

## GRUPPEOPPLÆRING, INDIVIDUELL ERGOTERAPI OG TRENING VED HANDARTROSE

# Erfaringar frå eit behandlingstilbod i spesialisthelsetenesta

Av Ingrid Festø, Rune J. Njålla, Anniken Evjen, Andrea Ohna Harjo, Cecilie Wold og Ingvild Kjeken



*Ingrid Festø jobber som ergoterapeut i Helse Førde.*



*Rune J. Njålla er revmatolog ved Nordlandssykehuset HF.*



*Anniken Evjen er sjukepleiar og rådgjevar på Lærings- og mestrings-senteret ved Nordlandssykehuset HF.*

### Samandrag

**Internasjonale retningslinjer anbefaler** at alle pasientar med handartrose skal få informasjon om sjukdommen og ulike behandlingalternativ, få opplæring i handtrening, gode arbeidsmetodar og bruk av enkle hjelpemiddel. Nordlandssykehuset i Bodø starta i 2020 eit tilbod med kombinert gruppe- og individuell oppfølging for pasientar med handartrose.

Hensikta med denne studien er å undersøke kva utbytte pasientane hadde av å delta i dette tilbodet, med tanke på endringar i handfunksjon, opplevd aktivitetsutføring, og tilfredsheit med tilbodet. Vi målte endringar i grad av smerter og stivheit, bevegelegheit i fingrane, grepskraft og tilfredsheit med behandlingstilbodet. Aktivitetsutføring vart målt ved bruk av the Measure of Activity Performance of the Hand (MAP-hand).

Dette er eit oppfølgingsstudie der 107 pasientar vart vurdert ved oppstart. Åttisju av desse vart også vurdert etter tre månader. Etter tre månader var det signifikante positive endringar i dei fleste måla for symptom og aktivitetsutføring, med større forbetring i dei sjølvvalde aktivitetane enn i dei standardiserte aktivitetane i MAP-Hand.

Studien viser at pasientar med handartrose som deltok i gruppebasert undervisningstilbod, fekk individuell ergoterapi og gjennomførte trening heime, oppnådde auka handfunksjon og aktivitetsutføring, og at dei var særst nøgd med tilbodet.

**Nøkkelord:** handartrose, lærings- og mestringskurs, ergoterapi, MAP-hand, handtrening

*Andrea Ohna Harjo er ergoterapeut og arbeider ved Nordlandssykehuset HF.*

*Cecilie Wold er ortoped og arbeider ved Nordlandssykehuset HF.*

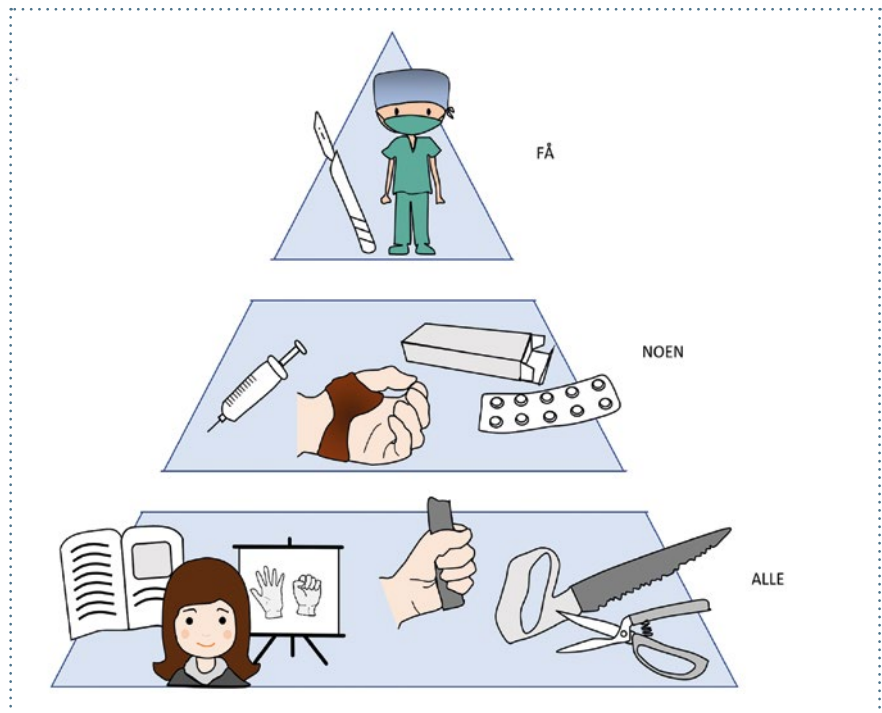
*Ingvild Kjeken er ergoterapeut og forsker og arbeider ved Nasjonal Kompetansetjeneste for Revmatologisk Rehabilitering, REMEDY forskningscenter for behandling innen revmatologi og muskelskjelettsykdommer, Diakonhjemmet Sykehus og Oslo-Met.*

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette prosjektet.*

## Bakgrunn

I løpet av livet vil om lag halvparten av alle kvinner og ein fjerdedel av alle menn få handartrose i eitt eller fleire ledd. Risikoen aukar etter fylte 45-50 år (1). Sjukdommen affiserer vanlegvis fingrane sine midt- og ytterledd, og tommelen sitt rotledd. Kliniske kjenneteikn er mellom anna hevelsar i ledd, beinpåleiringar og deformitetar. Symptom ved handartrose er smerter, stivheit og redusert grepsstyrke. Dette kan føre til avgrensing i aktivitetar, som for eksempel å opne flaskekorkar og påleggspakningar, bere tunge ting, vri klutar og skrive på tastatur. Mange opplever avgrensingar i deltaking både heime og i arbeidslivet, som vidare medfører endringar i sjølvkjensle og roller (2-4). Det er ingen medikament som kan kurere handartrose, men det finnst fleire behandlingalternativ som kan redusere symptom og auke funksjon.

