

Behandlingsriktlinje tumbasartros

INLEDNING

I uppdrag av specialitetsgruppen arbetsterapi har ett nätverk bildats med namngivna personer för att utveckla handrehabilitering vid länets sjukhus samt inom primärvården. Uppdraget är att skapa en evidensbaserad och framgångsrik arbetsterapi inom länets handrehabilitering och tydliggöra rehabkedjan för olika patientgrupper med handskador.

Definition

Formulering av behandlingsriktlinjer är ett led i att utveckla, strukturera och teoretiskt förankra arbetsterapi. Behandlingsriktlinjer kan användas för att förtydliga när arbetsterapeutiska interventioner kan äga rum, hur de går till och vad de syftar till. Riktlinjerna bör också förtydliga patientens nytta med interventionen och hur interventionen utvärderas (1).

Syfte

Behandlingsriktlinjer syftar till att skapa enhetliga rutiner för arbetsterapeuter inom sluten och öppen vård och att ge invånarna i Region Dalarna en jämlik och trygg sjukvård/rehabilitering baserad på kvalitet och den enskildes behov.

Syftet är dessutom att öka kunskapen hos nyanställda arbetsterapeuter, studerande, och ge berörd personal inom sluten och öppen vård, kommun och primärvård kunskap om de behandlingsinsatser arbetsterapeuten gör för den aktuella patientgruppen och på så vis underlätta samverkan mellan dessa grupper (2). Arbetsterapiprogram från Skaraborg och Jönköpings landsting har delvis legat till grund för vårt arbete (3,4).

MÅLGRUPP

Målgruppen för dessa behandlingsriktlinjer är patienter med diagnosen tumbasartros/artros i första carpometacarpalleden (CMC I-artros), icke opererade som söker/ordineras arbetsterapeutisk behandling. Patientgruppen har oftast primärvården som första instans. De kan ha instabilitet, rörelseinskränkning och smärta i CMC 1, vilket medför begränsningar/svårigheter att utföra aktiviteter i hemmet, på arbetet och på fritiden. CMC 1-artros är vanligast hos kvinnor i övre medelåldern (5,6).

Kroppsfunction

I våra leder finns ett självmörjande system, där ledytorna är täckta med slätt brosk. Brosket fungerar som glidyta och stötdämpare vid belastning. Vid artros uppstår en obalans mellan uppbyggnad och nedbrytning av brosksubstans, vilket leder till försämrat brosk och en sviktande funktion i leden, ledsvikt (7).

Läkemedelsverket beskriver inte artros som en kronisk degenerativ ledsjukdom, utan karakteriserar artrosen som dynamiska förändringar av både nybildning och nedbrytning av ledvävnader under olika faser av sjukdomen. Artrosen utvecklas långsamt och kan till och med avstanna. Det är inte alla av dem som har ledbesvär i CMC-1, som kommer att utveckla röntgenförändringar vilket kan göra det svårt att uttala sig om prognosen. Diagnosen verifieras först och främst genom de kliniska besvären, då sambandet mellan röntgenförändringar och symtom är svag (7).

Artrosen kan vara primär, utan utlösande orsak eller sekundär till ledskador och infektioner(8). Generella orsaker till artros kan sammanfattas som ett samspel av genetiska faktorer, mekanisk belastning, metaboliska broskförändringar och sekundära bakomliggande benförändringar.

Anatomin i CMC-1 leden skiljer sig mellan kvinnor och män genom att ledytan på trapezium är mindre än metacarpalbenets yta hos kvinnor, vilket ger en minskad kontaktyta mellan benen i en led som redan har en naturlig överrörlighet och inkongruens (9,10). Överrörlighet i CMC-1 leden kan leda till synoviter och vara ett förstadium för utvecklande av artros i leden (6).

Artrosdrabbade leder kan ofta reagera med inflammation som ibland kan relateras till överbelastning. Ligamenten som stabiliserar CMC-1 leden tänjs ut och detta kan leda till sublucation vilket är en vanlig komplikation till CMC-1 artros. CMC 1-artros ger smärta vid belastande rörelser i tummen, lokal ömhet i tumbasen och ofta betydande kraftnedsättning i pinch- och nyckelgrepp. Vid avancerade fall ses även rörelseinskränkning med minskat öppningsgrepp (abduktionsinskränkning i CMC 1-leden (6, 8,11,12).

Aktivitet och delaktighet

Symtomen från CMC-1 leden ger rörelserelaterade funktionshinder och smärta. Flertalet patienter får förändrade förutsättningar på aktivitetsnivå med svårigheter att kunna hantera och utföra olika vardagliga aktiviteter t. ex: personlig vård, hushållsaktiviteter, fritidsaktiviteter och arbete. Då den artrosdrabbade ofta får kraftnedsättning samt smärta vid pinch- och nyckelgrepp så påverkas ofta finmotoriska aktiviteter så som att öppna förpackning, knäppa knappar och öppna burkar mm. Detta påverkar delaktigheten och rollerna inom områdena aktivitet och delaktighet.

Omgivning

Eftersom smärta i CMC-1 medför begränsningar/svårigheter att utföra aktiviteter i hemmet, på arbetet och på fritiden så har omgivningsfaktorerna en mycket stor betydelse. Det är viktigt att utreda vad den fysiska miljön kräver för att personen skall klara av att utföra aktiviteter. Något som också påverkar är sociala faktorer där andra kan ställa krav på utförandet av aktiviteter. Där måste diskussioner tas med berörda, exempelvis arbetsledare/chef om det gäller arbete, eller med familj om det gäller i hemmet, för att få till en förändring (13).

BEHANDLINGSMÅL

Konservativ behandling vid tumbasartros innebär ortosbehandling, rörelseträning, smärtlindring och ledskyddsundervisning. I ledskyddet ingår aktivitetsanalys och modifiering av patientens rörelsemönster för att minska symtomen. Syftet är att:

- Minska smärtan i tummen
- Förhindra minskning av öppningsgreppet (adduktionskontraktur)
- Upprätthålla en funktionell styrka i hand och tum-pekfingergrepp.
- Upprätthålla en förmåga till oberoende i olika dagliga aktiviteter (6)

Patient och arbetsterapeut formulerar tillsammans mål som är betydelsefulla för patienten. Det övergripande målet bör ligga på aktivitets- eller delaktighetsnivå men man kan även ta med delmål vilka ofta ligger på funktions- och strukturnivå (smärta och greppstyrka) (13).

