

KNGF-richtlijn

Reumatoïde artritis



KNGF-richtlijn Reumatoïde artritis

Praktijkrichtlijn

Onder redactie van:

Dr. E.J. Hurkmans

Dr. W.F.H. Peter

N.M. Swart Msc

G.A. Meerhoff MSc

Prof. dr. T.P.M. Vliet Vlieland

Creatief concept:

Total Identity

Vormgeving – DTP – Drukwerk: Drukkerij De Gans, Amersfoort

Eindredactie: Tertius – Redactie en organisatie, Houten

© 2018 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het KNGF.

Het KNGF heeft als doel om de voorwaarden te scheppen waardoor fysiotherapeutische zorg van goede kwaliteit gerealiseerd wordt, die toegankelijk is voor de gehele Nederlandse bevolking, met erkenning van de professionele deskundigheid van de fysiotherapeut. Het KNGF behartigt voor ruim 19.000 aangesloten fysiotherapeuten de belangen op beroepsinhoudelijk, sociaal-maatschappelijk en economisch gebied.

Alle onderdelen van de richtlijn, inclusief de samenvatting, zijn beschikbaar via www.kngfrichtlijnen.nl.

Werkgroep	
prof. P.J. van der Wees	Onafhankelijk voorzitter
I. Luttikhuis	Inhoudsdeskundige, vertegenwoordiging fysiotherapie eerste lijn
W.K.H.A. Hilberdink Msc	Inhoudsdeskundige, vertegenwoordiging fysiotherapie eerste lijn
S.L. van de Kamp – Werkman	Inhoudsdeskundige, vertegenwoordiging fysiotherapie eerste lijn
dr. F.J. van der Giesen	Inhoudsdeskundige, vertegenwoordiging fysiotherapie tweede lijn
E.A.A. Veerman	Inhoudsdeskundige, vertegenwoordiging fysiotherapie derde lijn
V. van der Lugt	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland Reumatologie (V&VN Reumatologie)
N. Beajeau-Janssen Msc	Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG)
H. Bloo MSc	Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg (NVFS)
M.H.T. Post Msc	Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)
M. Esseboom	Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)
D.E. Lopuhaä	ReumaNederland
S. de Jong	ReumaNederland
dr. M. Flendrie	Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)
drs. H.J.L. van der Heide	Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV)

Klankbordgroep	
prof. P.J. van der Wees	Onafhankelijk voorzitter
E. van den Ende	Inhoudsdeskundige, vertegenwoordiging fysiotherapie derde lijn
dr. M. van der Esch	Inhoudsdeskundige, vertegenwoordiging fysiotherapie derde lijn
R. Wouters MSc	Nederlandse vereniging voor handtherapie (NVHT)
M. Tenten-Diepenmaat MSc	Nederlandse vereniging van podotherapeuten (NVvP)
dr. S. van Berkel	Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG)
G. Willemsen	Nationale Vereniging Reumazorg Nederland
F. Maissan MSc	Nederlandse Vereniging Manueel Therapie (NVMT)
dr. Y. de Leeuw-van Zaanen	Nederlandse Vereniging voor Bedrijfs- en arbeidsFysiotherapeuten (NVBF)
drs. F. van Luxemburg	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
L. Hermesen	Zorginstituut Nederland (ZINL)

Auteursgroep	
dr. E.J. Hurkmans	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
dr. W.F.H. Peter	Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC); Reade, Amsterdam
N.M. Swart Msc	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
G.A. Meerhoff MSc	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
prof. dr. T.P.M. Vliet Vlieland	Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)

Inhoud

A	Algemene informatie	1
A.1	Inleiding	1
A.2	Achtergrond RA	1
A.2.1	Pathofysiologie	1
A.2.2	Risicofactoren voor ontstaan	1
A.2.3	Epidemiologische gegevens	1
A.2.4	Gevolgen van RA en maatschappelijke kosten	1
A.3	Klinisch beeld, diagnose	2
A.4	Medische behandeling en ziektebeloop	3
A.5	Prognostische factoren voor beloop	3
A.6	De zorg en de rol van de therapeut	3
B	Diagnostisch proces	4
B.1	Anamnese	4
B.2	Lichamelijk onderzoek	6
B.3	Meetinstrumenten	7
B.4	Indicatiestelling	8
B.5	Contra-indicaties voor oefentherapie, en gele en rode vlaggen	9
B.6	Gele vlaggen en rode vlaggen	9
C	Therapeutisch proces	9
C.1	Voorlichting en advies	9
C.2	Oefentherapie	10
C.2.1	Indicatie 1: Instructies voor voornamelijk zelfstandig uit te voeren oefentherapie	10
C.2.2	Indicatie 2: Oefentherapie met kortdurende begeleiding	10
C.2.3	Indicatie 3: Oefentherapie met intensieve begeleiding	10
C.3	Frequentie, intensiteit, type en duur van oefentherapie	11
C.3.1	Frequentie	11
C.3.2	Intensiteit	11
C.3.3	Type	11
C.3.4	Duur	11
C.3.5	Algemene factoren	12
C.3.6	Aanpassing oefentherapie vanwege comorbiditeit	12
C.4	Niet-oefentherapeutische interventies	12
C.5	Gedragmatige interventies ter bevordering van lichamelijke activiteit	12
C.6	Afsluiting van de behandeling	12

Toelichting 13

Noot 1.	Achtergrond	13
Noot 2.	Klinisch beeld, diagnose, medische behandeling en ziektebeloop	14
Noot 3.	Prognostische factoren voor beloop	17
Noot 4.	De zorg en de rol van de therapeut	18
Noot 5.	Anamnese	19
Noot 6.	Lichamelijk onderzoek	21
Noot 7.	Meetinstrumenten	21
Noot 8.	Indicatiestelling en contra-indicaties bij oefentherapie, en rode en gele vlaggen	24
Noot 9.	Voorlichting en advies	25
Noot 10.	Oefentherapie	26
Noot 11.	Oefentherapie bij indicatie 1	26
Noot 12.	Oefentherapie bij indicatie 2	26
Noot 13.	Oefentherapie bij indicatie 3	27
Noot 14.	Frequentie, intensiteit, type en duur van de oefentherapie	27
Noot 15.	Frequentie	27
Noot 16.	Intensiteit	28

Noot 17.	Type	29
Noot 18.	Duur	29
Noot 19.	Algemene factoren	30
Noot 20.	Aanpassing oefentherapie vanwege comorbiditeit	30
Noot 21.	Niet-oefentherapeutische interventies	31
Noot 22.	Gedragmatige interventies ter bevordering van lichamelijke activiteit	31

Praktijkrichtlijn

E.J. Hurkmans^I, W.F.H. Peter^{II}, N.M. Swart^{III}, G.A. Meerhoff^{IV}, T.P.M. Vliet Vlieland^V

A Algemene informatie

A.1 Inleiding

De herziene richtlijn Reumatoïde artritis (RA) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) is een leidraad voor de algemeen fysiotherapeut en oefentherapeut Cesar/Mensendieck bij de behandeling van mensen met RA, die is gediagnosticeerd door een reumatoloog.