The European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) er ein europeisk organisasjon der forskarar, klinikarar og brukarrepresentantar samarbeider om å utvikle best mogleg behandling for pasientar med revmatiske muskel- og skjelettsjukdommar. EULAR understrekar at det er viktig med individualisert behandling ut ifrå grad av artrose, komorbiditet og livssituasjon, og at dette skal vere grunnlag for ei felles beslutning mellom pasient og behandlar. Dei anbefalar vidare at alle pasientar med handartrose skal få informasjon om sjukdommen og ulike behandlingalternativ, samt opplæring i handtrening, gode arbeidsmetodar og bruk av enkle hjelpemiddel (sjå figur 1). Dei med artrose i tommelen sitt rotledd bør også få tilbod om tilpassing av støtteskinne til dette



Figur 1. Anbefalt behandling for personar med handartrose.

Illustrasjon: Anne Therese Tveter.



Sjukdommen affiserer vanlegvis fingrane sine midt- og ytterledd og tommelen sitt rotledd. Foto: Anne Landsem.

leddet (5). Fleire studiar viser at ein kombinasjon av informasjon, handtrening og bruk av hjelpemiddel, ortoser og gode arbeidsteknikkar reduserer smerte og aukar funksjon (6-8).

Eit fåtal av pasientar med

handartrose er aktuelle for kirurgi. Kirurgi skal først bli vurdert når dei konservative behandlingalternativa er forsøkt utan tilstrekkeleg effekt. Likevel syner ein norsk studie at berre 21 prosent av pasientane som vart henvist



Ingrid Festø underviser under kvalitetsforbetningsprosjektet ved Nordlandssjukehuset i Bodø. Foto: Anne Landsem.



Testing av kraftgrep med jamar dynamometer. Foto: Anne Landsem.

for kirurgisk vurdering på grunn av artrose i tommelen sitt rotledd, hadde fått tilbud om konservative tiltak før henvisning (9).

Opplæring av pasientar og pårørende er ei av dei fire lovpålagde oppgåvene til spesialisthelsetenesta (10). Pasientopplæring i grupper har vist seg å vere nyttig for pasientar med kronisk sjukdom. I ei gruppe kan ein setje ord på og formidle eigne opplevingar, få tilbakemeldingar, tips og korrigeringar frå fagpersonar og medpasientar (11, 12). Gjennom å møte andre kan pasientane oppleve støtte, inspirasjon og motivasjon til å finne nye løysingar. Gruppeopplæring kan difor vere ein fin arena for å dele den grunnleggande pasientinformasjonen anbefalt av EULAR.

Ergoterapeutane ved Nordlandssjukehuset i Bodø har i samarbeid med Lærings- og mestringssenteret (LMS), ortopedisk- og revmatologisk avdeling utvikla eit gruppebasert behandlingstilbod for denne pasientgruppa. Målet med be-

handlingstilbodet er at pasientane skal ta til seg kunnskap, ferdigheter og haldningar dei kan bruke for å mestre kvardagslege og meningsfulle aktivitetar. Tidleg i planlegginga hadde vi møte med forskarar ved Diakonhjemmet sjukehus/Norsk kompetansesenter for revmatologisk rehabilitering (NKRR), som ga rettleiing om innhald og pedagogiske metodar. Ved oppstart av tilbodet i 2020 såg vi det hensiktsmessig å utføre eit kvalitetsforbetningsprosjekt for å evaluere nytta av tilbodet. Hensikta med denne studien er difor å undersøke kva for utbytte pasientar med handartrose har av å delta i gruppebasert opplæring, få individuell ergoterapi og gjennomføre eigentrening. Vi undersøkte endringar i handfunksjon, opplevd aktivitetsutføring, og pasientane si tilfredsheit med tilbodet.

### Metode STUDIEDESIGN

Dette er eit internt kvalitetsforbetningsprosjekt, organisert som eit

oppfølgingsstudie der pasientane vart vurdert ved oppstart og etter tre månader.

### PASIENTFORLØP

Forløpet starta med henvisning frå lege i primær- eller spesialisthelsetenesta til ergoterapiavdelinga. Ergoterapeutane vurderte om pasientane ville ha mest nytte av gruppetilbodet eller om dei skulle komme til tradisjonell individuell oppfølging. Pasientane som kunne ha nytte av gruppeopplæring vart kalla inn og fekk tilsendt to ulike vurderingsskjema som dei returnerte utfylt før kursdagen.

Til kursdagen, som varte i fem og ein halv time, vart åtte til ti pasientar inviterte. Dagen etter kurset vart pasientane sett opp til individuell time med vurdering, aktivitetsrettleiing og tilpassing av ortose.

Etter dette reiste dei heim og vart anbefalt å jobbe med treningsprogrammet minimum tre gongar per veke. Dei vart også oppfordra til å ta i bruk ergono-

miske teknikkar, grepshjelpemiddel og til å bruke ortose tilpassa av ergoterapeut. Etter tre månadar kom pasientane inn til ny individuell kontroll.

