

## Inledning

Behandlingsriktlinjen riktar sig till arbetsterapeuter som möter vuxna patienter med reumatoid artrit(RA) i Region Kalmar Län.

## 1 Faktabakgrund

Senast gjorda undersökningar i Skandinavien visar att prevalensen för Reumatoid artrit (RA) är 0,75 %. RA är 2-3 gånger vanligare hos kvinnor. Medianåldern för insjuknandet är 55-60 år men sjukdomen kan debutera i alla åldrar. RA är en inflammatorisk sjukdom där inflammationen i första hand drabbar vissa leder med stelhet och värk men där också en rad andra organ kan drabbas då sjukdomen har en systemisk karaktär. Exempel på extraartikulära symtom är noduli, pleurit, perikardit och vaskuliter.

Smärta och stelhet orsakas av inflammation i ledhinna (synovit) och senskidor (tenosynovit). Handled, MCP- och PIP-leder är de vanligast drabbade lederna i händerna. Ledvärk (artralgi) kan för patienterna vara ett betydande symtom. Denna artralgi kvarstår också relativt ofta efter framgångsrik antireumatisk behandling. Synovit i handleden kan medföra tryck på medianusnerven, karpaltunnelsyndrom (1).

Många patienter upplever också en trötthet som kallas fatigue, det är en trötthet som inte går att sova bort och den påverkar individen på ett påtagligt sätt (2). Smärtsamma och ömmande leder samt upplevd stelhet och trötthet leder till inaktivitet och muskelsvaghet (1).

Uppkomsten av RA beror på en samverkan mellan arv, miljö och andra faktorer. Rökning är den viktigaste riskfaktorn för att få RA men också kroppsvikt kan ha stor betydelse. Vanligt är att leddsvullnader debuterar i händerna. Så småningom engageras fler och fler leder och utbredningen blir symmetrisk. RA debuterar ofta smygande över veckor till månader. Symtomen kan utgöras av allmän sjukdomskänsla med trötthet, sömnstörningar, subfebrilitet, muskuloskelettala smärtor samt ofta uttalad stelhet i kropp och leder på morgonen. Vid mer framskriden sjukdom kan man se felställningar i händerna. Felställningar ser man idag mer sällan om patienten behandlas optimalt (1).

Den intensifierande läkemedelsbehandlingen vid reumatisk sjukdom har förbättrat patienternas tillstånd och prognos med minskad risk för framtida funktionsnedsättning, organskada och försämrad livskvalitet (2). Målet med behandlingen är att så snabbt som möjligt minska inflammation och risk för leddestruktion och att behandla smärta som inte reduceras av konventionell antiinflammatorisk behandling (1).

Alla patienter har inte tillräcklig effekt av läkemedelsbehandling och många av de patienter som insjuknade innan den moderna antireumatiska behandlingen blev möjlig har drabbats av funktionsinskränkningar och skador.

Patienter med svår systemsjukdom klarar sig idag bättre pga. nya behandlingsalternativ men kan ha kvarstående symtom och nedsatt funktion. Enligt Svensk Reumatologisk kvalitetsregister kvartalsrapport 2020-09-30 hade 36 % av registrerade RA-patienter måttlig-hög sjukdomsaktivitet med smärta, trötthet/fatigue, dålig sömnkvalitet, nedstämdhet vilket medför risk för nedsatt funktion och livskvalitet (2).

Med tanke på svårigheten att prognostisera förloppet för den enskilde patienten bör samtliga patienter erbjudas aktiv och optimerad behandling (1).

### 1.1 Nationella riktlinjer/Kliniska riktlinjer

- Etisk kod för Arbetsterapeuter (3).
- Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar; Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. I de nationella riktlinjerna ger socialstyrelsen rekommendationer om vård vid rörelseorganens sjukdomar. Socialstyrelsen 2021 (4).
- Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Reumatoid artrit (RA). Vårdförloppet inleds vid välgrundad misstanke om RA och avslutas när patienten har haft sjukdomen i ett år. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso-och sjukvård, Sveriges Regioner i Samverkan 2020 (5).
- Rekommendationer för Modern ReumaRehabilitering (2).