Waar therapeut/therapie geschreven staat, kan fysiotherapeut/fysiotherapie of oefentherapeut/oefentherapie (Cesar/Mensendieck) worden gelezen. Met oefentherapie wordt in deze richtlijn de interventie oefentherapie bedoeld en niet het vak zoals dit door oefentherapeuten wordt beoefend. Enkele niet-oefentherapeutische interventies in deze richtlijn vallen buiten het competentieprofiel van de oefentherapeut. Als er volgens de behandelend oefentherapeut indicatie is voor een dergelijke interventie en de oefentherapeut heeft voor die interventie niet de aanvullende competenties behaald door middel van scholing, dient de patiënt te worden doorverwezen naar een fysiotherapeut. Om welke interventies het gaat, is steeds duidelijk aangegeven.

Dit is de praktijkrichtlijn. In deel A van deze praktijkrichtlijn wordt informatie gegeven over de aandoening, de zorg die beschikbaar is en op welke wijze deze zorg wordt aangeboden. Dan volgen in deel B en C respectievelijk het diagnostisch en therapeutisch proces, die het therapeutisch methodisch handelen beschrijven. Deze praktijkrichtlijn bevat een notenapparaat, met een toelichting op het onderwerp en verdieping daarvan (indien van toepassing). Aanvullend wordt een beschrijving gegeven van de wijze waarop de aanbevelingen in deze praktijkrichtlijn en het notenapparaat tot stand zijn gekomen.

De verantwoording bij deze praktijkrichtlijn bevat de literatuur waarop deze praktijkrichtlijn is gebaseerd en het resultaat van het eventuele literatuuronderzoek per onderwerp.

A.2 Achtergrond RA

[Toelichting: zie noot 1]

A.2.1 Pathofysiologie

Reumatoïde artritis (RA) is een chronische, systemische ontstekingsziekte met onbekende oorzaak, die voornamelijk gelokaliseerd is in de perifere gewrichten. Daarnaast zijn vaak de structuren rondom de gewrichten aangedaan, zoals peesscheden, slijmbeurzen en aanhechtingsplaatsen van spieren. Omdat RA een systeemaandoening is, kunnen ook organen, zoals huid, hart en

longen betrokken zijn in het ziekteproces. In meer zeldzame gevallen kan sprake zijn van algemene symptomen zoals koorts, malaise en gewichtsverlies.

Kenmerkend voor RA is de ontsteking van het synoviale weefsel. Het synovium vormt de bekleedende laag in de delen van het gewricht die niet met kraakbeen zijn bedekt en voorziet avasculaire structuren van voedingsstoffen. Synoviaal weefsel wordt ook gevonden in de peesscheden en de bursae. Bij patiënten met RA is het synoviale weefsel sterk verdikt en ontstoken. Dit hypertrofisch synovium wordt pannus genoemd. Waar dit ontstekingsweefsel lokaal ingroeit in de overgang tussen synovium en kraakbeen ontstaat schade aan kraakbeen en bot, een botdestructie die uiteindelijk leidt tot erosies van het bot.

Behalve de lokale schade treedt diffuse afbraak van het kraakbeen op. Deze afbraak is het gevolg van de enzymen die het ontstoken synovium produceert. Er is tevens sprake van een verstoorde aanmaak van kraakbeen. Dit alles resulteert in een minder dikke kraakbeenlaag.

Peri-artculaire verschijnselen die kunnen optreden als gevolg van het verdikte en ontstoken synoviale weefsel zijn bursitis, tendinitis of tendovaginitis.

A.2.2 Risicofactoren voor ontstaan

RA wordt algemeen beschouwd als een immunogemedieerde ziekte, waarvan de oorzaak onbekend is. Vermoedelijk raakt het afweersysteem ontregeld door een samenspel van erfelijke aanleg en omgevingsfactoren, zoals roken of een infectie. Bij beide komen ontstekingsseiwitten vrij, die onder andere ontstekingen in de gewrichten veroorzaken.

A.2.3 Epidemiologische gegevens

In Nederland waren er in 2015, op basis van huisartsenregistraties, naar schatting 234.400 mensen met de diagnose RA: 86.200 mannen en 148.200 vrouwen. Dit komt overeen met 10,3 per 1.000 mannen en 17,3 per 1.000 vrouwen. In 2015 kregen naar schatting 17.400 nieuwe patiënten de diagnose RA bij de huisarts: 6.600 mannen en 10.800 vrouwen. Dit komt overeen met 0,8 nieuwe patiënten per 1.000 mannen en 1,3 per 1.000 vrouwen. Het aantal nieuwe patiënten met RA neemt toe met de leeftijd, wat geldt voor zowel mannen als vrouwen.

A.2.4 Gevolgen van RA en maatschappelijke kosten

RA is een ziekte die, vanwege klachten als pijn, stijfheid, vermoeidheid en bewegingsbeperkingen, kan leiden tot beperkingen

^I Emalie Hurkmans, PhD, fysiotherapeut, medewerker afdeling Kwaliteit, KNGF, Amersfoort.

^{II} Wilfred Peter PhD, fysiotherapeut, fysiotherapiewetenschapper, onderzoeker, afdeling Reumatologie Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, Reade, Amsterdam.

^{III} Nynke Swart MSc, fysiotherapeut, fysiotherapiewetenschapper, medewerker afdeling Kwaliteit, KNGF, Amersfoort.

^{IV} Guus Meerhoff, MSc, fysiotherapeut, bewegingswetenschapper, senior medewerker afdeling Kwaliteit, KNGF, Amersfoort.

^V Thea Vliet Vlieland PhD, fysiotherapeut, arts, epidemioloog, hoogleraar Doelmatigheid van Revalidatieprocessen in het bijzonder fysiotherapie, afdeling Orthopedie, revalidatie en fysiotherapie, Reumatologie Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

in dagelijkse activiteiten, zoals het zich verplaatsen, zelfzorg of huishoudelijke activiteiten en beperkingen in maatschappelijke participatie, zoals onbetaald en betaald werk en vrijetijdsbesteding.