### **INKLUSJONSKRITERIER**

Tilbodet er utarbeida for pasientar med klinisk mistanke om handartrose, det vil seie smerter, stivheit og/eller redusert grepsfunksjon utan at det har vore eit traume eller er mistanke om annan sjukdom/skade. Bildediagnostikk er ikkje eit kriterium. Det er inga definert øvre eller nedre aldersgrense for deltaking. For å delta må pasientane fungere i ei gruppe og ha gode norskkunnskapar. Dei som ikkje tilfredsstillar inklusjonskriteria fekk tilbod om individuell oppfølging.

### **INNHALD I KURSET**

På kursdagen møtte pasientane ergoterapeut, revmatolog eller ortoped, ein erfaren brukarrepresentant og ein gruppeterapeut. Tema for dagen var informasjon om sjukdommen, moglege behandlingalternativ, aktivitetsbalanse, instruksjon i ergonomiske grep og teknikkar samt informasjon om ortoser og grepshjelpemiddel. I fellesskap gjekk ein gjennom treningsprogram med øvingar vald ut for pasientar med handartrose etter NKRR sine anbefalingar. Brukarrepresentanten delte sine erfaringar om det å leve med handartrose, og gruppeterapeuten leia samtale med fokus på å meistre det å leve med kronisk sjukdom.

Kursdagen starta med forventningsavklaring slik at foredrags-haldarane kunne tilpasse informasjonen etter pasientane sine behov. Pasientane vart oppmoda til å stille spørsmål og dele erfaringar med kvarandre.

### **METODE**

Ved oppstart innhenta vi opplysingar om kjønn, alder, arbeidssituasjon (er i arbeid heil- eller deltid, ja/nei), sjukdomsvarigheit, tidlegare operasjonar, artrose i andre ledd og medisnbruk. For å vurdere endringar i funksjon vart følgande vurderingar gjort før kursdagen og ved tremånederskontroll:

*Grad av smerter og stivheit* vart sjølvrapportert på ein skala frå 1 til 10 (1 = ingen smerte eller stivheit).

*Aktivitetsnivå* vart sjølvrapportert på ein skala frå 1 til 10 ut i frå spørsmål om i kor stor grad dei unngjekk aktivitetar eller sosiale situasjonar på grunn av artrose i hendene (1 = unngår ikkje i det heile tatt).

*Bevegelegheit* i fingrar vart vurdert ved å måle i kor stor grad pasientane kunne forme knyttneve (knyttedeficit). Avstand mellom fingertupp og handflate (pulpa-vola-avstand, PVA) ved knytta neve vart målt i millimeter og deretter summert til ein samlescore for andre til femte finger. Bevegelegheit i tommel vart målt ved palmarabduksjon, altså i kor stor grad ein greier å føre tommelen ut frå handflata. Palmarabduksjon vart målt i grader ved bruk av goniometer.

*Grepskraft* vart målt i pund ved bruk av måleinstrumenta Jamar Dynamometer for kraftgrep og Pinch Gauge for to-punkts pinsettgrep (13). Pasienten var sittande på stol, med albogen hengande fritt i cirka 90 grader bøy og handledd i nullstilling. Etter som måleinstrumenta har ei viss eigenvekt vart dei støtta opp av ergoterapeut ved utføring av kraftmåling. Vi følgde standard utføring av test, der ein ser gjennomsnitt etter tre forsøk.

*Aktivitetsutføring* vart vurdert ved at pasientane fylte ut Measure for Activity Performance of the Hand (MAP hand). MAP hand er validert for bruk ved revmatoid artritt og artrose i hender (14-16). I skjemaet rapporterte pasientane utføring av 18 standardiserte aktivitetar og inntil fem eigendefinerte aktivitetar på ein skal frå 1 til 4 (1 = kan utføre utan problem) (14). Ein gjennomsnittsscore vart berekna ved å summere scorane for kvar aktivitet og dele på antal aktivitetar.

*Pasientane si evaluering av gruppeopplæringa.* Kurset vart evaluert munnleg og skriftleg av pasientane. Alle fekk tilsendt tilbakemeldingsskjema i etterkant av kursdagen, der dei graderte tilfredsheit med kurset på ein skala frå 1 til 5 (5 = svært tilfreds) og kommenterte i fritekst kva dei hadde hatt mest nytte av. Tilbakemeldingane vart anonymisert gjennom responsverktøyet Questback.

