforståelse i analysearbeidet. I tillegg har to av respondentene lest utdrag fra analysen, og de gjenkjente temaene. Analyseprosessen er utført i samarbeid med veileder.

Studiens rekrutteringsmetode kan tenkes å ha medført skjevheter i utvalget. Ulempene med selvseleksjon kan være at de som ønsker å delta har en egen motivasjon for å kunne fortelle om et bestemt forhold (Staff 2010). Det kan være deltakere som spesielt har hatt ønske om å bruke forskerne som talerør. Mest sannsynlig oppholder det seg norske revmatikere i Spania som har andre erfaringer enn det som har framkommet i studien.

### **Gjenvunnet kontroll over dagliglivet**

Essensen i norske revmatikeres erfaringer er at de hadde gjenvunnet kontrollen over dagliglivet, som utpeker seg som studiens overordnede tema. Beskrivelsene omhandler i stor grad livet før og etter flyttingen til Spania. I værutsatte Norge var livet preget av mange nederlag og at revmatismen hadde styringen over tilværelsen. I det mer værstabile Spania var dagsformen mer forutsigbar, hvilket innebar at de fikk kontroll over dagliglivet. En av respondentene forklarer «*Du fungerer mer som et menneske*». Flere av respondentene beskrev at de er svært værsensitive. Et godt klima opplevdes derfor som vesentlig for å beholde kontrollen over dagliglivet. Ved å reise til Norge erfarte de at revmatismen igjen tok styringen.

*Jeg prøvde å være hjemme i Norge i 14 dager til jul, men, det gikk ikke. Etter en uke gjorde det så vondt!! Så etter det har jeg vært kun 5-7 dager hjemme før jeg drar tilbake. Det vonde kommer såpass fort tilbake.*

Temaene «Fra plagsomme smerter til smertelindring», «Frihet fra medisinbruk og behandling» og «Fra funksjonstap og passivitet til aktivitet» beskriver endringen i dagliglivet etter flyttingen til Spania. Disse tre temaene er nært forbundet med hverandre og det overordnede temaet «Gjenvunnet kontrollen over dagliglivet».

### **Fra plagsomme smerter til smertelindring**

Smerter og konsekvenser av smerter var et gjennomgående tema i respondentenes fortellinger fra tiden i Norge. Regn, vind og kulde gjorde at revmatismen forverret seg og resulterte i økte smerter, stivhet, slitenhet og problemer med å fungere normalt. Væromslag ble beskrevet som noe av det verste.

*I Norge fikk jeg angst hver gang jeg så en svart sky for da visste jeg at nå kommer smertene. Da fikk jeg en dag eller to i sengen.*

Respondentene fortalte at de hadde forsøkt å holde smertene under kontroll blant annet med varme bad i Norge, men at de etter hvert søkte mer varig lindring i form av behandlingsreiser og

sydenreiser. Det stabile, tørre og varme klima i Spania medførte mindre fare for akutt forverring på grunn av brå værromslag slik som ofte forekommer i Norge. Flyttingen til Spania ble beskrevet som et vendepunkt i tilværelsen.

*Det var noen og tjue varmegrader. Pent vær, og det var jo så godt! Etter tre dager tok jeg ikke en tablett for smertene, kunne gå turer, kunne bøye meg og plukke opp ting fra bakken. Og det har jeg ikke kunnet gjøre i Norge på år og dag.*

Smertelindringen kom raskt. Det ble imidlertid påpekt at for å oppnå varig bedring var det viktig å sikre seg mot fuktig luft og vind, selv i Spania. Respondentene rådet andre i samme situasjon til å bo et stykke inn fra havet hvor det er maksimalt stabilt og tørt klima.

### **Frihet fra medisinbruk og behandling.**

Et annet gjennomgående tema var at respondentene fortalte om bruk av mye smertestillende medisiner da de bodde i Norge.

*På det verste måtte jeg jo blande Fortralin og Paralgin Forte, for å få sove.*

Det var vanlig å måtte bruke mye medisiner for å dempe smerter, og det hadde medført bekymring for bivirkninger. Flere av respondentene hadde også opplevd alvorlige hendelser. En ung mann som hadde brukt Methotrexat var bekymret over at han ikke burde få barn fordi medisinen virket på cellene. En annen som hadde brukt Vioxx hadde vært redd for å få alvorlige hjertesykdom som følge av disse og to av respondentene hadde hatt blødende magesår etter bruk av NSAIDS.

