

NRF

Artrose

NORSK REVMATIKERFORBUND



Innhold

Dette er artrose	3
Håndartrose	6
Hofte- og kneartrose	6
Å stille diagnose	7
Sykdomsutvikling	8
Behandling av hofte- og kneartrose	8
Behandling av håndartrose	11
Legemidler	12
Livskvalitet – å leve med artrose	14
Tre med artrose forteller sin historie	16
Snakk med noen som forstår	21
Alfaz Oasis	22



Dette er artrose



Artrose er den vanligste og mest utbredte revmatiske leddsykdommen, og ble tidligere kalt slitasjegikt. Artrose er en leddsykdom som påvirker alle strukturene i og rundt leddet. Artrose kan ramme alle kroppens ledd, men oppstår oftest i hender, knær og hofter. Mange har artrose i flere ledd, og dette kalles polyartrose eller generalisert artrose.

Ved artrose påvirkes alle strukturene i leddet, som brusk, bein, leddhinne, leddbånd og muskulatur. Sykdommen rammer særlig leddbrusken, som blir tynnere og etterhvert kan forsvinne helt. Det kan også dannes benpåleiringer som viser seg som harde kuler, sælig på fingerleddene.

Sykdomsbildet kjennetegnes av perioder med lavgradig betennelse i leddhinnen. Som følge av betennelsen kan leddene bli smertefulle, stive og mindre bevegelige, og dette kan igjen føre

til nedsatt funksjon. Disse symptomene kan variere fra dag til dag og over tid. Forandringer i leddene og leddbrusken utvikler seg også naturlig med alderen. Det er derfor en flytende overgang mellom naturlig aldring og det vi kan kalle sykdom.

Vi betrakter artrose som en sykdom når leddforandringene gir plager i form av smerter og stivhet som begrenser mulighetene for å utføre de gjøremål og aktiviteter man ønsker.

■ Forandringer i og rundt ledd

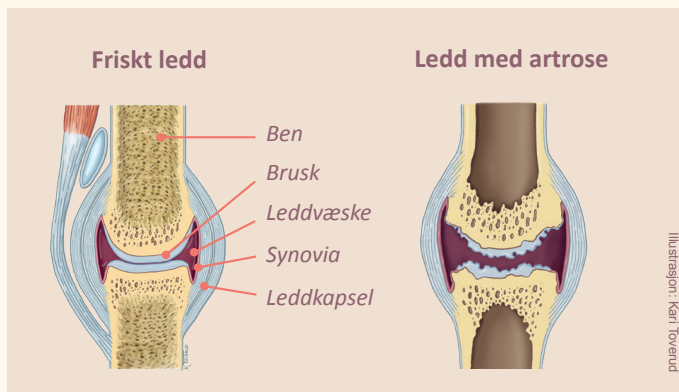
For å forstå endringene som skjer, er det viktig å vite hvordan et normalt ledd er bygget opp og fungerer.

Leddets forbindelsespunktet mellom to knokler. Leddene i kroppen er bygget opp forskjellig ut fra hvilke hovedoppgaver de har, men har også mange fellestrekk.

Benendene er kledd med brusk. Denne brusken er glatt og elastisk. Den demper støt, for eksempel fra kroppstyngden ved gange og løping, og sørger for at benendene kan bevege seg i forhold til hverandre med minst mulig motstand.

En leddkapsel holder benendene sammen. På innsiden er denne kapselen kledd med en leddhinne (synovialhinne). Omkring kapselen er det sener, muskulatur og støttebånd som bidrar til å stabilisere leddet.

Illustrasjonen viser et friskt ledd sammenlignet med et ledd med artrose.



Ved artrose skjer det sykdomsforandringer i brusken. Strukturen i den elastiske og støtdempende brusken forandrer seg, og det kommer små sprekker og rifter i overflaten.

Funksjonsmessig mister brusken noen av sine elastiske egenskaper. Disse tidlige forandringene ved artrose synes ikke på røntgenbilder, men kan sees med ultralyd eller MR. Etter hvert vil man på røntgenbilder se at høyden på leddbrusken blir lavere.

Når prosessen utvikler seg videre, kommer det en tettere type ben under brusken (sklerosering), og det dannes ofte ben på

kantene på grensen mellom brusk og ben som kalles påleiringer (*osteofytter*). I langt fremskredne stadier av artrose kan brusken nærmest bli borte.

I tillegg til forandringene i leddbrusken kan det i varierende grad også bli revmatisk betennelse i leddhinnen (*synovitt*). Denne betennelsen skyldes ikke bakterier eller virus, men oppstår trolig på grunn av irritasjon fra stoffer som frigjøres fra den sykdomsangrepne leddbrusken og benet. Betennelsen kan bidra til stivhet og smerte i leddet, og muligens kan betennelsen i seg selv fremme nedbrytningen av brusk. Betennelsen kan i noen tilfeller være så uttalt at det dannes store væskemengder og hevelser i leddet.

■ Forekomst

Artrose er som nevnt den vanligste og mest utbredte leddsykdommen vi har, men forekomsten er vanskelig å angi nøyaktig. Det har blant annet sammenheng med den flytende overgangen mellom naturlig aldring og sykdom, men skyldes også at noen mennesker kan ha betydelige artroseforandringer på røntgenbilder uten å ha særlig uttalte plager, mens andre kan ha små forandringer på røntgenbilder og store plager.