#### 1.1.2 Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Reumatoid Artrit, Region Kalmar län (6)

### 1.2 Arbetsterapeutiska modeller

Som övergripande teoretiska modeller kan Model of Human Occupation (MOHO) (7), Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) (8) och ValMo-modellen (9) användas. Modell väljs efter patientens behov och arbetsterapeutens skolning samt situationen.

### 1.3 Arbetsterapeutisk utredning

Utredning av patientens förmåga i aktivitet och delaktighet, fatigue och handens funktion görs med hjälp av olika bedömningsinstrument.

#### 1.3.1 Observation i aktivitet (exempel)

- AWP (Assessment of Work Performance – AWP 2.0) används för att via observation bedöma individens färdigheter vid utförande av aktivitet (10).
- AMPS (Assessment of Motor and Process Skills) används vid bedömning av en patients motoriska färdigheter och processfärdigheter i aktivitet (11).

### 1.3.2 Självskattning aktivitet (exempel)

- Aktivitetsförmåga – personlig vård och boende. Borås 1997 (12), (bilaga 1).
- COPM (Canadian Occupational Performance Measure) används för att synliggöra patientens egna upplevelser av svårigheter i vardagen (13).
- DASH (Disability of the Arm, Shoulder and Hand)/Quick-DASH används för att beskriva patientens förmåga att utföra aktiviteter inom P-ADL och I-ADL (14).
- EDAQ ger en fördjupad och mer detaljerad bedömning om patientens självupplevda symptom och ADL-förmåga (15).
- PS-ADL (Performance and Satisfaction in Activities of Daily Living) (används för att beskriva patientens förmåga att utföra P-ADL och I-ADL (16).
- PSLs (Patient Specific Leisure Scale) används för att beskriva patientens förmåga att utföra fritidsaktiviteter (17).
- WAI (Work Ability Index) används för att utvärdera individens arbetsförmåga och resurser i förhållande till arbetets krav (18).

### 1.3.3 Självskattning fatigue

- FSS – fatigue severity scale (19).
- Aktivitetsdagboken (20).

### 1.3.4 Bedömning av handfunktion

Länsövergripande handstatus Reumatologi – manual och status (bilaga 2-3)

- Smärta/värk i vila och vid belastning (VAS) (21).
- Nervinklämning (22).
- Rörlighet i handled, fingrar och tumme (23).
- Tummens opposition enligt Kapandji (24).
- Överrörlighet (25).
- SOFI handfunktionstest (26).
- GAT (Grip Ability Test) (27).
- Handstyrka mätt med Grippit, alternativt Jamar (28).
- Bedömning av ömma, svullna leder (palpation) (1).
- Inspektion av hud (1).
- Raynauds fenomen (1).
- Inspektion av felställningar (1).
- [RA felställningar beskrivning och behandling.pdf](#)
- Semmes Weinstein Monofilament sensibilitet (29).

### 1.3.5 Självskattning livskvalitet

- EQ-5D Hälsoenkät (30).

Efter genomförd utredning formuleras mål tillsammans med patienten (3).

## 2 Behandling

Det är viktigt att tidigt börja rehabilitering för personer med reumatoid artrit (4). Rehabiliterade insatser ska fortgå så länge behov kvarstår utifrån den reumatiska sjukdomen och med beaktande av ny kunskap om risk för samsjuklighet (2).

Patienten ska träffa arbetsterapeut med särskilda kunskaper i reumatologi inom 3 månader från diagnos, gärna tidigare, för bedömning och planering av behandling och ska vid behov erbjudas återkommande kontakt med arbetsterapeut under första året efter diagnos (5).