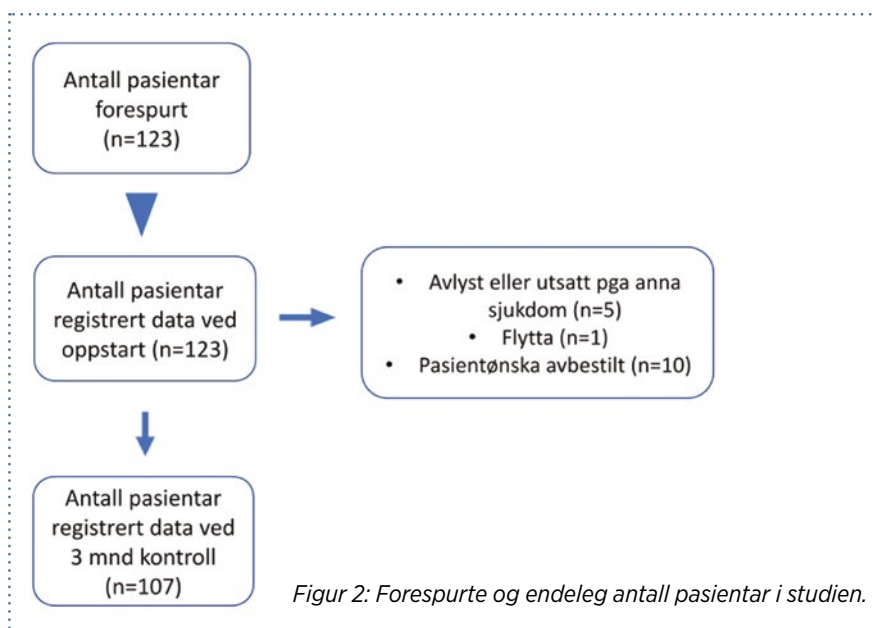
### **PERSONVERN**

Ved oppstart av prosjektet vart det oppretta ei sikker database for lagring av data som kun prosjektet sine ergoterapeutar og medisinsk fagleg ansvarleg lege hadde tilgang til. Innsamla data vart lagra ut frå npr-ID. Data som blir presentert i denne artikkelen er av personvernombodet vurdert som så generell at skriftleg samtykke ikkje er nødvendig. Det er derfor heller ikkje sendt søknad til Regional komité for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk, (REK). Pasientane fekk munnleg informasjon om prosjektet.

### **ANALYSAR**

*Innhaldsanalysar:* Dei eigendefinerte aktivitetane i PSF vart kategorisert ut ifrå aktivitetsdo-





Demografiske variablar	(n=107)
Alder (år)	62.7 (9.9)
Andel kvinner	84 (77.8)
Er i lønna arbeid heil- eller deltid (ja/nei)	49 (45.4)
<b>Sjukdomsvariablar</b>	
Sjukdomsvarigheit (år) < 2 år	27 (25.0)
2 - 5 år	32 (29.6)
> 5 år	49 (45.4)
Operert høgre hand	6 (5.6)
venstre hand	9 (8.3)
begge hender	8 (7.4)
Artrose i hofte(r)	46 (42.6)
knær	49 (45.4)
Brukar smertestillande, ikkje reseptbelagt	26 (24.3)
reseptbelagt	25 (23.4)

Tabell 1: Beskrivelse av pasientane (n=107) med hand-artrose ved studie-start. Informasjon er oppsummert som gjennomsnitt med standardavvik eller antal og andelar.

mena i the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (17). I denne modellen blir aktivitetar klassifisert i tre kategoriar: Personlege daglege aktivitetar, produktivitet og fritid. Personlege daglege aktivitetar er igjen inndelt i personleg stell, mobilitet og å fungere i samfunnet. Produktivitet omfattar lønna/ulønna arbeid, husarbeid og leik/skule/utdanning. Fritid inkluderer rolege fritidsaktivitetar, fysisk

krevjande fritidsaktivitetar og sosiale aktivitetar.

Kommentarane om nytte av kurset vart lest og kategorisert ut frå innhald i kommentaren.

*Analysar av talmateriale:* Det vart utført beskrivande analysar med berekning av gjennomsnitt, standardavvik, andelar og frekvensfordelingar. Forskjellar mellom dei som deltok og dei som ikkje deltok ved tremånederskontroll blei analysert ved Chi-kva-

drattesttar og to-utvals t-testar.

Endringar i funksjon og aktivitet utføring mellom oppstart og etter tre månadar vart analysert med parra t-testar. Effektstørrelse for endringane vart berekna som Cohen's *d*, ved at forskjellane mellom oppstart og tremånedersoppfølging i utfallsvariabelen vart dividert med standardavviket for forskjellen i den same utfallsvariabelen (18). Signifikansnivået vart satt til  $p < 0.05$ . Alle statistiske analysar vart utført med IBM SPSS (versjon 28).

## Resultat

### DELTAKARAR I STUDIEN

Alle dei 123 som fekk tilbod om gruppeopplæring i perioden frå september 2020 til april 2022, vart inviterte til å delta og takka ja til dette. Av desse måtte fem utsette oppfølgingstimen, ein flytta og ti pasientar avbestilte siste oppfølgingstime (sjå figur 2). Av dei totalt 107 pasientane på kurset var 78 prosent kvinner. Gjennomsnittsalderen var 63 år, og 45 prosent var i lønna arbeid. Om lag halvparten av pasientane hadde hatt handartrose i over fem år, og halvparten av pasientane hadde også artrose i hofte og/eller kne. Oppsummering av demografiske variablar er vist i tabell 1.

Ved oppstart hadde pasientane i gjennomsnitt moderat grad av smerter og morgonstivheit, redusert evne til å forme knytteneve og redusert utslag ved palmarabduksjon. Dei unngjekk i moderat grad aktivitetar på grunn av hendene sine. I MAP-Hand rapporterte pasientane størst problem (gjennomsnittscore > 2) med aktivitetar der skru/vridningsbevegelsar blir kombinert med bruk av kraft (å opne skrukorkar, opne lokk på syltetøyglass og å vri klutar), opne hermetikk-

boksar, bere handleposar eller tunge gjenstandar og å klemme ut av tuber.