In het eerste jaar na de diagnose is 32% van de werkende patiënten met RA geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt, na vijf jaar is dit 45%. In 2015 stond RA op de 22e plaats van de lijst van aandoeningen in Nederland die verantwoordelijk zijn voor de meeste ziektebelasting.

Het zorggebruik bij RA is aanzienlijk en gaat gepaard met substantiële kosten voor de patiënt, de gezondheidszorg en de maatschappij. De totale kosten van de zorg bij RA bedroegen 568 miljoen euro in 2011, waarbij ruim de helft werd besteed aan genees- en/of hulpmiddelen (51%), 19% ging naar ouderenzorg, 18% naar ziekenhuiszorg en 9% naar eerstelijnszorg. Van de patiënten met RA die in behandeling zijn bij een medisch specialist maakt 25 tot 40% jaarlijks gebruik van zorg door een fysiotherapeut of oefentherapeut.

A.3 Klinisch beeld, diagnose

[Toelichting: zie noot 2]

Klinisch beeld

Bij RA staat ontsteking van gewrichten (artritis) op de voorgrond. Karakteristiek voor een beginnende RA is een chronische, symmetrische artritis van met name de gewrichten van de handen en vingers (metacarpofalangeale (MCP) en proximale interfalangeale (PIP) gewrichten) en voeten (metatarsofalangeale (MTP) gewrichten). Ook alle andere perifere gewrichten, de kaak (temporomandibulaire gewrichten) en het atlantoaxiale gewricht (C1-C2) in de nek (cervicale wervelkolom) kunnen bij het ziekteproces betrokken zijn. Extra-articulaire synoviale structuren, zoals ligamenten, bursae en peesscheden kunnen ook meedoen in het ziekteproces, zoals de bursae rond de elleboog en de schouder, de trochanter major van het femur of de achillespees en de buig- en strekpezen van de hand.

Ontstekingen van het synovium veroorzaken lokale pijn, zwelling en stijfheid, welke leiden tot bewegingsbeperkingen van de betrokken gewrichten. Door de gewrichtsontsteking kan schade aan het bot en kraakbeen en de peri-articulaire structuren optreden, die na enige tijd op een röntgenfoto zichtbaar is als erosieve afwijking of kraakbeenverlies. Mede ten gevolge van schade aan collageen structuren zoals ligamenten en pezen (bijv. rupturen) kunnen gewrichtsinstabiliteit en/of gewrichtsdeformiteiten ontstaan. Door de verbeterde medicamenteuze behandeling komen de voor RA kenmerkende deformiteiten aan de vingers en pols steeds minder vaak voor: aan de vingers de ulnaire deviatie van de MCP-gewrichten, de zwanenhalsdeformiteit ('swan-neck': hyperextensie van het PIP-gewricht met flexie van het distale interfalangeale (DIP) gewricht) of de knoopsgatdeformiteit ('boutonnière': flexie van het PIP-gewricht en hyperextensie van het DIP-gewricht) en aan de pols een standsafwijking die wordt veroorzaakt door het afglijden van de carpus ten opzichte van de radius naar radiaal. Een op dit moment ook zeldzame complicatie is destructie van de dens en het ligamentum transversum, waarbij subluxatie van de eerste ten opzichte van de tweede cervicale wervel compressie van het ruggenmerg kan veroorzaken, die kan leiden tot (soms ernstige) neurologische uitval.

Naast de lokale pijn en stijfheid komen algemene symptomen frequent voor, zoals gegeneraliseerde ochtendstijfheid en vermoeidheid. De spierkracht, het spieruithoudingsvermogen en het aerobe (cardiorespiratoire) vermogen zijn bij patiënten met RA over het algemeen verminderd.

Relatief frequent gaat RA gepaard met het syndroom van Sjögren, dat wordt gekenmerkt door verminderde functie van slijmvliezen (droge mond) en traanklieren (droge ogen). Relatief zeldzaam is betrokkenheid van de organen, in de vorm van pericarditis, pleuritis of noduli (reumaknobbels) in de huid, longen of het hart. Hetzelfde geldt voor ontsteking van de bloedvaten (vasculitis) die, afhankelijk van de locatie en uitgebreidheid van de ontsteking, kan leiden tot diverse afwijkingen, zoals nierfunctiestoornissen, neuropathieën en huidafwijkingen (ulcera).

Comorbiditeit komt bij RA relatief vaak voor. Deze kan optreden als gevolg van (complicaties van) de ziekte en/of medicatiegebruik en/of onafhankelijk van RA optreden. Patiënten met RA hebben een verhoogde kans op bepaalde lymfomen en infecties en – onder meer samenhangend met de inflammatoire aard van de ziekte – een verhoogd cardiovasculair risico. Daarnaast komen, net als in de algemene bevolking, bij RA-patiënten andere aandoeningen voor. Uit dwarsdoorsnedeonderzoek blijkt dat depressie, maligniteiten, astma, 'chronic obstructive pulmonary disease' (COPD), osteoporose, diabetes mellitus en secundaire artrose veel voorkomende (al dan niet aan RA gerelateerde) comorbiditeiten zijn.

Diagnose

De diagnose RA wordt gesteld door de reumatoloog, op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek, aangevuld met laboratorium- en radiologisch onderzoek. Bij 80-90% van de patiënten met RA is er bij bloedonderzoek sprake van een acute-faserespons (aanwezigheid van acuut ontstekings-eiwit), gekenmerkt door een verhoogd C-reactief proteïne (CRP), een verhoogde bloedbezinking, trombocytose en anemie. Bij circa 80% van de patiënten met RA worden reumafactoren gevonden. Er zijn drie verschillende typen reumafactoren: IgA, IgG en IgM, waarvan de laatste het meest voorkomt. Daarnaast worden – vrijwel uitsluitend bij patiënten met RA – antilichamen tegen gecitrullineerde eiwitten ('cyclic citrullinated peptide' (CCP's)) gevonden. Deze kunnen worden aangetoond met behulp van de anti-CCP-test. Laboratoriumonderzoek van synoviaal vocht of weefsel wordt voornamelijk gedaan ter uitsluiting van andere aandoeningen, zoals kristalartritis of een septische artritis. Met behulp van röntgenonderzoek kunnen enige tijd na het begin van de ziekte kenmerkende radiologische afwijkingen (peri-articulaire ontkalking, kraakbeenverlies en erosieve afwijkingen van het bot) zichtbaar worden gemaakt. Deze kenmerkende radiologische afwijkingen worden vaak als eerste gezien aan de gewrichten van handen (MCP-gewrichten) en voeten (MTP-gewrichten). Ontstekingsverschijnselen in de gewrichten (hydrops en kapselzwelling) en van de structuren rondom de gewrichten (bursae en peesscheden) kunnen worden aangetoond met behulp van echografisch onderzoek en 'magnetic resonance imaging' (MRI).