Målet med arbetsterapeutisk rehabilitering är att möjliggöra delaktighet samt känna tillfredsställelse i aktiviteter som är viktiga för individen (6). Arbetsterapeutiska åtgärder avser att förebygga, förbättra och vidmakthålla aktivitetsförmågan (3). Rehabiliteringen måste integreras och anpassas efter sjukdomens aktivitet och individuella behov. Syftet är att undvika, begränsa eller eliminera funktionshinder genom att återställa den kapacitet som patienten behöver för att så långt som möjligt kunna leva sitt liv på det sätt han/hon önskar (1).

Behandling sker individuellt eller i grupp, fysiskt eller digitalt. Arbetsterapeuten träffar patienten vid ett eller flera behandlingstillfällen. Med utgångspunkt från de aktivitets- och funktionsnedsättningar som utredningen visat och patienten upplevt som problem, genomförs olika åtgärder (6).

### 2.1 Handträning

Handträning är särskilt viktigt eftersom handfunktionen ofta påverkas tidigt (4). Handedd handträning har en ökad följsamhet hos patient till fortsatt handträning (2).

Patienter bör lära sig övningar för att ta ut ledrörlighet för att motverka kontrakturer och styrketräning för att motverka muskelatrofi (1).

Utvecklingsgrupp reuma har tagit fram flera träningsprogram; uppvärmning, rörlighet, styrka/uthållighet, finmotorik, skomakartumme, ulnardeviation fingrar, svanhalsdeformitet och knapphålsdeformitet.

Programmen finns som mallar i ExorLive och justeras efter patientens behov och sparas på aktuell patient i ExorLive. (ExorLive kan nås direkt via uthopp från Cosmic).

Som inledning till rörelseträning instrueras patienten värme/kylbehandling för muskelavslappning, smärtlindring och minskad stelhet. Skriftlig patientinformation; "Inför handträningen" (bilaga 4).

## 2 Ortoser

Handortoser kan provas ut för att stabilisera och smärtlindra. På marknaden finns många olika modeller av prefabricerade handortoser. I vissa fall utformas och tillverkas handortoser i plastmaterial eller i textilmaterial för patientens individuella behov. Patienten får rekommendation att använda ortosen vid träning, i vila, i arbete eller under natten i relation till syftet (1, 31-35).

### 2.3 Hjälpmedel/egenvårdsprodukter

Information, utprovning och rådgivning om hjälpmedel och egenvårdsprodukter kan ske i förebyggande syfte och/eller för att kompensera nedsatt aktivitetsförmåga (36,37).

I Kalmar län förskrivs hjälpmedel via kommunernas rehabenheter. För egenvårdsprodukter hänvisas patienten till öppna marknaden.

### 2.4 Ledskonande arbetssätt och patientutbildning

Patienten informeras om ett ledskonande arbetssätt, att leva aktivt men ändå skonsamt för lederna. Information bör ges tidigt i sjukdomsförloppet för att patienten ska kunna lära sig belasta lederna i så stabila ställningar som möjligt och att kunna överföra belastning från små leder till större leder.

Patienten får kunskap i att använda egenvårdprodukter, ortoser och om vikten av rörelseträning samt att få en balans mellan vila och aktivitet. Informationen sker muntligt och skriftligt i en dialog med patienten (1, 31, 35-37).

Skriftlig patientinformation; "Ledskonande arbetssätt" (bilaga 5) och "Ergonomi, datorarbetsplatsen" (se bilaga 6).

### 2.5 Levnadsvanor och vardagsaktiviteter för god hälsa

Socialstyrelsen definierar alla patienter med en kronisk sjukdom + minst en ohälsosam levnadsvana som tillhörande en riskgrupp. Socialstyrelsen har tagit fram riktlinjer för hur hälso- och sjukvården kan stödja den som behöver förändra sina levnadsvanor inom områdena tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet som en del av behandlingen (4).