ARBETSTERAPEUTISKA ÅTGÄRDER

I den arbetsterapeutiska utredningen är det viktigt att ha fokus på vad som är det viktigaste problemet för patienten. I Kjekens (14) sammanställning av evidens för olika utredningar och behandlingar lyfter hon fram att man bör utreda både funktionsförmåga såsom handstyrka, smärta, rörlighet och aktivitetsförmåga, men sedan är evidensen olika stark för olika bedömningar. Det är även bra att göra observation av handen och observera greppförmåga och felställningar. Det är viktigt att använda metoder och instrument som är valida, reliabla och känsliga för funktionella förändringar (14).

Bedömning

För att få en helhetsbild utförs, efter diagnostisering, olika bedömningar; mätning av ledrörlighet, handstyrka, 2-punktspinch, självskattning av smärta och utredning av aktivitetsförmåga (14). Som självskattande instrument kan ifyllande av hälsoenkät Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (Quick DASH) (15,16) användas, och/eller intervjubaserad aktivitetsutredning Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (17). Vid behov utförs även GAT greppfunktionstest (18), se bilaga 1.

– diagnostisering

Smärta runt tumbasen. Ömhet över CMC-1 leden, stelhet efter aktivitet. Grindtest (undersökaren fixerar den proximala falangen med lätt böjd MCP-led i sin hand och utövar sen en kompression med samtidig rotation, positivt vid smärta) (5). Över tid även subluktion över CMC-leden och adduktionskontraktur och i vissa fall svullnad och värmeökning över CMC-1 leden (5,6).

– differentialdiagnoser

MB Quervain, radio-carpal eller båtbensinstabilitet, FPL eller EPL tendinit, FCR tendinit, dorsalt eller volart ganglion. Terapeuten bör vara uppmärksam på atrofierad thenarmuskulatur vilket kan vara tecken på CTS eller C6 nervkompression (5) samt STT-artros om även handleden smärtar.

– ledrörlighet, Range of Motion (ROM) och handstyrka

Enligt Kjekken(14) sammanställning av befintlig litteratur som berör utvärdering och behandling av artros i händerna finns det evidens för att mäta rörlighet i tummens IP och MCP-led, radialabduktion och palmarabduktion samt opposition. Det kan även vara av värde att mäta handledsrörligheten.

För mätning av handstyrka och ledrörlighet ska HAKIR (handkirurgiskt kvalitetsregister) användas. HAKIR är en nationell mätmanual för att åstadkomma en så hög reliabilitet som möjligt och att skapa svensk standard för statusstagande (20). Mätinstrument som används vid tumbasartros är goniometer samt Jamar för handstyrka och Pinch-Gauge för mätning av tvåpunktspinch (14, 20). Förslag till handstatus Tumbasartros Bilaga 2.

Mätning med cylindermått finns ingen dokumenterad evidens för men används i klinisk verksamhet och är uppskattad av personal och patienter.

– Smärta

För mätning av smärta används Visual Analog Scale (VAS) (8,21).

– Aktivitet

Det är viktigt att utreda aktivitetsförmågan, att ta reda på vad som är den viktigaste begränsningen i aktivitetsutförandet (14). Som intervjubaserat bedömningsinstrument kan COPM användas (17, 22). Om man vill använda självskattningsformulär så rekommenderas Quick-DASH. Instrumentet mäter funktionsnedsättning, aktivitetsförmåga samt symptom i övre extremiteten genom självskattning och har uppvisat god validitet och reliabilitet (15,16).

– Greppfunktion

Vid behov används Grip Ability Test (GAT) till patienter som har stora besvär att utföra sina dagliga aktiviteter (18). GAT är ett enklare test för klinisk användning och har främst utvecklats för värdering av handfunktion hos patienter med reumatoid artrit (RA). GAT inkluderar fyra funktionsgrepp: pincettgrepp, nyckelgrepp, flerfingergrepp och kraftgrepp (18). Det är både validitets- och reliabilitetstestat samt är känsligt för förändringar (14, 21). Bilaga 2.

Intervention

Här följer en sammanfattning av en Systematisk genomgång av arbetsterapeutiska interventioner vid tumbasartros gjord av Valdes 2010 (23).

Evidens

1. Moderat evidens för handträning - handstyrka
 2. Moderat evidens för handträning - förbättrad funktion
 3. Moderat evidens för handträning - förbättrad rörelseomfång
 4. Moderat evidens för handträning - förbättrad smärtlindring
 5. Moderat evidens för ledskyddsundervisning, hjälpmedel för ökad handfunktion
-

6. Moderat evidens för ledskyddsundervisning, hjälpmedel för förbättrad smärtlindring
7. Svag evidens för paraffinbehandling – smärtlindring, rörelseomfång, ökad handstyrka
8. Moderat evidens för värme (low-level continuous heat wrap or stem treatment) - smärtlindring och ökad greppstyrka
9. Hög/moderat evidens för användning av CMC-1 ortoser för att minska smärta och öka handfunktionen
10. Moderat evidens för användning av CMC-1 ortos – ökad handstyrka
11. Moderat evidens Low level laser therapy (LLLT) är inte bättre än placebo vad gäller minskning av handfunktion, minska smärta och stelhet
12. Smärtlindring korrelerar med ökad handfunktion, stelhet, patientupplevelse av besvär. Ortosbehandling påverkar smärtlindringen.

Ortosbehandling, lättare handträning, ledskyddsundervisning, paraffinbehandling, heat wrap och hjälpmedel är lågriskbehandlingar som kan ha en påverkan på handfunktion på patienter med artros.

– Kroppsfunktion

1. Rörelseträning

Enligt Kjekken (14) skall ett träningsprogram baseras utifrån patientens motivation och mål. Tvinga inte på patienten något som hon/han inte vill men försök att motivera patienten. Det är viktigt med uppvärmning innan träning.

Vad gäller tummen så är det viktigaste att få med oppositionsförmåga, pinchgrepp och palmarabduktion, men programmet bör också innehålla att stärka muskelstabiliseringen av CMC-leden (14).

