

Utarbeidelse av en klinisk undersøkelse av håndfunksjon hos pasienter med revmatoid artritt

Taran Paulsen, fysioterapeut,
Rikshospitalet

Anne Marit Mengshoel, fysioterapeut,
dr. philos, professorstipendiat ved
Seksjon for helsefag, UiO

I dag snakkes det mye om at fysioterapi-praksis bør bli kunnskapsbasert eller «evidence-based». Da «evidence» lett assosieres med kunnskap utviklet gjennom vitenskapelig arbeid, har flere stilt spørsmål om hvorvidt kunnskap fra forskningsfeltet uten videre kan brukes og være gyldig i klinisk praksis (1). Diskusjoner har ført til at en i dag presiserer at kunnskapsbasert praksis omfatter både pasienters- og terapeuters erfaringer og kunnskap utviklet gjennom forskning (2). I arbeidet med å utvikle en håndfunksjonsundersøkelse til bruk i klinisk praksis har vi brukt terapeuters og pasienters erfaringer og vitenskapelig litteratur for å få ideer om hva undersøkelsen skulle inneholde. Pasienters, fysioterapeuters og førsteforfatters egne erfaringer har blitt brukt for å vurdere hvorvidt innholdet er klinisk relevant.

Fysioterapeuter bruker individuelt tilpassede tiltak rettet mot pasienters kroppslige funksjon og den enkelte pasients problem. Tiltakets innhold utvikles på grunnlag av en klinisk vurderingsprosess basert på informasjon fremkommet gjennom samtale med pasienten og funn fra fysioterapeutens funksjonsundersøkelser (3). Gjennom samtale med pasienten får fysioterapeuten informasjon om hva problemet er, hvor omfattende det er og på hvilken måte det influerer på pasientens daglige liv. For å avspeile dette, inneholder håndfunksjonsundersøkelsen spørsmål om pasientens vurdering av problem og resultater fra fysioterapeutens funksjonsundersøkelse. Utfordringen ble å lage spørsmål som kunne få frem de mange individuelle variasjoner og samtidig vektlegge det «typiske» ved å ha revmatoid artritt (RA).

RA er primært en betennelsessykdom som affiserer strukturer i ledd og muskulatur. Svekkelse av muskulatur og endret bevegelighet kan oppstå som konsekvens av betennelse og degenerasjon. Fysioterapeutenes arbeid er rettet mot å motvirke eller redusere utvikling av slike funksjonsforandringer. Det er av stor

betydning å forstå på hvilken måte og i hvilken grad funksjonsforandringene påvirker pasientenes daglige aktiviteter og at dette er utslagsgivende i utformingen av tiltak.

RA er en kronisk, inflammatorisk system sykdom av ukjent årsak. Inflammasjon opptrer i kroppens bindevev, spesielt lokalisert til synovialhinne i ledd og seneskjeder. Sykdommen debuterer ofte med symmetrisk betennelse i hånd- og fingerledd (4,5). Degenerasjon av ledd og forandringer i leddnære strukturer kan resultere i feilstillinger som fører til bevegelse om ikke- fysiologiske akser. Sykdomsprosesser, så vel som smerte og stivhet kan føre til at pasienter med RA reduserer bruken av hendene. Både inaktivitet og patologiske forandringer kan gi nedsatt leddbevegelighet, muskelsvakhet samt redusert evne til å utføre grep, for eksempel kraft- og pinsettgrep (4,6,7). Flere studier viser at redusert gripefunksjon og nedsatt leddbevegelighet, muskelstyrke og smerte i overekstremiteter hos pasienter med RA har betydning for evne til å utføre aktiviteter i dagliglivet (ADL-funksjoner) (8-10). Videre er det funnet sammenhenger mellom redusert håndfunksjon, redusert deltagelse i yrkesliv

Sammendrag

Studiens hensikt var å utvikle en klinisk undersøkelse for å kartlegge håndfunksjon hos pasienter med revmatoid artritt (RA). Vi hentet informasjon fra klinisk praksis i Norge, Sverige og England, og i publiserte studier, og utarbeidet første utkast til håndfunksjonsundersøkelsen. Utkastet ble revidert med bakgrunn i intervjuer med fysioterapeuter og pasienter med RA. Den kliniske håndfunksjonsundersøkelsen består av tre hoveddeler. Del 1. Selvrporterings skjema med strukturerte spørsmål som gir informasjon om hvordan, og i hvilken grad, pasientens håndfunksjonsproblem influerer på pasien-

entens daglige liv. Del 2. Samtale hvor problemstillinger som er aktuelle for den enkelte pasient utdypes. Del 3. Skjema med observasjoner og tester som foretas av fysioterapeuten. Brukermanual er utarbeidet for å sikre standardisering. Undersøkelsen må prøves ut i praksis, evalueres og eventuelt videreutvikles på grunnlag av erfaringer som gjøres.

Nøkkelord: Revmatoid artritt, håndfunksjon, fysioterapi, evidence-based practice

og sosial isolasjon (11-13).

Hensikten med å utvikle en klinisk håndfunksjonsundersøkelse var å lage et skjema for å forenkle fysioterapeuters dokumentasjon av kliniske funn. Hva undersøkesskjemaet skulle inneholde ble utviklet gjennom en arbeidsprosess bestående av to faser. I første fase ønsket vi å utfordre egen praksiserfaring ved å innhente informasjon om hvilke fenomener og metoder som benyttes av andre terapeuter i klinisk praksis og av de som forsker på håndfunksjon hos pasienter med RA. I andre fase ble det første utkastet til håndfunksjonsundersøkelsen utviklet videre gjennom at dens kliniske relevans ble vurdert av fysioterapeuter og pasienter med RA.

