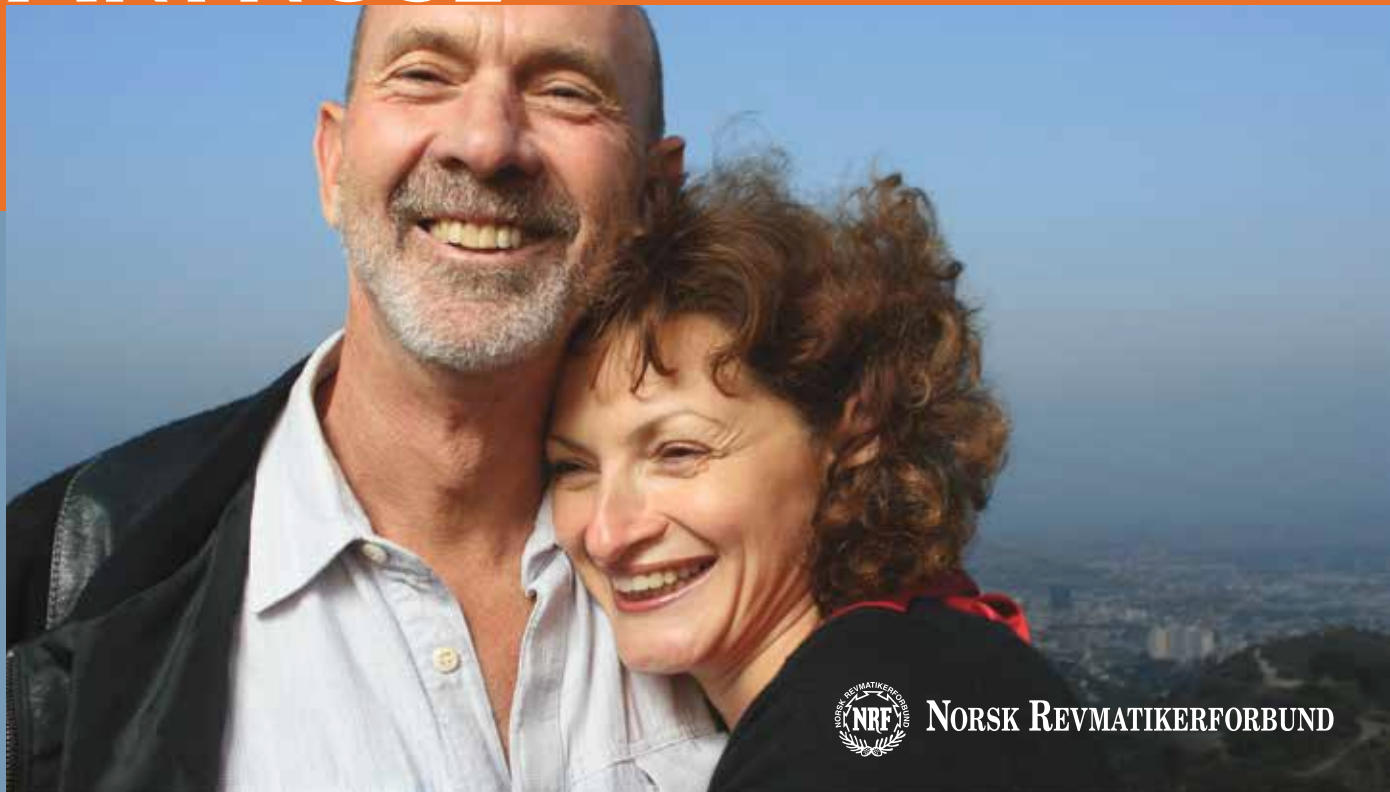


ARTROSE

ARTROSE



NORSK REVMATIKERFORBUND

INNHold

Hva er artrose?	3
Tre med artrose forteller	9
Å stille diagnose	16
Sykdomsutvikling	17
Behandling	18
Kosthold	26
Legemidler	30
Kirurgiske inngrep	33
Livskvalitet, å leve med artrose	34
Forskning og framtid	36

ISBN nummer: 82-90761-43-0

ISSN nummer: 1503-3791

Utarbeidet av avdelingssjef/professor Tore Kristian Kvien og oppdatert av lege Barbara Slatkowsky-Christensen, ergoterapeut ph.d. Ingvild Kjekken, klinisk ernæringsfysiolog Sissel Urke Olsen og fysioterapeut cand.san. Rikke Helene Moe, Nasjonalt Revmatologisk Rehabiliterings- og Kompetansesenter NRRK, Diakonhjemmet sykehus Oslo, 2008.

Opplag: 3000

År: 2008

HVA ER ARTROSE?

Artrose er den vanligste og mest utbredte revmatiske leddsykdommen. Den ble tidligere kalt slitasjegikt. Ordet slitasjegikt henspeiler først og fremst på at brusken blir nedslitt. Artrose er vanligere hos mennesker som har hatt langvarige og harde fysiske belastninger, men beskriver ikke tilstanden omfattende nok. Derfor heter det nå artrose.

Sykdomsbildet kjennetegnes i tillegg av faser med lavgradig revmatisk "betennelse" i strukturer i og rundt leddet. Dette gjenspeiles i det engelske ordet for artrose: osteoarthritis. Som følge av de ovenfor beskrevne prosessene kan leddene bli smertefulle, stive og mindre bevegelige, og dette kan føre til nedsatt funksjon. Artrose er vanligst i hofter, knær og fingerledd, men kan forekomme i alle ledd i kroppen. Forandringer i leddbrusken utvikler seg 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 som man ønsker.



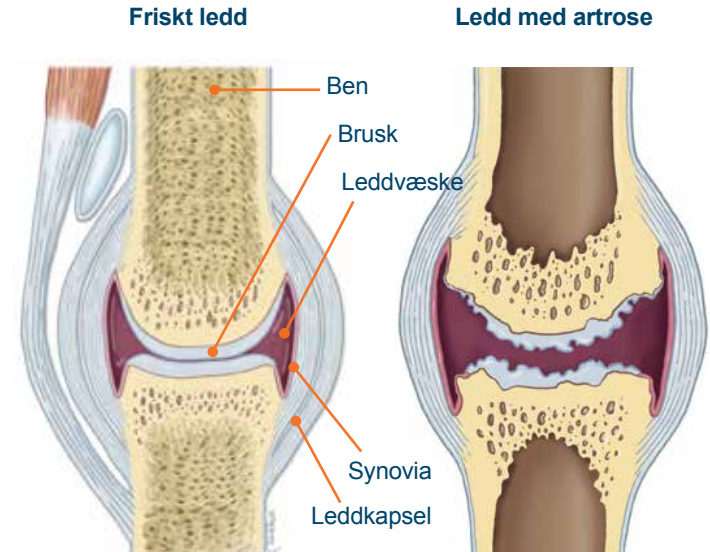
Forandring i og rundt ledd

For å forstå endringene som skjer, er det viktig å skjønne hvordan et normalt ledd er bygget og fungerer. Leddet er forbindelsespunktet mellom to knokler. Knokkelendene skal bevege seg i forhold til hverandre, men samtidig holdes sammen. Leddene i kroppen er bygget forskjellig alt etter hvilke hovedoppgaver de har, men visse fellestrekk finnes. Benendene er kledd med brusk. Denne brusken er glatt og elastisk. Den skal dels sørge for å fange opp belastninger, for eksempel fra kroppstyngden ved gange og løping, dels sørge for at benendene kan bevege seg i forhold til hverandre med minst mulig motstand.