Er zijn classificatiecriteria voor RA ontwikkeld om de ziekte te classificeren en zo wetenschappelijk onderzoek mogelijk te maken. Deze zijn niet geschikt voor het vroegtijdig behandelen van patiënten met RA in de dagelijkse praktijk. Wanneer een patiënt zich presenteert met een gewrichtsontsteking die (nog) niet voldoet aan de classificatiecriteria, wordt ingeschat of er sprake is van een in

ontwikkeling zijnde RA of van een andere vorm van artritis (bijvoorbeeld een virale artritis, een reactieve artritis of een kristalartritis (ofwel jicht), een Lyme-artritis of een sepsische artritis).

A.4 Medische behandeling en ziektebeloop

[Toelichting: zie noot 2]

Medische behandeling

De medicatie die bij de behandeling van RA gebruikt wordt om de ziekteactiviteit langdurig af te remmen, omvat 'disease modifying anti-rheumatic drugs' (DMARD's; bijvoorbeeld methotrexaat), 'biologicals' (bijvoorbeeld TNF-alfaremmers, T- en B-celremmers of interleukineremmers) en corticosteroïden. Ter pijnvermindering kunnen ontstekingsremmende pijnstillers worden ingezet, de 'non-steroidal anti-inflammatory drugs' (NSAID's) in orale vorm of, eventueel, in topische vorm (zalf, crème) en – ter ondersteuning – als kortwerkende medicatie, pijnstillers zoals paracetamol. Daarnaast kunnen ter vermindering van ontstekingsactiviteit en pijn, intra-articulaire of intramusculaire corticosteroïden worden toegediend. De medicamenteuze behandeling van RA staat beschreven in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie. De meest voorkomende chirurgische interventies bij mensen met RA zijn de gewrichtsvervangende operaties en correcties van deformiteiten (met name hand- of voetchirurgie). De pre- en postoperatieve fysio- of oefentherapie bij de verschillende chirurgische ingrepen bij RA vallen buiten de scope van deze richtlijn; bij die ingrepen is het beleid van de chirurg steeds leidend.

Ziektebeloop

Het beloop van RA kan per individu sterk variëren. Bij adequate medicamenteuze behandeling is er bij ongeveer 30–60% van de patiënten met RA weinig tot geen ziekteactiviteit (remissie), terwijl bij ca. 5% een ernstig beloop met persisterende ontstekingsactiviteit optreedt, die leidt tot structurele schade aan de gewrichten. Bij de overige patiënten wisselen perioden van hoge en lage ziekteactiviteit elkaar af. Het beloop wordt in belangrijke mate bepaald door de reactie op de initiële medicamenteuze behandeling en de aanwezigheid van andere prognostische factoren.

A.5 Prognostische factoren voor beloop

[Toelichting: zie noot 3]

Bij RA kan een vroegtijdige medicamenteuze behandeling leiden tot goed gecontroleerde ziekteactiviteit en daarmee tot een gunstig beloop van de ziekte. Voorspellende factoren voor een ongunstig beloop van de ziekteactiviteit en/of radiologische afwijkingen bij RA zijn vooral de aanwezigheid van autoantistoffen (reumafactor en 'anti-citrullinated protein' of 'peptide antibodies' (ACPA ofwel anti-CCP)) en de ernst van de ziekte bij presentatie (hoge ziekteactiviteit en radiologische afwijkingen). Andere factoren die een rol (kunnen) spelen bij het beloop zijn de mate van functionele beperkingen bij aanvang van de ziekte, aanwezigheid van extra-articulaire verschijnselen (onder andere pericarditis, noduli, vasculitis en pleuritis), periarticulaire verschijnselen (onder andere (pees)schedeontsteking, slijmbeursontsteking en spierzwakte), aan leefstijl gerelateerde factoren (waaronder roken), afwijkingen op de MRI-scan of het echogram en een bepaalde genetische aanleg.

A.6 De zorg en de rol van de therapeut

[Toelichting: zie noot 4]

De zorg bij RA en organisatie van zorg

Mensen met RA worden primair behandeld door de reumatoloog, die in de meeste gevallen samenwerkt met een reumaverpleegkundige. In sommige reumatologische centra worden een aantal medische taken uitgevoerd door een verpleegkundig specialist of een 'physician assistant', denk aan medicatie voorschrijven of gewrichtspuncties of -injecties uitvoeren.

Afhankelijk van de zorgvraag zijn ook de (gespecialiseerd) fysiotherapeut, oefentherapeut, huisarts, ergotherapeut, podotherapeut, logopedist, maatschappelijk werker, psycholoog, diëtist, medisch pedicure, orthopedisch schoentechnicus, orthopedisch chirurg, sportarts of revalidatiearts bij de behandeling betrokken. Multidisciplinaire teambehandeling wordt overwogen indien gelijktijdige betrokkenheid van meerdere zorgverleners wenselijk of noodzakelijk is en problematiek van dien aard is dat deze niet of onvoldoende door afzonderlijke zorgverleners kan worden opgelost.

De rol van de therapeut

De therapeut speelt een belangrijke rol in de behandeling van de gevolgen van enerzijds RA en anderzijds de al dan niet aan RA gerelateerde comorbiditeit. Veel voorkomende gevolgen zijn: verminderde algehele lichamelijke activiteit, verminderde spierkracht, verminderde aerobe capaciteit en beperkingen in dagelijkse activiteiten of participatie. De therapeut dient zich hiertoe een beeld te vormen van de ernst en de omvang van de aandoening (gebaseerd op de ziekteactiviteit en aanwezigheid van radiologische afwijkingen) en de reactie op de medicamenteuze behandeling.

De therapeut begeleidt de patiënt bij het proces van voorkomen of verminderen van en/of het leren omgaan met beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven en maatschappelijke participatie ten gevolge van RA. De belangrijkste middelen om dit doel te bereiken zijn het geven van voorlichting en advies, en oefentherapie. Oefentherapie omvat oefeningen die zijn gerelateerd aan problemen of beperkingen in het functioneren, die samenhangen met RA, maar ook begeleiding bij het verkrijgen en behouden van een niveau van algehele lichamelijke activiteit volgens de 'Bewegrichtlijnen van de Gezondheidsraad' (zie het volgende kader).