*Det endte med at jeg fikk sår på tolvfingertarmen og spiserøret. Og det må jeg ta medisiner for hele tiden nå.*

I Spania opplevde respondentene at de kunne redusere bruken av smertestillende medisiner betraktelig. Samtlige understrekte det positive med å føle frihet fra medisinbruken og bekymringene knyttet til dette. Mens de i Norge måtte ta medisiner for å klare jobb og komme seg gjennom dagene så opplevde de at i Spania var det eget valg av aktivitet som avgjorde om de måtte ta medisiner eller ikke.

*Bare puttet inn og puttet inn tabletter. Nå tar jeg bare en tablett mot smerter hver tolvte time, hvis jeg ikke gjør noen ekstra strabaser.*

Noen av respondentene hadde hatt behov for helsetjenester etter flytting til Spania. Dette dreide seg om medisiner, laser- eller ultralydbehandling. En hadde blitt kneoperert. Til tross for disse behandlingene beskrev respondentene at revmatismen ikke lenger dominerte livet deres.

### **Fra funksjonstap og passivitet til aktivitet**

Det tredje gjennomgående tema er knyttet til et dagligliv i Norge preget av en stadig forverring av revmatismen og av nedsatt funksjonivå. Deres arbeidskapasitet, aktivitetsnivå og

aktivitetsradius hadde blitt redusert på grunn av smerter og slitenhet. De hadde forsøkt med mange former for medisinsk og alternativ behandling, behandlingsreiser og egne reiser til Spania, men det hadde hatt begrenset effekt. Revmatiske smerter kunne i verste fall føre til avhengighet av andre.

*Jeg satt bare i sofaen og gruet meg til å gå ut på kjøkkenet. Jeg klarte ikke å åpne kaffeboksen og trakte meg kaffe. Det var så vondt og så tungt, og det gikk utover humøret.*

Vintertiden i Norge hadde vært spesielt passiviserende. Respondentene beskrev at de lengtet ut, men var redd for å falle. Etter at de flyttet til Spania var de ute hele året og trengte ikke streve med støvler og vintertøy.

*Jeg er veldig mye i bevegelse, trimmer en halv time om morgenen og så går jeg inn til postkassen i byen som er ca. 2,5 km unna. Går i hvert fall to ganger om dagen, av og til går jeg lenger. Jeg er veldig mye ute og går. Det klarer jeg ikke i Norge om vinteren, når det er glatt, da går jeg stivt.*

Samtlige beskriver at de er i mer aktivitet i Spania enn de hadde vært i Norge. Det mest vanlige er å gå turer i parker og på strandpromenader, å svømme i havet eller i basseng. De gjør også øvelser som de blant annet hadde lært på behandlingsreiser. Alle opplevde at de oppnår bedring av funksjonsnivå med mer aktivitet og øvelser. Å trene og kunne bevege seg ute betydde redusert stivhet i muskler og ledd ifølge respondentene.

*Hvis jeg ikke vil stivne helt, så må jeg være i bevegelse. Og det klarer jeg ikke i Norge.*

Det stabile været i Spania gjorde at dagsformen var mer forutsigbar, og det var derfor lettere å delta i sosiale aktiviteter. Det var vanlig å delta i aktiviteter i klubber og i Den norske kirken og å samles til lunsj på markedsdager. Flere påpekte at de syntes det var urettferdig at media fokuserte på stort alkoholkonsum hos norske beboere i Spania. De vektla at de *ikke er på ferie* i Spania og at alkoholinntaket var begrenset, «*Vi koser oss med et glass på fredag kveld*».

## **Diskusjon**

Studiens hensikt var å belyse norske revmatikerers erfaringer med sykdommen og dagliglivet ved langtidsopphold i Spania. Essensen i respondentenes beskrivelser var at de hadde gjenvunnet kontrollen over dagliglivet etter å ha flyttet til Spania.