Fase 1

Problemstilling

Hvilke fenomener er terapeuter opptatt av og hvilke metoder bruker de for å undersøke disse i klinisk praksis og i vitenskapelig litteratur?

Metode

Datainnsamling fra klinisk praksis

Samtlige fysioterapiavdelinger tilknyttet revmatologiske avdelinger i Norge, ergoterapeuter fra svenske sykehus og fysio- og ergoterapeuter kontaktet gjennom den britiske håndterapiforeningen ble bedt om å sende inn skjema, retningslinjer og andre skriftlige nedtegnelser som vedrørte undersøkelse av håndfunksjon.

Fysioterapeuter ved 16 av 18 fylkes- og regionsykehus i Norge svarte på henvendelsen. Ved tre av disse sykehusene hadde de utarbeidet skjema for håndfunksjonsundersøkelse. Det ble gjort en telefonisk henvendelse til de resterende 13 sykehusene.

I Sverige er det i stor grad ergoterapeuter som arbeider med håndfunksjon hos pasienter med RA. Flere av ergoterapeutene skilte seg fra norske fysioterapeuter ved at de driver forskning og utviklingsarbeid i forhold til den revmatiske hånden i sin kliniske praksis. Fem av de seks forespurte sykehusene svarte på henvendelsen. Ved fire av sykehusene hadde ergoterapeutene utarbeidet skjema for håndfunksjonsundersøkelse.

Den britiske håndterapiforeningen oppgav navn på 10 engelske fysio- og ergoterapeuter som var engasjert i klinisk relatert forskning og fagutvikling i forhold til håndfunksjon hos revmatikere. Vi sendte en skriftlig forespørsel om å få tilsendt informasjon vedrørende undersøkelse av håndfunksjon. Det kom svar fra to fysioterapeuter og en ergoterapeut hvor to av svarene inneholdt skriftlige retningslinjer.

Søk i litteraturen

Det ble søkt på databasene Medline, Embase og Cinahl fra 1988 til 2002. Søkeord var «rheumatoid arthritis, hand, assessment/physical examination, physiotherapy, disability, range of motion, muscle performance og pain». Ett og ett ord ble kombinert med «rheumatoid arthritis» og «hand», og relevant litteratur fra referanse-listene i artiklene ble innhentet.

Vi fant kun litteratur som refererer arbeider innen kvantitativ forskningstradisjon. Vi søkte derfor videre med en kombinasjon av «rheumatoid arthritis» og «qualitative methods» uten resultat. I søk på «rheumatoid arthritis» i tidsskriftene *Qualitative Health Research* og *J. Advanced Nursing* fikk vi mange treff. Artiklene omhandlet tema som stigmatisering, leve med kronisk sykdom, og forhold til familie og venner og ble vurdert å være på siden av det vi var opptatt av i håndfunksjonsundersøkelsen.

Analysen

Den skriftlige informasjonen innhentet fra fysioterapeuter i klinikken og fra litteratursøk i databaser, ble systematisert under ICF-kategoriene, «body function and structure» (for eksempel leddbevegelighet og feilstillinger), «activity» (for eksempel ADL-funksjoner) og «participation» (for eksempel deltagelse i yrkesliv) (14). ICFs klassifiseringsmanual ble benyttet for å klassifisere fenomenene i de tre kategoriene.

Fase 1 – Resultater

Fenomener og undersøkelsesmetoder i klinikken

Fysioterapeutene og ergoterapeutene undersøker fenomener klassifisert under ICFs tre kategorier (Tabell 1). Fysioterapeutene har ingen standardiserte undersøkelser for å innhente informasjon om pasientens håndfunksjon relatert til deltagelse og aktiviteter i dagliglivet. Informasjon innhentes gjennom samtale med pasienten. Det ble ikke gitt konkrete eksempler på hva man spør eller snakker om. De svenske ergoterapeutene kartlegger håndfunksjon på «activity»-området ved å benytte en standardisert observasjonstest; «Grip Ability Test», GAT (15), og et spørreskjema for å undersøke ADL hvor håndfunksjon inngår i et større hele.

Både ergo- og fysioterapeuter undersøker stort sett de samme fenomenene og bruker i stor grad de samme målemetodene når det gjelder fenomener som ble klassifisert under «body function and structure». Smerte undersøkes ved at en spør om smerte er til

stede eller ikke, og alvorlighetsgrad ved en visuell analog skala (VAS). Gripefunksjoner undersøkes ved observasjon av to- og trepunkts pinsettgrep, samt nøkkel-, sylindere og knytttegrep, og angis med kategoriene kan/ kan ikke eller i forhold til i hvilken grad en klarer å utføre grepene. Leddbevegelighet måles ved goniometer, linjal eller øyemål. Muskelkraft måles med ulike manometere. Feilstillinger, muskellengde og hevelse kartlegges ved at en undersøker om det er endringer fra det som anses å være normalt, og alvorlighetsgraden av endringene angis ved ulike graderte skalaer. Sensibilitet undersøkes vanligvis ved at fysioterapeutene spør om pasienten er nummen i hendene eller om de kjenner prikking eller lignende. I sjeldne tilfeller benyttes monofilamenter (16) for å kartlegge terskelverdi for berøring.