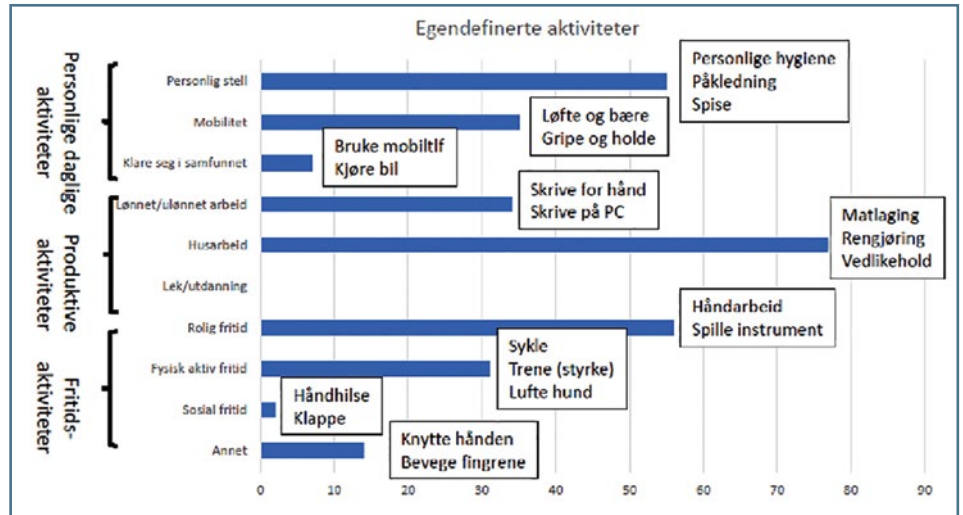
Pasientane beskrev totalt 311 eigendefinerte aktivitetar i MAP-Hand. Det var flest aktivitetar i kategoriane «personleg stell», «husarbeid» og «roleg fritid» (sjå figur 3), medan dei tre oftast beskrivne enkeltaktivitetane var å strikke (n=18), å løfte og bære tungt (n=14) og å skrive for hand (n=9) (sjå figur 3).

Totalt 87 (79 prosent av pasientane) fullførte målingar ved kontroll etter tre måneder. Det var ingen signifikante skilnader i kjønn, alder, tilknytning til arbeid eller sjukdomsvarigheit mellom dei som fullførte og dei som ikkje fullførte tremåneder kontroll.

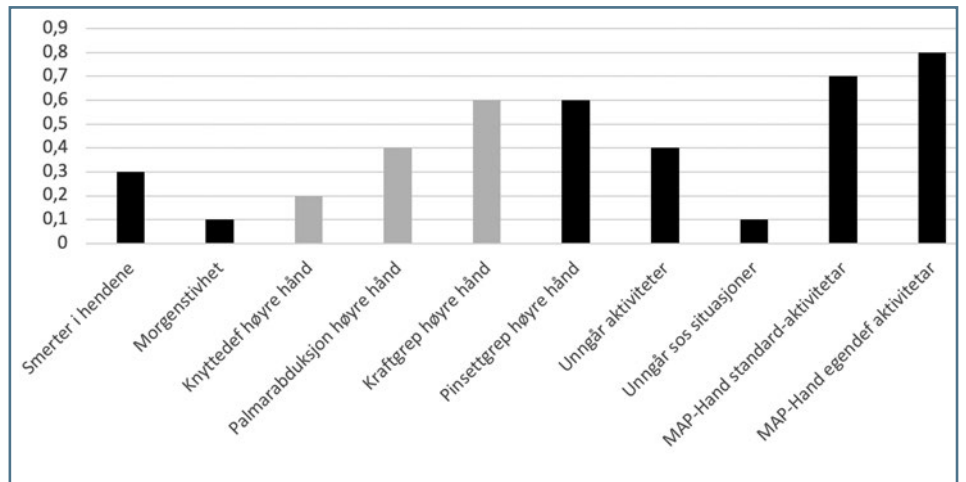
I etterkant av gruppeopplæringa fekk alle pasientane individuell kontroll hos ergoterapeut der det mellom anna vart vurdert behov for ortose. Litt over halvparten av pasientane fekk tilpassa ortose, dei fleste for artrose i tommelen sitt rotledd.

### ENDRINGAR I HANDFUNKSJON OG AKTIVITETSUTFØRING

Etter tre månader var det signifikante positive endringar i dei fleste måla for symptom og funksjon (sjå tabell 2 neste side). Resultata viser vidare at deltakarane hadde eit høgare aktivitetsnivå etter tre månadar, då dei rapporterte at dei i mindre grad unngjekk aktivitetar på grunn av artrose i hendene. I MAP-Hand var det størst betring i følgjande aktivitetar: å opne skrukorkar, opne lokk på syltetøyglass og hermetikkboksar, med å vri klutar, å skjære brød og skrelle rå grønnsaker, og å bere tunge gjenstandar. Pasientane rapporterte større betring i dei sjølvvalde aktivitetane enn i dei standardiserte aktivitetane i MAP-Hand.



Figur 3. Eigendefinerte aktivitetar i MAP-Hand beskrive av 107 pasientar på handartrosekurs.



Figur 4. Endringar i handfunksjon og aktivitetsutføring hjå 87 pasientar på kurs i handartrose 3 månadar etter kurset, uttrykt i effektstørrelse. Svarte søyler markerar endringar med  $p \leq 0,05$ , grå søyler markerar endringar med  $p > 0,05$ .

Samanliknar ein endringar i handfunksjon og aktivitetsutføring (figur 4) var det størst betring i aktivitetsutføring og i kraft i topunkts pinsetgrep.