Svensk reumatologisk förening har tagit fram LiR-modellen som är en arbetsmodell som bygger på att alla medarbetare ska kunna uppmärksamma ohälsosamma hälsovanor utifrån en gemensam kunskap om levnadsvanor inom reumatologi (2).

Arbetsterapeuten kan även stödja patienten i förändring av levnadsvanor genom att tydliggöra hur olika vardagsaktiviteter kan bidra till hälsosamma vanor.

Arbetsterapeuten har verktyg för att kartlägga patientens levnadsvanor. Genom att kartlägga dagsschema i relation till levnadsvanor kan man fundera över om något behöver förändras (3).

### 2.6 Fatigue

Se "Reuma Fatigue, behandlingsöversikt, 2020" på Navet ([Behandlingsöversikt Fatigue Reuma.pdf](#)).

### 2.7 Hembesök/arbetsplatsbesök

Behov av hembesök för att anpassa och underlätta dagliga aktiviteter i boendet överrapporteras till kommunens arbetsterapeut.

Arbetsplatsbesök hänvisas till Företagshälsovården.

## 3 Uppföljning

Rehabiliterande insatser ska följas upp, utvärderas och fortgå så länge behov kvarstår (5). Tillsammans med patienten utvärderas måluppfyllelse och resultat av de insatta åtgärderna. Patienten uppmanas ta kontakt med arbetsterapeuten vid försämrad handfunktion och aktivitetsförmåga.

## 4 Multidisciplinär samverkan/vårdkedja/FoU

Arbetsterapeut i slutenvård, distriktsrehabilitering och kommunernas rehabenheter samverkar kring patienterna.

Det är betydelsefullt att flera vårdprofessioner arbetar tillsammans med patienten i rehabiliteringen (4).

Reumatologkliniken, Länssjukhuset i Kalmar, erbjuder teambesök som innebär att patienten under en halvdag får träffa arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, kurator, apotekare, och sjuksköterska. För att öka patientens kunskap om sin sjukdom finns även 3-veckors dagrehabilitering.

Samrehab och Rehab Söder har en gemensam utvecklingsgrupp Reuma som arbetar med riktlinjer och utveckling kopplat till arbetsterapi och reumatiska sjukdomar.

Inom reumatologi finns flera regionala nätverk där arbetsterapeuter från länet ingår.



### 5 Rangordning

Hälsotillståndet för reumatoid artrit har stor till mycket stor svårighetsgrad (4).

### 6 Referenser

1. Klareskog L, Saxne T, Enman Y Reumatologi. In: Rantapää Dahqvist S, Jacobson L, editors. Reumatologi. Lund: Studentlitteratur; 2017.
2. Alenius G-M, Avik A, Calander A-M, Lindqvist E, Teleman A. Rekommendationer för Modern Reumarehabilitering [Internet]. Svensk Reumatologisk Förening; 2021. Hämtat 2021-10-05 från: [Rekommendationer för Modern ReumaRehabilitering \(MoRR\) | Svensk Reumatologisk Förening](#)
3. Sveriges Arbetsterapeuter. Etisk kod for arbetsterapeuter. Nacka: Trydells Tryckeri AB; 2018.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar [Internet]. Socialstyrelsen; 2021. Hämtat 2021-09-28 från: [Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar - Socialstyrelsen](#)
5. Nationellt system för kunskapsstyrning. Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Reumatoid artrit (RA) [Internet]. Sveriges regioner i samverkan; 2020. Hämtat 2021-10-05 från: [Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Reumatoid artrit \(RA\) \(d2flujgsl7escs.cloudfront.net\)](#)
6. Personcenterat och sammanhållet vårdförlopp Reumatoid artrit (RA), handläggning för rehabiliteringen. Region Kalmar län; 2021. Hämtat 2021-11-02 från: [Samarbetsportalen länk](#)
7. Kielhofner G. Model of Human Occupation, Teori och tillämpning. Upplaga 2:1. Lund: Studentlitteratur; 2012, 2020.
8. Townsend E, Polatajko H. Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation Revised ed. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists; 2007.
9. Erlandsson LK, Persson D. ValMo-modellen: Ett redskap för aktivitetsbaserad arbetsterapi. Lund: Studentlitteratur; 2014.

