

## DELTAING I HANDTRENINGSGRUPPE FOR PERSONAR MED ARTROSE I FØRDE KOMMUNE GAV GODE RESULTAT

# Handtrening hjelper

Av Mari Evebø og Toril Hennig



*Mari Evebø er ergoterapeut i Førde kommune.  
mari.evebo@forde.kommune.no*



*Toril Hennig er spesialist i ergoterapi ved Martina Hansens Hospital. Hun var i 2015-2016 ergoterapeut i Førde kommune.*

### Samandrag

**Artikkelen tek føre** seg oppstart og gjennomføring av ei handtreningssgruppe for personar med handartrose i kommunehelsetenesta. Handartrose er ein vanleg sjukdom, men tilbodet i kommunehelsetenesta er mangelfull for denne gruppa. Ti kvinner deltok i ei treningsgruppe over tre månader, med regelbundne samlingar og eigentrening heime. Det vart gjort kartlegging av mellom anna ADL-funksjon og handkraft ved oppstart og avslutning. Deltakarane fekk informasjon om artrose og nytten av trening. Kvar samling inneheldt eit relevant tema i tillegg til sjølve treninga. Etter tre månadar hadde alle deltakarane betring av handkraft og ADL-funksjon. Erfaringane frå Førde kommune syner at ergoterapeutar har kompetansar på handfunksjon og aktivitetsutførsle, og at handtreningssgruppe i regi av kommunehelsetenesta kan vere eit godt tilbod.

**Nøkkelord:** Handartrose, kommunehelseteneste, handtreningssgruppe, aktivitetsutførsle, gruppetilbod.

*Det er inga interessekonflikt knytt til denne artikkelen.*

## BAKGRUNN

The European League Against Rheumatism (EULAR) anbefalar at alle pasientar med handartrose bør få opplæring om sjukdomen, tilpassa øvingsprogram for styrke og rørsle samt eventuelt tilpassa ortosar (1). Anbefalingane, som kom i 2007, var eit resultat av arbeidet til ei tverrfagleg gruppe frå 15 europeiske land, og er etter kvart velkjend og godt innarbeidd i spesialisthelsetenesta som i dei seinare åra har hatt aukande pågang frå denne pasientgruppa.

Rehabilitering ved artrosetilstandar er imidlertid eit område som etter kvart skal overførast til kommunane, jamfør Samhandlingsreforma (2).

Samhandlingsreforma har mellom anna som mål å flytte tenester nærare der folk bur, gje tidleg innsats framfor sein innsats og overføre kompetanse og oppgåver frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta. Tilbodet til personar med artrose i kommunane er i dag mangelfullt. Kunnskap om artrosebehandling og nyare forskning når ikkje alltid fram til pasientane, syner ein studie frå Nasjonalt Kompetansesenter for Revmatologjesk Rehabilitering (NKRR) (3). Dette gjeld også utanfor Noreg sine grenser. I ein artikkel frå England beskriv ein «kunnskapsgapet» og behovet for nye modellar når det gjeld handsaminga av artrose i primærhelsetenesta, og viser også til Nederland i denne samanhengen. Sjølv om det i dag finnast evidens for fleire enkle intervensjonar, syner forskning at desse i lita grad er implementerte i primærhelsetenesta (4).

Slik det er i dag, blir dei færreste av pasientane med artrose tilvist til spesialisthelsetenesta, men får behandlinga si i primærhelsetenesta. Når det gjeld tilbodet til personar med handartrose, har nok dette vore enda meir tilfeldig, då det ikkje har vore noko etablert praksis for denne gruppa.

Handartrose er minst like utbreidd som artrose i hofter og kne, og sjukdomsbyrda for den som har artrose, er omlag lik, uavhengig av kvar artrosen er (5). Kvinner er noko overrepresentert jamført med menn, og risiko for sjukdom aukar med alderen. Prevalensen for eigenrapportert handartrose er i Noreg 4,3 prosent, medan ein studie frå Nederland viser ein prevalens på 11 prosent (5). For mange av desse fører handartrose til redusert handkraft og til dels store hindringar når det gjeld utførsle av daglege gjeremål (6), og erfaringar fortel oss at fleire òg fell ut av arbeidslivet. Mange av desse lev med plagene sine med overtyding om at «*dette er det ikkje noko å gjere med*». Dette syner også tidlegare studiar (7, 8). Mange tolkar smerter i hendene som ein del av

ein normal aldriingsprosess som ikkje treng behandling eller kan behandlast, og oppsøker derfor ikkje fastlegen, sjølv om dei kan ha store smerter. Slik vert også handartrose usynleggjort saman med behovet for behandlingstilbod til denne gruppa (7).