Fenomener og undersøkelsesmetoder i litteraturen

Litteraturen inneholder undersøkelser av fenomener som kan klassifiseres under alle de tre ICF-kategoriene som ble brukt i analysen (Tabell 1). Kartlegging av håndfunksjon klassifisert under «participation» er imidlertid lite brukt, og bare to spørreskjema omhandler håndens betydning for deltagelse i sosiale sammenhenger (17,18). Det er flere instrumenter som kartlegger håndfunksjon med tanke på personlig ADL (som av- og påkledning, hygiene, inntak av føde) og instrumentell ADL (som husarbeid og innkjøp av varer). Felles for disse instrumentene er at kartlegging skjer ved å benytte enten strukturerte spørsmål (17-20) eller observasjon av standardiserte aktiviteter (15,21-23). Undersøkelser og målemetoder i Tabell 1 er i varierende grad undersøkt for validitet, reliabilitet og sensitivitet.

Evaluering av informasjon og utvikling av første utkast til håndfunksjonsundersøkelse

Vurdering av klinisk relevans

Klinisk relevans ble vurdert i forhold til om fenomenene og undersøkelsesmetodene var relevante for å belyse pasientens problem, omfang og betydning for å fungere i dagliglivet. Førsteforfatters kliniske erfaring ble lagt til grunn for vurderingen. Hun har 14 års erfaring fra spesialavdeling med undersøkelse og behandling av denne type pasienter og har bred erfaring med fagutvikling og undervisning relatert til pasientgruppen, blant annet som praksislærer ved HiO. I tillegg har hun førsteavdeling i manuell terapi og har i de senere årene vært opptatt av å få økt forståelse for hvordan og i hvilken grad

Tabell 1: Funksjonsområder og undersøkelser som fremkommer i kliniske og vitenskapelige undersøkelser av håndfunksjon hos pasienter med RA

Funksjoner og symptomer	Undersøkelsesmetoder i klinisk praksis	Undersøkelsesmetoder i vitenskapelig litteratur
Participation Aktiviteter knyttet til arbeid, fritid og sosiale roller	Samtale	Cochin rheumatoid hand disability scale (17) Michigan Hand Outcomes Questionnaire (18)
Activity Personlig ADL Instrumentell ADL	Samtale	Cochin rheumatoid hand disability scale (17) Michigan Hand Outcomes Questionnaire (18) Stanford Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ ADL-index) (19) Arthritis Impact Measurement Scales-2 (AIMS 2) underskala for hånd/ fingre (20) The grip ability test (GAT) (15) Sollerman hand function test (21) Sequential Occupational Dexterity Assessment (SODA) (22,31) Jebsen hand function test (23)
Body functions Smerte	Spørreskjema gradert 0-100 Strukturert intervju, klassifisert ja/nei	Spørreskjema gradert 0-100, 10- og 5-delt skala (31)
Stivhet	_____	Antall minutter (26)
Miste ting/ «glippe»	_____	Hyppighet (32)
Samlet aktiv bevegelighet i hånd, albu og skulder	_____	Funksjonsvurdering skulder-arm, 6-delt skala (33)
Håndens grunngrep: Sylindregrep: 2- og 3-punkt, pincett- og nøkkelgrep: Knyttgrep:	Test med treklosser av ulik størrelse Observasjon, klassifisert kan/kan ikke Test gradert med cm.	Test med sylinder, 3-delt skala (34) Observasjon, kan/kan ikke (35) Test gradert med cm. (36) eller 3-delt skala (34)
Leddbevegelighet	Test gradert med grader (goniometer/øyemål) eller cm. (linjal)	Goniometer (37-44)/Linjal (41,42,44)
Muskelkraft ved 2- og 3-punkt pincett-, nøkkel- og kraftgrep	Direkte kraftmåling	Direkte kraftmåling (45-47)
Muskellengde	Test med 4-delt skala	Test med 4-delt skala, evt. i ant. grader (48)
Sensibilitet	Intervju ang. nummenhet, prikking o.lign. klassifisert ja/nei Test av terskelverdi for berøring, 5-delt skala	Test av terskelverdi for berøring, 5-delt skala (16) Test av tactile gnosis, 3-delt skala (24)
Body structures Feilstillinger	Observasjon, klassifisert ja/nei evt. 4-delt skala	Observasjon, klassifisert ja/nei (49), 3-delt skala (50), evt. i ant. grader (49)
Hevelse	Palpasjon, klassifisert ja/ nei	Palpasjon, klassifisert ja/nei (31) Målt i mm. (35)

for eksempel muskelfunksjon og leddbevegelighet kan ha betydning for pasientens daglige liv.

Informasjon i forhold til hensiktene med en klinisk undersøkelse

Fysioterapeuter i klinisk praksis benytter samtale for å få frem informasjon om håndfunksjon i forhold til aktiviteter og deltakelse i sosiale sammenhenger. Funn fra publiserte studier viste at fenomener klassifisert under «activity» og «participation», ble undersøkt med standardiserte spørreskjema eller observasjon av standardiserte aktiviteter. Fenomenene ble ansett som relevante, men spørreskjemaene som omhandlet deltakelse og aktiviteter ble vurdert til enten å gi for begrenset informasjon (19,20) eller å være for omfattende (17,18) til å være anvendelige i klinisk praksis.