Utarbetad av Utvecklingsgrupp Reuma, HRK/Samrehab 2009-12-01  
Reviderad av Utvecklingsgrupp Reuma, HRK/Samrehab 2014-09-19  
Reviderad av Utvecklingsgrupp Reuma, Rehab Söder/Samrehab 2017-02-03  
Reviderad av Utvecklingsgrupp Reuma, Rehab Söder/Samrehab 2021-12-13  
Nästa revision 2026

10. Sandqvist J. Assessment of Work Performance – AWP Version 2.0. Institutionen för Samhälls- och Välfärdsstudier. Linköpings Universitet; 2008.
11. Fisher AG. Assessment of Motor and Process Skills. 3rd ed. Fort Collins, CO: Three Star Press; 1999.
12. Ehrenborg C. Aktivitetsförmåga – personlig vård och boende. Borås lasarett; Rehabiliteringskliniken:1999. (bilaga 1)
13. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M A, Polatajko, H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Upplaga 5. Nacka: Sveriges Arbetsterapeuter; 2016.
14. DASH Outcome Measure: Toronto, Canada; Institute for Work & Health. Hämtat 2021-10-05 från: [About the QuickDASH | DASH \(iwh.on.ca\)](https://www.iwh.on.ca/about-the-quickdash)
15. Nordenskiöld U, Björk M. Självskattning av dagliga aktiviteter i hemmiljö utan eller med hjälpmedel/vardagsredskap/annan metod (EDAQ). Sveriges Arbetsterapeuter, Nacka: Trydells Tryckeri AB; 2020.
16. Archenholtz B, Dellhag B. Validity and reliability of the instrument Performance and Satisfaction in Activities of Daily Living (PS-ADL) and its clinical applicability to adults with rheumatoid arthritis. Scand J Occup Ther. 2008;15:13-22.
17. Wikström I, Arvidsson B, Nilsson K, Roos E, Jacobsson J. Reliability, validity and responsiveness of a new leisure index: The Patient-Specific Leisure Scale (PSLS). Musculoskeletal Care. 2009 Feb 3. [Epub ahead of print]
18. Ilmarinen J. The Work Ability Index (WAI). Occupational Medicine. 2007; 57(2):160. Beräkning av Work Ability Index (fhvmetodik.se)
19. Krupp L, Rocca N, Muir-Nash J, Steinberg A. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systematic lupus erythematosus. Archives of Neurology. 1989;46:1121-4.
20. Mannerkorpi K. och arbetsgruppen för livsviktig kunskap. Reumatiker-förbundet 2011. Smärtskola Kunskap för livet, för dig med långvarig smärta eller fibromyalgi. Reumatikerförbundet: version 2;2011.
21. Huskisson, EC. Visuel analogue scales. In: R Melzak, editor. Pain