### PASIENTANE SI EVALUERING AV GRUPPETILBODET

Pasientane var jamt over svært nøgde med tilbodet, med ein gjennomsnittsscore på 4.5 på ein skala frå ein til fem, der fem er svært tilfreds. Flest pasientar opplyste at det mest nyttige var å møte andre og utveksle erfaringar, å få informasjon om handar-

trose og ulike behandlingalternativ, å få informasjon om bruk av hjelpemiddel og å få rettleiing i treningsøvelsar. Mange nemnde at det også var nyttig å bli sett, få anerkjenning og innsikt og det å bli bevisst på kva ein sjølv kan gjere for å leve best mogleg med sjukdommen. Ein pasient skreiv at det var fint «å få en innsikt i sykdomsforløp, utvikling, og behandling. Å høre andre sine erfaringer, samt tips og råd om trening for å utsette eventuell kirurgisk behandling, og det at leger/ergoterapeuter forklarar gangen i

Symptom og funksjon	Oppstart	3 mnd	Gjennomsn. endring	p-verdi	
Smerter i hendene (1-10, 1 = ingen smerte)	5.5 (1.7)	4.9 (1.8)	0.6 (1.8)	0.002	
Morgonstivheit i hendene (1-10, 1 = ingen stivhet)	4.8 (2.5)	4.7 (2.5)	0.11 (2.0)	0.57	
Knyttedefisit Sum i mm 2-5 finger	5.5 (18.9) 7.7 (20.6)	4.2 (16.7) 5.8 (20.0)	1.3 (9.2) 1.9 (7.7)	0.15 0.01	
Palmar-abduksjon Målt i grader	høyre hand venstre hand	45.2 (8.0) 45.8 (7.2)	47.6 (6.3) 48.5 (7.0)	2.4 (5.6) 2.6 (5.1)	<0.001 <0.001
Kraftgrep Målt i pund	høyre hand venstre hand	52.5 (26.7) 49.3(26.2)	58.5 (26.3) 54.4 (24.6)	6.0 (10.9) 5.1 (12.4)	<0.001 <0.001
Topunkts pinsettgrep Målt i pund	høyre hand venstre hand	9.9 (3.8) 9.7 (3.5)	11.0 (3.6) 10.7 (3.5)	1.1 (1.9) 1.1 (1.8)	<0.001 <0.001
Unngår aktiviteter pga hendene (1-10, 1=ingen endring)	4.6 (2.5)	3.7 (2.3)	0.9 (2.3)	<0.001	
Unngår sosiale situasjonar pga hendene (1-10, 1=ingen ending)	1.9 (1.8)	1.8 (1.5)	0.2 (1.4)	0.19	
MAP-Hand – standardiserte aktiviteter (1- 4, 1= uten problem)	1.8 (0.4)	1.7 (0.4)	0.2 (0.3)	<0.001	
MAP-Hand – sjølvvalgte aktiviteter (1- 4, 1= uten problem)	2.6 (0.4)	2.3 (0.6)	0.4 (0.5)	<0.001	

Tabell 2. Endringar i smerter, stivheit og aktivitetsutføring etter tre månadar hjå 107 pasientar som har deltatt på handartrosekurs. Gjennomsnittlege endringar vart analysert med parra t-testar.

sykdomsutviklingen på sikt». Ein annan opplyste at det var nyttig «å treffe andre med samme problematikk og dele erfaringer på godt og vondt. Man kan lære mye av andres erfaringer».

## Diskusjon

Hensikta med denne studien var å undersøke kva for nytte pasientar med handartrose har av å delta i gruppebasert opplæring med påfølgande individuell oppfølging av ergoterapeut og individuell trening. Resultata viser at pasientane fekk auka bevegelegheit og kraft, reduksjon i smerter, og auka funksjon i daglege aktivitetar. Vi ser særleg auka funksjon i aktivitetar som krev handkraft og som kombinerer bruk av handkraft med bevegelsar der ein skruer og vrir. Pasientane unngjekk også i mindre grad å bruke hendene i aktivitetar etter at dei hadde deltatt.

Tidlegare studier har vist at

det er samanheng mellom handkraft, smerte, aktivitetsutføring og tru på meistring (19, 20). På kursdagen hadde både ergoterapeuten og legen fokus på å ufarleggjere det å bruke hendene, sjølv om ein kjenner på stivheit og smerter. Gjennom opplæring i gruppe og individuell ergoterapi vart pasientane introdusert for kunnskap, ferdigheiter og haldningar som kan påverke dei til å yte meir og vere meir uthaldande ved trening og i kvardagsaktivitetar. Samla kan dette føre til ein god sirkel der auka kunnskap, betre handfunksjon, mindre smerter og betre meistring av kvardagen gir motivasjon til å oppretthalde trening og bruk av hendene.

Om lag halvparten av pasientane i studien hadde hatt plager i over fem år. Fleire fortalte at dei hadde fått beskjed frå fastlege om at dei hadde slitasje i ledda, og at einaste måte å handtere

smertene på var ved å ta smertestillande medikament. Fleire hadde derfor tenkt at de burde skåne hendene for belastning og hadde brukt hendene mindre i til dømes fritidsaktivitetar. Etter gruppeopplæring, individuell ergoterapi og trening erfarte dei at trening og bruk av ortoser både ga betre handfunksjon og mindre smerter. Ein forklaring på dette funnet kan være at dei, gjennom informasjon og erfaringsdeling, er tryggare på å være i aktivitet for å vedlikehalde funksjon og livskvalitet. Meir bevegelse og kraft i fingrane bidrar til mindre smerter, noko som igjen gjer det lettare å utføre daglege aktivitetar.