Respondentene beskriver det relativt kjølige og ustabile været i Norge nærmest som utløsende årsak til mer intense smerter og en uforutsigbar hverdag. Etter langtidsopphold i Spania som har varmere og mer stabilt vær enn Norge (i Valencia området er det gjennomsnittlig 20°C ni måneder i året og 25 nedbørsdøgn (Storm 2014) erfarer respondentene at smertene minker og at de gjenvinner kontrollen over dagliglivet. Funnet støtter således forskning som viser at varmt klima har gunstig effekt på trening ved revmatiske tilstander (NOU 2000, Strumse et al. 2009, Kurtze et al.2011). Det er verdt å bemerke at værromslag ble beskrevet som det mest plagsomme,

hvilket er interessant i lys av usikkerhet om værrets innvirkning på revmatiske sykdommer (Smedslund og Hagen 2011).

Svingninger i sykdomsforløpet har vist seg å være en gjenganger i en revmatikers liv. Kroniske, revmatiske smerter svinger mellom rolige og vanskelige faser, og kroppen er uforutsigbar og upålitelig. Forskning beskriver at det er en utfordring å håndtere dagliglivet på grunn av uforklarlige, uregelmessige smerter (Paulson, Danielsson, Larsson og Norberg 2001, Elstad et al. 2005, Dybdal 2011). Det vanskeligste med å leve med revmatisme er å forholde seg til disse uforutsigbare svingningene. Svingningene medfører usikkerhet, og det er vanskelig å finne en etterlengtet balanse (Elstad et al. 2005, Mengshoel 2008, Bergsten, Bergman, Fridlund, Alfredsson, Berglund, Petersson, Arvidsson og EIRA Study Group 2009, Grønning, Lomundal, Koksvik og Steinsbekk 2011, Dybdal 2011). Det er derfor svært interessant at respondentene i studien opplever at klimaet i Spania gir en stabil dagsform med lite smerter. Smertelindring og forutsigbarhet bidrar til et kvalitativt bedre liv enn tidligere. I Norge har revmatisme hindret livsutfoldelse og spontanitet slik også annen forskning har beskrevet (Paulson et al. 2001, Elstad et al. 2005) og så opplever de at dagsformen blir bedre og mer forutsigbar. Det er ikke lenger nødvendig å ta forbehold om endringer i dagsformen. Det blir enklere å ha et sosialt liv, og de har et dagligliv med venner, treff og aktivitet i organisasjoner, slik også andre nordmenn lever i Spania (Helset et al. 2004, Sørby et al. 2004).

Et annet interessant funn er at respondentene erfarer frihet fra medikamenter, behandling og bekymring for bivirkninger. Fare for alvorlige bivirkninger bekreftes i kliniske registre (Arentz-Hansen, Palm, Norderhaug, Gjertsen og Nordvåg 2007). Våre respondenter er lettet over å ikke ha denne bekymringen. Respondentene hadde hatt alvorlige bivirkninger og var derfor meget lettet over at de kunne redusere eller slutte med medisiner. Fra å være i en situasjon der de brukte flere typer medikamenter regelmessig for å klare jobb og dagligliv, hvilket er vanlig for revmatikere (Elstad et al. 2005), bruker de nå medisiner kun sporadisk. I NOVA rapporten (Elstad et al. 2005) beskrives at revmatikere har en kamp mot bivirkninger. Ved langvarig opphold i Spania kan det se ut til at revmatikere selv reduserer bruk av medikamenter. Det innebærer at de har mindre stress knyttet medikamentbruk og bekymringer for bivirkninger.

Det er en kjent utfordring for revmatikere å få til regelmessig aktivitet (Grut og Sandsund 2014). Denne studien viser at respondentene er i fysisk aktivitet opp til flere ganger daglig når de er i Spania. Det står i kontrast til aktivitetsnivå i Norge hvor de ble sittende mye inne på grunn av kulde og glatte veier. I Spania ser det ut til at respondentene er mer aktive enn Helsedirektoratets anbefalinger om daglig fysisk aktivitet på 30 minutter med moderat intensitet (Helsedirektoratet 2014). Det hevdes at i et livsløpsperspektiv vil en fysisk aktiv person som tilfredsstillende denne anbefalingen forventes å ha et betydelig potensiale for helsegevinst, både i form av økt livslengde og økt livskvalitet (Helsedirektoratet 2010). I tillegg vil en revmatiker som er i fysisk aktivitet kunne redusere funksjonstapet (Opava og Nisell 2009, Fongen, Kløkkerud, Husebø, Bjor og Hagen 2009, Hagen, Dagfinrud, Moe, Østerås, Kjekken, Grotle og Smedslund 2012). Tidligere studier har vist at aktivitet gir mestringsfølelse og øker livskvaliteten for revmatikere (Uhlig og Christie 2007, Fongen et al. 2009). I Spania er det mulig å være i aktivitet daglig, hele året.