Ergoterapeutar har fokus på meistring av dagleg aktivitet og å sette den einskilde i stand til å leve så sjølvstendig som mogeleg, noko som bidreg til god helse. Kva som har mening for den einskilde, vektleggast. Eit av kartleggingsverktøya vi brukte i denne samanhengen, var Patient Specific Functional Scale (PSFS) (9). Her førte deltakarane opp fem daglege gjeremål som dei streva med grunna handartrose, og gav ein score for utførsle (0-10). Det var altså deltakarane sjølv som definerte kva som var relevante og gyldige problemstillingar før oppstart av trening. Dette kan ein tenkje seg bidrog til motivasjon for trening og ei oppfatning av at problema deira blei tatt alvorleg. Vi såg at det var kvardagsaktivitetar som gjekk igjen hos brukarane – personlege aktivitetar i dagleglivet samt deltaking i arbeid og fritid. Eksempel på aktivitetar som gikk igjen, var kneppe knappar, påkleding, opne emballasje og skru opp korkar, samt det å vri opp klutar og bære tunge ting – altså ting ein gjer fleire gonger dagleg. Det at deltakarane ikkje lenger klarte disse aktivitetane, førte også til at dei hadde ei mindre aktiv fritid og deltok mindre i sosiale samanhengar (7).

Dei seinare åra er det gjort studiar som viser til god effekt av handtrening ved handartrose. Trening kan føre til betring av aktivitetsutførsle, gje mindre smerte, auke handkraft og førebyggje feilstilling (10). Då vi veit at dei fleste med handartrose ikkje kjem i kontakt med spesialisthelsetenesta, er det viktig å nå ut med denne kunnskapen til pasientane der dei er. Ergoterapeutar har kompetanse på hender og aktivitetsutførsle, og i dette tilfelle hadde ein av oss bakgrunn frå spesialisthelsetenesta på området. På bakgrunn av dette ønskte vi å etablere eit tilbod i kommunehelsetenesta i Førde kommune for personar med handartrose.

## FØREBUINGAR: KORLEIS NÅ FRAM TIL DEN RETTE BRUKARGRUPPA?

Vi hadde undervising for alle fastlegane i Førde kommune om kva ein veit frå forskning om handtrening for personar med handartrose, og med oppmoding om å tilvise brukarar. Vi kontakta ergoterapitenesta på Førde sentralsjukehus der dei har ei revmatologisk avdeling, både for å klarlegge behovet for ei slik gruppe og eventuelt rekruttere

deltakarar, òg for ikkje å «gå dei i næringa». Vi la ut flygeblad på legesenter, hang opp plakatar på kjøpesenter med meir, og la ut informasjon på kommunen si heimeside og Facebook-side. Brukarane kunne sjølv ta direkte kontakt med oss. Førebuingar ut over dette var innkjøp av handkraftmålar (dynamometer), treningsballar og strikk, samt å finne eit høveleg lokale for gruppa.

### MÅL

Målet var at denne brukargruppa skulle klare seg betre i daglege aktivitetar og at dei skulle få kunnskap om det å leve med artrose. Det var òg eit mål å formidle kunnskapen om at dei kan gjere noko sjølv for å få ein betre kvardag, og at trening hjelper.

### METODE

For å nå flest mogleg valde vi å gje tilbodet i gruppe. Vi tenkte også at ei gruppe ville gje erfaringsutveksling og gjenkjenning når det gjeld å leve med artrose. Handtreningssgruppa besto av ti kvinner med handartrose i aldersgruppa 52 til 86 år. Desse hadde fått diagnosen artrose stilt anten av fastlege eller på sjukehus. Sju av deltakarane var i jobb, men fleire hadde i periodar vore sjukemeldt grunna handartrosen. Det var lagt opp til ni samlingar totalt der ein møttest ein time ein gong kvar veke den fyrste månaden og kvar fjortande dag dei to påfølgande månadane. For fyrste og siste samling var det lagt opp til to timar, då dei inneheldt kartlegging, måling av handkraft og tilbakemelding til den einskilde. Kvar samling inneheldt eit relevant tema. Det vart lagt opp til undervisning frå ergoterapeutane samt tid til diskusjon og erfaringsutveksling i gruppa. Tema som vart tatt opp i gruppa, var: undervisning om artrose, informasjon om effekt av handtrening, tekniske hjelpemiddel, ortosar, kosthald og aktivitetsregulering.