I resultata ser vi størst betring i dei eigendefinerte aktivitetane i MAP- hand. Blant desse var det fritidsaktivitetar som til dømes handarbeid, spele instrument og sykle. Under gruppeopplæringa sa fleire av pasientane at oppgaver

relatert til arbeidslivet var blitt prioritert framfor fritidsaktivitetar siste åra. Ofte var hendene smertefulle etter ein arbeidsdag, og det var lite fristande å ta fram strikkesøyet på kvelden. Resultata kan tyde på at gruppeopplæring, individuell ergoterapi og trening har bidratt til mindre smerter og auka trygghet ved bruk av hendene i fritidsaktivitetar.

Pasientane opplyste at noko av det mest nyttige med gruppeopplæringa var «å dele erfaringar» og «bli bevisst på kva ein sjølv kan gjere for å leve best mogleg med sjukdommen». Dette viser at pasientane var motiverte til å ta i bruk nye løysingar og teknikkar. Samtidig er dei eigendefinerte aktivitetane i MAP-hand noko som i utgangspunktet har stor betyding for den enkelte og som dei dermed er ekstra motiverte for å få til.

Som del av studien kom pasientane tilbake etter tre månader og fekk testa handkraft. Ein kan tenkje seg at pasientane sin motivasjon for trening vart styrka ved at dei skulle tilbake for retest. Med lang reiseveg for pasientane og travle arbeidsdagar for ergoterapeutane er det krevjande å gjennomføre test og retest som del av dagleg praksis. Digitale løysingar, som den nye behandlingssappen «Happy Hands», kan difor vere eit supplement der personar med handartrose får tett oppfølging gjennom informasjon, øvingar og tilbakemeldingar på eigen smarttelefon (21). Det er likevel viktig å ta omsyn til at slik teknologi ikkje fungerer like godt for alle.

AktivA er eit standardisert informasjons- og treningsopplegg for personer med hofte- og/eller kneartrose, som hovudsakleg blir gjennomført i regi av primærhelsetenesta (22). Eit tilsvarande

opplegg for dei med handartrose, kombinert med «Happy Hands» for oppfølging heime, kan vere ei effektiv framtidig løysing for å sikre alle med handartrose eit kunnskapsbasert tilbod.

I Nasjonal sjukehusplan 2020-2023 blir det fastslått at ein skal styrke befolkninga si helsekompetanse og pasienten si moglegheit til å vere aktiv deltakar i eiga helse og behandling(23). Vi valde å gjennomføre opplæringa i gruppe, der pasientane kan dele og samanlikne erfaringar og mestringstrategiar. Dette bidreg til at dei kan kome på sporet av nye løysingar for å meistre kvardagen med dei utfordringane handartrosen medfører. I ei gruppe lærer pasientane både av å setje ord på og formidle eigne opplevingar og ved å få tilbakemeldingar, tips og korrigeringar frå både fagpersonar og av dei andre pasientane i gruppa. I tillegg viser tilbakemeldingane frå pasientane at det blir opplevd som meiningsfullt å være del av eit fellesskap der dei kan dele vanskelege ting og ha verdi for kvarandre. Det gir tryggleik og støtte, bekreftelse og aksept, inspirasjon og motivasjon. Fleire av pasientane i denne studien oppgir at erfaringsutveksling og det å møte andre var noko av det mest nyttige med kurstillbodet.

Studier gjort ved NKLMH (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring innan helse) viser at god pasientopplæring gir pasientane auka håp og tru på framtida, dei opplever færre symptom, handterer symptoma betre og kommuniserer meir effektivt med helsepersonell. Samtidig gir det færre og/eller kortare innleggingar på sjukehus, færre konsultasjonar hjå fastlege og i poliklinikk og færre sjukedagar (24, 25).

Vår erfaring er at pasientane

fekk betre utbytte av gruppeopplæring, individuell ergoterapi og trening enn berre ved individuelle konsultasjonar. I tillegg erfarte vi at denne måten å organisere tilbodet på ga meir effektiv utnytting av sjukehuset sine ressurser, både tidsbruken til dei ulike fagpersonene og reiseutgiftene til pasientreiser. Tidlegare ville pasientar med handartrose først kome til konsultasjon hjå lege på sjukehuset, og ofte måtte dei kome tilbake til ergoterapeut på sjukehuset nokre gongar. Framtidige studiar bør undersøke kva som er den mest kostnadseffektive måten å organisere tilbodet til denne pasientgruppa.

Denne studien har nokre svakheiter. Ei svakheit er utforminga som eit oppfølgingsstudie utan kontrollgruppe. Dette gjer at ein ikkje kan trekke konklusjonar med omsyn til kva som er årsaka til endringane i handfunksjon og aktivitetsutføring. Ei anna svakheit er at pasientane ikkje registrerte etterleving av handtrening og bruk av ortose. Registrering kunne gjort det mogleg å undersøke om det var ein samanheng mellom trening og auka handkraft, og bør leggjast inn i framtidige studiar. Ei styrke med studien er at den er gjennomført som del av dagleg praksis. Tilbodet og resultata kan difor i stor grad overførast til andre sjukehus for denne pasientgruppa.

Oppsummert viser studien at pasientar med handartrose som deltok i eit gruppebasert undervisningstilbod, individuell ergoterapi og trening, oppnådde auka handfunksjon og aktivitetsutføring, og at dei var særst nøgde med tilbodet. Slike tilbod, i kombinasjon med digitale behandlingssappar, bør vidareutviklast for å gjere kunnskapsbasert behand-



ling tilgjengeleg for alle, uansett kvar ein bur i landet.