Bewegrichtlijnen van de Gezondheidsraad

- Bewegen is goed, meer bewegen is beter.
- Doe minstens 150 minuten per week aan matig-intensieve inspanning, zoals wandelen of fietsen, verspreid over diverse dagen. Langer, vaker en/of intensiever bewegen geeft extra gezondheidsvoordeel.
- Doe minstens tweemaal per week spier- en botversterkende activiteiten, voor ouderen gecombineerd met balans-oefeningen.
- Voorkom veel stilzitten.

Bron: <https://www.gezondheidsraad.nl/nl/taak-werkwijze/werkterrein/preventie/bewegrichtlijnen-2017>

De therapeut stelt in samenspraak met de patiënt een beweegplan op, waarin het de patiënt is die specificeert welke oefeningen en lichamelijke activiteiten hij doet, wanneer, waar en hoe lang. Integratie van oefenen en bewegen in het dagelijks leven vergroot de kans op het kunnen volhouden van een actieve leefstijl. Ook leefstijladviezen spelen een rol. Deze kunnen onder meer betrekking hebben op zelfmanagement ten aanzien van specifieke zelfstandig uit te voeren oefeningen en algemene lichamelijke activiteiten, maar ook op werkomstandigheden en/of het gebruik van hulpmiddelen en/of aanpassingen in de thuissituatie of op het werk.

Oefentherapie onder begeleiding van een therapeut kan bestaan uit spierversterkende oefeningen, oefeningen ter bevordering van de aerobe capaciteit en functionele oefenvormen, zoals loop- of handfunctietraining, eventueel aangevuld met specifieke balans-, coördinatie-, en/of neuromusculaire training en/of actieve range of motion of spierrekkingsoefeningen.

Zowel tijdens de behandelingsperiode als bij de beëindiging ervan geeft de therapeut nadrukkelijk advies over de manieren waarop de patiënt zelf, passend bij de individuele situatie, een actieve leefstijl kan bereiken en behouden. Wanneer de patiënt in behandeling is bij meerdere zorgverleners tegelijk, neemt de therapeut regelmatig contact met deze zorgverleners op, om de verschillende behandelingen op elkaar af te stemmen. De therapeut legt in ieder geval contact met andere zorgverleners voor de eerste en na de laatste behandelsessie.

B Diagnostisch proces

B.1 Anamnese

[Toelichting: zie noot 5]

Als iemand zich in de eerste lijn met de diagnose RA bij de fysiotherapeut of oefentherapeut meldt op basis van directe toegankelijkheid fysiotherapie (DTF) of directe toegankelijkheid oefentherapie (DT0), zal eerst een screening plaatsvinden om te bepalen of fysio- of oefentherapie geïndiceerd is. Hiertoe dient de therapeut de medische diagnose te verifiëren en zich een beeld te vormen van de klachten en symptomen en te bepalen of er gele en rode vlaggen aanwezig zijn.

Het doel van de anamnese is gezondheidsproblemen te inventariseren en zo aangrijpingspunten voor de behandeling te vinden. Deze inventarisatie vindt plaats aan de hand van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set voor RA, die voor mensen met RA de meest relevante aspecten van het gezondheidsprobleem omvat, geordend naar de domeinen 'functies en anatomische eigenschappen', 'activiteiten', 'participatie', 'externe factoren' en 'persoonlijke factoren'. Deze ICF Core Set voor RA vormt de basis voor de anamnese bij patiënten met RA. De anamnese levert informatie op over de aanwezigheid van contra-indicaties en gele en rode vlaggen, waarbij het aan de therapeut is om te besluiten of deze aanleiding zijn voor overleg met de (huis)arts (zie paragraaf B.5). Verder worden risicofactoren voor het ontstaan van RA (zie paragraaf A.2.2) en prognostische factoren voor het beloop (zie paragraaf A.5) uitgevraagd. Ten slotte worden, indien van toepassing, meetinstrumenten gebruikt zoals beschreven in paragraaf B.3.

In het volgende kader staan voorbeelden van relevante anamnesevragen. De vragen kunnen worden aangepast aan de communicatiestijl van de therapeut en het communicatieniveau van de patiënt.

Overzicht van relevante anamnesevragen bij patiënten met RA*

Algemeen

- Wat is de hulpvraag? (Patiënt Specifieke Klachten; PSK)
- Wat zijn de verwachtingen ten aanzien van fysio- of oefentherapie?
- Wat zijn de verwachtingen van het beloop van de klachten?

Functies en anatomische eigenschappen

Is er sprake van:

- pijn in één of meerdere gewrichten? ('Numeric Pain Rating Scale' (NPRS)) Wat is de locatie van de pijn (welke gewrichten)? Is de pijn gerelateerd aan belasting? Hoe is het beloop van de pijn 's ochtends, 's middags, 's avonds of 's nachts?
- onverklaarbare, aanhoudende heftige pijn en/of ontstekingsverschijnselen in een of meer gewrichten? (Mogelijk rode vlag)
- ochtendstijfheid en/of startstijfheid? Zo ja, hoe lang?
- zwelling van een of meer gewrichten? Zo ja, welke gewrichten?
- een bewegingsbeperkingen en/of stijfheid van een of meer gewrichten? Zo ja, in welke gewrichten?
- vermoeidheid? (Numeric Rating Scale voor vermoeidheid; NRS vermoeidheid)
- verminderde spierkracht? Zo ja, waar en bij welke activiteiten?
- een verminderd uithoudingsvermogen?
- huidafwijkingen (ulcera) of nagelrieminfarcten, die mogelijk verband houden met RA?
- beperkingen bij kauwen of slikken?
- een droge mond en/of droge ogen, bijvoorbeeld als gevolg van het syndroom van Sjögren
- een hoge bloeddruk? (cardiovasculaire risicofactor)
- een hoog cholesterol? (cardiovasculaire risicofactor)

- nekpijn en/of pijn aan de achterkant van het hoofd, in combinatie met paresthesieën en/of dyesthesieën, motorische uitval, 'opspringende' benen, en/of een zandgevoel in de handen? (neurologisch symptomen die kunnen wijzen op een rode vlag)
- gevoelsstoornissen? (mogelijke rode vlaggen)
- beperkingen in de balans? (mogelijke rode vlaggen)
- slaapproblemen?
- plotselinge toename van klachten of een acute opvlamming RA? (mogelijke rode vlag)
- hevige pijn in de rug al dan niet na een val? (mogelijke rode vlag bij osteoporose en (langdurig) corticosteroïdgebruik)
- tekenen van infectie anders dan in gewrichten, die al dan niet gepaard gaan met koorts en/of algehele malaise? (mogelijke rode vlag bij gebruik van biologicals)

Activiteiten (PSK)