Det är viktigt att dagligen ta ut den smärtfria rörligheten i tumleder och handled. Dels för att minska risken att stelna till, för att på ett tidigt stadium motverka adduktionskontraktur. Om en adduktionskontraktur väl blir befäst är den mycket svår att korrigera även med operativt ingrepp (8). Gå igenom rörelseträningsprogram vid tumbasartros enl artrosskola (BOA), utarbetat av Ingvild Kjekken, ergoterapeut, PhD Natsjonalt Revmatologisk rehabiliteringscenter (NRRK) Diakonhjemmet sykehus, Oslo, se bilaga 3 (1-3). Utför alltid rörelserna lugnt och jämnt med kvarhåll på några sekunder för varje rörelser.

– Aktivitet och delaktighet, omgivning

Uppmuntra patienten att använda handen i dagliga aktiviteter, och ha ett fokus på att patienten ska kunna bevara de aktiviteter som är särskilt värdefulla för dem (14).

1. Ergonomiska råd

Rådgivning/undervisning i ledskydd har utvecklats för att minimera konsekvenserna av ledsjukdom. Ledskydd innebär att lederna alltid belastas i den mest funktionella positionen. Fokus är att minimera de biomekaniska krafterna på lederna för att minska risken för ledsador och sträva efter den bästa funktionen med minsta möjliga smärta (12, 24).

Patienten informeras hur han/hon ska utföra aktiviteter för att skona CMC 1 leden:

- Ha respekt för smärtan. Vila, ändra arbetsställning eller använda avlastade stödortos.
- Minska belastningen genom att skjuta eller dra föremål istället för att lyfta och bära.
- Fördela belastningen och arbeta med båda händerna.
- Undvik små statiska grepp typ pinchgrepp och nyckelgrepp.
- Använd helhandsgreppet i syfte att fördela belastningen på alla fingerleder.
- Undvik vridrörelser mot motstånd, framförallt i ett pinchgrepp. Använd klotformat handtag eller ett grepp med tvärhandsfattning som förlänger vridrörelsen till underarmen. Arbeta om möjligt med rak handled. Olika pistolhandgrepp kan här rekommenderas.
- Undvik alltför belastande tumrörelser genom att exempelvis använda verktyg med fjädrande skaft.
- Arbeta med hävstångsprincipen, d.v.s. förlängd hävarm för att få större utväxling och kraft (8).

För att patienten ska få en ökad medvetenhet om vilka rörelser eller aktiviteter som ger smärta och för att informationen ska kunna leda till förändrat beteende, är det lämpligt att dela upp behandlingsinsatserna på flera tillfällen (6, 24).

2. Ortoser

Utprovning av ortoser är individanpassad och val av ortostyp görs utifrån analys av patientens behov, handfunktion och artrostillstånd (8,25). Om patienten har tendens till hyperextension i MP-leden är det viktigt att ortosen går över MP-leden på dorsalsidan för att förhindra hyperextension och underlätta flexion i MP och IP-led (6,12) En mjuk och en hård dagortos kan ge patienten valmöjligheter att använda olika stöd beroende vilka aktiviteter de skall utföra. En nattortos ger ligamenten runt grundleden vila och en möjlighet att förkorta sig under natten. Ortosen håller ut tummen och förhindrar att tummen kommer mitt i handen.

Syftet med ortos är att upprätthålla en så god handfunktion som möjligt genom att minska smärtan, förhindra adduktionskontraktur, avlasta och korrigerar CMC-1-leden. Då metacarpalbenet tiltar/subluxerar (går in och ur sitt läge) blir ligamenten uttänjda och en inflammatorisk process med smärta och svullnad uppstår. Då en CMC-1 ortos stabiliserar en redan överrörlig led går det enligt J Colditz (12) att använda ortosen under mycket lång tid utan risk för stelhet. Det finns dock olika uppfattningar om detta. Enligt Runnqvist(8) är det viktigt att inte låsa en led helt då det finns risk för överbelastning av omkringliggande leder. En hård ortos bör enligt Runnqvist användas vid arbete som utlöser smärta och natttid då risk för adduktions-kontraktur föreligger (8).

Flera studier med högt (2b) bevisvärde visar på viss effekt av ortos användning vid CMC-1 artros (11, 25, 26, 27). Behandling med ortos är effektiv för att minska smärta (8, 11,25, 27) och underlätta dagligt aktivitetsutförande (8,11,25) och kontrollera subluxation (8, 11,28). En randomiserad studie av Rannou (27) av att enbart använda en hård nattortos påvisar ingen smärtlindring efter 1 månad men signifikant smärtlindring efter 1 år.

Sillen (29) har jämfört en mjuk ortos Comfort Cool och en hård ortos design Colditz och påvisar signifikant mer smärtlindring av den hårda ortosen. Båda ortoserna ger bättre handfunktion och många patienter föredrar den mjuka ortosen om man måste välja.

Konservativ behandling genom användning av ortos ger symtomatiska förbättringar i form av smärtlindring och minskad sublaxation i ett tidigt stadium av artros, samt underlättar utförandet av vardagliga aktiviteter (11,12,30,31).

Att komplettera ledskyddsundervisning med mjuka och hårda ortoser, som bärs både dag och natt, minskar smärtan, stelheten och förbättrar greppstyrkan i dagliga aktiviteter (19).

Ortosen ska medge ett aktivt och funktionellt grepp samt tillåta rörelse i så många omgivande leder som möjligt. Patienten nöjdhet med ortosen är mycket viktigt för att den skall användas i så stor utsträckning som möjligt (12).

Den hårda ortosen som används mest i Dalarna har sin grund i Judy Colditz artikel (12). Instruktionspapper för arbetsterapeut samt mönster finns i bilaga 4. Det finns en svensk förkortad presentation av denna artikel i "Kurs i ortostillverkning för patienter med CMC-1 artros 2005-12-05. Om man behöver en stabilare ortos kan man välja att ha lång skänkel även på handryggen, mönster finns i bilaga 5.

Mönster till nattplatta, bilaga 6. Mönster till lång nattortos bilaga 7.