- Measurement and Assessment. New York: Raven Press;1983:.33-37.
22. Cederlund R, Runnkvist K, Sollerman C. Handens rehabilitering – undersökning, behandling. Lund: Studentlitteratur;1992.
  23. American Academy of Orthopedic Surgeons. Joint motion – method of measuring and recording. Singapore: Longman Singapore Publishers (Pte) Ltd. 1988.
  24. Adalbert I. Kapandji, MD. Clinical Evaluation of the Thumb's Opposition. J Hand Therapy.1992; April-June:102-106.
  25. Beighton-skalan. Hämtat 2021-10-08 från [ehlers-danlos syndrom srf 131104.pdf \(svenskreumatologi.se\)](https://www.svenskreumatologi.se/ehlers-danlos-syndrom-srf-131104.pdf)
  26. Eberhardt K, Svensson B, Moritz U. Functional assessment of earlyrheumatoid arthritis. Bri J Rheumatol.1988;27(5):364-371.
  27. Dellhag B, Bjelle A. A Grip Ability test for use in rheumatology practice. J Rheumatol.1995;22:1559-1565.
  28. Nordenskiöld UM, Grimby G. Grip force in patients with rheumatoid arthritis and fibromyalgia and in healthy subjects. A study with the Grippit instrument. Scand J Rheumatol.1993;22:14-19.
  29. Bell-Krotoski JA. Light touch-deep pressure testing using Semmes-Weinstein monofilaments. In: Hunter Schneider JM, Macin LH, EJ, Callahan AD. Rehabilitation of the hand. St Louis, The C.v. Mosby Company:1990;585-593.
  30. Björk S. EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy:1990;16:199-208.
  31. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. Steultjens EEMJ, Dekker JJ, Bouter LM, Schaardenburg DD, Kuyk M-AMAH, Van den Ende ECHM. Occupational therapy for rheumatoid arthritis. 2004, Issue 1. Art. No: CD003114. DOI: 10.1002/14651858.CD003114.pub2
  32. The Cochrane Database of Systematic Rewiews. [Internet]. Egan M. Splints and orthosis for treating rheumatoid arthritis. 2001, Issue 4. Art. No: CD004018. DOI:10. 1002/14651858.CD004018.7
  33. Haskett S, Backman C, Porter B, Goyert J, Palejko G. A crossover trial of custom-made and commercially available wrist splints in adults with inflammatory arthritis. Arthritis Rheum.2004;15(5):792-799.

Utarbetad av Utvecklingsgrupp Reuma, HRK/Samrehab 2009-12-01  
Reviderad av Utvecklingsgrupp Reuma, HRK/Samrehab 2014-09-19  
Reviderad av Utvecklingsgrupp Reuma, Rehab Söder/Samrehab 2017-02-03  
Reviderad av Utvecklingsgrupp Reuma, Rehab Söder/Samrehab 2021-12-13  
Nästa revision 2026

34. Nordenskiöld U. Elastic wrist orthoses: reduction of pain and increase in grip force for women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 1990;3(3):158-162.
35. Malcus-Johnson P, Carlqvist C, Stuesson AL, Eberhardt K. Occupational therapy during the first 10 years of rheumatoid arthritis. *Scand J Occup Ther.* 2005;12(3):128-35.
36. Nordenskiöld U. Daily activities in women with rheumatoid arthritis: aspects of patient education, assistive devices and methods for disability and impairment assessment [Doktorsavhandling]. Vasastadens bokbinderi: Institutionen för rehabiliteringsmedicin, Göteborgs Universitet;1996.
37. Thyberg, I. Disease and disability in early rheumatoid arthritis. A 3-year followup of women and men in the Swedish TIRA project [Doktorsavhandling]. Institutionen för molekylär och klinisk medicin, Linköpings universitet; 2005.

### 7 Bilagor

- |          |  |
|----------|--|
| Bilaga 1 | Aktivitetsförmåga personlig vård och boende                |
| Bilaga 2 | Manual till handstatus, länsövergripande, reumatologi      |
| Bilaga 3 | Handstatus, länsövergripande, reumatologi                  |
| Bilaga 4 | Skriftlig patientinformation; Inför handträningen          |
| Bilaga 5 | Skriftlig patientinformation; Ledskonande arbetsätt        |
| Bilaga 6 | Skriftlig patientinformation; Ergonomi, datorarbetsplatsen |

### Arbetssterapeuter i Utvecklingsgrupp Reuma Rehab Söder/Samrehab

Lena Henningsson, Rehab Söder, Länssjukhuset, Kalmar  
Marlena Thornell, Samrehab, Distriktsrehabiliteringen, Västervik  
Siv Girdland, Samrehab, Distriktsrehabiliteringen, Vimmerby  
Susanne Runemalm, Rehab Söder, Länssjukhuset, Kalmar