En leddkapsel holder benendene sammen. På innsiden er kapselen kledd med en leddhinne (synovia). Omkring kapselen er det sener, muskulatur og støttebånd som bidrar til å stabilisere leddet. Illustrasjonene viser hva som skjer ved artrose sammenlignet med et friskt ledd. Ved artrose skjer det sykdomsforandringer i brusken. Strukturen i den elastiske, vannfylte, støtdempende brusksputen forandrer seg, og det kommer små sprekker og rifter i overflaten.

Funksjonsmessig mister den noen av sine elastiske egenskaper.

Disse tidlige forandringene ved artrose kan man ikke se på røntgenbilder, men eventuelt med ultralyd eller MR. Men etter hvert vil man 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 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). (NB: Ingen betennelse med bakterier eller virus). Denne betennelsen skyldes trolig irritasjon fra stoffer som frigjøres fra den sykdomsangrepne leddbrusken og benet. Denne betennelsen kan bidra til stivhet og smerte i leddet, og muligens kan betennelsen i seg selv fremme bruskslitasjen. Betennelsen kan i noen tilfeller være så tydelig uttalt at det dannes store væskemengder i leddet.

Forekomst

Artrose er som nevnt den vanligste og mest utbredte revmatiske leddsykdommen, 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 ganske betydelige artroseforandringer på røntgenbilder uten å ha særlig uttalte plager. Artrose er hyppigst fra 45-50 års alder og oppover, og forekomsten er stigende med økende alder. Befolk-

ningsundersøkelser viser at flere enn halvparten av mennesker over 70 år har artrose i en eller annen form. 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 opptre som en generalisert tilstand med flere angrepne leddområder også kalt polyartrose (poly = flere). Mest typisk er at fingrenes ytterledd og midtledd, tomlenes rotledd, nakke og rygg, hofter, knær og stortærnes grunnledd blir angrepet hos en person med polyartrose.



HVEM FÅR ARTROSE?

Årsaken til artroseprosessen er sammensatt og ikke kjent i sin helhet. Det er ofte summen av flere faktorer som utløser tilstanden. Kjente risikofaktorer er:

- | **alder, kjønn** (omtrent dobbelt så mange kvinner som menn utvikler artrose)
- | **genetiske forhold**
- | **overbelastning av ledd** (over)vekt
- | **medfødte forandringer** (for eksempel hofteleddsdysplasi) eller
- | **skader**

HÅNDARTROSE

Stivhet, smerter og funksjonsproblemer kjennetegner artrose i hendene. Symptomene kan lindres når man myker opp fingrene i varmt vann eller varm sand. Mange blir verre når de fryser på fingrene. Graden av skade på leddene og graden av plager er selvfølgelig avgjørende for hvordan fingerartrosen påvirker de daglige gjøremål. Kraften i grepet blir som oftest



svakere. Tommelen spiller en stor rolle for grepsfunksjonen, og artrose i tommelens rotledd medvirker til de problemene mange får med denne funksjonen. Det kan særlig bli vanskelig med vribevegelser. Mange får også problemer med finere fingerbevegelser der man er avhengig av det såkalte pinsettrepet, altså samspillet og kraften mellom tommel og pekefinger. Typiske synlige fingerartroseforandringer er benete knuter til ytterleddene (Heberdenske knuter) og midtleddene (Bouchardske knuter).

HOFTE- OG KNEARTROSE

Hovedsymptomet ved artrose er smerte. Smerten ved hofteartrose kjennes oftest i lysken og stråler ned i forsiden av låret mot kneet. Noen kjenner også smerte på utsiden av hoften som stråler ned langs utsiden av benet. Denne smerten skyldes ofte irritasjon rundt senefester eller senefestebetennelse omkring selve hofteleddet. 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 etter en tids gange vil smertene ofte komme tilbake som belastningssmerte. Etter hvert som artrosen utvikler seg, vil startsmerten og belastningssmerten gå over i hverandre, og i tillegg kan det komme smerter når man er i ro og om natten (hvilesmerter/nattsmerte).

Forandringen som skjer i leddet, gir også en stivhetsfølelse, og etter hvert som forandringene utvikler seg, avtar leddbevegeligheten. Dette kan gi store bevegelsesproblemer i hofte- og kneledd. Stivheten, smerten og den reduserte bevegeligheten har selvfølgelig innvirkning på funksjon og aktiviteter. Det blir vanskeligere å gå. Mange føler det 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, og vanskeligere å reise seg fra dype sittestillinger, for eksempel fra dype stoler, toalett og badekar. Noen pasienter kan også oppleve ustabilitet i leddet.



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 medisin. 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 meget 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. Siden det har jeg brukt glukosamin regelmessig, og tror det har en viss effekt. 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 er i tillegg plaget av tørre slimhinner i munn og øyne.

Jeg prøver å holde meg i form med aerobic 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 en definitivt 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 fem, seks 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 hofteleddene, gjorde det vondt. Han sa at det nå var tegn på artrose i hender og hofter. Nye røntgenbilder av hofteleddene viste at det var litt lavere leddbrusk i høyre hofteledd. 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 med 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, et såkalt koksib, 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. Fingrene myker jeg opp i varm sand som jeg varmer opp i varmeskapet i komfyren. Sanden hentet jeg på en strand i sommer. Jeg silte bare bort de groveste delene av sanden. En venninne av meg kjøpte fin sand i en dyrebutikk. Sanden varmer jeg opp til en temperatur som jeg selv synes er behagelig. Dessuten har jeg snakket med en ergoterapeut i kommunen som har hjulpet meg med å søke for å få noen tekniske hjelpemidler. Jeg fikk problemer med å vri og skru på grunn av de stive fingrene. Nå har jeg fått 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 fritidsaktiviteter, for eksempel. Vi har også måttet forandre 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.

*Koksib er det som folk flest kaller cox-2 hemmer

Cox-2- hemmer er et unøyaktig begrep. En mer nøyaktig betegnelse er selektiv cox-2 hemmer, fordi disse medikamentene hemmer bare det ene enzymet som danner prostaglandiner (cox-2). Tradisjonelle medikamenter i samme gruppe (NSAID) hemmer både cox-1 og cox-2. I dette heftet snakker vi derfor om koksib, som er medikamenter som spesifikt hemmer cox-2, men i liten eller ingen grad cox-1.