Vid lättare avlastning är en tumlinda eller mjuk ortos tillräcklig (8). Förslag på mjuka ortoserna som används idag är:

Tumme kort Camp Art nr: 28558

Tumme Selection Soft Camp Art.nr 35200

Comfort Cool CMC Catell Art.nr:7946

Catell tumortos 3745

3. Ergonomiska redskap/Tekniska hjälpmedel

Underlätta för patienten att utföra vardagliga aktiviteter genom utprovning av greppförstoringar och hjälpmedel med tvärhandsgrepp. Rekommendera även samtidig användning av stabiliserande och avlastande ortos. Var observant på att greppförstoringar ej blir för tjocka då risk föreligger för hyperextension i tummens IP- eller MP-led. Använd redskap där handleden hålls rak t ex kniv, osthyvel, pistolhandtag mm (8). Demonstrera och låt patienten praktisk prova att använda aktuella hjälpmedel i samband med den ergonomiska rådgivningen. Hänvisa till hjälpmedelsshop och webbshop

RESULTAT och UTVÄRDERING

Utvärdering av behandlingsinsatserna görs med befintliga instrument efter tidigast 3, gärna 6 månader, för att se om mål för den arbetsterapeutiska interventionen är uppfyllda (27). Förändring av aktivitetsförmåga samt smärta framgår av resultat i DASH. Förändring av aktivitetsutförandet relaterat till tillfredsställelsen fås genom COPM.

Handstatus visar ev. förändring av ledrörlighet och smärta. Instrumenten används även för utvärdering av behandling (15,24,32).

I dag finns artrosskola på många ställen inom landstingets primärvård där patienterna får mer allmän information om artros. Detta förslag till behandlingsriktlinjer kan användas i den individuella behandlingen vid tumbasartros.

REFERENSER

1. Regionstyrelsen i Region Skåne. Skånsk livskraft, vård och hälsa, 2002.
 2. SOSFS 1996:32. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering. Stockholm
 3. Svensson, E. Holmqvist, Grape. B, Rydgård, M. Karlsson, J. Arbetsterapiprogram för CM C-1 artros i Skaraborg November 2008 västra Götalandsregionen
 4. Steén, C. Tumbasartros - Distriktsterapeuterna behandlingsriktlinjer, Arbetsterapiprogram, Landstinget Jönköping 2010. www.lj.se/arbetsterapi
 5. Melvin, J. Therapist's management of oostoarthritis in the hand, Rehabilitation of the Hand upper extremity/ ed, Hunter, Mackin, Callahan Evelyn J, Mackin et al 5th ed. 2002, volym 2, 1646-1663
 6. Poole JU, Pellegrini VD Jr. Arthritis of the thumb basal joint complex. [Journal of Hand Therapy](#). 2000; 13(2):91-107.
 7. <http://legemiddelverket.no/upload/16054/StefanLohmander.pdf>.
 8. Runnqvist, K. Cederlund, R. Sollerman, C. Handens rehabilitering, Undersökning, Behandling. Volym 1 och 2. Studentlitteratur: Lund, 1992.
 9. Ateshian, G. A. Rosenwasser, M. P. & Mow, V.C. Curvature Characteristics and Congruence of the Thumb carpometacarpal Joint: Differences between Female and Male Joints. Journal of Biomechanics, 1992; 25(6): 591-607.
 10. Kovler, M. Lundon, K. McKee, N. Agur, A. The human first carpometacarpal joint: Osteoarthritic degeneration and 3-dimensional modeling, [Journal of Hand Therapy](#). 2004; 17(4): 393-40
 11. Weiss, S. La Stayo, P. Mills, A. & Bramlet D. Prospective Analysis of Splinting the First Carpometacarpal Joint : An Objective, Subjective and Radiographic Assessment. Journal of Hand Therapy. 2000; 13(3):218-226.
 12. Colditz, C. The biomechanics of a Thumb Carpometacarpal Immobilization Splint: Design and Fitting. Journal of Hand Therapy. 2000; 13(3): 228-235.
 13. WHO (2010) International Classification of Functioning, Disability and Health, (ICF) Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Edita Västra aros AB, Västerås: 2010
 14. Kjekken, Ingvild. Occupational therapy-based and evidence- supported Recommendations for assessment and exercises in hand of osteoarthritis. Journal off SJOT Scandinavian journal of occupational Therapy 2011; 18: 265-281
 15. Atroshi, I. Gummesson, C. Dahlgren, E. & Johansson, A. The disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH) outcome questionnaire: Reliability and validity of the Swedish version evaluated in 176 patients. Acta Orthopaedica Scand. 2000; 71: 613-618.
-

16. Gummesson, C. Ward, M M. Atroshi, I. The shortened disabilities of the arm, shoulder and hand questionnaire (Quick DASH): validity and reliability based on responses within the full-length DASH. BMC Musculoskeletal Disorders 2006; 7: 44.

Quick DASH blankett

http://www.ssas.se/files/score_elbow/QuickDASH.pdf

Poängsättning DASH

http://www.dash.iwh.on.ca/system/files/translations/Scoring_QuickDASH_Swedish.pdf

17. Law, M. Baptiste, S. Carswell, A. Mccoll, M A. Polatajko, H. Pollock, N. *Canadian Occupational Performance Measure*. Svensk version. 4:e upplagan. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter; 2006

18. [Dellhag, B.](#) [Bjelle, A.](#) A Grip Ability Test for use in rheumatology practice. [Journal of Rheumatol.](#) 1995; 22(8):1559-65.

19. [Boustedt, C.](#) [Nordenskiöld, U.](#) [Lundgren Nilsson, A.](#) Effects of a hand-joint protection programme with an addition of splinting and exercise: one year follow-up. [Clin Rheumatol.](#) 2009 Jul; 28(7):793-9. Epub 2009 Mar 18. (Primary Health Care, Gibraltargatan 1C, 411 32, Gothenburg, Sweden. cecilia.boustedt@vgregion.se)

20. HAKIR, Nationell mätmanual version 1, 2010.

<http://www.ossur.se/lisalib/getfile.aspx?itemid=23546>

21. Archenholtz, B. Claesson, L. Dellhag, B. Forsberg Wårleby, G. Klassificering av bedömningsinstrument inom arbetsterapi – med en beskrivning av instrumentens kvalitetsindikator. Arbetsterapiverksamheten Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2007. Bok LIBRIS-ID:10682753

22. Canadian Occupational Performans Measure (COPM), Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA), Svensk version; 4-eupplagan, 2006.