I følge annen forskning er det uklart i hvor stor grad revmatiske smerter påvirkes av værforhold. Kvantitativ forskning ser ut til i beskjeden grad å finne sammenheng mellom værforhold og revmatiske smerter (Smedslund og Hagen 2011). Der hvor pasienter har rapportert sin egen oppfatning av hvor værsensitive de er, så er det en sterkere sammenheng (NG, Scott, Taneja, Gow og Gosai 2004, Timmermans et al. 2014). Smedslund, Hagen, Heiberg og Kvien (2008) som har undersøkt norske revmatikere skriver at til tross for at de ikke finner en klar sammenheng mellom revmatisme og klima på gruppenivå så kan det ikke utelukkes at enkeltpersoner bli påvirket av været. Det er dermed ikke usannsynlig at det er disse enkeltpersonene som søker behandlingsreiser i Syden og som har vært flertallet av de som deltok i vår studie. Respondentene har erfaring med været i to forskjellige klimasoner, og det er bare de selv som vet hvordan revmatismen arter seg om de forflytter seg mellom klimaene. De fleste i vår studie hadde tidligere opplevd at middelhavsklimaet var godt for dem og hadde satset på langtidsopphold i Spania av den grunn.

### **Avslutning**

Studiens hensikt er å belyse norske revmatikers erfaringer med sykdommen i dagliglivet ved langtidsopphold i Spania. Essensen i deres erfaringer er at de gjenvinner kontrollen over dagliglivet. De erfarer smertelindring, redusert medisinbruk, muligheter for økt aktivitet og bedret funksjon i Spania. Studien indikerer at langtidsopphold i Spania fremmer helse og velvære for værsensitive revmatikere. Det bør forskes mer på hvordan langtidsopphold i middelhavsklima kan fremme egenaktivitet, bedre helse og dagligliv for revmatikere.

### **Litteratur**

Arentz-Hansen H, Palm Ø, Norderhaug IN, Gjertsen MK og Nordvåg BY (2007). *TNF-hemmere ved revmatiske sykdommer (del 2): Effekt og bivirkninger rapportert i kliniske registre*. Kunnskapssenteret 2/07.

Arne M, Janson C, Janson B, Boman G, Lindquist U, Bern C og Emter M (2009). Physical activity and quality of life in subjects with chronic disease: chronic obstructive pulmonary disease compared with rheumatoid arthritis and diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(3), 141-147. doi:10.1080/02813430902808643.

Bergsten U, Bergman S, Fridlund B, Alfredsson L, Berglund A, Petersson IF, Arvidsson B og EIRA Study Group (2009). Patients' conceptions of the cause of their rheumatoid arthritis: a qualitative study. *Musculoskeletal care*, 7(4), 243-255.

Bernhard HR og Gravlee CC (red) (2015). *Handbook of Methods in Cultural Anthropology*. Rowman & Littlefield, London, England.

Clarke-Jenssen A-C, Mengshoel A M, Strumse YS og Forseth KØ (2014). Effects of a Fibromyalgia rehabilitation programme in warm versus cold climate: a randomized controlled study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46(7), 676- 83.

Coty MB og Wallston KA (2008). Roles and well-being among healthy woman and woman with rheumatoid arthritis. *Journal of Advanced Nursing*, 6(2), 189-198. doi: 10.1111/j.13652648.2008.04661.x.

Dobnik M, Lorber M og Pahor A (2013). The impact of biologics on the quality of life of people affected by rheumatic diseases. *Obzornik Zdravstvene Nege*. 47(2):177–83.