Per, 75 år

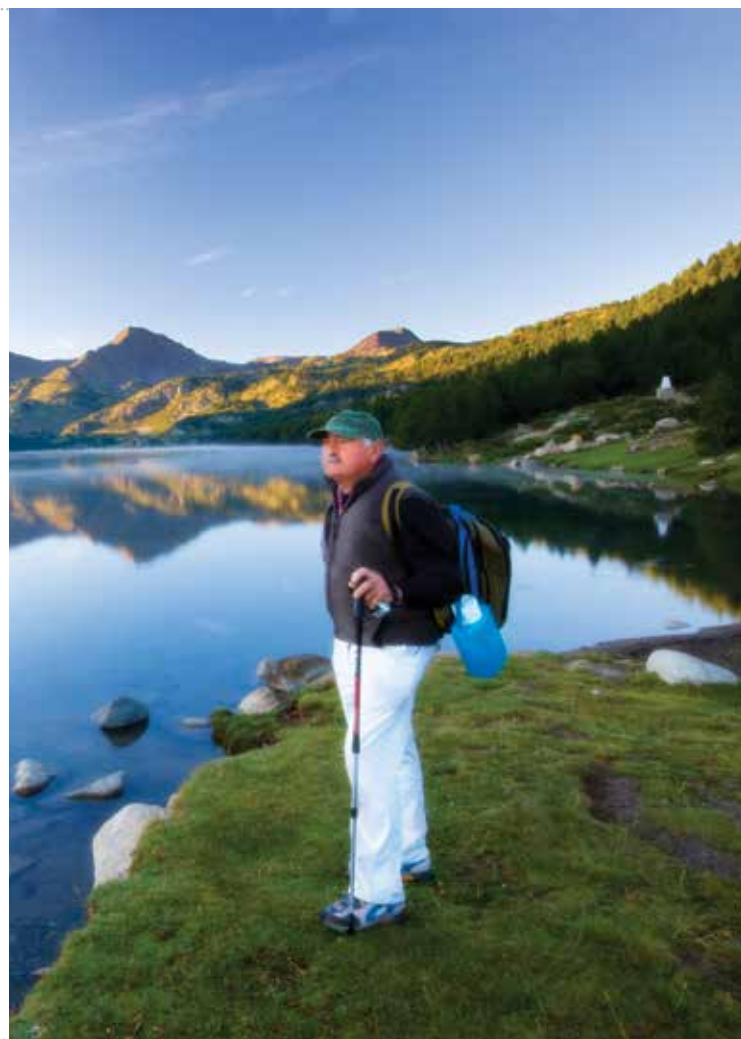
Jeg begynte å kjenne vondt i den høyre hoften for mer enn ti år siden. I begynnelsen tok jeg ikke så mye notis av det.

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 startsmertene, 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 slitasje eller artrose i den høyre hoften. Legen kunne ikke gi noen forklaring på hvorfor jeg hadde fått dette, men antydnet 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 trapp-



ene 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 syv dager, deretter ble jeg sendt til en opptreningsinstitusjon. Treningen gikk egentlig

greit, og operasjonen gikk også mye lettere enn jeg hadde trodd på forhånd. 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 sykehistoriene

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 tilrettelegge livet og leve med artose.



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. En slik beskrivelse bør omfatte hvor smerten er lokalisert, om det er bevegelser eller andre forhold som lindrer eller forsterker smerten.

Har man artrose, vil legeundersøkelsen for eksempel kunne vise redusert bevegelse i leddene. Det er heller ikke uvanlig at pasienten opplever smerte når legen undersøker bevegelsen. Ved fingerartrose kan man ofte se knuter på midt og ytterleddene.

Det er altså kombinasjonen av symptomer og kliniske funn som tyder på at det foreligger artrose. Diagnosen kan mange ganger bekreftes ved en røntgenundersøkelse hvor man påviser redusert bruskhøyde i leddet

og ofte benpåløringer (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 røntgenforandringene kan påvises. Omvendt kan en del mennesker ha ganske betydelige artroseforandringer på røntgenbilder uten at de har nevneverdige plager fra leddene.

Ingen blodprøver er diagnostiske ved artrose, men blodprøver er av og til nødvendige når man skal utrede plagene.

Man kan i dag benytte seg av andre bildediagnostiske metoder som ultralyd, dersom man ikke ser forandringer på røntgen. Ved denne undersøkelsen kan man se tidlige forandringer i brusk og andre leddstrukturer som for eksempel betent leddhinne (synovitt), økt leddvæske eller irritasjon i senefester. MR-undersøkelse kan også gi ekstra opplysninger om de myke strukturene i og rundt et ledd.

SYKDOMSUTVIKLING

Det er store variasjoner. Generelt kan man si at artrose er en sykdom som gir langvarige eller kroniske plager, men intensiteten i plagene varierer.

Utviklingen over tid varierer også mye fra individ til individ. 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, derimot, 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. Men det er også klart at hos noen vil prosessen med ødeleggelse av leddbrusken gå videre nærmest uansett hva man foretar seg.





BEHANDLING

Målsettingen for behandlingen vil alltid være at sykdommen skal gi så lite plager som mulig og at funksjonen og livskvaliteten skal være så god som mulig.

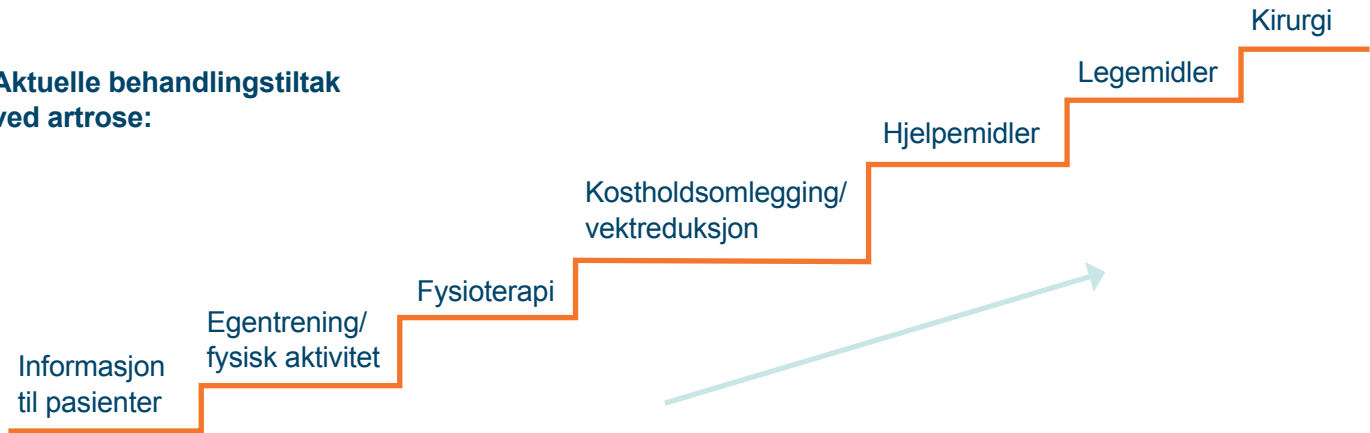
For å nå målet er oftest en kombinasjon av flere virkemidler eller behandlingstiltak aktuelle. Grunnleggende er det imidlertid at den som har fått artrose selv har en forståelse av hva artrose er. Det er nødvendig for å kunne ivareta sin egen helse på best mulig måte. Slik kunnskap formidles fra mange profesjonsgrupper: Leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, ernæringsfysiologer og farmasøyter.

Behandlingstrappen

I behandlingstrappen har vi listet opp en del behandlingstiltak som er aktuelle ved artrose. Rekkefølgen når disse tiltakene iverksettes varierer og tilpasses ideelt sett pasientens individuelle situasjon.

Første trinn er alltid diagnosestilling og informasjon til pasienten. Dernext kommer fysisk aktivitet og egentrening. På trinnet over kommer fysioterapi, videre kostholdsomlegging/vektreduksjon. Så hjelpemidler og legemidler. Kirurgi kommer inn som et aktuelt behandlingsalternativ når plagene eller funksjonsproblemene er store til tross for god ikke-kirurgisk behandling

Aktuelle behandlingstiltak ved artrose:



Fysisk aktivitet

Brusken er, som tidligere nevnt, elastisk. Den får næring gjennom en pumpeeffekt ved at den trekker seg sammen og utvider seg under belastning. Derfor skal leddene brukes. Total avlastning er uheldig. Men ved artrose er leddbrusken skadet. Den har tapt en del av de elastiske egenskapene og er blitt stivere. Overbelastning av brusken kan derfor øke skaden.