23. Valdes, K. Marik, T. A Systematic Review of Conservative Interventions for Osteoarthritis of the Hand, [Journal of Hand Therapy](#); 2010; 23(4): 334-351.

24. Nordenskiöld, U. Daily activities in woman with rheumatoid arthritis, Aspects of patient education, assistive devices and methods for disability and impairment assessment Scandinavian journal of rehabilitation medicine. Supplement. 1997; 37:1-72

25. Egan, M Y. Brosseau, L. Splinting for Osteoarthritis of the Carpometacarpal Joint: A review of the evidence. American Journal of Occupational Therapy 2007; 61: 70-78.

26. Berggren, M. Joost-Davidsson, A. Lindstrand, J. Nylander, G. Povisen, B. Reduction in the need for operation after conservative treatment of osteoarthritis of the first carpometacarpal joint: A seven year prospective study. Scand J Reconstr Hand Surg 2001; 35: 415–417.

27. Rannou, F. Boutron, I. Ravaud, P. Revel, M. Poiraudou, S. Splint for Base-of-Thumb Osteoarthritis: A Randomized. Trial Annals of Internal Medicine. 2009; 150 (10), 661-669;

28. Weiss, S. La Stayo, P. Mills, A. & Bramlet D. Splinting the Degenerative Basal Joint- costun – made or Prefabricated Neoprene? Journal of Hand Therapy. 2004; 17: 401-406
29. Sillem, H. Backman, CL. Miller, VC. Li, LC. Comparison of Two Carpometacarpal Stabilizing splints for individuals with thumb Osteoarthritis, Journal of Hand Therapy, 2009; 22(4):387-397 Reprint Journal of Hand Therapy. 2011; 24(3):216-226
30. Swigart, C.R. Glickel, S.Z., & Johnson, C. Splinting in the treatment of arthritis of the first carpometacarpal joint. Journal of Hand Surgery (AM). 1999; 24, (1) 86-91.
- 31 Day, C.S. Gelberman, Patel, A.A. Vogt, M.T. Dotsios, K. & Boyer, M.I. Basal joint osteoarthritis of the thumb: A Prospective trial of steroid injection and splinting. Journal of Hand Surgery (AM). 2004; 29, (2) 247-251.
32. Kielhofner, G. Conceptual Foundations of Occupational Therapy, second edition. Philadelphia: F A Davis Company, 1997.

Skapat av: Leg arbetsterapeuter Ingrid Hellström samt Anna-Maria Lundström Ahlenius

Ansvarig för detta program: Representant i "Nätverk för handrehabilitering"

Sökning Databas PubMed :

- splints AND thumb (last 10 years)
- activities of daily living AND thumb (last 10 years)

REVIDERAD: 2017 av Therese Eskilsson, leg arbetsterapeut, Akut rehab, Falu Lasarett.

Nästa revidering: 2022

Bilaga 1



Arbetsterapi
Hälsa- och sjukvården Dalarna

Föd.nr:.....

Namn:.....

Datum in:.....

GRIP ABILITY TEST (GAT)

Testet utförs sittande. Händerna skall vila på bordet och tidtagningen startas när rörelsen påbörjas och avslutas när uppgiften är genomförd.

Testföremålen skall vara placerade på bordet framför försökspersonen.

Om uppgiften endast delvis genomförts efter 60 sek. avbryts försöket och resultatet blir 60 sek.

Om uppgiften ej kan utföras noteras också 60 sek.

Uppgift

1. Ta Flexi-grip-strumpan*, som ligger på bordet och dra den som en handske över den icke dominantanta handen (tiduret stoppas när samtliga fingertoppar är synliga)
2. Plocka upp gemet ** från bordsskivan (**OBS** får ej dras över bordskanten) och sätt det på kuvertet, lägg ner kuvertet på bordet igen
3. Lyft den med 1 liter vatten fyllda plast-tillbringaren (1 liters) med en hand och fyll muggen*** med vatten. Ställ ner tillbringaren på bordet igen (det är tillåtet att hålla i muggen med den andra handen, men ej att lyfta den).

Poäng

In:.....sek x 1,8=.....

Ut:.....sek x 1,8=.....

In: sek =.....

Ut: sek =.....

In:..... sek x 1,8 =.....

Ut:..... sek x 1,8=.....

Summa in:.....

Summa ut:.....

Ev. kommentarer:

Undersökare.....

* 25 cm lång, kvinna storlek D (7,5 cm), man storlek F (10 cm)

** Storlek: 30 x 10 mm

*** 2 dl

Medelvärde (15 friska pers) = 16,5 (11-20) (sämsta möjliga värde = 276)

Ref: Delhag B, Bjelle A: A Grip Ability Test (GAT) for Use in Rheumatology Practice. J Rheumatol 1995; 22:1559-65

Bilaga 2
Handstatus Tumbasartros

		Datum		Datum	
Dominant hand Vä Hö					
Lokalisation Vä Hö					
Handstyrka: Jamar (Kg)					
Pinchgrepp: Pinch Gauge (kg) tvåpunktspinch					
Oppositiondiastas (mm) Tumtopp- till respektive fingertopp	II				
	III				
	IV				
	V				
Tumtopp mot bas av dig V (mm)					
Palmarabduktion (gr)					
Radialabduktion (gr)					
Handled: extension (gr)					
Handled: flexion (gr)					
Cylindermått (cm)					
Notera stabilitet/instabilitet, luxation I CMC-1 leden, felställningar/hyperextension					

VAS-SKALAN
Vilovärk under den sista veckan

ingen smärta _____ värsta tänkbara smärta

Uppföljning

Ingen smärta _____ värsta tänkbara smärta

Bilaga 3 (1-3)

Handträningsprogram

Här följer tre handövningar – två för att träna ledrörlighet och en för att träna styrka. Övningarna kan du göra när som helst och var som helst, men det är oftast bra att sitta när du gör dem.