### KARTLEGGING

Ved fyrste samling vart det gjort kartlegging for å kunne måle effekt av treningsperioden. Brukarane fylte sjølv ut skjemaet Measure for Activity Performance of the hand (MAP-hand 1-4, 1 = kan utføre utan problem) (11) og Numeric Rating Scale (NRS-skala 0-10) for smerte, stivheit og trøttleik. Det vart målt handkraft med Jamar digitalt handdynamometer (12). Deltakarane fylte ut Pasient-Spesifikk Funksjons Skala (PSFS 0-10, 0 = kan ikkje utføre aktiviteten) i samarbeid med ergoterapeut, med inntil fem viktige daglege aktivitetar som dei strevde med. Det vart gjort nye målingar ved siste samling, og deltakarane



*Trening med ball er effektivt for å auke handstyrken.*

fekk tilbakemelding. Deltakarane fylte anonymt ut eit evalueringsskjema om eiga oppleving av det å delta i gruppe for personar med handartrose, og om informasjonen som vart gjeitt, var relevant. Etter enda treningsperiode vart det sendt epikrise til fastlegane.

### ØVINGSPROGRAM

Vi tok utgangspunkt i øvingsprogrammet som er beskrive i ein studie som vart gjort på Martina Hansens Hospital (10). Programmet inneheld fem øvingar der tre av øvingane er for å oppretthalde og auke rørsle. To av øvingane er for handkraft og styrking av tommelabduksjon. Før treninga varmar ein opp med handkrem eller liknande. Øvingsprogrammet vart gjennomgått ved kvar samling for å sikre rett utførsle og med moglegheit til å gjere eventuelle individuelle tilpassingar. Alle deltakarane i gruppa fekk utlevert ei treningsdagbok med informasjon om handartrose, kvifor det er viktig å trene, og korleis ein trenar. Treningsdagboka inneheldt òg forklaring med bilete og tekst til kvar av dei fem øvingane samt ein smerteskala deltakarane skulle fylle ut etter kvar treningsøkt. Dei skulle også skrive kor lenge dei brukte på programmet og eventuelle kommentarar. Deltakarane skulle trene minimum tre gongar per veke, og kvar øving skulle dei gjere 10 gongar dei fyrste 14 dagane, deretter auke talet repetisjonar til 12 eller 15.

### RESULTAT

Sjølv om mange hadde mykje smerter undervegs og strevde med enkelte av øvingane, så fullførte alle treningsperioden, bortsett frå ein som slutta å trene på grunn av smerter. Deltakaren heldt likevel fram i gruppa, og det vart gjort kartleggingar etter tre månadar. Sluttmåling med Jamar digital

handdynamometer viste at alle deltakarane fekk auka handstyrke i ulik grad. Gjennomsnittleg auka handkrafta med 55,4 prosent på høgre hand og med 76,1 prosent på venstre hand. Alle deltakarane skåra betre på aktivitetsutførsle (PSFS) med ein gjennomsnittleg endringsskår på 2,2. Resultata frå MAP-hand syner mindre endringar, frå inga endring til 32 prosent betring (gjennomsnittleg betring 13.3 prosent). Resultata frå NRS-skalaen var sprikande frå stor betring for enkelte og til inga endring eller noko forverring for andre.

Svara frå evalueringsskjemaet syner at deltakarane i stor grad har hatt nytte av øvingane og av å vere i ei gruppe. I avsluttande samtale med kvar enkelt frå gruppa sa alle at dei vil fortsette å trene på eiga hand.