Det kan være vanskelig å finne frem til balansen mellom bruk av leddet og avlastning. I perioder med sterke smerter kan total avlastning og bare passive bevegelser uten vektbelastning være viktig. Noen må bruke krykker i slike perioder. Vanligere er det nok at man tilstreber en delvis avlastning ved hjelp av en stokk eller en krykke. Stokken holdes i motsatt hånd av det syke leddet og overtar da mye av belastningen i gangfasen.

Når man har artrose i vektbærende ledd, er det uansett viktig å tenke avlastning til daglig. Det gjelder å finne frem til daglige aktiviteter som reduserer uheldige belastninger. Eksempelvis bør man tilstrebe å

bruke skotøy med myke, støtabsorberende såler. Når man går tur, skal man heller gå på mykt underlag enn asfalt. Og er man overvektig, skal man forsøke å gå ned i vekt. Dette kan illustreres med to ytterligheter; et menneske med normal vekt som går tur på skogs-bunn i joggesko med «luftsåler», og et overvektig menneske som går nedover en asfaltert bakke på sko med lærsåler. Det er innlysende hvem som får størst belastning på leddbrusken.

Godt trent muskulatur gir leddet god avlastning og stabilitet. Å trene for å bli sterkere er også absolutt å anbefale.

Fysioterapi og fysisk aktivitet

Fysioterapeuten har betydning på to måter. Mange artrosepasienter trenger trening hos fysioterapeut for å bedre styrke og bevegelse. Men fysioterapeuten er også viktig som instruktør.

Mennesker med artrose trenger å lære et treningsprogram med øvelser som helst skal gjøres daglig (egentrening). Disse øvelsene har som mål å vedlikeholde og helst bedre bevegelse og muskelstyrke. Ofte kan det være lurt å få noen flere behandlinger hos fysioterapeuten etter at man er kommet i gang med egentreningen for å kontrollere at man gjør øvelsene riktig.

Betydningen av egentrening blir forståelig når man betrakter artrose som en livslang sykdom. Året har 365 dager, og regelmessig trening hver dag eller på faste dager er viktig. Egentrening er av betydning både ved artrose i hender og i større ledd. Fingerøvelser i varm sand er, som nevnt, et godt alternativ ved artrose i fingerleddene. Sanden kan varmes i varmeskapet eller på svak varme i stekeovnen.



Trening i oppvarmet basseng kan være gunstig. Varmen gjør at man føler seg mykere. Mange revmatikerlag organiserer trening i varmtvann for sine medlemmer. I tillegg er det mange kommuner som har permanent oppvarmede basseng. Noen kommuner varmer opp bassenget til 32-34 grader en eller flere ganger i uken. Det er ingen forutsetning å kunne svømme. Det er bevegelsene i vannet, innbefattet gangtrening i vann, som er gunstig. Oppdriften gjør at man får mindre belastning på leddene, og motstanden i vannet gir trening av muskulaturen.

Utfordringen er å forene trening og avlastning. Det er ønskelig at mennesker med artrose i hofter og knær bruker leddene og mosjonerer med for eksempel turgåing med gode sko på mykt underlag. Ofte er det spørsmål om hvor langt man skal strekke seg når det gjelder turer og trening. Skal man respektere smertegrensen? Vanligvis vil det være riktig å trene og mosjonere opp til eller litt forbi smertegrensen. Dersom man får sterkere smerter dagen etter en aktivitet, kan det være tegn på at man har belastet for mye.

I dette samspillet mellom trening og avlastning må man i dårligere perioder tenke på aktiviteter og øvelser med redusert belastning.



Mange revmatikerlag organiserer trening i varmtvann for sine medlemmer.



Hjelpemidler

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

Mange artrosepasienter har også forandringer i nakke og rygg. Da kan nakkekrave, støttebelte eller korsett være aktuelt å bruke til avlastning. Hvis man bruker slike hjelpemidler, er det viktig å kombinere det med gode treningsprogram som optimaliserer kroppens eget korsett, nemlig muskulaturen.

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. Mange justerer også arbeidsmåter ved for eksempel å bruke begge hender framfor bare en når de løfter eller bærer med hendene. Å forflytte vekt fra



hender til resten av kroppen ved å bruke ryggsekk og ved å ta pauser og fordele arbeid over lengre tid.

Eksempler på nyttige hjelpemidler ved smerter og stivhet i hendene er kniver og ostehevler med vinklet skaft, sakser og tenger med fjærende grep, og redskap som gjør det lettere å få opp ulike typer emballasje.

Har man artrose i tommelens rotledd kan en enkel støtteskinne (ortrose) gjøre det lettere å utføre ulike aktiviteter. Ortroser finnes i mange utgaver, og det kan være lurt å få hjelp av ergoterapeut til å finne frem til hvilken type som passer best. Har man tendens til utglidning i rotleddet, bør ortrosen spesialtilpasses i et plastmateriale, mens skinner i mykere materialer kan gi god smertelindring.

Har man artrose i hofter eller knær kan lange skohorn, strømpepåtrekker og sko med borrelås gjøre det lettere å få på sko og strømper, mens arbeidsstol, høyere møbler eller en sittepute gjør det lettere å komme opp. Tilrettelegging med toalettforhøyer, badekarbrett eller støttehåndtak kan også i noen tilfeller være nødvendig.

Løsningene er mange. Det gjelder å prøve seg frem og finne det som passer best. Noen hjelpemidler kan man kjøpe i vanlige butikker, mens spesialbutikker har et bredere utvalg. Ønsker du hjelp til å prøve ut og søke om hjelpemidler eller få råd om praktiske endringer, kan du kontakte ergoterapeut i kommunen.



KOSTHOLD

Kostholdsomlegging er meget viktig for mennesker som er overvektige, og som har artrose, særlig i vektbærende ledd (hofte og kne). Det sier seg selv at unødig overvekt medfører en ekstra uheldig belastning på den syke leddbrusken.

Det anbefales et sunt kosthold, som inkluderer et variert inntak, jevne måltider, 5 frukt og grønnsaker daglig (3 grønnsaker og 2 frukt), grove kornprodukter, grov ris, pasta og poteter. Det er i tillegg viktig å ha et daglig inntak av protein som magert kjøtt, kylling eller fisk. Helst fet fisk to til tre ganger i uken. Det anbefales også belgvekster/nøtter, og at man inkluderer magre meieriprodukter.

Det er ingen dietter som har vist å redusere smerter hos de med artrose, men noen kan reagere med økt smerter og stivhet på enkelte matvarer. Matvarer som det reageres på varierer fra person til person, og det

er derfor ingen grunn til å ta bort matvarer uten å ha mistanke om at den gir forverring.

En del artrosepasienter har gjort erfaringer med at visse matvarer forsterker smertene. Dette er en erfaring som de må forholde seg til, men som ikke nødvendigvis er overførbar til andre. Det er usikkert om omega 3/fiskeoljer kan redusere smerter hos de med artrose. Det er likevel anbefalt å innta omega 3, enten som fet fisk eller kapsler/flytende som et ledd i et sunt kosthold.

Det er anbefalt å tilstrebe en normalvekt, da overvekt medfører en ekstra belastning på ledd, det er også vist at en også får mindre smerter i ikke vektbærende ledd ved en vektreduksjon. Det er for øvrig viktig å poengtere at selv små vektforandringer kan ha god effekt på smerter.