Artrose er vanligst fra 45-50 års alder og oppover, og forekomsten øker med stigende alder. Befolkningsundersøkelser viser at flere enn halvparten av mennesker over 70 år har artrose i ett eller flere ledd. Også yngre mennesker kan utvikle artrose,

oftest på bakgrunn av skade eller medfødte feilstillinger. Artrose inndeles i flere typer og kan forekomme i enkelte ledd (lokalisert), eller som en generalisert tilstand med flere angrepne leddområder, også kalt **polyartrose** (poly = flere). Ved polyartrose er det oftest fingrenes ytterledd og midtledd, tomlenes rotledd, nakke og rygg, hofter, knær eller stortærnes grunnledd som blir angrepet.

■ Hvem får artrose?

Årsaken til artrose er sammensatt og ikke kjent i sin helhet. Det er ofte en kombinasjon av flere faktorer som utløser sykdommen. Kjente risikofaktorer er:

- * **Alder** (risikoen øker ved høyere alder)
- * **Kjønn** (omtrent dobbelt så mange kvinner som menn utvikler artrose)
- * **Genetiske** (arvelige) forhold
- * **Overbelastning** av ledd som ved overvekt/fedme
- * **Medfødte** leddforandringer (for eksempel hofteledds dysplasi)
- * **Skader** i eller rundt leddet



Håndartrose



Håndartrose rammer nesten halvparten av alle kvinner og en fjerdedel av alle menn i løpet av livet.

Symptomene starter ofte med diffuse smerter i tommel eller i fingrenes midt- og ytterledd. Etter en tid dannes det ofte ben på kantene i leddet. Dette kalles beinpåleiringer (*osteofytter*) og kan sees som kuler eller fortykkelse i fingerleddene. I tommelens rotledd vises forandringene mest typisk ved at leddet trer litt tydeligere frem.

Forandringene i leddene kan medføre smerte og stivhet i hendene og kan gå ut over evnen til å utføre daglige gjøremål. Styrken i håndgrepet blir svekket og man kan få vansker med for eksempel å vri kluter og å åpne lokk. Også aktiviteter som krever fine bevegelser og presisjon kan bli vanskeligere å få til.

Fingrene er oftest mest stive om morgenen og når man har vært i ro. Stivheten avtar gjerne når man beveger seg. Mange opplever at plagene forverres ved kulde og ved værforandringer, mens symptomene kan lindres ved å bevege fingrene i varmt vann eller varm sand.

Hofte- og kneartrose



Hovedsymptomet ved artrose er smerte.

Smerten ved hofteartrose kjennes oftest i lysken og stråler ned på forsiden av låret mot kneet. Noen kjenner også smerte på utsiden av hoften som stråler ned langs utsiden av benet. Smerten ved kneleddsartrose lokaliseres til selve kneet, ofte med utstråling av smerten ned på fremsiden av leggen. Typisk for kneartrose er også smerter når man går i nedoverbakke og i trapper. Selve smertemønsteret kan være ganske karakteristisk. Det vanlige er at man har en startsmerte, det vil si en smerte som er til stede når man begynner å gå. Denne startsmerten gir seg ofte når man kommer i gang, men kommer ofte tilbake etter en tids gange som belastningssmerte.

Etter hvert som artrosen utvikler seg, vil startsmerten og belastningssmerten gå over i hverandre. I tillegg kan det komme smerter når man er i ro og om natten. Mange opplever også stivhet i leddet om morgenen, som gjerne varer under en halvtime. Forandringene som skjer i leddet, kan også gi en kortvarig

stivhetsfølelse etter å ha sittet i ro over tid, og etter hvert kan bevegeligheten i leddet reduseres.

Stivheten, smerten og den reduserte bevegeligheten virker inn på funksjon og aktiviteter. Det blir vanskeligere å gå. Mange føler at det er verre å gå på hardt underlag og i nedoverbakke, noe som er naturlig fordi man da får mer belastning på leddene enn ved å gå på flatt, mykt underlag.

Det kan være vanskelig å stå og arbeide over tid, og å reise seg fra lave sittestillinger, for eksempel fra dype stoler, toalett og badekar. Noen kan også oppleve ustabilitet i leddet.

Å stille diagnose

Diagnosen artrose stilles gjennom en legeundersøkelse.

Først og fremst er det viktig at legen får så nøyaktige og presise opplysninger om plagene som mulig. Det er viktig å beskrive smerten og andre symptomer som stivhet. En slik beskrivelse bør omfatte når plagene startet, eventuelle utløsende forhold, hvor smerten er lokalisert, om det er bevegelser eller andre forhold som lindrer eller forsterker smerten, hvorvidt man er stiv i leddene om morgenen eller etter hvile og eventuelle problemer i dagliglivet som plagene medfører.

Har man artrose, vil legeundersøkelsen for eksempel kunne vise redusert bevegelighet i leddene. Det er heller ikke uvanlig at pasienten opplever smerte når legen undersøker bevegeligheten. Ved fingerartrose kan man ofte se knuter på fingrenes midtledd og ytterledd. Det er altså kombinasjonen av symptomer og kliniske funn som tyder på at det foreligger artrose.

Dersom det er tvil om diagnosen, vil legen ofte bestille et røntgenbilde. Et røntgenbilde av et ledd med artrose viser ofte redusert bruskhøyde i leddet og benpåleiringer (osteofytter) som vist på figuren på side 4. Det kan likevel være misforhold mellom plagene og det man finner ved røntgenundersøkelsen. Det kan gå tid før leddforandringene kan påvises på røntgen. Omvendt kan en del mennesker ha ganske betydelige artroseforandringer på røntgenbilder uten at de har nevneverdige plager fra leddene.