Dybdal K-L (2011). *Når kroppen endres. En kvalitativ studie av kvinnelige pasienters hverdags erfaringer med kroppsendringer ved revmatisk sykdom*. Masteroppgave, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Elstad JI, Grue L og Eriksen J (2005). *Smerte og livsmot. En analyse av 74 fortellinger om livet med revmatisme*. NOVA Rapport 4/05.

Fongen C, Klokke M, Husebø ME, Bjør T og Hagen KB (2009). *Tilpasset fysisk aktivitet for pasienter med revmatisk sykdom TAKT*. NRRK-notat nr.1/09, Diakonhjemmets Sykehus, Oslo.

Fors EA og Sexton H (2002). Weather and the pain in fibromyalgia: are they related? *Annals of the Rheumatic Diseases*, 61(3), 247-50.

Forseth KØ (2007). Utenlands behandling av pasienter med revmatisk sykdom. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 127(4), 449-52.

Gabriel SE og Michaud K (2009). Epidemiological studies in incidence, prevalence mortality and comorbidity of rheumatic diseases. *Arthritis Research & Therapy*, 11(3),19.

Giorgi A (1985). Sketch of a Psychological Phenomenological Method. I Giorgi A *Phenomenology and Psychological Research*. Duquesne University Press, Pittsburg, Pennsylvania.

Giorgi A (1994). *Phenomenology and Psychological Research*. Duquesne University Press, Pittsburg, Pennsylvania.

Grut L og Sandsund. M (2014). *Rehabilitering for personer med revmatisme og muskel - /skjelettlager, Et forprosjekt*, SINTEF 2/14.

Grønning K, Lomundal B, Koksvik HS og Steinsbekk A (2011). Coping with arthritis is experienced as dynamic balancing process. A qualitative study. *Clinical Rheumatology*, 30(11), 425-432. doi 10.1007/s10067-011-1836-9.

Guedj D og Weinberger A (1990). Effect of weather conditions on rheumatic patients. *Annals of the Rheumatic Diseases* 49(3), 158-159.

Hafström I og Hallgren M (2003). Physiotherapy in subtropic climate improves functional capacity and health-related quality of life in Swedish patients with rheumatoid arthritis and spondylarthropathies still after 6 months. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 32(2), 108-13.

Hagen KB, Dagfinrud H, Moe RH, Osteras N, Kjekken I, Grotle M og Smedslund G (2012). Exercise therapy for bone and muscle health: an overview of systematic reviews. *BMC Medicine*, 10(167), 1741-7015. doi: 10.1186/1741-7015-10-167.

Helsedirektoratet (2014). Anbefalinger fysisk aktivitet. Hentet 16.3.2015 fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>

Helsedirektoratet (2010). *Vunne kvalitetsjusterte leveår (QALYs) ved fysisk aktivitet*. Hentet 13.1.2015 fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/vunne-kvalitetsjusterte-levear-qalys-ved-fysisk-aktivitet/>

Helset A, Lauvli M og Sandlie HC (2004). *Norske pensjonister og norske kommuner i Spania*. Rapport, NOVA 3/04.

Ihlebak C, Brage S, Natvig og Bruusgaard D (2010). Muskel- og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser. *Tidsskrift for Den norske Legerforening*, 23(130), 2369 – 70, doi: 10.4045/tidsskr.10.0236.

Kurtze N, Lippestad JW og Hem K-G (2011). *Evaluering av ordningen med behandlingsreiser til utlandet*. Rapport, SINTEF 11/11. Hentet: 3.2.2015 fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/evalueringsrapport-fra-sintef-behandlingsreiser-til-utlandet/Sider/default.aspx>

Kvale S (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk, Oslo.

Liu YC, Tseng FL, Feng JY, Lam Cf og Tsai YC (2006). Pain intensity and barometric pressure closely correlate in Southern Taiwan. *Acta Anaesthesiologica, Taiwanica* 44(3), 147-52.

Malterud K (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Universitetsforlaget, Oslo.

Mengshoel A M (2008). Living With a Fluctuating Illness of Ankylosing Spondylitis: A Qualitative Study. *Arthritis and Rheumatism*, 59 (10), 1439-1444. doi: 10.1002/art.24103.

NG J, Scott D, Taneja A, Gow P og Gosai A (2004). Weather changes and pain in rheumatology. *Journal of Rheumatology*, 7(3), 204-206.