Det å kunne unne seg god mat og drikke ved spesielle anledninger er viktig for livskvaliteten, men der viktig å ha et bevisst forhold til sine matvarevalg. Det er viktig for alle mennesker og særlig for mennesker med smerter og sykdomsplager å unne seg ting man kan glede seg over.





Supplerende behandling

Det er svært varierende resultater av alternative eller supplerende behandlingsformer for artrose. Noen behandlingsformer er forsket på uten at det er vist tydelige resultater i noen retning, for eksempel homeopati, magnetterapi, musikkterapi, yoga og terapeutisk berøring. Mange andre behandlingsmetoder er ikke testet i det hele tatt. Spesielt mangler det god forskning på områdene urtemedisin og homeopati.

Forskning viser at Avocado-soyabønne ekstrakt (ASU) kan ha en positiv effekt i behandlingen av artrosebetingede smerter. Det antydes også at det kan være lindrende effekter av Capsicaicin, en substans fra chili-pepper som brukes i kremer, og Phytodolor, en alkoholholdig urteekstrakt. Diacerein er utvunnet fra rabarbrerot og kan ha en mulig effekt i form av å bremse utviklingen av artrose vist på røntgen, men har usikker effekt på smerte og funksjonsnivå. Diacerein har ofte bivirkning i form av diaré. Akupunktur ser ut til å kunne ha en liten effekt på smerter relatert til kneleddsartrose, men ingen positiv effekt på hofteartrose. "Devil's Claw" er en urtemedisin fra Sør-Afrika som har fått mye

oppmerksomhet. Forskning har ikke vist noen effekt av denne substansen, og vi vet heller ikke om den er ufarlig å prøve.

Det er helt klart at mer forskning vedrørende effekt og bivirkninger av alternativ og supplerende behandlingsformer er nødvendig med tanke på hvor populært dette er, slik at helsepersonell kan komme med spesifikke råd om effekten og bruken av denne typen behandlingstiltak. Dette er viktig for å kunne oppmuntre mennesker med artrose til å kombinere behandlingstiltak for å oppnå mest mulig optimal bedring av symptomer kombinert med færrest mulig bivirkninger.

Når man kombinerer legemidler og supplerende behandlingsformer kan resultatet bli annerledes enn forutsatt. For eksempel nøytraliserer noen behandlingstiltak hverandres effekt. På bakgrunn av dette bør pasienten informere legen slik at mulige interaksjoner mellom behandlingene kan vurderes.

LEGEMIDLER

Førstevalg ved medikamentell behandling av artrose er paracetamol. Det finnes en rekke preparater på apoteket.

Paracetamol virker raskt, reduserer smerte og kan kombineres med betennelsesdempende legemidler. Hvis man ikke kommer til målet med paracetamol, vil legen ofte skrive resept på et betennelsesdempende legemiddel, enten ett av de tradisjonelle midlene som har vært tilgjengelige i en årrekke, eller ett av de nyere midlene, koksibene som har mindre risiko for magesårsvirkninger som magesår eller alvorlige magesårskomplikasjoner. De betennelsesdempende midlene reduserer smerte, demper betennelse i leddene, og motvirker også stivhet og virker ofte raskt.

Noen har glede av å bruke disse medisinene i perioder. Man regulerer behandlingen i takt med hvor intense plagene er. Betennelsesdempende medisin finnes også i form av geleer eller salver som kan påsmøres



eventuelt hovne og smertefulle ledd lokalt. Man må kun bruke en type betennelsesdempende medisin av gangen.

Glukosamin (sulfat og hydroklorid) er et legemiddel i Norge som i mange andre europeiske land. Det har tidligere vært et helsekostprodukt, og finnes blant annet i frisk brusk. Virkningsmekanismen er ikke helt avklart. Noen studier har vist effekt på smerte og funksjon ved kneartrose. Andre, derimot, har ikke kunnet vise det samme. Glukosamin har få bivirkninger, men kan ikke brukes ved skalldyrallergi.

Det finnes også sterkere smertestillende legemidler som kan få på resept. Slike bør man kun bruke ved ekstra sterke smerter.

Kortisoninjeksjoner kan være aktuelt i betente ledd som er hovne, varme og hvor det sees økt leddvæske. Slike injeksjoner kan også være aktuelle i gi i sene-fester og andre bløtdeler omkring leddene. Preparater som Hyaluronsyre, som antas å kunne virke inn på bruskens ernæring, kan også injiseres i leddet i spesielle tilfeller.

Bivirkninger

Paracetamol i høye doser over lang tid kan være belastende for leveren hos enkelte.

Viktigste bivirkninger som kan forekomme ved bruk av tradisjonelle betennelsesdempende legemidler:

- | 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

Koksibene er tryggere fordi de gir mindre risiko for magesår, men har muligens en noe økt risiko for utvikling av hjerte-karsykdom ved langvarig bruk i maksimal dose. De har ingen effekt på blodplatene og kan derfor også, med en viss grad av forsiktighet, kombineres med blodfortynnende legemidler



(for eksempel Marevan). Forsiktighet må imidlertid utvises hos pasienter med nyresykdom, høyt blodtrykk og hjertesvikt, både ved bruk av koksiber og de tradisjonelle betennelsesdempende legemidlene.

Betennelsesdempende legemidler er svært viktige for at mange artrosepasienter kan fungere tilfredsstillende til daglig med mindre stivhet og smerter. De kan også være et hjelpemiddel som gjør det mulig for artrosepasienter å drive trening og 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, og pasientene anbefales å bruke både tradisjonelle NSAIDs og koksibene 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.

KIRURGISKE INNGREP

Kirurgisk behandling er aktuelt 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 hofteludd. Under operasjonen fjerner kirurgen først skadet ben og brusk, og fester deretter hofteskålen og setter stilken med leddhodet ned i lårbenet. Protoser er laget av lette metallegeringer (rustfritt stål, kromkobolt eller titanium), og overflaten er dekket av et avansert kunststoffmateriale som gjør at protesedelene glir lett mot hverandre. Det finnes protoser 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. Mange steder blir pasientene sendt til en opptreningsinstitusjon etter sykehusoppholdet. Vanligvis merker pasientene at den kraftige smerten er borte raskt etter inngrepet. Tiden som går fra inngrepet til

man kan belaste fullt, varierer etter hva slags protese-type som brukes. Det går noen måneder før man har oppnådd full tilheling i vevet rundt hofteluddet.

Kirurgisk behandling av kneleddsartrose blir også gjort. I mange år har man gjort korreksjon av skjevstillinger i kneleddet for å bedre belastningsforholdene og på den måten gjøre at det blir mindre smerter i kneet. Dessuten brukes kneprotoser i økende grad. Det kirurgiske inngrepet ved kneprotoser følger gjerne samme retningslinjer som er skissert overfor for hofteluddet. For kneleddet finnes det både halve og totalprotoser.

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 forskyvninger 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 hagearbeide 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 oftest også få hjelp og råd ved å samtale med legen eller annet helsepersonell.