Instrumentene som ble brukt i observasjon av aktiviteter ble vurdert ikke å være relevante for fysioterapeuter i klinisk arbeid. Metodene var tidkrevende, og det ble brukt spesialutstyr som ikke er vanlig i en fysioterapiavdeling (21-23). GAT var imidlertid et unntak fra dette ved at den måler tre aktiviteter der et eksempel er «Plukk opp binders fra bordplaten og sett den på konvolutt. Legg konvolutt ned på bordet igjen.» Disse aktivitetene ble likevel vurdert å gi for begrenset informasjon i forhold til å belyse pasientens problem, dets omfang eller betydning for dagliglivet.

Under kategorien «body function and structure» var det stor grad av samsvar mellom informasjonen fra klinikken og fra litteraturen (Tabell 1). Litteraturen inneholdt imidlertid informasjon om flere symptomer og funksjoner enn en var opptatt av i klinikken og presenterte et bredere utvalg av undersøkelsesmetoder. I litteraturen ble graderte skalaer i form av svarkategorier ofte brukt, mens fysioterapeutene ofte brukte egne beskrivelser med gradsadverb.

Første utkast til håndfunksjonsundersøkelse

Spørsmål om hvordan hendene fungerer i daglige aktiviteter, yrkesliv og fritidsaktiviteter ble inkludert slik at håndfunksjonsundersøkelsen favner alle pasienter med RA. Vi fant ikke standardiserte instrumenter som inneholdt spesifikke spørsmål om håndfunksjonens betydning for sosial deltakelse. Funksjonene «håndhilsen», «spise sammen med venner» og «betale med mynter» ble innlemmet da aktivitetene involverer hånden og kan virke inn på sosial deltakelse.

Vi tok videre utgangspunkt i Sollermands

klassifikasjon av gripefunksjoner (21) for å utarbeide standardiserte aktiviteter og valgte ut åtte spesifikke aktiviteter som kunne gi informasjon om evne til å bruke ulike gripefunksjoner i daglige aktiviteter: «kneppe en skjorte eller en bluse», «knytte en knute eller lage en sløyfe», «vri om nøkkelen i en lås», «skrive med penn eller blyant», «åpne et nytt glass med skrulokk», «ta på hansker», «løfte en mugge med 1 liter vann og fylle et glass» og «skjære opp kjøtt med kniv».

Alle symptomer og funksjoner under klassifikasjonen «body function and structure» som var presentert i den vitenskapelige litteraturen ble inkludert da klinisk erfaring tilsa at disse kunne være relevante (Tabell 1).

Fase 2

Problemstilling

Vurderer fysioterapeuter og pasienter med RA fenomenene og metodene i første utkast av håndfunksjonsundersøkelsen som klinisk relevante?

Metode

Datainnsamling fra fysioterapeuter

Vi intervjuet fire fysioterapeuter tilknyttet revmatologiske avdelinger ved tre ulike sykehus og et privat fysikalsk institutt i Oslo. Fysioterapeutene hadde fra 12 til 20 års erfaring med undersøkelse og behandling av pasienter med RA. Alle hadde arbeidet aktivt med fagutvikling og to av fysioterapeutene var involvert i forskning relatert til pasienter med RA. Fysioterapeutene ble spurt om innholdet i første utkast til håndfunksjonsundersøkelse var relevant og om noe manglet.

Datainnsamling fra pasienter

For å få informasjon fra pasienter med ulike alvorlighetsgrader av RA, ble det valgt pasienter som hadde røntgenforandringer i hendene fra artritt grad 1 (lett grad av leddforandringer), til grad 5 (totalt ødelagte ledd) (24). Tre kvinner og to menn med diagnosen RA (25) i alder fra 42 til 71 år og som hadde hatt sykdommen fra 2-43 år ble inkludert. Studien er godkjent av Medisinsk Forskningssetisk Komité.

Informantene ble spurt om på hvilken måte betennelsesreaksjonen i hendene påvirker deres evne til å klare daglige aktiviteter, yrkesliv, fritidsaktiviteter eller andre ting som kunne være viktige for dem. Videre ble de spurt om symptomer som smerte, stivhet, kraftløshet, nummenhet og opplevelse av å være klønete ved å miste ting ut av hendene. De tre pasientene som hadde utviklet ulik grad av feilstillinger ble spurt i hvilken grad

hendenes utseende hadde vært problematisk eller vanskelig for dem. Pasientene vurderte utkastet til håndfunksjonsundersøkelse som var korrigert i henhold til fysioterapeutenes anbefalinger.

Fase 2 - Resultater

Fysioterapeutenes vurdering

Fysioterapeutene foreslo å utelate funksjonene som omhandlet aktiviteter og deltakelse i sosiale sammenhenger da det var usikkerhet om hvordan man skulle fortolke pasientenes svar i forhold til funksjonene. Det ble reist spørsmål om å «spise et måltid sammen med andre» gir informasjon om hvordan pasienten klarer å spise, eller om det gir informasjon om pasientens opplevelse av å bruke hendene i en sosial sammenheng. Under funksjonene aktiviteter ble det foreslått å utelate funksjonen «knytte en knute eller lage en sløyfe» da funksjonen gir relativt lik informasjon som «kneppe en skjorte eller en bluse». Disse spørsmålene ble derfor ansett som ikke relevante og utelatt fra håndfunksjonsundersøkelsen.

Aktiviteten «vri opp en skureklut» ble innlemmet i undersøkelsen. Den ble ansett som relevant fordi fysioterapeutene ønsket informasjon om pasientens evne til å utføre en funksjon som krever pro- og supinasjon på grunn av det distale radio-ulnarleddets funksjonelle tilknytning til håndleddet.