Man kan i dag benytte seg av andre bildediagnostiske metoder som ultralyd for å vurdere forekomsten og graden av artrose i leddene som et alternativ eller supplement til røntgen. Ved denne undersøkelsen kan man i tillegg se forandringer i brusk og andre leddstrukturer som for eksempel betent leddhinne (synovitt), økt leddvæske eller irritasjon i senefester. Videre diagnostikk med MR er sjelden nødvendig for å stille diagnosen artrose. Ingen blodprøver er diagnostiske ved artrose, men blodprøver er av og til nødvendige om man skal utelukke at det foreligger andre leddsykdommer.

Sykdomsutvikling

Det er store variasjoner i sykdomsutviklingen ved artrose.

Generelt kan man si at artrose er en sykdom som vanligvis langsomt forverres og dermed gir langvarige eller kroniske plager, men intensiteten i plagene varierer. Utviklingen over tid varierer mye fra person til person. Noen kan ha fått vite at de har artrose i ett eller mange ledd, og etter dette kan sykdommen holde seg på omtrent samme nivå. Andre kan oppleve en ganske rask forverring.

Som vi skal komme tilbake til i kapitlet om behandling, er det viktig hva hver enkelt gjør selv for å påvirke sykdommen.

Behandling av hofte- og kneartrose

Mål for behandling av artrose er å redusere smerte og stivhet og å bedre muskelstyrke, funksjon og livskvalitet.

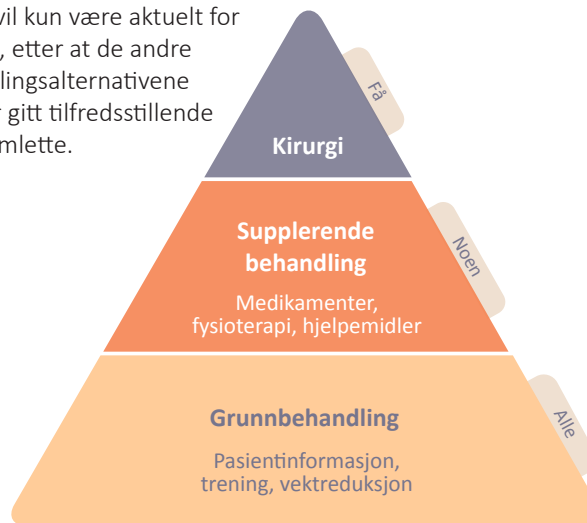
Det finnes foreløpig ingen medisiner som kurerer eller bremser utviklingen av artrose. Den viktigste behandlingen er derfor det man gjør selv, ved å være aktiv, gjøre øvelser og bruke ergonomiske arbeidsmåter og gode redskap eller hjelpemidler.

Behandlingene som er tilgjengelig ved artrose presenteres ofte i form av en pyramide.

Den grunnleggende behandlingen, som alle bør få, er informasjon om artrose og hva man selv kan gjøre, hjelp til å komme i gang med trening og til å bevare en sunn vekt. Om disse tiltakene ikke har tilfredsstillende effekt kan behandlingen suppleres med smertelindrende og/eller betennelsesdempende medikamenter, hjelpemidler og mer spesifikk fysioterapi.

Behandlingsalternativer ved artrose

Kirurgi vil kun være aktuelt for noen få, etter at de andre behandlingsalternativene ikke har gitt tilfredsstillende symptomlette.



■ Informasjon og egenmestring

For å mestre et liv med artrose er det grunnleggende at den som har fått artrose selv har god kunnskap og en forståelse av hva artrose er. Det er nødvendig for å kunne ivareta sin egen helse på best mulig måte. Slik kunnskap kan formidles fra forskjellig helsepersonell: Leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, ernæringsfysiologer og farmasøyer.

Å delta på artrosekurs eller tilsvarende kan gi bedre innsikt i sykdommen og hva man kan gjøre for å mestre hverdagen. Fastlege eller fysioterapeut din kan hjelpe deg med å finne frem til hvor slike kurs arrangeres i nærheten av der du bor.

■ Trening og fysisk aktivitet

Trening er en grunnstein i behandlingen av kne- og hofteartrose, og er den behandlingen som har vist å gi best effekt for flest mennesker når det gjelder å redusere smerte og bedre funksjon. Effekten er like god uansett om man har små eller store artroseforandringer i leddene.

Regelmessig trening og tilpassede øvelser kan redusere artroseplagene, bedre fysisk form og bidra til å holde vekten under kontroll.



Forskning viser at ledd ikke slites av normal bruk, og at man ikke får mer artrose av å være fysisk aktiv. Tvert imot styrkes muskulatur, sener, hjerte og lunger av trening. Fysisk aktivitet stimulerer også kroppens egen produksjon av smertelindrende stoffer.

I tillegg til å lindre artroseplager gir trening bedre blodsirkulasjon og mindre risiko for andre sykdommer, man får bedre styrke og kondisjon, og orker også mer i hverdagen.

Dessverre går det fortore å miste sin gode form enn å bygge den opp. Derfor er det best å være aktiv jevnt og trutt; og gjerne trene og gjøre styrkeøvelser mer intensivt i perioder.

Det finnes ingen oppskrift på hvordan fysisk aktivitet og trening bør legges opp for å ha best effekt for alle. Aktiviteten må tilpasses hver enkelt. Ikke bare basert på hvordan plagene arter seg, men også ut fra personlig interesse og muligheter for aktivitet og trening hjemme eller i nærområdet. Derfor anbefales det å få hjelp av en fysioterapeut til å sette opp et individuelt treningsprogram som kan justeres ved behov.