FORSKNING OG FRAMTID

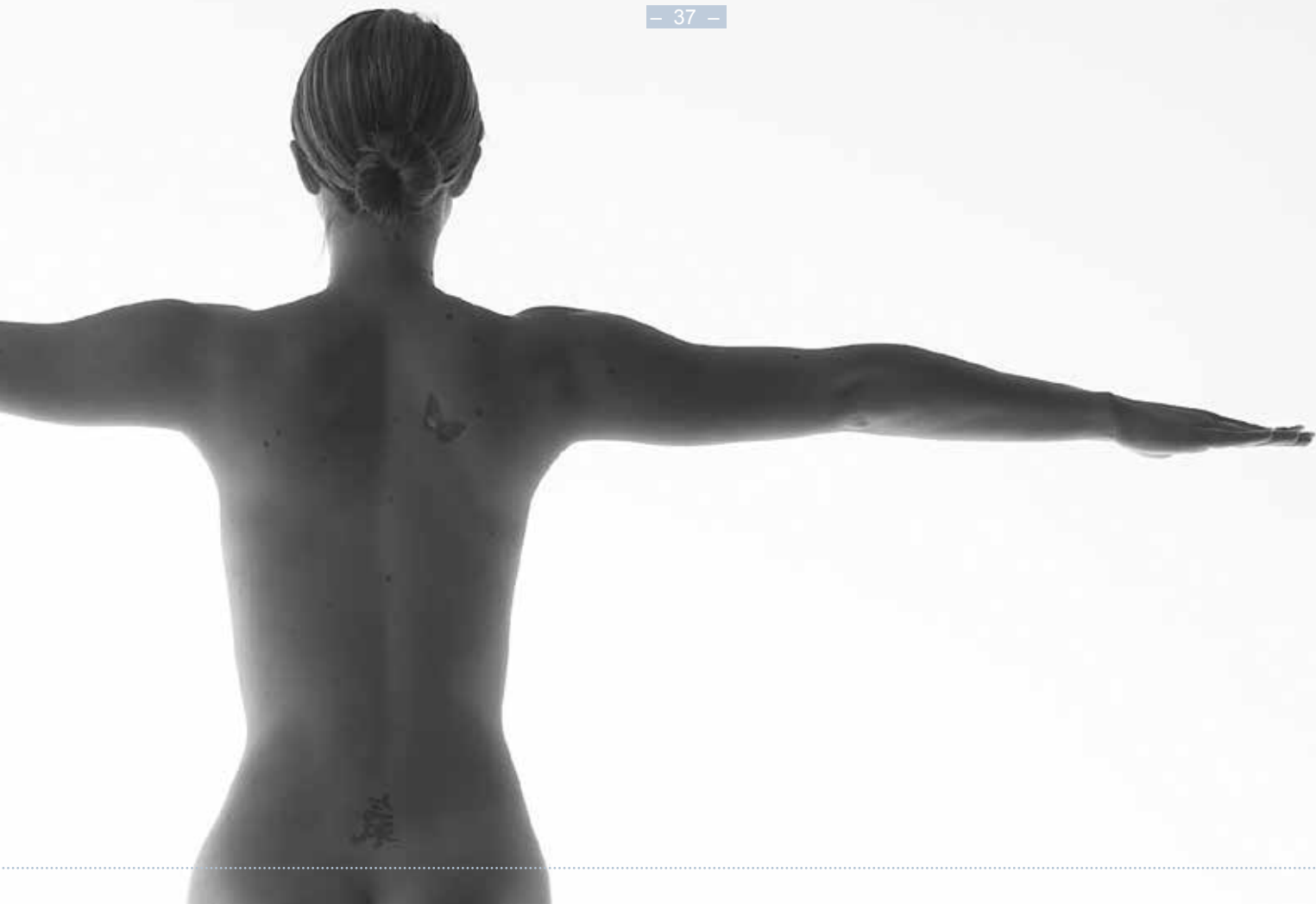
Artrose er en av de store folkesykdommene, og er en sammensatt tilstand. Utvikling av artrose påvirkes av mange forskjellige faktorer.

Dagens forskning retter seg mot selve sykdomsprosessen i bruskvevet, og hvilken påvirkning belastningsforhold, trening og øvelser kan ha. Samtidig har mange fokus på livskvalitet og mestring. Det foregår arbeid med å utvikle stoffer som muligens kan virke inn på bruskødeleggesprosessen.

Innenfor kirurgisk behandling gjør man stadig store fremskritt når det gjelder å utvikle nye protesetyper som er mer skånsomme overfor kroppens eget vev og mer holdbare.

Et annet forskningsområde er brusktransplantasjon (kun aktuell for små, ofte skadeutløste bruskdefekter), og mulig bruskdyrking fra andre celler i kroppen, men dette feltet er fremdeles i en meget tidlig fase.





Tekst: Ann-Mari Steinsland

TRENINGSRÅD VED REVMATISME

Gode treningsvaner er viktig for helsen og kan ha positiv innvirkning på livskvaliteten. Fysisk aktivitet er et vidt begrep som omfatter lek, friluftsliv, idrett, mosjon, trening, trim, kroppsøving og fysisk arbeid.

Fysisk aktivitet bedrer leddfunksjon og bevegelighet. Det gir mindre tap av benmasse. Økt muskelstyrke bedrer stabiliteten i leddene og gjør det lettere å mestre daglige gjøremål. Fysisk aktivitet er viktig for å redusere funksjonstap og dette gjelder de fleste revmatiske diagnosene. Det er holdepunkter for at fysisk aktivitet også har en viss sykdomsmodifiserende effekt.

Redusert fysisk form hos revmatikere skyldes ofte inaktivitet. En revmatiker kan reagere på smerte ved å begrense fysisk aktivitet, noe som fører til nedsatt muskelstyrke og svakere ledd. Det utvikler seg en vond sirkel og resultatet kan bli et forverret sykdoms-

bilde. Det er derfor viktig at du selv finner fram til aktiviteter du liker og etter hvert erfarer hvilke hensyn du må ta i ulike faser av sykdommen.

Hva bør jeg trene?

Det er viktig at du trener både bevegelighet, styrke, utholdenhet og koordinasjon.

Bevegelighet er evnen til bevegelsesutslag i ledd eller leddkjeder (for eksempel ryggstøylen). Bevegelighetstrening opprettholder eller øker bevegelsesutslaget i leddene.

Styrke kan defineres som en muskel eller muskelgruppes evne til å utvikle mekanisk spenning. Styrketrening øker den maksimale muskelstyrken, bedrer styrkeprestasjon og bedrer stabiliteten i et ledd.

Utholdenhet kan defineres som hardt arbeid med store muskelgrupper over lang tid. Utholdenhet kan deles i to undergrupper. Aerob utholdenhet er når muskulaturen får tilstrekkelig med oksygen, mens anaerob utholdenhet er uten tilstrekkelig oksygen.



Ved trening for å øke oksygenopptaket er det nødvendig å bruke dynamisk arbeid med store muskelgrupper, for eksempel rask gange med staver.

Koordinasjon er evnen til å samordne kroppsbevegelser i forhold til hverandre og til omgivelsene. Godt samspill mellom nerve- og muskelsystemet er avhengig både av medfødte evner og trening. Med bedre ko-

ordinasjon vil du arbeide mer økonomisk, fordele kreftene bedre og bruke mindre krefter på det du skal gjøre.

Hvor kan jeg trene?

Det er viktig at du finner en treningsarena hvor du trives og hvor tilgjengeligheten er grei. Det kan være i egen stue, gymnastikksal, treningssenter/institutt, svømmehall, veier i nærmiljøet, skogen, fjellet eller stranden. Spesielt anbefaler vi varmtvannstrening.

Hvordan bør jeg trene?