### ERFARINGAR

Vår erfaring etter fyrste gruppe er at det kan vere nyttig og naudsynt med så hyppige samlingar. Mange hadde behov for fleire gjentakingar av einskilde øvingar for å gjere dei rett, og nokon trong eit tilpassa øvingsprogram for å kunne halde fram. Gjentaking av at smerte ikkje er farleg, var òg nyttig for mange å høyre. Ein av deltakarane tok smertestillande før treninga for å kunne gjennomføre. Det var godt frammøte, og deltakarane gav uttrykk for at dei hadde nytte av å sjå og snakke med andre med dei same erfaringane. Det gav meining med eit eige tema kvar gong, og fleire gav uttrykk for at det var fint med trøttleik som tema; dette hadde dei ikkje tenkt på at kunne henge saman med artrosen. Som ergoterapeutar kjende vi på at vi hadde avgrensa kunnskap om kosthald, dette var eit tema deltakarane sjølv ynskte, og der vi på førehand hadde informert om at dette ikkje var vårt fagfelt.

Andre nyttige erfaringar vi har gjort, var at det med denne gruppestorleiken var naudsynt med to ergoterapeutar til stades på alle samlingane. Dette gav moglegheit for å følgje godt med på den einskilde og gje eventuelle korreksjonar. Undervegs hadde vi òg noko samarbeid med Førde Sentralsjukehus og ergoterapeut knytt til revmatologisk avdeling der. To av deltakarane vart tilvist dit for å få tilpassa tommelortose. Vi fekk tilbakemelding frå fastlegane om at dei hadde sakna tilbod til denne pasientgruppa, og no var tilfreds med moglegheita for å kunne tilvise til handtreningssgruppa.

### DISKUSJON/REFLEKSJON

Det at ein når mange i ei gruppe, er positivt, men

ein må sjå på gruppestorleiken for å gje eit godt tilbod til alle. Gruppe gjer rom for diskusjon og erfaringsutveksling, men gruppesamansetnaden er avgjerande for kor godt det fungerer. Vi hadde eit stort aldersspenn i vår gruppe, og nedsett høyrsel var ei utfordring. Vi såg at dette kunne gå utover dei resterande deltakarane i gruppa.

Ei ulempe med gruppedeltaking er at ein mister den individuelle tilnærminga. Det vert mindre tid til kartlegging av personlege faktorar som til dømes arbeid, familie, bustad og annan sjukdom, og heller ikkje moglegheit for individuell kartlegging av handfunksjon som rørsle, hovne og smertefulle ledd og feilstillingar. På nokon av deltakarane hadde vi opplysningar frå fastlege, men på dei som hadde meldt seg på sjølv, hadde vi inga opplysningar på førehand. Dette var ikkje til hinder for deltaking i gruppa, og dei hadde like stort utbyte av treninga som dei som var tilvist frå lege, men vi brukte lengre tid enn naudsynt på å tilpasse treninga. Vi har gjort ei endring ved oppstart av ny gruppe, der vi gjer ei «grovkartlegging» av rørsle, hovne og smertefulle ledd og feilstillingar.

Ved oppstart og avslutning var det sett av to timar, då ein brukte tid på kartlegging. Dette tek tid, og resten av gruppa måtte vente og prate med kvarandre. Vi har ikkje heilt sett korleis ein skal løyse dette på ein annan måte. Vi vurderte å ta kvar enkelt inn før oppstart, men sidan mange er i arbeid vert dette også ei utfordring. Etter enda gruppe har vi no valt å flytte tidspunktet til slutten av arbeidsdagen, for at arbeidsgjevar enklare skal kunne legge til rette, og for at det skal passe betre for dei som er i turnus. I evalueringsskjema fekk vi tilbakemelding om at ni samlingar var passe. Før oppstart var vi usikre på om deltakarane ville kome, men det viser seg at brukargruppa er glad for å bli tatt på alvor og for at det finnast noko dei sjølve kan gjere med situasjonen sin. Ei anna utfordring har vore å nå brukarane. Vi har merka ein auka pågang, då gruppedeltakarane har formidla bodskapen vidare, og fastlegane har sett resultatet av den fyrste gruppa. Før oppstart brukte vi ein del tid på å reklamere for det nyoppstarta tilbodet i kommunen.

Evalueringsskjemaet ga oss tilbakemeldingar på dei ulike tema som vi hadde valt ut. Deltakarane var positive til dei, men vi har likevel valt å gjere ei endring ved å nytte meir spissa kompetanse på ernæring og fysisk aktivitet. Ein fysioterapeut skal snakke om fysisk aktivitet ved artrose, og ein sjukepleiar med vidareutdanning vil snakke om ernæring.