Ofte får man litt økte smerter når man starter med en ny aktivitet eller ny øvelse. Dette er helt ufarlig og avtar vanligvis etter tre-fire ganger. Smerter kan også oppstå mens man trener eller i etterkant av aktivitet. Dersom man opplever hevelse eller økt smerte som ikke er tilbake til utgangspunktet etter ett døgn, kan det være et tegn på at man har gjort litt for mye. Da bør man redusere intensiteten ved å ta i litt mindre under øvelsene.

eller redusere noe i antall repetisjoner av hver øvelse. Når dette går bra, kan man øke belastningen eller antall repetisjoner igjen. Oppvarming bør være en selvfølge og kan tilpasses de fleste fysiske aktiviteter. Å gå eller sykle langsomt og øke tempoet de første 5-10 minuttene forbereder kroppen på aktivitet.

■ Sunn vekt

Når man har artrose, vil overvekt gi uheldig belastning på den syke leddbrusken. Derfor er kostholdsomlegging en viktig del av behandlingen for overvektige mennesker som har artrose i vektbærende ledd (hofter og kne).

Det er anbefalt å tilstrebe en sunn vekt fordi overvekt medfører en ekstra belastning på ledd. Det er også vist at man får mindre smerter i ikke-vektbærende ledd (som hender og fingerledd) ved en vektreduksjon. Et viktig poeng er at selv små vektforandringer kan ha god effekt på smerter.

Det å kunne unne seg god mat og drikke ved spesielle anledninger er godt for livskvaliteten, men det er viktig å ha et bevisst forhold til hva man spiser i hverdagen.

Det anbefales å følge de norske kostrådene ved å ha et variert kosthold med mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og begrensede mengder bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker. Velg magre proteinkilder som magert kjøtt,

kylling eller kalkun og spis fisk 2-3 ganger i uken. Det anbefales også å spise beglvekster, nøtter og magre meieriprodukter.

■ Hjelpemidler

Det finnes en rekke forskjellige ganghjelpemidler som er nyttige for dem som har store funksjonsproblemer i hofter og knær. Godt støttende skotøy er generelt viktig, men det er sjelden personer med artrose trenger spesiallaget ortopedisk skotøy eller fotsenger.

Artrose kan gjøre det vanskelig å utføre daglige aktiviteter, som personlig stell, husarbeid og fritidsaktiviteter. Mange utvikler over tid et mangfold av strategier for å håndtere de hverdagsproblemene sykdommen kan medføre. Løsninger som går igjen er å bruke tekniske hjelpemidler og ny teknologi, og å få hjelp til tyngre oppgaver.

Har man artrose i hofter eller knær, kan lange skohorn og strømpepåtrekker gjøre det lettere å få på sko og strømper. En arbeidsstol, høyere møbler eller en sittepute gjør det lettere å komme opp. I tillegg kan stokk eller krykke være nyttig i dårlige perioder med behov for å avlaste leddet.



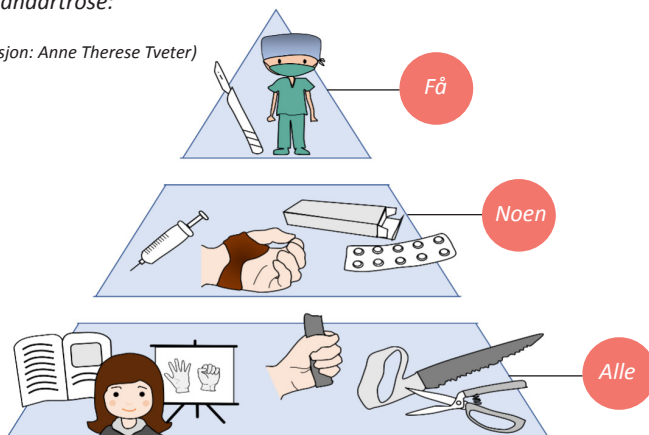
Behandling av håndartrose

Forskning viser at regelmessig håndtrening gir bedre håndkraft og funksjon, og bidrar til å redusere smerter i hendene.

Som ved artrose i hofte og kne, er også den grunnleggende behandlingen til alle med håndartrose, informasjon om håndartrose og hva man selv kan gjøre, veiledning i håndøvelser for

Behandlingspyramide for personer med håndartrose:

(Illustrasjon: Anne Therese Tveter)



å bedre stabilitet, bevegelighet og håndkraft, og informasjon om enkle arbeidsredskap som letter utførelse av hverdagsaktiviteter. Eksempler på aktuelle hjelpemidler er kjøkkenredskap eller verktøy med tykke og/eller vinklede skaft, eller elektriske hjelpemidler som tannbørste, boksåpner eller stavmikser.

Om disse tiltakene ikke har tilfredsstillende effekt kan man prøve smertelindrende og/eller betennelsesdempende medikamenter.

Mange med artrose i tommelens rotledd har også god smertelindrende effekt av en enkel støtteskinne som stabiliserer dette leddet, og som kan tas av og på etter behov. Kirurgi skal først vurderes dersom man ikke har tilstrekkelig effekt av tiltakene på de to nederste trinnene i pyramiden.

« Ønsker du hjelp til å prøve ut og søke om hjelpemidler eller få råd om praktiske endringer, kan du kontakte ergoterapeut i kommunen.

Legemidler

Førstevalg ved medikamentell behandling av alle artroseformer er lokale, betennelsesdempende, smertestillende medisiner i form av salver/ geleer som smøres på det smertefulle leddet.

Dersom lokal behandling ikke hjelper, kan man prøve betennelsesdempende, smertestillende tabletter, *NSAIDs*, (eventuelt med en mageskyttende komponent) eller en nyere generasjon av betennelsesdempende legemidler som heter *COXIBER*.

De betennelsesdempende midlene virker raskt og reduserer smerte, demper revmatisk betennelse i leddene, og motvirker også stivhet. Det er anbefalt å bruke betennelsesdempende medisiner kun ved behov. Man regulerer behandlingen i takt med hvor intense plagene er, og bruke så lav dose som mulig. Man må kun bruke én type betennelsesdempende medisin av gangen.