Det er viktig å begynne med aktiviteter som du mestrer og liker. Når du skal gjennomføre en treningsøkt, er det viktig at du starter rolig slik at kroppen varmes opp og er forberedt på litt mer krevende aktivitet. Etter hvert kan du øke intensiteten slik at treningen oppleves mer anstrengende og du kjenner at du blir andpusten. I samarbeid med fysioterapeuten kan du finne fram til gode øvelser for å trene styrke og bevegelse. Fysioterapeuten kan også gi råd om hvilke aktiviteter du kan velge for å bedre utholdenheten (hjerte- og kretsløpfunksjonen) din.

Et av de sentrale prinsippene innen fysisk aktivitet er regelmessighet. Det betyr at ved planlegging av trening, må en ta hensyn til at den er gjennomførbar gjerne en til to ganger per uke, i store deler av året.

Variasjon i type trening kan også bidra til å holde treningsgleden oppe. Finn fram til ulike aktiviteter du trives med. Velg gjerne aktiviteter som krever bruk av flest mulig muskelgrupper, for eksempel rask gange, jogging, stavgang, sykling, svømming og skigåing.

Se muligheten i stedet for begrensningen

Den største oppgaven du står overfor, er å være din egen pådriver og tilrettelegger for den fysiske aktiviteten du ønsker å gjennomføre. Flere små bolker av fysisk aktivitet i løpet av dagen og uken er viktig for den sammenlagte mengden aktivitet. En økning i hverdagsaktiviteter kan være like helsefremmende som et mer strukturert og tilrettelagt aktivitetsprogram. Gevinsten er økt overskudd og mindre smerter. Dette er kjempeviktig for livskvaliteten og gjør det lettere å leve med revmatisme.

Tekst: Torill Emblem Nysted

KOSTRÅD VED REVMATISME

Et godt kosthold er viktig for helsen og kan ha positiv innvirkning på livskvaliteten. Vi vet nå en hel del om ernæring og revmatiske sykdommer. Det er viktig å ha et sunt kosthold, og det er ikke så vanskelig som mange tror.

- | Spis minst tre porsjoner grønnsaker og to porsjoner frukt daglig
- | Velg kokte og bakte poteter fremfor chips og pommefrites
- | Spis grove korn- og brødvarer
- | Spis mer fisk – både som pålegg og middag
- | Velg magre kjøtt- og meieriprodukter
- | Velg myk vegetabilsk margarin eller olje fremfor hard margarin eller smør
- | Kutt ned på inntaket av sukker, særlig i form av brus og godteri
- | Vær varsom med salt
- | Vann er den beste tørstedrikk

Som revmatiker bør du prøve å opprettholde en normal kroppsvekt. Ved overvekt blir leddene overbelastet, og man opplever mer smerte. Er man for tynn, vil kroppen ha mindre motstandskraft mot infeksjoner, og man blir lettere syk. Utgangspunktet for deg som revmatiker er et godt sammensatt kosthold. Du har økt behov for visse næringsstoffer på grunn av en kronisk betennelsestilstand i kroppen. Betennelsen gjør nemlig at du bruker mer av noen næringsstoffer.

Antioksidanter

Hos personer med betennelsesaktig revmatisk sykdom har man målt lavere konsentrasjoner av antioksidanter i blodet. Antioksidantene blir brukt til å redusere skadene av selve betennelsesprosessen. All frukt, bær og grønnsaker er rike på antioksidanter og andre helsebringende plantestoffer. Desto sterkere farge de har, desto mer helsebringende plantestoffer inneholder de.

Omega-3-fettsyrer

I områder hvor man spiser mye fisk og dermed har et høyt inntak av omega-3-fettsyrer, er det registrert lavere forekomst av revmatiske sykdommer. Gode kilder til omega-3-fettsyrer er fet fisk, tran og fiskeoljekapsler. En daglig dose på 2,6-3 gram omega-3-fettsyrer har

vist seg å virke betennelsesdempende. Tar du så store doser, må du passe på å ta omega-3-kapsler uten vitamin A og D.

Vitaminer og mineraler

Revmatikere har normalt økt behov for noen vitaminer og mineraler. I tillegg til "fem om dagen" og fiberrike matvarer kan det være lurt å ta et multivitamin- og mineraltilskudd (uten vitamin A og D hvis du tar tran). Vi vil gå litt nærmere inn på noen vitaminer og mineraler.

Jern

Lav jernstatus følger gjerne en betennelsesaktig, revmatisk sykdom, men du bør ikke ta jerntilskudd uten å sjekke jernstatus hos legen din først. Har du lav jernstatus, bør du passe på å spise matvarer som inneholder jern. Gode kilder er kjøtt, innmat (leverpostei), mørkegrønne grønnsaker som broccoli, spinat, grønnkål, rosenkål og bønner. Helkornprodukter og skikkelige grove brød er også gode kilder. Det er en annen type jern i kjøtt og innmat enn det er i grønnsaker og korn. Jernet i mørkegrønne grønnsaker og korn tas bedre opp sammen med c-vitamin (eks. appelsinjuice), kjøtt og fisk. Opptaket reduseres hvis du spiser det sammen med kalsiumrike matvarer, te og kaffe.

Kalsium

Det er viktig å passe på at det daglige kostholdet dekker behovet for de ulike næringsstoffene som er med på å opprettholde et sterkt skjelett. Melk og meieriprodukter er våre viktigste kalsiumkilder. Anbefalt kalsiummengde per dag for personer over 21 år er 800 milligram (mg). Et glass melk gir oss ca 200 mg kalsium og gulost til en skive brød ca 150 mg. Hvis man ikke drikker melk eller spiser meieriprodukter, er det viktig at man får sikret sitt kalsiumbehov gjennom kosttilskudd.

Vitamin D

Like viktig som inntak av kalsium er vitamin D, som er helt nødvendig for at kalsium tas opp fra tarmen og for at kroppen skal være i kalsiumbalanse. Gode kilder til vitamin D er fet fisk, margarin og tran/trankapsler. Tines ekstra lettmelk inneholder også en liten mengde vitamin D. Spiser du lite fet fisk, bør du ta tran, tran-kapsler eller et multivitamintilskudd for å dekke behovet.

Bioaktive aminer

Pasienter med en aktiv betennelsesaktig revmatisk sykdom har et aktivert immunsystem med aggres-

sive betennelsesceller. Et av stoffene disse cellene produserer er histamin. I noen av de matvarer som vi spiser, finnes det histamin eller histaminfremkallende stoffer. Noen merker at symptomene forverres når de spiser matvarer som svinekjøtt, rødvin, røkt kjøtt, appelsiner, klementiner, tomater, rød paprika, jordbær og kakao. Man kan som regel spise litt av disse matvarene uten å få problemer.

Kjøtt

Noen føler bedring ved å redusere inntaket av eller kutte ut svinekjøtt og rødt kjøtt (storfe og lam).

Pass på kostholdet ditt og kroppsvekten.
Gevinsten er økt overskudd og mindre smerter.
Dette er kjempeviktig for livskvaliteten og gjør det lettere å leve med revmatisme.



Tekst: Karin Honne

Trenger du noen å snakke med?

LIKEMANNSTJENESTEN I NORSK REVMATIKERFORBUND

Likemannsarbeid handler om kontakt og samhandling mellom mennesker som er i noenlunde samme livssituasjon. Dette kan gjelde både pårørende og revmatikere.