- Zijn er beperkingen bij de uitvoering van activiteiten van het dagelijks leven en/of functioneren, zoals:
 - het veranderen van houding, (bijvoorbeeld omdraaien in bed, opstaan vanuit bed, gaan zitten);
 - zelfverzorging, bijvoorbeeld aan- en uitkleden, douchen, haren kammen (optioneel meetinstrument voor arm en handfunctie; Quick-DASH);
 - lopen (in huis of buiten), traplopen;
 - het oprapen van voorwerpen van de grond;
 - het schrijven of andere fijnmotorische activiteiten;
 - eten en/of drinken;
 - fietsen, autorijden of gebruikmaken van het openbaar vervoer;
 - seksuele activiteiten.
- Voldoet de patiënt aan de 'Beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad'? (zie paragraaf A.6)
 - Zo ja, met welke activiteiten en gedurende hoeveel minuten per week?
 - Zo nee, wat is de belangrijkste belemmerende factor? Welke mate van lichamelijke activiteit wordt bereikt? Met welke activiteiten en gedurende hoeveel minuten per week? (optioneel meetinstrument: accelerometer/stappenteller of de MET-methode).

Participatie

- Wat is de gezinssituatie? (om een inschatting te kunnen maken van de dagelijkse belasting in relatie tot de belastbaarheid)

Zijn er belemmeringen, als gevolg van de klachten, in:

- relaties en/of sociale contacten?
- betaald en onbetaald werk? (optioneel meetinstrument: 'Work Productivity and Activity Impairment questionnaire' (WPAI))
- vrije tijd, bijvoorbeeld bij uitoefening van sport en hobby's?
- de kwaliteit van leven (optioneel meetinstrument: 'RA Quality of Life vragenlijst' (RAQoL))

Externe factoren

- Komt RA voor in de familie?
- Komen er hart- en vaatziekten voor in de familie?
- Hoe reageert de omgeving op de klachten, bijvoorbeeld de partner, familie, vrienden of collega's?
- Hoe is de woonsituatie? Is er een trap in huis en hoe gaat traplopen?
- Wordt er medicatie gebruikt? Zo ja, welke? Wat is het effect van medicatie? Worden er bijwerkingen ervaren? Zo ja, welke?
- Heeft er al eerder fysio- of oefentherapeutische behandeling plaatsgevonden voor de RA? Zo ja, wat was het resultaat?
- Is er (behalve een reumatoloog) een medisch specialist of andere zorgverlener bij de patiënt betrokken ten behoeve van de RA of de hieraan gerelateerde comorbiditeit?
- Worden er aanpassingen, hulpmiddelen of voorzieningen voor dagelijkse activiteiten of het huishouden gebruikt? En op het werk of tijdens sport of vrijetijdsbesteding?
- Wordt er een loophulpmiddel gebruikt? Zo ja, wat is het effect?
- Wordt er een hulpmiddel gebruikt bij het uitvoeren van werkzaamheden (stasteun, sta-opstoel, rolkruk, kniesteun)? En zo ja, wat is het effect?
- Heeft er in het verleden een operatie plaatsgevonden, bijvoorbeeld een gewrichtsvervangende operatie of een peesoperatie? Zo ja, hoe lang geleden en hoe verliep het herstel?

Persoonlijke factoren

- Wat zijn de gedachten over bewegen?
- Hoe wordt er omgegaan met de klachten in het dagelijks leven? Onder andere maatregelen die de patiënt zelf heeft genomen om de klachten te beïnvloeden, zoals rust/bewegen, en hielpen deze?

Is er sprake van:

- comorbiditeit? Zo ja, welke? Heeft deze invloed op het bewegend functioneren en/of de inspanningstolerantie?
- overgewicht? (*cardiovasculaire risicofactor*)
- roken? Zo ja, hoeveel rookt de patiënt? (*cardiovasculaire risicofactor*)
- ervaren bevorderende of belemmerende factoren om te gaan bewegen? Zo ja, welke?
- behoefte aan informatie over RA en de behandeling?
- angst, bijvoorbeeld om te vallen?

* Tussen haakjes staan mogelijke contra-indicaties, gele en rode vlaggen, risicofactoren, prognostische factoren en meetinstrumenten.

B2. Lichamelijk onderzoek

[Toelichting: zie noot 6]

Het lichamelijk onderzoek van de patiënt met RA bestaat uit het beoordelen van (de kwaliteit van) het bewegen in relatie tot de beperkingen in activiteiten. Dit onderzoek wordt, net als bij de anamnese, gedaan aan de hand van de ICF Core Set for rheumatoid arthritis'. Het lichamelijk onderzoek levert informatie op over

de aanwezigheid van risicofactoren voor een ongunstig beloop, contra-indicaties voor oefentherapie en rode vlaggen (zie paragraaf B.5), op basis waarvan de behandelbare grootheden kunnen worden vastgesteld. Een overzicht van relevante aandachtspunten voor het lichamelijk onderzoek bij patiënten met RA is opgenomen in het volgende kader.

Aandachtspunten bij het lichamelijk onderzoek bij mensen met RA

Functies en anatomische eigenschappen

Inspectie

- Waar wordt de pijn aangegeven (welke gewrichten)? Bij welke beweging(en) is er pijn in de desbetreffende gewrichten?
- Is er sprake van zwelling van de desbetreffende gewrichten? Zo ja, welk gewricht(en) en in welke mate (licht, matig of fors). Is de zwelling diffuus of lokaal?
- Is er sprake van standsveranderingen of deformiteiten van de gewricht(en), met name van de handen, polsen, voeten? (zie paragraaf A.3).

Palpatie

- Is er sprake van zwelling van gewrichten of omliggende structuren (bijvoorbeeld peesscheden, bursae)?
- Is er sprake van temperatuurverhoging van gewricht(en)?
- Is palpatie pijnlijk?

Functieonderzoek

- Actief bewegingsonderzoek:
 - bepalen van de range of motion van alle gewrichten van de bovenste en de onderste extremiteiten en van de CWK in alle richtingen;
 - beoordelen van de gecombineerde schouder- en elleboogfunctie door enkele gecombineerde bewegingen uit te laten voeren (bijvoorbeeld de haarkambeweging).
- Passief bewegingsonderzoek van de gewrichten met een bewegingsbeperking die is vastgesteld tijdens het actief bewegingsonderzoek

Beoordelen van:

- de spierkracht en het spieruithoudingsvermogen van de bovenste en onderste extremiteiten;
- de actieve en passieve stabiliteit, spierlengte en de proprioceptie;
- de statische en dynamische balans;
- de sensibiliteit van met name de bovenste extremiteiten (mogelijke rode vlag);
- de handfunctie (bewegingsonderzoek, maar ook coördinatie, grijpfunctie en het functioneren van de buig- en strekpezen in de hand (waaronder peesgliden);
- het fysiek functioneren (de Zes Minuten Wandeltest (6MINWT)) is een ondersteunende functietest om het fysiek functioneren in te schatten en om te gebruiken als nulmeting voor de behandeling;
- de aerobe capaciteit (bijvoorbeeld met behulp van de BORG-schaal (6-20) of de hartfrequentie).