Se till att du sänker och slappnar av i skulderpartiet innan du startar, vila gärna underarmarna mot ett bord, ett armstöd eller mot kroppen.

Innan du börjar träningen kan du "värma upp" med att smörja in händerna med en fuktighetskräm och massera med fingrarna in krämen i huden.

Först gången du tränar kan du göra varje övning sex gånger. Om det går bra kan du öka till åtta gånger, och efter det till tio gånger. Det är vanligt att det värker lite efteråt, men värken skall ha gått tillbaka till ursprungsnivån innan 24 timmar efter övningarna. Om den inte är det kan du minska antal repetitioner och klämma litet mindre i övningen där du tränar handkraft. Prova det i några dagar, innan du ökar igen.

För att träningen skall ha effekt bör du träna minst fyra gånger per vecka, och göra varje övning minst tio gånger. Om du vill kan du självklart träna mer.

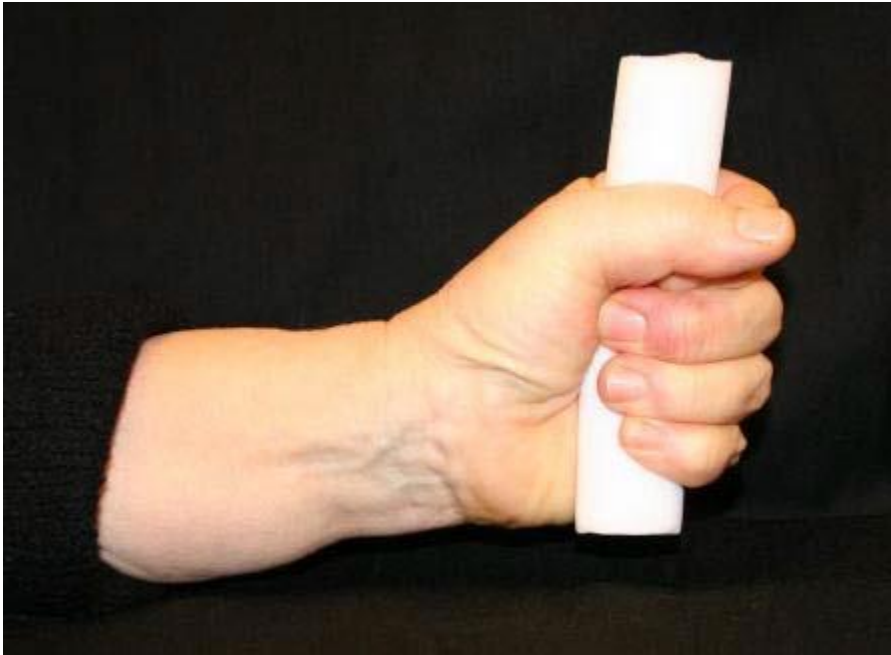
Att använda händerna i dagliga aktiviteter er också god "träning", till exempel att diska i varmt vatten och att baka. Prova själv att hitta saker du märker att du mår bra av.

Träna ledrörlighet: Knyt handen, böj alla fingrarna med fingertopparna in mot handflatan. Rörelsen skall starta med att böja ytterleden, därefter mittleden och slutligen grundleden. Räkna sakta till fem medan du håller kvar innan du sträcker ut fingrarna igen.



Programmet kommer från BOA-projektets artrosskola (BOA Bättre omhändertagande för patienter med artros). Handträningsprogrammet är utarbetat av Ingvild Kjeklen, ergoterapeut, PhD Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter (NRRK) Diakonhjemmet sykehus, Oslo

Träna handstyrkan: Håll runt något, och kläm till det du kan medan du räknar sakta till fem. Släpp och räkna till fem. Det du klämmer runt skall vara såpass litet att du kan ta runt det. Exempel kan vara en liten boll, en svamp, en cylinder av ett eller annat slag eller en träningsdeg



Programmet kommer från BOA-projektets artrosskola (BOA Bättre omhändertagande för patienter med artros. Handträningsprogrammet är utarbetat av Ingvild Kjekken, ergoterapeut, PhD Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter (NRRK) Diakonhjemmet sykehus, Oslo

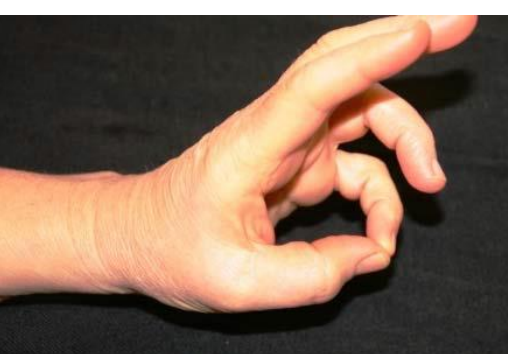
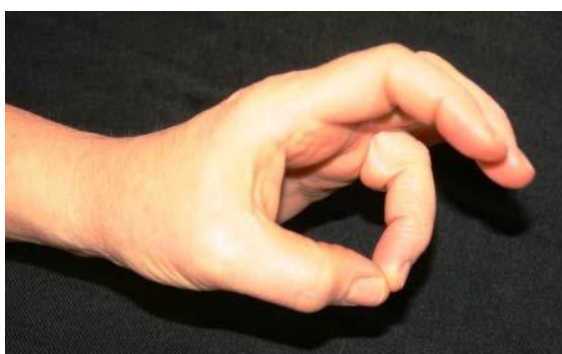
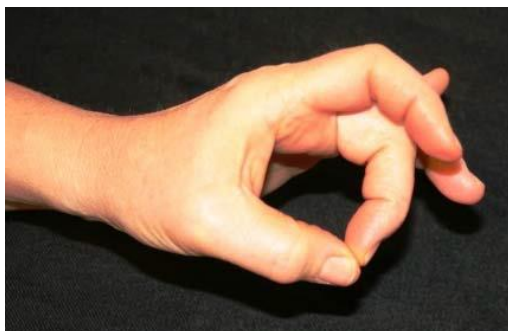
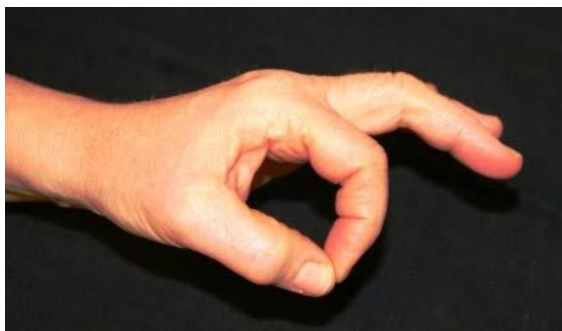
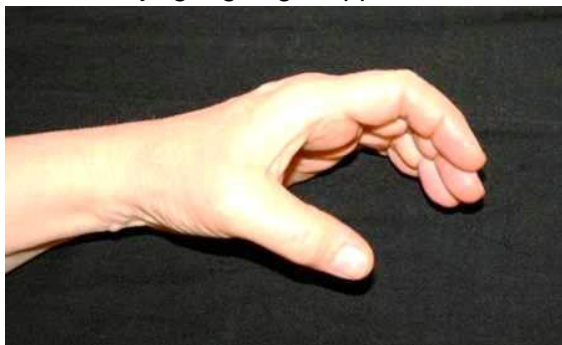
Träna ledrörlighet i tummen:

Lägg handen med lillfingersidan ned mot bordet.

Börja med att öppna handen, ungefär som om du skall gripa runt en flaska. OBS! Tummens grundled (CMC) och mellanled (IP) ska vara lätt böjda.

För toppen av tummen mot toppen av pekfingret – och öppna handen igen. För sedan toppen av tummen mot toppen av långfingret – öppna – mot toppen av ringfingret – öppna – mot toppen av lillfingret – och öppna handen.

OBS! Alla fingrarnas leder skall vara lätt böjda när fingertopparnas möts, och du ska öppna handen mellan varje gång fingertopparna möts.

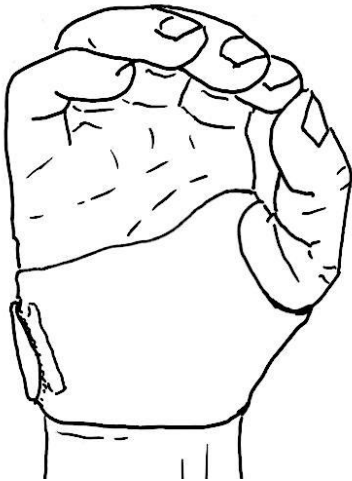


Programmet kommer från BOA-projektets artrosskola (BOA Bättre omhändertagande för patienter med artros)

Handträningssprogrammet är utarbetat av Ingvild Kjekken, ergoterapeut, PhD Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter (NRRK) Diakonhjemmet sykehus, Oslo

Bilaga 4 (1,2)

Informationsblad om ortos

Tumortos Typ JC

Användning: Används dagtid

Syfte:

Smärtlindrande: Motverka smärta i artrosdrabbad led vid belastning

Immobiliserade: Håller CMC-1 leden i stillhet.

Förebyggande: Motverkar felställning i CMC-1 leden

Att minska rörelsen i tummens grundled vilket reducerar den inflammatoriska processen och svullnad och smärta avtar.

Material:

Plast: Aquaplast TM Ultraperforerad 13 % 1,6 mm Gråsvart art.nr 50334. Firma Camp alternativt Orflight svart 1,6 mm firma Össur/Catell.

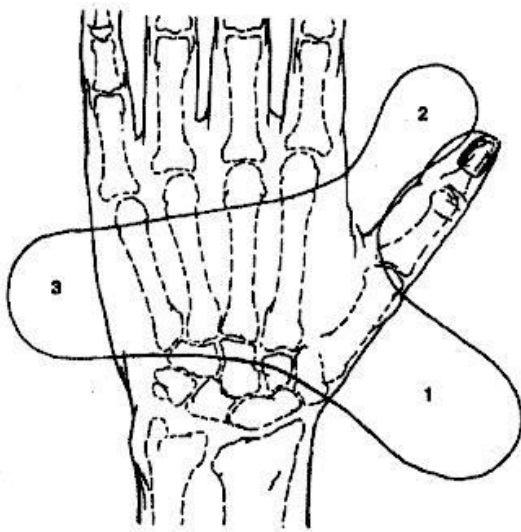
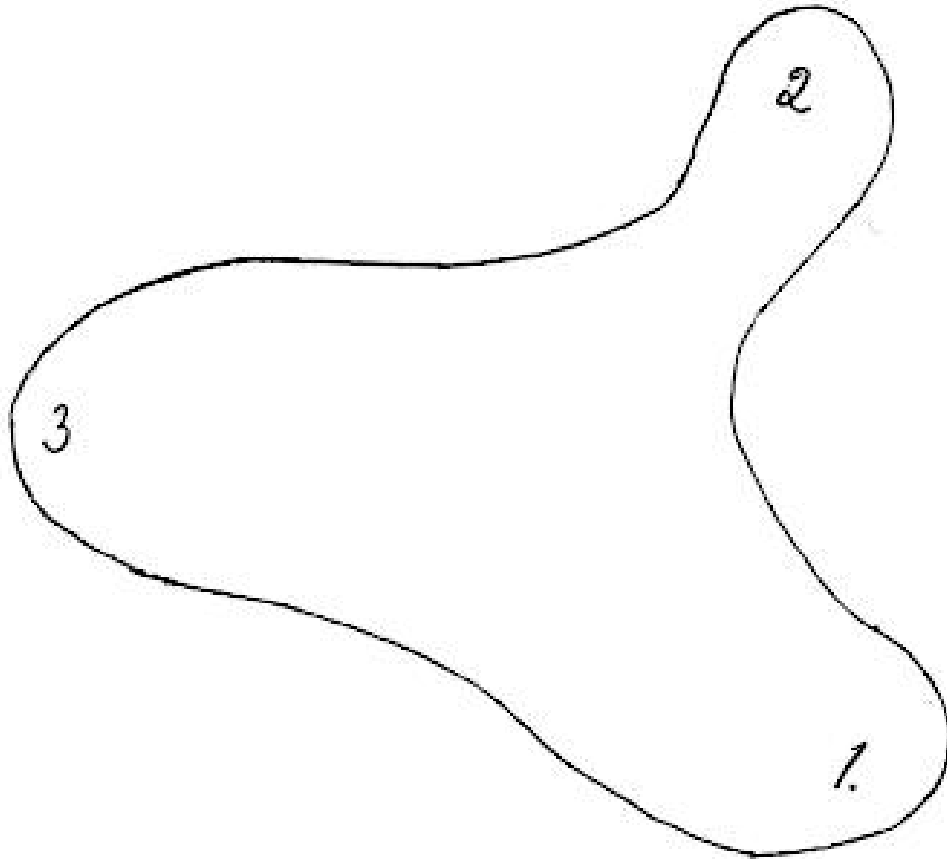
Band: Självhäftande kardborrband Svart: Självhäftande hakband 30 mm svart, Art.nr 147-26 Firma Harry Hedgren