Paracetamol er et kjent, rent smertestillende medikament. Effekten av paracetamol er liten og usikker, og paracet er derfor ikke førstevalget i behandlingen av artrose. Dersom man likevel opplever effekt av paracetamol, og ikke har noen bivirkninger, kan man fortsette å bruke paracetamol ved behov. I spesielle tilfeller må enkelte pasienter bruke sterkere smertestillende. Noen av disse kan være vanedannende legemidler, som

Paralgin forte eller reseptpliktige smerteplaster. Disse brukes kun i unntakstilfeller ved ekstra sterke smerter.

Kortisoninjeksjoner kan være aktuelt i smertefulle ledd med betennelse. Injeksjoner kan gis både i store ledd som knær og hofter, og i mindre ledd i hender og føtter. Effekten av injeksjoner i mindre ledd er imidlertid noe uvisst.

NSAIDs/betennelsesdempende legemidler er viktige for mange artrosepasienter for å kunne fungere tilfredsstillende til daglig med mindre stivhet og smerter. De kan også være et hjelpemiddel som gjør det mulig for artrosepasienter å trene og utføre øvelser som er nødvendig for å holde styrke og bevegelighet ved like. Det er alltid viktig å avveie risiko og gevinst når man starter behandlingen med et medikament.

■ Bivirkninger

Bivirkninger som kan forekomme ved bruk av tradisjonelle betennelsesdempende legemidler er:

- * **Magesmerter, sure oppstøt, kvalme, utvikling av magesår**
- * **Hodepine, svimmelhet**
- * **Allergisk kløe, utslett**
- * **Tendens til å holde væske tilbake i kroppen (ødem)**
– som kan gi hovne ben og tung pust.

- * **Blodtrykksstigning**
- * **Virkning på blodplater**, noe som gir litt forlenget blødningstid

Coxibene skal brukes i samråd med legen ved behov, og i lavest mulig dose. Hvis man bruker andre medisiner, er det viktig å gjøre legen oppmerksom på dette når det foreskrives betennelsesdempende legemidler.

På apoteket kan man også få nærmere informasjon.

■ Kirurgi

Kirurgisk behandling er aktuelt først når artrosen gir betydelige smerter og funksjonsproblemer, tross trening og medikamentell behandling.

I slike situasjoner kan det være aktuelt å sette inn et kunstig ledd (protese). De fleste inngrep skjer i hofteladd og kneledd. Under operasjonen fjerner kirurgen først skadet ben og brusk, og fester deretter de kunstige ledd-delene. Protoser er laget av lette metallegeringer (rustfritt stål, kromkobolt eller titanium), og overflaten er dekket av et avansert kunststoffmateriale som gjør at protsedelene glir lett mot hverandre. Det finnes protaser som sementeres fast, mens andre er sementfrie.

Selve inngrepet tar vanligvis en til to timer. Etter operasjonen er det viktig å komme i gang med treningen raskt. Vanligvis merker

pasientene at den kraftige smerten er borte raskt etter inngrepet. Tiden som går fra inngrepet til man kan belaste benet fullt, varierer etter hva slags protesetype som brukes. Det går noen måneder før man har oppnådd full tilheling i vevet rundt leddet.

Ved artrose i fingerledd og tåledd er det mindre aktuelt med kirurgisk behandling, men kirurgiske inngrep gjøres blant annet ved artrose i stortåens grunnledd og i tommelens rotledd. Hvis det er blitt store feilstillinger i fingrene på grunn av artrose, kan det enkelte ganger være aktuelt med mindre kirurgiske inngrep for å rette opp disse feilstillingene.

Kirurgiske inngrep ved artrose i hender og føtter gjør man vanligvis poliklinisk, slik at man ikke behøver å bli innlagt på sykehuset. Det har også blitt utviklet skulder-, albue- og ankel-leddprotoser.



Livskvalitet – å leve med artrose

Smerter vil i seg selv forringe livskvaliteten. Det å bli bevegelseshemmet har ringvirkninger i forhold til en rekke av dagliglivets aktiviteter.

De fleste mennesker har et rollemønster som de forsøker å leve opp til. Omgivelsene danner seg et inntrykk av hvordan mennesket fungerer. En som tidligere var sterk og sporty, kan ikke så lett leve opp til det, når han eller hun får en leddsykdom som nedsetter bevegeligheten. Innenfor et samliv mellom to mennesker kan sykdommen også gi slike endringer i rollemønsteret. Den som tidligere kan ha vært den sterke, kan bli den svake på grunn av sykdom.

Hofteartrose kan få konsekvenser for seksuallivet ved at hoften blir stivere, og det kan bli vanskelig å gjennomføre et samleie på samme måte som før. Man kan ofte finne løsninger i samtale med partneren om alternative samleiestillinger. Og man må huske at det også er mulig å vise følelser og nærhet på andre måter.

Smerte er noe den enkelte opplever, og man kan arbeide med seg selv for å forsøke å holde smerteopplevelsen på avstand. Å være engasjert i lystbetonte gjøremål er for mange en god avledning.

I dag vet vi med stor sikkerhet at det beste for personer med artrose er å være i vanlig aktivitet, innenfor de rammer energi og smerte setter. Heller enn å slutte med aktiviteter, kan man prøve seg frem med ulike justeringer. Turer kan legges til litt "snillere" terreng. Man kan bruke staver og legge inn litt flere pauser eller gå en litt kortere distanse. Hus og hagearbeid kan deles opp i flere økter, og kanskje kan man senke kravene til hvor perfekt resultatet skal være.