Activiteiten

Inspectie

Beoordelen van:

- het looppatroon; zoals afwikkelen van de voeten, enkelfunctie, kniefunctie (is er bijvoorbeeld een flexiecontractuur?) en heupfunctie (is er bijvoorbeeld een Trendelenburg?), romprotatie en armfunctie.
- de kwaliteit van bewegen bij functionele activiteiten, zoals bij staan, opstaan en gaan zitten, bukken, transfers, aan en uitkleden, traplopen, reiken en grijpen, iets oprapen van de grond en schrijven;
- specifieke activiteiten die beperkt zijn tijdens werk, sport of andere vrijetijdsbesteding;
- het gebruik van hulpmiddelen;
- de uitvoering van andere specifieke activiteiten waarbij klachten worden aangegeven.

B.3 Meetinstrumenten

[Toelichting: zie noot 7]

De meetinstrumenten die van toepassing kunnen zijn bij patiënten met RA zijn op systematische wijze gekoppeld aan de gezondheidsdomeinen van de ICF.

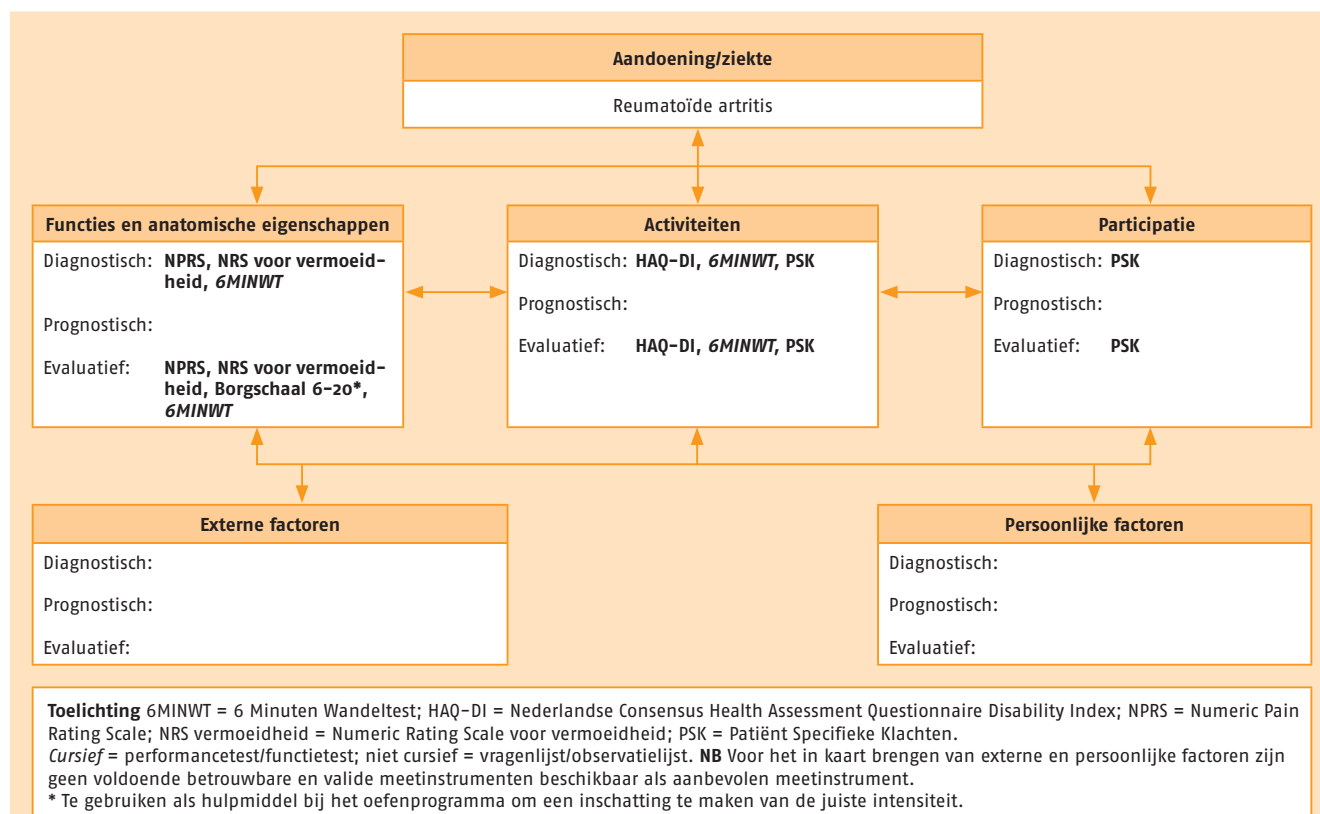
en een performance based-test toe (bijvoorbeeld de 'Nederlandse Consensus Health Assessment Questionnaire' en de Zes Minuten Wandeltest). Al deze meetinstrumenten zijn beschikbaar via www.meetinstrumentenzorg.nl.