Handartrose utfordra evna til å utføre daglege gjeremål.

Denne gruppa hadde svært gode resultat av treninga. Årsaka til dette kan vere tilfeldig; det kan skuldast samansettinga av akkurat denne gruppa. Det kan òg ha samanheng med tett oppfølging frå ergoterapeutane, mange nok gjentakningar av korleis ein gjer øvingane, og oppmoding om å halde fram trass smerter. Oppmuntring frå andre deltakarar i gruppa kan òg ha spelt ei rolle. For oss var det ein styrke å ha kontakten med spesialisthelsetenesta. Det gav oss ein tryggleik og faglig tyngde som kan vere vanskeleg å opparbeide seg i kommunehelsetenesta. Å ha god kunnskap og eit eigarforhold til kvifor og korleis ein utfører øvingane, er viktig. Fleire av deltakarane gav tilbakemelding på at det gav dei både tru på og motivasjon til å trene.

### KONKLUSJON

Vår erfaring er at handtrening for personar med handartrose eignar seg godt som eit gruppetilbod i kommunen. Det kan vere ei utfordring å gjere tilbodet kjent for å nå fram til dei som treng det. I Førde kommune vart det skrive ein artikkel i lokalavisa etter gjennomføring av den første gruppa. Dette, saman med «jungeltelegrafan», gav god respons, og vi har no gjennomført tre grupper med gode resultat og er klar med ny gruppe frå januar 2017.

Det krev lite utstyr å drive ei slik gruppe, og med

føringar frå samhandlingsreforma og auka behov framover grunna «eldrebølga», er dette ei oppgåve ergoterapeutar i kommunehelsetenesta bør ta tak i. Kunnskapen og forskinga som er gjort på dette området, vil på denne måten kunne føre til ein betre kvardag for dei som lev med artrose i kommunen.

### Kjelder

1. Zhang W, Doherty M, Leeb BF, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of hand osteoarthritis: report of a Task Force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT). *Ann Rheum Dis.*2007;66:377-388
2. St.meld.47 (2018-2009) Samhandlingsreforma, henta frå <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlings-reformen-i-kortversjon1/id650137/>
3. Hagen KB, Smedsrud G, Østerås N, Jamtevd T. Quality of community-based osteoarthritis care. *Arthritis care and research*,2016;68:1443-1452
4. Dziedzic KS, Hill JC, Porcheret M, Croft PR. New model for primary care are needed for osteoarthritis. *Phys Ther*,2009;89:1371-1378
5. Moe RH, Grotle M, Kjekken I, Hagen KB, Kvien TK, Uhlig T. Disease impact of hand OA compared with hip, knee and generalized disease in specialist rheumatology health care. *Rheumatology*,2013;52:189-196
6. Zhang Y, Niu J, Kelly-Hayes M, Chaisson CE, Aliabadi P, Felson DT. Prevalence of Symptomatic Hand Osteoarthritis and its Impact on Functional Status among the Elderly: The Framingham study. *Am J Epidemiol*,2002;156:1021-1027
7. Bukhave EB, Hunnicke L. Activity problems in everyday life – patients' perspectives of hand osteoarthritis: «try imaging what it would be like having no hands». *Disabil Rehabil*,2014;36(19):1636-43
8. Hill S, Dziedzic KS, Ong BN. Patients' perceptions of the treatment and management of hand osteoarthritis: A focus group enquiry. *Disabil Rehabil* 2011;33:1866-1872
9. Moseng T, Tveter AT, Holm I, Dagfinnrud H. Patient-Spesifikk Funksjonsskala: Et nyttig verktøy for fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. *Fysioterapeuten*,2013;2:20-26
10. Hennig T, Hæhre L, Hornburg V T, Mowinckel P, Norli E S, Kjekken I. Effect of home-based hand exercises in women with hand osteoarthritis: a randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis*,2014;74:1501-1508
11. 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;42:634-644
12. Roberts HC, Denison HJ, Martin HJ, Patel HP, Syddal H, Cooper C, Sayer AA. A review of the measurement of grip strength in clinical and epidemiological studies: towards a standardised approach. *Age and Ageing*, 2011;40:423-429