Generelt er det viktig å være åpen for alle konsekvenser sykdommen har for ens egen funksjon og livsinnhold. Det kan være viktig å være oppmerksom på slike konsekvenser og prøve å snakke med familie og venner om endringer som skjer i livsinnhold og livsmønster. Man kan også få hjelp og råd ved å samtale med legen eller annet helsepersonell.



NRF har ca.
600 veiledere
i landet.

Sunt kosthold
og mental
balanse har stor
betydning.

Omtrent halvparten
av den norske
befolkningen får
symptomgivende
artrose.

Snakk med en
som lytter og tar
deg på alvor.



Tre med artrose forteller sin historie



■ **Kirsten, 55 år**

Jeg er en kvinne på 55 år som har artrose i fingerleddene. Symptomene begynte for ca. 10 år siden med en såkalt Heberdensk knute på ytterste fingerledd på ringfingeren. Det var vel samtidig med at de første hetetokter i forbindelse med overgangsalderen meldte seg.

Den myke hevelsen ble etter hvert hard, og flere ledd ble angrepet med hevelser og stivhet. Spesielt ringfingeren på venstre hånd fikk et veldig hovent ledd, som ble så stivt at det var vanskelig å bøye hånden rundt for eksempel skistaven. Smertene har vært til å leve med, og jeg har til nå ikke brukt smertestillende medisiner. Ett unntak var en kort periode da jeg i samråd med legen prøvde et betennelsesdempende legemiddel i kombinasjon med smertestillende tabletter. Dette virket veldig godt, og symptomene ble mye mindre i løpet av kort tid. Dessverre tålte ikke kroppen akkurat denne medisinen, og jeg fikk en allergisk reaksjon etter fire uker, som gjorde at pillene måtte legges bort.

I løpet av det siste året er de siste fingerleddene også blitt angrepet. Smertene kommer og går, og jeg merker godt når et nytt ledd angripes. Jeg har fått kortisoninnsprøytning en gang i noen av leddene som var i en «betent» fase, og det hjalp en del. Jeg har også noen tær som er lettere angrepet, og nå begynner også knærne å bli stive. Jeg prøver å holde meg i form med styrketrening og gåturer, og det går greit. Mosjon minker smertene mens jeg holder på, og det er jo veldig positivt. Men golf har jeg måttet gi meg med, da grepet på golfkøllen ikke er så godt lenger.

I mitt arbeid som arkitekt føler jeg at artrosen ikke hindrer meg på noen måte, heldigvis. Men i husarbeidet er jo alle skrukorker vanskelige. Ellers er jo dette definitivt en arvelig lidelse; min mor, min søster, min kusine har det samme i varierende grad. Og min farmor sa en gang jeg var i tenårene: *«Stakkars deg, du har arvet mine hender!»*



■ **Britt, 64 år**

Jeg er gift, har voksne barn og lever sammen med mannen min i en moderne leilighet i tredje etasje. Vi har ikke heis i oppgangen, og jeg må gå alle trappene for å komme inn i leiligheten. Jeg har en eldre søster som har fått artrose i knær og hofter, og husker at min mor på sine eldre dager fikk kuler på fingrene og ofte klaget over at hun var stiv i

hendene. For 5-6 år siden begynte jeg også å merke at jeg ble stiv i fingrene, særlig om morgenen. Etter hvert har det vokst ut små kuler på fingrene, mest på de ytterste leddene. For 3-4 år siden merket jeg at jeg også ble stiv i hoftene og knærne. Det var særlig plagsomt om morgenen og når jeg skulle reise meg etter å ha sittet lenge stille i en stol. Jeg oppsøkte lege første gang for fire år siden og klaget over stivheten i kroppen.

Legen undersøkte meg, men fant ikke noe galt. Det var normal bevegelighet i alle ledd, og det ble tatt røntgenbilder av hender og hofter som ikke viste noe galt. Blodprøvene var også normale.

For ett år siden oppsøkte jeg legen på nytt. Han kunne da se at det var kommet små kuler på fingerleddene, og når han undersøkte hoftedleddene, gjorde det vondt. Han sa at det nå var tegn på artrose i hender og hofter. Nye røntgenbilder av hoftedleddene viste at det var litt lavere leddbrusk i høyre hoftedledd. Legen skrev ut et betennelsesdempende legemiddel som viste seg å hjelpe både på smerten og stivheten i hofter og fingre. Dette middelet har jeg brukt i lange perioder når jeg har hatt smerter og stivhet, men har også tatt pauser når jeg har hatt mindre plager.

Imidlertid fikk jeg for fire uker siden magesmerter, halsbrann, kvalme og oppkast. Legen mente det kunne være magesår og henviste meg til en kikkertundersøkelse av magesekken, en såkalt gastroskopi. Det viste seg at jeg hadde magesår. Behandlingen med betennelsesdempende legemidler ble

stoppet, fordi disse medisinene sannsynligvis var årsak til magesåret. Nå får jeg medisiner som fremmer tilheling av magesåret, og når såret har grodd skal jeg starte med et nytt betennelsesdempende legemiddel, som har like god effekt som de tradisjonelle betennelsesdempende legemidlene, men med mye mindre risiko for bivirkningsproblemer fra magen.

For ett år siden ble jeg henvist til fysioterapeut som lærte meg et øvelsesprogram, som jeg forsøker å gjøre hver dag. Jeg myker opp hendene i varm sand som jeg hentet på en strand i sommer. Jeg silte den så den er finkornet, og varmer den opp i komfyren. Dessuten har jeg snakket med en ergoterapeut i kommunen som har gitt meg råd om hva som kan være gode redskap å bruke i daglige gjøremål. Jeg fikk problemer med å vri og skru på grunn av de stive fingrene. Nå har jeg kjøpt hjelpemidler som gjør det enklere for meg å skjære brød, få opp skrulokk og slikt. Det har blitt vanskelig å gjøre innkjøp, men nå bruker jeg trillebag. Det er mye bedre enn å bære.