NAV (2012). Hentet 11.3.2015

fra: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforepensjon+-+statistikk/Uforetrygd/Diagnoser+uf%C3%B8repensjon>

NOU, Norges offentlige utredninger (2000). *Behandlingsreiser til utlandet. Et offentlig ansvar?* NOU 2000:2. Hentet 13.1.2015 fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-2000-2/id142347/>.

Opava C og Nisell R (2009). Revmatoid artritt. I Bahr R (Red.). *Aktivitetshåndboken, Fysisk aktivitet forebygging og behandling*. Helsedirektoratet, Oslo.

Patberg WR, Nienhuis RL og Veringa F (1985). Relation between meteorological factors and pain in rheumatoid arthritis in a marine climate. *Journal of Rheumatology* 12, 711-5.

Paulson M, Danielson E, Larsson K, Norberg A (2001). Men`s descriptions of their experience of nonmalignant pain of fibromyalgia type. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 15(1), 544-9.

Personvernombudet for forskning, NSD.

[http://pvo.nsd.no/prosjekt/sok?s=15409&innmeldt\\_fra=&innmeldt\\_til=&institusjon=0&side=](http://pvo.nsd.no/prosjekt/sok?s=15409&innmeldt_fra=&innmeldt_til=&institusjon=0&side=)

Repstad P (2007). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitativ metode i samfunnsfag*. Universitetsforlaget, Oslo.

Smedslund G, Hagen KB, Heiberg T og Kvien TK (2008). Association between meteorological and solar variables and patient-reported daily pain over 84 days in 37 patients with rheumatoid arthritis (RA). *Annals of the Rheumatic Diseases, The Eular Journal*, 67 (suppl II): 578.

Smedslund G og Hagen KB (2011). Does rain really cause pain? A systematic review of the associations between weather factors and severity of pain in people with rheumatoid arthritis. *The European Journal of Pain (EJP)*, 15(1), 5-10. doi:10.1016/j.ejpain.2010.05.003.

Staff A (2010). Bias. Hentet 11.03.15 fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Spesielle-problemomrader/Bias/>

Strusberg I, Mendelberg RC og Serra HA (2002). Influence of weather conditions on rheumatic pain. *Journal of Rheumatology*, 29(2), 335-8.

Strumse YAS, Nordvåg BY, Stanghelle JK, Røisland M, Winther A, Pajunen PA, Garen T og Flatø B (2011). Efficacy of rehabilitation for patients with ankylosing spondylitis: comparison of a four-week rehabilitation programme in a Mediterranean and a Norwegian setting. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(6), 534-42.

Storm (2014). Hentet 12.11.2014 fra: <http://www.storm.no/vaer/torreveija/klima>

Sørby LW, Selbekk AS, Helland O, Grue EV (2004). *Nordmenn i Spania - pleie, rehabilitering og omsorg. En kartleggingsstudie*. Rapport 3/04, Diakonhjemmet Høgskole, avdeling for Forskning og Utvikling, Oslo.

Timmermans EJ, van der Pas S, Schaap LA, Sánchez-Martínez M, Zambon S, Peter R, Pedersen NL, Dennison EM, Denkiner M, Castell MV, Siviero P, Herbolzheimer F, Edwards MH, Otero A, Deeg DJ (2014). Self-perceived weather sensitivity and joint pain in older people with osteoarthritis in six European countries: results from the European Project on OsteoArthritis (EPOSA). *BMC Musculoskeletal Disorders*, 5(15), 66. doi: 10.1186/1471-2474-15-66.

Uhligh T og Christie A (2007). Spesialisert rehabilitering av pasienter med revmatisk sykdom. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 3-5(127), 313- 5.

Vaks K (2014). *Reumatoid Artrit-Patienters opplevelse av klimavård*. Masteroppsats Institutionen för idrottsvetenskap, Kalmar. Hentet 22.01.2013 fra: <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A724525&dswid=80>

van der Laar M (1991). Assessment of inflammatory joint activity in rheumatoid arthritis and changes in atmospheric conditions. *Clinical Rheumatology*, 10(4), 426-33.

WHO (2014). Chronic rheumatic conditions. Hentet 12.11.2014 fra:

[www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/](http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/)