Fysioterapeutene bekreftet at de symptomene og funksjonene som var valgt ut i første utkast til håndfunksjonsundersøkelse var relevante. Det ble gitt forslag til enkelte justeringer, for eksempel å fokusere på symptomenes innvirkning på pasientens evne til å klare daglige aktiviteter i stedet for å måle symptomenes intensitet generelt. Fysioterapeutens oppgave er ofte å hjelpe pasienten til å finne strategier for bevegelse på tross av smerter og stivhet og ikke behandle symptomer som sådan. Vurdering av samlet aktiv bevegelse av hånd, albue og skulder ble foreslått å bli gjort på en firedelt skala istedenfor seksdelt skala. Gradering av feilstillingen «ulnardeviasjon av 2-4 fingers MCP-ledd» ble foreslått å bli gjort på en firedelt skala til forskjell fra de andre feilstillingene som graderes med kategoriene ja og nei. Begrunnelsen for dette er at fysioterapeuter har kliniske erfaring for at ulnardeviasjon i fingrenes MCP-ledd i tidlig fase lar seg korrigere ved trening.

Pasientenes vurdering

Leddforandringene i hendene hadde i svært ulik grad påvirket pasientenes evne til å klare daglige aktiviteter, yrkesliv og fritids-

aktiviteter. Mens en var aktiv med jakt og fiske, var en annen uføretrygdet og avhengig av hjelp til personlig ADL. Alle pasientene fortalte at de i perioder hadde vært plaget av symptomer som smerte, stivhet, kraftløshet og opplevelse av å føle seg klønete ved at de stadig mistet ting ut av hendene. Tre pasienter hadde i perioder vært plaget med numne fingre. En pasient fortalte at hun hadde vært lei seg fordi hånden hadde blitt mindre smidig. Blant annet kom dette til uttrykk når hun skulle stryke eller kjærtegne barnet sitt. To av de tre pasientene som hadde utviklet feilstillinger fortalte at de hadde tenkt mye på hendenes utseende. For den ene pasienten hadde deformerte hender vært medvirkende årsak til at hun i perioder hadde valgt å holde seg mest mulig hjemme. Disse pasientene ønsket at helsepersonell hadde vært mer åpne for å snakke om slike forhold og ønsket derfor at dette temaet skulle innlemmes i undersøkelsen. Den tredje pasienten mente at fysioterapeutene heller burde konsentrere seg om hendenes mulighet til å klare praktiske oppgaver.

Pasientene mente at de åtte spesifikke aktivitetene i første utkast til håndfunksjonsundersøkelsen er meningsfulle fordi de inngår i vanlige daglige gjøremål i norsk kultur. De mente ellers at det å «håndhils» er en sosial aktivitet som særlig i perioder med mye smerter og stivhet byr på problemer. Pasientene syntes i større grad enn fysioterapeutene å fokusere på den endrete håndfunksjonens sosiale og følelsesmessige aspekter om enn på litt ulike måter. De ulike måtene gjorde det vanskelig å finne egnede spørsmål knyttet til konkrete situasjoner. I siste utkast til håndfunksjonsundersøkelse innlemmet vi et spørsmål om i hvilken grad pasienten er tilfreds med sin håndfunksjon. Vi mente dette kunne innlede til en samtale om i hvilke situasjoner og på hvilken måte en var tilfreds eller ikke.

Spørsmål som fanger opp hvordan hendene fungerer i forhold til berøring og i forhold til fingrenes utseende ble ikke innlemmet i spørreskjemaet, men satt inn i rubrikk for tilleggsopplysninger hvor fysioterapeutene kan gjøre sine merknader. Begrunnelsen for dette var at det ikke alltid vil være naturlig å ta opp disse temaene, og at en må avgjøre når det er relevant i den enkelte situasjon. Opplysninger fra pasientene om at de fungerte svært ulikt i dagliglivet og at de gjenkjente symptomene som det ble spurt om, ble tatt til inntekt for at fysioterapeutenes vurderinger var relevante på disse områdene.

En klinisk håndfunksjonsundersøkelse

Del 1. Selvrapporing

Den første delen inkluderer et selvrapporingsskjema med strukturerte spørsmål som skal gi informasjon om hvordan og i hvilken grad pasientens håndfunksjon påvirker pasientens daglige liv. Selvrapporingen er ment å være utgangspunkt for samtale, og består av følgende spørsmål:

– *Hvordan har hendene dine fungert den siste uken i forhold til å klare:*

a) daglige aktiviteter, b) yrkesliv, skole og lignende, c) fritidsaktiviteter. Pasienten kan svare i kategorier fra «svært bra - bra - midtels - dårlig - svært dårlig».

– *Hvor tilfreds har du vært med din håndfunksjon den siste uken?* («svært tilfreds - tilfreds - middels- utilfreds- svært utilfreds»).

Pasienten bes om å krysse av for det svaret som beskriver evne til å utføre ulike aktiviteter uten hjelpemidler innenfor svarkategoriene «klarer uten besvær - klarer med noe besvær - klarer med mye besvær - ikke i stand til det». Aktivitetene er:

1. Knepe en skjorte eller en bluse
2. Vri om nøkkelen i en lås
3. Skrive en A4- side med penn eller blyant
4. Ta på hansker
5. Åpne et syltetøyglass som er blitt åpnet før
6. Løfte en mugge med en liter vann med en hånd og fylle et glass
7. Skjære kjøtt med en kniv
8. Vri opp en skureklut
9. Håndhils

Pasienten bes i tillegg krysse av dersom de klarer aktivitetene med hjelpemidler/alternative løsninger. Hvilke hjelpemidler/alternative løsninger som pasienten bruker for å utføre aktiviteter med hendene noteres i eget felt.