Leddplagene har på mange måter forandret livet mitt. Hoftesmertene gjør at jeg ikke greier å gå så mye tur som før. Mannen min er lei for dette, for vi har bestandig gått mye tur sammen. Dessuten greier jeg ikke lenger å ha samleie slik som før, fordi det gjør så vondt når hoftene presses fra hverandre. Men etter hvert har mannen min og jeg snakket en del om hvordan sykdommen har forandret livet vårt, og vi har måttet lære å gjøre ting sammen på en annen måte enn før. Det gjelder seksuallivet, men også andre dagligdagse gjøremål, som å planlegge fritidsaktivite-

ter og ferieoppleggene. Før gikk vi bestandig fottur i fjellet, men etter at jeg fikk vondt i hoftene, må vi finne på noe annet i den ferien som vi gjerne vil ha på fjellet.



■ Per, 75 år

Jeg begynte å kjenne vondt i den høyre hoften for mer enn ti år siden. I begynnelsen tok jeg ikke så mye notis av det. Jeg hadde nok med å tenke på kona som var syk. Kona døde av kreft for ti år siden.

Jeg bor alene. Jeg har ikke barn og bor nå i en grei aldersbolig. Tidligere bodde jeg i en liten leilighet, men måtte flytte derfra da den høyre hoften ikke ville fungere lenger. Et par år etter at min kone var død, hadde hoften blitt ganske vond. Jeg greide ikke å gå mer enn en kilometer før jeg måtte stoppe. Smertene kjente jeg foran i lysken og nedover mot kneet, men også litt på utsiden av låret. Det var vanskelig å reise seg fra dype stoler. Legen kalte det startsmarter, og det syntes jeg var en god betegnelse på smertene mine.

Jeg gikk til lege første gang for syv år siden. Jeg hadde da akkurat blitt alderspensjonert og gledet meg til å få tid til å gå turer. Jeg har bestandig vært et friluftsmenneske, men hoftesmertene satte en stopper for ønskene på dette området. Legen undersøkte bevegeligheten i hoftene og fant at den ene hoften var

mye stivere enn den andre. Det ble tatt røntgenbilder som viste artrose i den høyre hoften. Legen kunne ikke gi noen forklaring på hvorfor jeg hadde fått dette, men antydte at jeg kanskje var født med en feilstilling i den høyre hoften. Legen ga meg paracetamol som er et rent smertestillende legemiddel. Det hjalp litt, men jeg hadde fortsatt mye plager. Deretter forsøkte jeg et betennelsesdempende legemiddel som bedret noe på smerter og stivhet. Jeg kom til en fysioterapeut hvor jeg fikk trening og lærte et øvelsesprogram som jeg skulle gjøre på egenhånd. Både legen og fysioterapeuten rådet meg til å bruke stokk i venstre hånd, og de anbefalte at jeg fortrinnsvis skulle gå tur på mykt underlag fremfor å gå på asfalt. Dessuten foreslo de at jeg skulle bruke sko med myke såler.

Etter å ha fått disse rådene greide jeg nok å gjøre mer de neste par årene og hadde mindre smerter og stivhet. Men så utviklet plagene seg ytterligere. Jeg fikk mer vondt når jeg gikk, og greide etter hvert knapt å gå mer enn hundre meter. Jeg klarte ikke å gå trappene opp til leiligheten og fikk smerter i hoften om natten. Legen sa at artroseforandringene hadde forverret seg. Det kunne han se på nye røntgenbilder som ble tatt. Samtidig sa legen at han skulle henvise meg til ortopedisk kirurg.

Med så mye plager mente han at tiden var inne for en operasjon. Det gikk tre fryktelige måneder innen jeg fikk plass for operasjon. Det ble så satt inn et kunstig hofteledd. Jeg lå på sykehuset i noen dager, deretter ble jeg sendt til en opptreningsinstitusjon. Operasjonen gikk mye lettere enn jeg hadde

trodd på forhånd. Treningen gikk egentlig greit, og ikke minst, smertene fra den vonde hoften kjente jeg ikke mer til.

Jeg var på kontroll på sykehuset noen måneder etter operasjonen. Det ble tatt nye røntgenbilder som viste at hofteprotesen sto på rett plass. Jeg er veldig fornøyd med operasjonsresultatet. Jeg er nok litt stiv i den høyre hoften, men har ikke smerter, og kan gå og bevege meg mye mer enn før operasjonen, og trenger ikke lenger å bruke medisiner.

Kommentarer til historiene

Kirsten, Britt og Per har alle tre artrose. Britt og Kirsten har generalisert polyartrose. Sykdommen startet i fingrene og senere fikk de også plager fra flere ledd. Per har lokalisert artrose til det ene hofteleddet.

Historiene de forteller, viser hvordan artrose kan virke inn på viktige funksjoner i livet og på mange måter endre livsinnhold og livskvalitet. Det de forteller, viser også at man kan få tverrfaglig hjelp, dels gjennom trening og medikamenter, dels gjennom operasjon.

Historiene viser dessuten noe annet som er viktig, nemlig at man må forsøke å få innsikt i og forstå sine plager og sykdom. Man bør og kan selv bidra til å gjøre de riktige tingene for å få mindre smerter og bedre funksjon, og at det går an å leve et godt liv med artrose.