Elastiskt svart velour 30 mm, Art.nr 90298 Firma Harry Hedgren

Referenslitteratur:

Colditz, J C. The Biomechanics of the Thumb Carpometacarpal Immobilization Splint: Design and Fitting J Hand Ther. 13:228-235, 2000

Colditz, J C. Anatomic Considerations for splinting the thumb Ur: Hunter – Mackin – Callahan, Rehabilitation of the Hand and upper extremity Vol 2, 5-upplagan St Louis Mosby 1992; 1858-1874



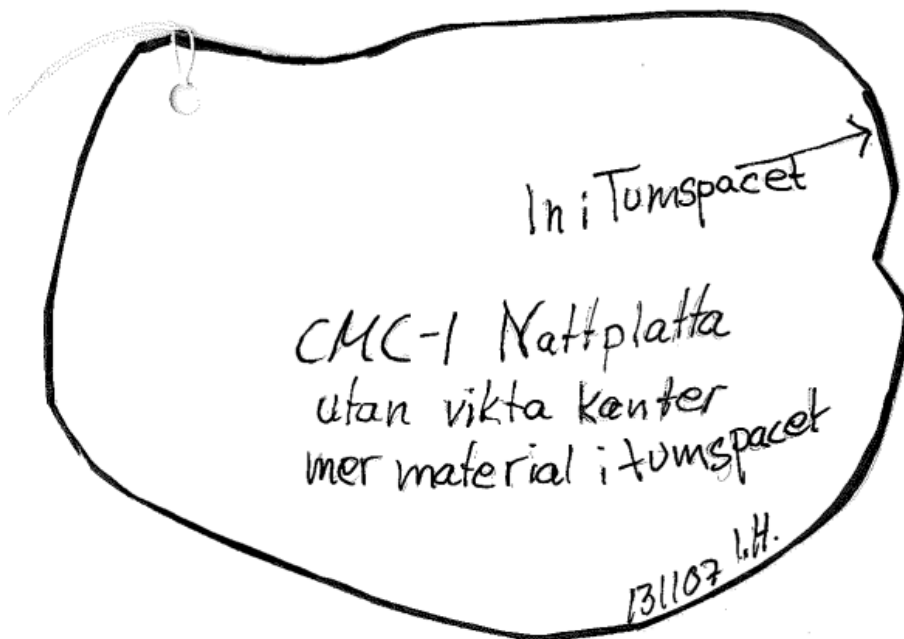
Bilaga 5



Bilaga 6

Informationsblad om ortos

Nattplatta till CMC-1



Användning: Nattetid vid CMC-1 artros

Syfte:

Smärtlindrande: motverka smärta i artrosdrabbad led i vila

Immobiliserade: Håller CMC-1 leden i stillhet.

Förebyggande: Motverkar felställning i CMC-1 leden typ adduktionskontraktur.

Nattortosen formas i samma syfte som dagortosen och tillåter ligamenten runt grundleden att vila och förkorta sig under natten.

Ortosen håller ut tummen i radialabducerat läge samt lätt palmarabduktion och förhindrar att tummen kommer mitt i handen.

Även lämplig att använda till opererade tummar då de ofta hamnar i adducerat läge.

Band: Maffraband Catell beige eller svart 7*500

Material: Orfit 2 mm Maxiperforerad Orfit Classic soft Catell/Össur

Polstring: Catell Fleece beige eller svart alternativt plysch från Harry Hedgren:

Bilaga 7



Bilaga 8 (1-3)

Förslag på olika grepp som avlastar tummen



Använd hela handflatan som stöd



Greppa med en hand och avlasta med den andra



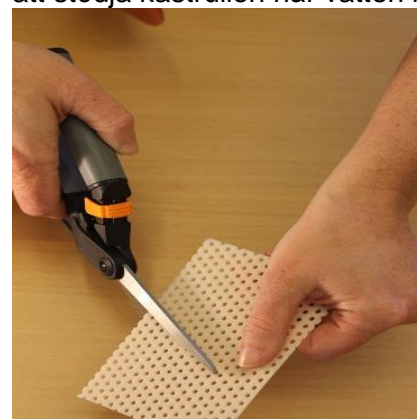
Fyll diskmedel i en pumpflaska i stället för att lyfta en tung diskmedelsflaska varje gång



Engreppsblandare och hög kran gör det möjligt att stödja kastrullen när vatten fylls på



En pastakastrull där locket skruvas fast när vattnet hälls ut. Ta stöd av diskbänk för att avlasta arm/ hand.



En sax med fjädrande handtag håller ut tummen och avlastar CMC-1 leden och sträcksenorna



Liten vinklad kniv som tillåter kraftgrepp



Stor vinklad kniv tillåter kraftgrepp och ökar styrkan betydligt



Nyckelgrepp som tillåter grepp med bara fingrarna och ger större hävarm



Nyckelgrepp som tillåter kraftgrepp och ger större hävarm



Vinklad osthyvel med kraftgrepp



Fjädrande tång som kan användas till att öppna och dra med



Bild från shoppen på smart kontakt hjälp ☺ ...

I stället för att dra ur en kontakt kan en timer användas



Eldosa med avstängningsknapp underlättar vid datorn eller strykjärnet. Kan även placeras på golvet och regleras med foten.



Polytången underlättar utdragning av kontakter



Treo burköppnare underlättar öppnande av flaskor och burkar



Vinklat handtag på styret minskar belastningen på handleden