Når det gjelder symptomene «stivhet i hendene, smerter i hendene, miste ting/«glippe», bes pasienten krysse av for hvordan symptomene påvirker evne til å utføre daglige aktiviteter i en 5-punkts skala fra «ingen innvirkning til svært stor innvirkning».

Pasienten blir oppfordret til å liste opp 3 av sine viktigste mål og ønsker med hensyn til hendene og deres funksjon.

Del 2. Samtale

Hensikten med denne delen er å utdype problemstillinger som er aktuelle for den enkelte pasient. Relevant informasjon som fremkommer her noteres som tilleggsopplysninger i skjema.

Del 3. Skjema med observasjoner og tester som foretas av fysioterapeuten

Fysioterapeuten velger ut de funksjonstester som er relevante å dokumentere i den aktuelle situasjon. 4 hovedområder er inkludert (Tabell 2).

Diskusjon

For å lage et skjema som kunne brukes i undersøkelse av pasienter med RA, valgte vi å innhente informasjon fra mange kilder for å få ideer til innholdet. Informasjon fra pasientene ga oss flest nye ideer om hva som kunne være relevante fenomener å fokusere på for fysioterapeuter. Litteraturen ga oss i stor grad informasjon om standardiserte målemetoder.

Fenomener og målemetoder i første utkast til undersøkelse var basert på informasjon fra litteraturgjennomgang og eksisterende kliniske instrumenter. Avgjørende for hva som ble inkludert var førsteforfatters vurdering av klinisk relevans. Hennes vurderinger ble i stor grad bekreftet av fysioterapeutkollegene som ble spurt, og en antar derfor at håndfunksjonsundersøkelsen i stor grad inneholder det fysioterapeuter mener er relevant. Gjennom samtaler med pasientene fikk vi flere nye ideer om hva undersøkelsen også burde inneholde. Pasientene var valgt ut slik at de skulle være en mest mulig heterogen gruppe. Det lave antall pasienter innebar imidlertid at vi ikke fikk «datametning» gjennom samtalen. Det kan derfor være at vi hadde fått flere nye ideer dersom vi hadde snakket med flere pasienter.

For å få oversikt over alle fenomenene som fremkom, måtte vi kategorisere resultatene. Til dette formål valgte vi å bruke kategorier fra ICF. Vi mente at det var viktig å undersøke fenomener tilhørende alle hovedkategoriene i ICF, og dette kan til en viss grad ha styrt valgene og kreativiteten i arbeidsprosessen. En kan stille spørsmål ved hvorfor det er så mange fenomener i undersøkelsen som klassifiseres under «body function and structure». Det har vært reist kritikk mot tidligere utgaver av ICF (ICIDH) (26) hvor en påpeker at modellen bygger på årsakstenkning som innebærer at funksjonstap er forårsaket av endringer i kroppsorganer («impairments»), og at «impairments» fører til endringer i aktivitet og deltagelse. Hos pasienter med RA er «impairments», som nedsatt muskelkraft og smerte, sterkt relatert til betennelse og degenerasjon i muskelskjelettet. Vi mener derfor det er relevant med mange undersøkelser på dette nivået hos pasienter med RA. Det er imidlertid ikke nødvendigvis lineære sam-

Tabell 2. Observasjoner og tester inkludert i håndfunksjonsundersøkelsen

Funksjon hånd, albue og skulder	<ul style="list-style-type: none"> - Løfte hånden mot taket med full fleksjon i skulder og ekstendert albu. - Føre hånden bak ryggen til 12 thoracalvirvel. (graderes fra 0 = klarer uten problem til 3= klarer ikke, stor bevegelsesinnkrenkning)
Feilstillinger	<ul style="list-style-type: none"> - Volar sublaksasjon håndledd (kategori ja/nei) - 90/90 deformert tommel (kategori ja/nei) - Fingre 2 -5: Teleskopfingre, Knappehullsdeformitet, Svanehalsdeformitet, Volar sublaksasjon MCP (kategori ja/nei), Ulnardeviasjon MCP (0= Ingen feilstilling - 3 = kan ikke korrigeres)
Leddbevegelighet	<ul style="list-style-type: none"> - Underarm: supinasjon og pronasjon - Håndledd: dorsalfleksjon, volarflexjon, radialdeviasjon, ulnardeviasjon - Fingre 2-5: samlet fleksjon, samlet eksensjon, fleksjon MCP- ledd og ekstensjon MCP- ledd - Tommel: opposisjon, abduksjon CMC, 2 pkt pincettgrep, 3 pkt pinsett-grep (angis som absoluttmål med goniometer og som ca ved øyemål)
Muskelkraft (angis i Newton eller pound) - kraft og smerte registreres for kraftgrep og nøkkelgrep.	
Andre opplysninger (sensibilitet, sirkulatoriske forhold, muskellengde, berøring, kosmetiske aspekter).	

menhenger mellom områdene. Klinisk erfaring tilsier at pasienter med store forandringer i funksjoner innen «body function and structure» kan ha få problem innen «activity» og «participation» og vice versa.