Ring veiledningstjenesten
vår **NRF Hjelper Deg**:
Telefon 22 54 71 80



Telefontjenesten er åpen tirsdag, onsdag og torsdag kl. 10–15,
og onsdag kl. 18–20. Vi har også lokale veiledere i de fleste lokallag,
som du finner på nettsiden www.revmatiker.no

Snakk med noen som forstår



Har du en revmatisk diagnose, eller lever du med muskel- eller skjelettsmerter? Trenger du noen å snakke med som virkelig forstår? Veilederne i Norsk Revmatikerforbund er her for deg.

NRFs veiledere tilbyr:

- * **en å snakke med**
- * **en som lytter** og tar deg på alvor
- * **informasjon om sykdommen**
- * **informasjon om rettigheter**
- * **hjelp eller støtte** til vanskelige legesamtaler
- * **hjelp til dialog** med NAV
- * **håp og trøst**
- * **kontakt med andre** i samme situasjon
- * **hjelp til selvhjelp**

Veilederne i Norsk Revmatikerforbund (NRF) er utdannede, frivillige «hjelpere» som tilbyr informasjon, samtaler og gode råd.

Våre veiledere har selv erfaring med å leve med revmatisk sykdom, de har gjennomgått opplæring og har avlagt taushetsløfte.

NRFs veiledertjeneste legger til rette for gode møter og samtaler for at du som har fått en sykdom skal få hjelp av noen som har gått veien før deg. Å få hjelp av en veileder er gratis. Tjenesten er tilgjengelig både for pårørende og revmatikere, voksne og barn.

Som frivillig pasientorganisasjon tilbyr vi veiledertjeneste for å hjelpe alle som sliter med muskel-skjelettsykdom å få et bedre liv.

Veilederen tar deg på alvor, lytter og kan gi deg gode råd om sykdommen og dine rettigheter. Hvem forstår vel bedre enn en som har gått gjennom og opplevd det samme som deg?

En veileder skal ikke fungere som terapeut eller gi medisinske råd, men de er trente samtalepartnere og har mye kunnskap om hvordan man kan leve godt med sykdommen.

Reuma SOL heter nå Alfaz Oasis



◀ *Gamlebyen i Altea ligger ca. tre km fra Alfaz Oasis. Mye bra shopping i denne deilige kunstnerbyen.*

Drømmer du deg til sydligere strøk og opphold i helsebringende omgivelser?

Reuma SOL heter nå Alfaz Oasis

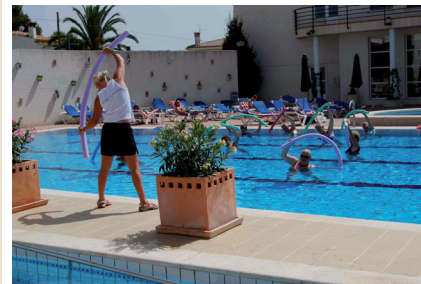
Alfaz Oasis ligger midt på Spanias østkyst, Costa Blanca kysten, en provins i Alicante-regionen. Stedet ligger idyllisk til i appelsinlunden i kommunen Alfaz del Pi – en oase med mange fine fasiliteter, og kun tre kilometer til stranden.

Besøk også den gamle Fincaen på området, som bærer preg av den historiske appelsinfarmen. Det må bare oppleves!

Stedet ligger 50 minutter med bil fra Alicante flyplass, tre km fra Altea, tre km fra Albir og ni km fra Benidorm sentrum.

Spørsmål om priser og booking gjøres via Helsereiser (www.helsereiser.no) eller Solgruppen (www.solgruppen.no).

Som medlem i NRF får du reduserte priser på reiser til Alfaz Oasis. Meld deg inn i dag på: revmatiker.no/medlemsskap





Dette heftet er utarbeidet i samarbeid mellom Norsk Revmatikerforbund og Diakonhjemmet sykehus. Det er opprinnelig produsert i 2012 og senest oppdatert i 2022.

De som har bidratt til å utarbeide det nye heftet er:

Fra Diakonhjemmet:

- * **Tuva Moseng**, forsker og fysioterapeut
- * **Nina Østerås**, professor og fysioterapeut
- * **Ingvild Kjekken**, professor og ergoterapeut
- * **Ida Kristin Bos-Haugen**, seniorforsker og lege
- * **Barbara Slatkowsky-Christensen**, lege
- * **Anne-Rikke O`de Fey Vilbo**, klinisk ernæringsfysiolog

Fra Norsk Revmatikerforbund:

- * **Eva-Lill Kamhaug**, Landsdekkende Diagnosegruppe for Artrose i NRF
- * **Anna Fryxelius**, Fagsjef i NRF

Bli med i fellesskapet

– jo flere vi er, jo større slagkraft får vi!

Norsk Revmatikerforbund | Postboks 2653 Solli | 0203 Oslo | Tlf. 22 54 76 00 | www.revmatiker.no | post@revmatiker.no

Norsk Revmatikerforbund er interesseforeningen for over en million nordmenn som er rammet av revmatisk sykdom eller muskel- og skjelettproblemer.

Forbundet arbeider på alle nivå i samfunnet for å skape livskvalitet og god helse for denne gruppen. Gjennom våre lokallag har vi ulike tilbud til medlemmene våre uansett hvor i landet de bor. Mer informasjon om tilbudet vårt finner du på revmatiker.no eller på [facebook](https://www.facebook.com/revmatiker.no).

Vi har en landsdekkende diagnosegruppe for Artrose.

Når du melder deg inn kan du krysse av for at du ønsker informasjon om diagnosen Artrose – så vil du få tilsendt informasjon om samlinger, ny forskning og annet relevant for din diagnose på e-post.



Meld deg inn nå:

[www.revmatiker.no/
medlemsskap/
bli-medlem/](http://www.revmatiker.no/medlemsskap/bli-medlem/)



eller
SMS NRF MEDLEM til 2474