## Kjelder

1. Marshall M, Watt FE, Vincent TL, Dziedzic K. Hand osteoarthritis: clinical phenotypes, molecular mechanisms and disease management. *Nature reviews Rheumatology*. 2018;14(11):641-56.
2. Hill S, Dziedzic KS, Ong BN. The functional and psychological impact of hand osteoarthritis. *Chronic illness*. 2010;6(2):101-10.
3. Bukhave EB, Huniche L. Activity problems in everyday life - patients' perspectives of hand osteoarthritis: "try imagining what it would be like having no hands". *Disabil Rehabil*. 2014;36(19):1636-43.
4. Kingsbury SR, Gross HJ, Isherwood G, Conaghan PG. Osteoarthritis in Europe: impact on health status, work productivity and use of pharmacotherapies in five European countries. *Rheumatology (Oxford)*. 2014;53(5):937-47.
5. Kloppenburg M, Kroon FP, Blanco FJ, Doherty M, Dziedzic KS, Greibrokk E, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(1):16-24.
6. Aebischer B, Elsig S, Taeymans J. Effectiveness of physical and occupational therapy on pain, function and quality of life in patients with trapeziometacarpal osteoarthritis - A systematic review and meta-analysis. *Hand therapy*. 2016;21(1):5-15.
7. Tveter AT, Østerås N, Nossum R, Eide REM, Klokkeide Å, Hoegh Matre K, et al. Short-term effects of occupational therapy on hand function and pain in patients with carpometacarpal osteoarthritis: secondary analyses from a randomized controlled trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020.
8. Dziedzic K, Nicholls E, Hill S, Hammond A, Handy J, Thomas E, et al. Self-management approaches for osteoarthritis in the hand: a 2x2 factorial randomised trial. *Ann Rheum Dis*. 2015;74(1):108-18.
9. Gravas EMH, Tveter AT, Nossum R, Eide REM, Klokkeide A, Matre KH, et al. Non-pharmacological treatment gap preceding surgical consultation in thumb carpometacarpal osteoarthritis - a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2019;20(1):180.
10. Lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven), (2001).
11. Ivarsson B, Klefsgård R, Nilsson GC. Experiences of Group Education—A Qualitative Study from the Viewpoint of Patients and Peers, Next of Kin and Healthcare Professionals. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2011;31(2):5.
12. Moe RH, Grotle M, Kjekken I, Olsen IC, Mowinckel P, Haavardsholm EA, et al. Effectiveness of an Integrated Multidisciplinary Osteoarthritis Outpatient Program versus Outpatient Clinic as Usual: A Randomized Controlled Trial. *J Rheumatol*. 2016;43(2):411-8.
13. Tveter AT, Dagfinrud H, Moseng T, Holm I. Health-related physical fitness measures: reference values and reference equations for use in clinical practice. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014;95(7):1366-73.
14. Paulsen T, Grotle M, Garratt A, Kjekken I. Development and psychometric testing of the patient-reported measure of activity performance of the hand (MAP-Hand) in rheumatoid arthritis. *J Rehabil Med*. 2010;42(7):636-44.
15. Fernandes L, Grotle M, Darre S, Nossum R, Kjekken I. Validity and responsiveness of the Measure of Activity Performance of the Hand (MAP-Hand) in patients with hand osteoarthritis. *J Rehabil Med*. 2012;44(10):869-76.
16. Tveter AT, Nossum R, Eide REM, Klokkeide Å, Matre KH, Olsen M, et al. The Measure of Activity Performance of the Hand (MAP-Hand) - A reliable and valid questionnaire for use in patients with hand osteoarthritis with specific involvement of the thumb. *J Hand Ther*. 2020.
17. Townsend E, Polatajko H. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Wellbeing & Justice through Occupation: CAOT Publications ACE; 2013. Available from: <https://www.caot.ca/client/product2/369/item-FromIndex.html>.
18. Hartung J, Knapp G, Sihn B. *Statistical meta-analysis with application*: Wiley; 2008.
19. Kjekken I, Dagfinrud H, Slatkowsky-Christensen B, Mowinckel P, Uhlig T, Kvien TK, et al. Activity limitations and participation restrictions in women with hand osteoarthritis: patients' descriptions and associations between dimensions of functioning. *Ann Rheum Dis*. 2005;64(11):1633-8.
20. Haugen IK, Aaserud J, Kvien TK. Get a Grip on Factors Related to Grip Strength in Persons With Hand Osteoarthritis: Results From an Observational Cohort Study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2021;73(6):794-800.
21. Tveter AT, Blanck T, Nyheim S, Maarnes M, Christensen BS, Pedersen SJ, et al. Development of a smartphone application for treatment of hand osteoarthritis - happy hands. *EULAR 2022; Copenhagen. Ann Rheum Dis 2022*. p. 79.
22. Holm I, Pripp AH, Risberg MA. The Active with OsteoArthritis (Aktiva) Physiotherapy Implementation Model: A Patient Education, Supervised Exercise and Self-Management Program for Patients with Mild to Moderate Osteoarthritis of the Knee or Hip Joint. A National Register Study with a Two-Year Follow-Up. *J Clin Med*. 2020;9(10).
23. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. 2019.
24. Stenberg U, Vågan A, Flink M, Lynggaard V, Fredriksen K, Westermann KF, et al. Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2018;101(6):1006-35.
25. Stenberg U, Haaland-Ørby M, Fredriksen K, Westermann KF, Kvisvik T. A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Educ Couns*. 2016;99(11):1759-71.