Det var vanskelig å utarbeide standardiserte gode spørsmål som får fram informasjon innen «activity» og «participation». Dette skyldes hovedsakelig at det er store individuelle variasjoner mellom pasienter om hva som er relevant ut fra deres livssituasjon og sosiale rolle. I manualen påpekes det at utfyllende informasjon om håndfunksjon knyttet til disse områdene må innhentes gjennom samtale og at viktig informasjon fra samtalen nedtegnes på skjema. På denne måten mener vi å ha tatt hensyn til at pasienter har ulike behov som må fremkomme i fysioterapeuters undersøkelse.

I retningslinjene for andre del av håndfunksjonsundersøkelsen understrekes det at fysioterapeuten må utøve sitt faglige skjønn ved å velge ut de tester som til enhver tid er relevante. Dette innebærer at fortolkning av funn og hvordan dette får konsekvenser for valg av tiltak, ikke er standardisert. Vi mener at en slik standardisering vil innebære at en må forlate prinsippet om at enhver pasient skal vurderes og behandles individuelt

(27,28).

Vi har erfart at bruk av skjema gir en god påminnelse om hvilke fenomener som kan være relevant å undersøke og at en bruker mindre tid på å dokumentere resultater fra undersøkelsen. Erfaring så langt er at håndfunksjonsundersøkelsen er egnet for pasienter i tidlig fase av sykdommen hvor endret håndfunksjon ofte er et hovedproblem og ved håndkirurgiske problemstillinger. Selv om en del fysioterapeuter og pasienter mente at fenomenene og metodene som er innlemmet i håndfunksjonsundersøkelsen er relevante, er det likevel rimelig å anta at relevante først og fremst vil bli utfordret når funksjonsundersøkelsen prøves ut i klinisk praksis. Vi håper å kunne evaluere håndfunksjonsundersøkelsen på en systematisk måte fremover. Det var opprinnelig ikke satt krav om at håndfunksjonsundersøkelsen skulle kunne fange opp endringer i pasientens håndfunksjon over tid. Videre erfaring vil kunne gi informasjon om så er tilfelle.

Konklusjon

På bakgrunn av informasjon fra vitenskapelige rapporter, fysioterapeuter og pasienter i klinikken er det utarbeidet en klinisk undersøkelse for å kartlegge og dokumentere

håndfunksjon hos pasienter med RA. Det er utarbeidet skriftlige retningslinjer for bruk av håndfunksjonsundersøkelsen. Den nye håndfunksjonsundersøkelsen skal nå systematisk prøves ut i klinisk fysioterapi praksis på flere pasienter med RA, evalueres og eventuelt videreutvikles på bakgrunn av de erfaringer som fremkommer.

Litteraturliste

1. Mengshoel AM. Skal fysioterapi praksis i framtida være «evidence-based»? Fysioterapeuten 2000;10:18-9.
2. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practise. Evidence does not make decisions, people do. *BMJ* 2002;324:1350.
3. Sahrman SA. Diagnosis by the physical therapist- A prerequisite for treatment. *Phys Ther* 1988; 68(11):1703-6.
4. Eberhardt KB, Fex E. Functional impairment and disability in early rheumatoid arthritis- development over 5 years. *J Rheumatol* 1995;22(6):1037-42.
5. van der Heijde DM, van Leeuwen MA, van Riel PL et al. Biannual radiographic assessments of hands and feet in a three-year prospective followup of patients with early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1992;35(1):26-34.
6. Hakala M, Nieminen P, Manelius J. Joint impairment is strongly correlated with disability measured by self- report questionnaires. Functional status assessment of individuals with rheumatoid arthritis in a population based series. *J Rheumatol* 1994;21(1):64-9.
7. van Lankveld WG, 't Pad BP, van de PL. Predictors of changes in observed dexterity during one year in patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1998;37(7):733-9.
8. Vliet Vlieland TP, van der Wijk TP, Jolie IM et al. Determinants of hand function in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1996;23(5):835-40.
9. Bostrom C, Harms-Ringdahl K, Nordemar R. Shoulder, elbow and wrist movement impairment- predictors of disability in female patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Rehabil Med* 1997;29(4):223-32.
10. Bostrom C. Shoulder rotational strength, movement, pain and joint tenderness as indicators of upper-extremity activity limitation in moderate rheumatoid arthritis. *Scand J Rehabil Med* 2000;32(3):134-9.
11. Minor MA, Hewett JE. Physical fitness and work capacity in women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 1995;8(3):146-54.
12. Wolfe F, Hawley DJ. The longterm outcomes of rheumatoid arthritis: Work disability: a prospective 18 year study of 823 patients. *J Rheumatol* 1998;25(11):2108-17.
13. Archenholtz B, Bjelle A. Reliability, validity, and sensitivity of a Swedish version of the revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS2). *J Rheumatol* 1997;24(7):1370-7.
14. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. 2001. Geneva.