Likemannsarbeidet i Norsk Revmatikerforbund skal gi revmatikere og pårørende et tilbud som dekker et annet behov enn det for eksempel helsepersonell bidrar med. Likemannen har selv revmatisk sykdom eller andre muskel- og skjelettplager og vet hvordan det er å leve med sykdommen på godt og vondt. Denne personen har bearbeidet sine egne erfaringer, og er derfor i stand til å hjelpe og veilede andre i samme situasjon. Arbeidet er frivillig og ulønnet.

Du kan stille spørsmål om sykdommen og praktiske sider ved det å ha revmatisme. En likemann har gjennomgått et kursprogram og har full taushetsplikt.

Fylkeslagene har oversikt over hvem som er likemenn i ditt distrikt (se kontaktinfo på baksiden). Likemannstjenesten tilbyr også enklere veiledning om dine rettigheter og muligheter, og hvor du kan henvende deg for å få den hjelp og støtte du har krav på.

Vår likemannstjeneste tilbyr:

- | en å snakke med
- | en som lytter og tar deg på alvor
- | en som vet hvor du kan få råd og hjelp
- | informasjon om sykdommen
- | informasjon om rettigheter og muligheter
- | råd og hjelp om attføring og arbeid

Likemannsaktiviteter:

- | telefontjeneste
- | likemannstjeneste i sykehus
- | en til en samtaler eller ulike gruppeaktiviteter som
 - selvhjelpsgrupper
 - mødregrupper
 - attføringsgrupper
- | ledsagertjeneste

Rådgivnings-
telefonen
NRF hjelper deg
815 33 015

Norsk Revmatikerforbund har et nettverk av taushetsbelagte likemenn over hele landet.

Noen vegrer seg for å ta kontakt med en likemann i nærmiljøet, og noen synes det er vanskelig å snakke om sine problemer og private forhold. Å snakke med en ukjent på telefon - uten å vise ansikt eller oppgi navn - kan for mange oppleves lettere og tryggere.

Høsten 2006 utvidet derfor Norsk Revmatikerforbund sin likemannstjeneste til også å omfatte en rådgivningstelefon - "NRF hjelper deg". Telefonrådgiverne er erfarne likemenn, håndplukket og gitt en grundig opplæring før deltakelse i tjenesten. Som likemenn har rådgiverne innblikk i lover, rettigheter og muligheter, kan fortelle hvor hjelpen finnes og hvordan nå frem til den. Rådgiverne har dessuten inngående kjennskap til NRF og våre tilbud til revmatikerne. Det er viktig å kunne formidle informasjon om mulighetene organisasjonen gir for kontakt med likesinnede, treningstilbud, temamøter og annen aktivitet som kan være av betydning for den enkelte. Pågangen på rådgivningstelefonen er stor, og tjenesten er et viktig supplement til vårt ordinære likemannsarbeid.

Alle med store eller små spørsmål knyttet til revmatisme, muskel- og skjelettplager, er velkommen til å ringe.





NRF er en landsomfattende interesseorganisasjon for alle med revmatisme, muskel- og skjelettplager. NRF ble stiftet 15. mars 1951, og er en av landets største helse-relaterte interesseorganisasjoner. Vi er ca. 40 000 medlemmer.

- I 300 lokale lag og foreninger
- I Egne foreninger og grupper for de mest omfattende diagnosene.
- I Fylkeskontor i alle fylker
- I Barne- og ungdomsorganisasjon (BURG) i alle fylker

NRF arbeider for

- I at alle revmatikere skal få det tilbudet de har krav på
- I at det blir forsket på revmatisme
- I at det gis tidsriktig informasjon om revmatisme, muskel- og skjelettplager
- I at det tilbys trenings- og behandlingsmuligheter

NRF taler din sak

Interessepolitikk – vi jobber for at du blir hørt

Vi har jevnlig møter med politikere og offentlige etater. Målet er at politikerne skal fatte beslutninger som ivaretar alle med revmatisme, muskel- og skjelettplager.

Informasjon – det du trenger å vite

Vi sprer allsidig informasjon fra vårt felt. Dette gjør vi gjennom medlemsbladet Revmatikeren, brosjyrer, hefter og nettsiden vår. Vi ønsker å møte alles behov for tidsriktig og oppdatert informasjon.

Bevisstgjøring – spre budskapet om revmatisme

Vi arbeider for at alle skal ha kjennskap til hva revmatisme er, og hvilke utfordringer revmatikere står overfor. Dette er viktig for å øke bevisstheten både blant folk flest, helsepersonell, og ikke minst blant beslutningstakere.

Les mer om dine rettigheter på
www.revmatiker.no og **www.nav.no**



For mer informasjon om revmatiske sykdommer, trygderettigheter og andre aktuelle saker som er viktig for revmatikeres hverdag, finner du i medlemsbladet *Revmatikeren* og vår hjemmeside.

Bli medlem – det lønner seg



Noen av NRFs generelle medlemstilbud:

- | **Medlemsbladet *Revmatikeren***
åtte ganger i året
- | **Oppdatert informasjon**
om diagnoser og mulige behandlingsformer
- | **Rabatt på behandlingsopphold**
til Reuma-Sol i Spania
- | **Gode rabattavtaler**
på blant annet bensin, strøm og forsikring
- | **Treningstilbud**
i regi av NRF, for eksempel varmtvannstrening, stavgang, trening i sal og ulike friluftaktiviteter. Kontakt din lokalforening for mer informasjon.



NORSK REVMATIKERFORBUND

Norsk Revmatikerforbund er en landsomfattende interesseorganisasjon for alle med revmatisme, muskel- og skjelett-plager. Vi arbeider for disse gruppene ved å påvirke politiske myndigheter, støtte forskningsprosjekter og tilby aktiviteter og medlemsfordeler. Melder du deg inn i Norsk Revmatikerforbund, støtter du vårt arbeid. Som medlem kan du gjøre deg nytte av våre medlemstilbud.

- I Oppdatert informasjon om diagnoser og mulige behandlingsformer
- I Gode rabattavtaler på strøm, forsikring og bensin
- I Rabatt på behandlingsopphold til Reuma-Sol i Spania
- I Medlemsbladet Revmatikeren åtte ganger i året

Norsk Revmatikerforbund:

Postboks 2653 Solli, 0203 Oslo

Tlf: 22 54 76 00 - www.revmatiker.no

E-post: post@revmatiker.no

Oversikt over Norsk Revmatikerforbunds fylkeskontor

Akershus
Tlf: 63 80 20 04

Hordaland
Tlf: 55 32 37 67

Oslo
Tlf: 22 55 15 17

Troms
Tlf: 77 61 14 93

Aust-Agder
Tlf: 37 02 87 27

Møre og Romsdal
Tlf: 70 06 87 13

Rogaland
Tlf: 51 90 63 30

Vest-Agder
Tlf: 38 02 09 85

Buskerud
Tlf: 32 75 47 10

Nordland
Tlf: 75 52 87 73

Sogn og Fjordane
Tlf: 57 82 49 45

Vestfold
Tlf: 33 31 07 06

Finnmark
Tlf: 78 44 01 36

Nord-Trøndelag
Tlf: 74 16 78 43

Sør-Trøndelag
Tlf: 73 95 40 44

Østfold
Tlf: 69 13 13 81

Hedmark
Tlf: 62 41 49 55

Oppland
Tlf: 61 26 46 00

Telemark
Tlf: 35 52 10 72

NRF
HJELPER DEG
TLF:
815 33 015