15. Dellhag B, Bjelle A. A Grip Ability Test for use in rheumatology practice. *J Rheumatol* 1995;22(8):1559-65.
16. Bell-Krotoski J, Tomancik E. The repeatability of testing with Semmes-Weinstein monofilaments. *J Hand Surg [Am J]* 1987;12(1):155-61.
17. Duruoz MT, Poiradeau S, Fermanian J et al. Development and validation of a rheumatoid hand functional disability scale that assesses functional handicap. *J Rheumatol* 1996;23(7):1167-72.
18. Chung K.C, Pillsbury M.S., Walters M.R. et al. Reliability and Validity Testing of the Michigan Hand Outcomes Questionnaire. *Journal of Hand Surgery* 1998;23A(4):575-87.
19. Fries JF, Spitz P, Kraines RG, Holman HR. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 1980;23(2):137-45.
20. Meenan RF, Mason JH, Anderson JJ et al. AIMS2. The content and properties of a revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales Health Status Questionnaire. *Arthritis Rheum* 1992;35(1):1-10.
21. Sollerman C, Ejeskar A. Sollerman hand function test. A standardised method and its use in tetraplegi patients. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 1995;29(2):167-76.
22. van Lankveld W, van't Pad BP, Bakker J et al. Sequential occupational dexterity assessment (SODA): a new test to measure hand disability. *J Hand Ther* 1996;9(1):27-32.
23. Jebson RH, Taylor N, Trieschmann RB et al. An objective and standardized test of hand function. *Arch Phys Med Rehabil* 1969;50(6):311-9.
24. Larsen A, Dale K, Eek M. Radiographic evaluation of rheumatoid arthritis and related conditions by standard reference films. *Acta Radiol Diagn (Stockh)* 1977;18(4):481-91.
25. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988;31(3):315.
26. WHO. The international Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). 1980 Geneva. Ref Type: Catalog.
27. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) 1999; <http://www.odin.dep.no/odin/>
28. Ansvar og meistring - Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. St.meld. nr. 21, 1999.

Undersøkelsens innhold er beskrevet i sin helhet i denne artikkelen. Det er utarbeidet en brukermanual som beskriver prosedyren for undersøkelsen. «Håndfunksjonsundersøkelse for pasienter med RA» med brukermanual kan hentes på NRRKs nettside: <http://www.verktoy.nrrk.no/>, klikk videre på Kartleggingsinstrument/tester. Komplet

Abstract

The purpose of the study was to develop a clinical assessment chart of hand function for patients with rheumatoid arthritis (RA). We collected information about hand function assessments from clinical practice in Norway, Sweden and England and did a literature review of published articles. Based on this information we designed a preliminary hand function assessment. The drafts clinical relevance of the hand function assessment was revised based on interviews with physiotherapists and patients with RA. The clinical hand function assessment consists of three parts. Part 1. A self-report form with structured questions giving information about how and to what degree, the patients hand function problems influence everyday life. Part 2. An interview where specific problems relevant to the patients are highlighted. Part 3. Assessment form including observation and specific clinical tests performed by the physiotherapist. A user manual is developed to ensure standardisation. The hand function assessment should be tested in clinical practice, revised and further developed according to experiences with its use.

Key words: Reumatoid arthritis, hand function, physiotherapy, evidence-based practice.

referanseliste fåes ved henvendelse til fysioterapeut Taran Paulsen, nå ansatt ved Klinisk aktivitetsavdeling, Diakonhjemmets Sykehus, P.b. 23, Vinderen, 0319 Oslo.

Forfatterne ønsker å takke: Pasienter med RA og fysioterapeuter for personlig og faglig bistand. Fond til Etter- og Videreutdanning av Fysioterapeuter for finansiering av prosjektet. Overlege Jan A. Pahles forskningslegat for økonomisk støtte til studietur til Royal National Hospital i Bath, England og til Karolinska Sjukhuset i Stockholm.

Videreutdanning i bevegelsesvitenskap på HiST

Fysioterapeuter jobber hver dag med problemstillinger knyttet til bevegelse. Nå har du muligheten til å lære mer om det teoretiske grunnlaget for bevegelse og hvordan du kan knytte dette opp mot egne praksiserfaringer. 8. desember går fristen ut for å søke på Videreutdanning i bevegelsesvitenskap ved avdeling for helsefag på Høyskolen i Sør-Trøndelag.

Utdanninga er åpen for alle med grunnutdanning tilsvarende bachelor innen fag som er relevante for bevegelsesvitenskap og gir 15 studiepoeng (tilsvarer fem vektall). Utdanninga er lagt opp over tre samlinger ved HiST i vårsemesteret 2004. Den første samlinga over fire dager er i februar og gir studentene innføring i teorigrunnlaget for normal bevegelse – motorisk utvikling, kontroll og læring. Neste samling tar for seg avvik fra normal bevegelse f.eks ved sykdom og skader eller i form av prestasjoner i idrett. Det forventes at studentene skriver essays under veiledning mellom samlingene, og mot den siste samlingen skal oppgaven relateres mot en problemstilling i egen praksishverdag. Den siste samlingen knytter teori og praksis sammen og avsluttes med en eksamen 13. mai.

Videreutdanningen har vært gjennomført med to kull studenter tidligere, men nytt av dage er at utdanningen nå kjøres i måltall dvs. at studentene trenger ikke å betale selv, annet enn semesteravgiften. Videreutdanningen er et samarbeidsprosjekt med Program for bevegelsesvitenskap ved NTNU, og en del forelesere derfra vil brukes i undervisningen. Dette har også ført til at de 5 vektallene godskrives som en del av mastergraden i bevegelsesvitenskap ved NTNU.

Videreutdanning i bevegelsesvitenskap er godkjent av Statens lånekasse for utdanning.

Bygg din egen benk på
www.masoflex.no

“Leverandør av STANDARD og
SPESIALBENKER for alle terapiformer”

FYSIOTERAPAUT - KIROPRAKTOR - LEGE - AKUPUNKTØR - NAPRAPAT - MASSØRER - OSTEOPAT