Aanbevolen meetinstrumenten

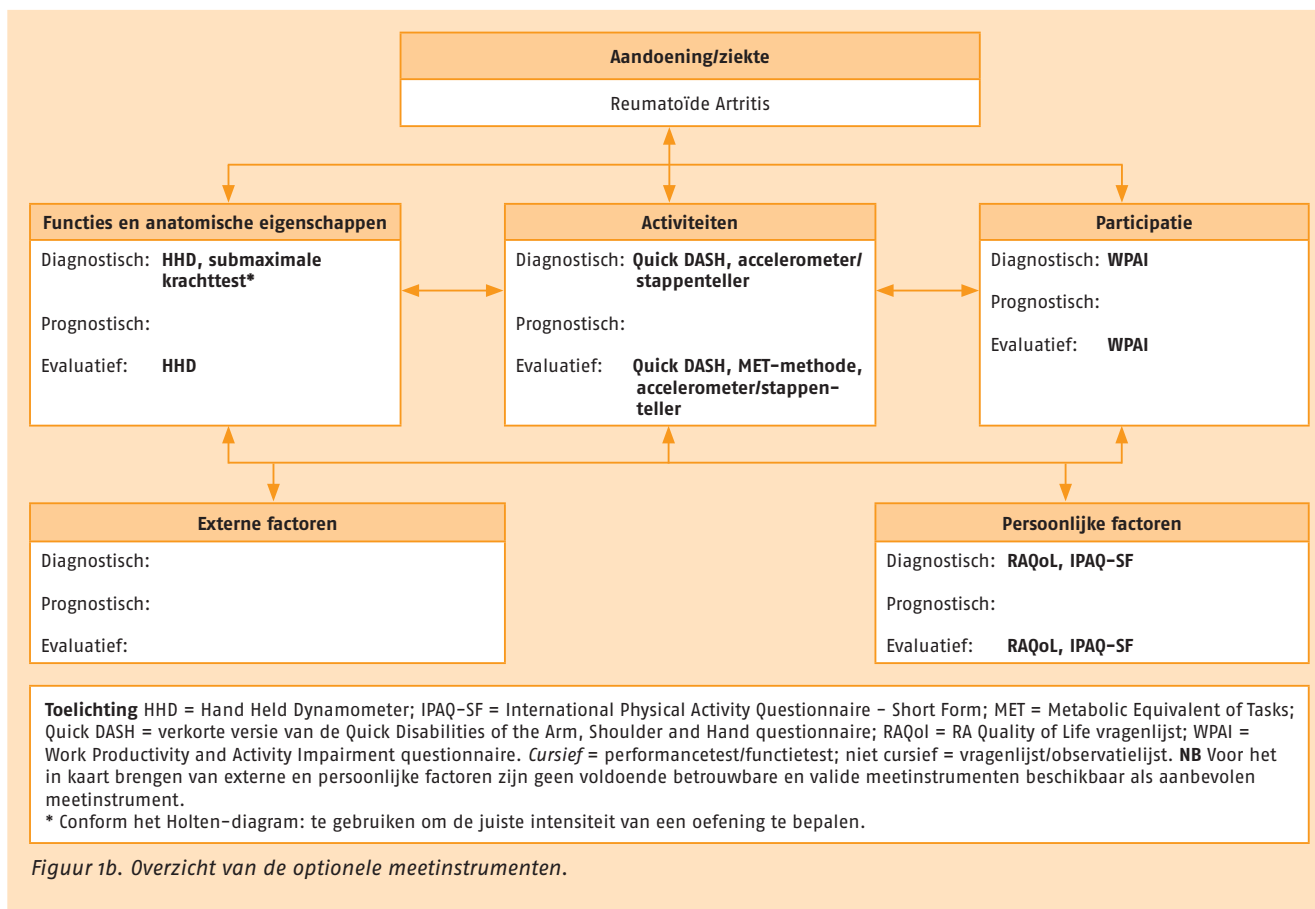
In figuur 1a staat een overzicht van de aanbevolen meetinstrumenten. Deze instrumenten kunnen worden toegepast tijdens de diagnostische fase en bij de evaluatie van de behandeling bij patiënten met RA wanneer daar in de praktijk aanleiding toe is. Pas bij voorkeur de combinatie van een zelfgerapporteerde vragenlijst

Optionele meetinstrumenten

In figuur 1b staan de optionele meetinstrumenten. Deze instrumenten kunnen worden toegepast tijdens de diagnostische fase en bij de evaluatie van de behandeling bij patiënten met RA wanneer daar in de praktijk aanleiding toe is. Al deze meetinstrumenten zijn beschikbaar via www.meetinstrumentenzorg.nl.



Figuur 1a. Overzicht van de aanbevolen meetinstrumenten.



B.4 Indicatiestelling

[Toelichting: zie noot 8]

Er is een indicatie voor fysio- of oefentherapie:

- wanneer er een hulpvraag bestaat die gerelateerd is aan beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of maatschappelijke participatie van de patiënt op basis van het bewegend functioneren;

en/of

- wanneer de patiënt niet in staat is om zelfstandig een adequaat niveau van fysiek functioneren te bereiken of te handhaven. Een adequaat niveau van fysiek functioneren wordt bepaald door de hulpvraag, voldoet aan de 'Beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad' (zie paragraaf A.6) en gaat uit van een effectieve copingstrategie.

Afhankelijk van de gezondheidstoestand van de patiënt en de mate waarin patiënten in staat zijn tot zelfmanagement, zijn er drie indicaties te onderscheiden.

Indicatie 1

Er is een indicatie voor voorlichting, advies en instructies voor voornamelijk zelfstandig uit te voeren oefeningen, bij patiënten met:

- een behoefte aan voorlichting, advies, instructie en praktische handvatten bij het oefenen en (weer) bewegen, en/of
- een behoefte aan meer inzicht in de ziekte, de klachten en het beloop van RA en de gevolgen voor het fysiek functioneren en maatschappelijke participatie, en/of

- een behoefte aan informatie over de fysio- of oefentherapeutische behandelmogelijkheden en de eigen rol daarin, en/of
- een behoefte aan informatie over de mogelijke gezondheidseffecten van passende oefeningen en een actieve leefstijl en de eigen rol daarin, en/of
- een behoefte aan informatie over de praktische mogelijkheden om zelfstandig of met behulp van anderen (bijv. mantelzorgers, zorgverleners anders dan fysiotherapeut of oefentherapeut, sport/fitness-instructeurs) deel te nemen aan het reguliere of aangepaste sport- en beweegaanbod om voldoende lichamelijke activiteit te verkrijgen en te behouden, en/of
- een hulpvraag die te maken heeft met aspecten als: beperkingen bij zelfmanagement gerelateerd aan fysieke activiteit of de beschikbaarheid van beweegmogelijkheden en sociale steun.

Indicatie 2

Er is een indicatie voor voorlichting, advies, instructie en oefentherapie met kortdurende begeleiding bij patiënten met:

- een hulpvraag op het gebied van de aan RA gerelateerde klachten en daarmee samenhangende stoornissen en beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of maatschappelijke participatie, die niet met kortdurende voorlichting, advies en instructie alleen is op te lossen, en/of
- een behoefte aan kortdurende begeleiding bij het zelfstandig uitvoeren van een oefenprogramma en het verkrijgen en behouden van voldoende lichamelijke activiteit.

Indicatie 3

Er is een indicatie voor voorlichting, advies, instructie en oefen-therapie met intensieve en/of langdurige begeleiding bij patiënten met:

- beperking(en) in basale dagelijkse activiteiten en maatschappelijke participatie waardoor de patiënt niet in staat is zelfstandig een adequaat niveau van functioneren te verkrijgen of te behouden, en/of
- een hoge ziekteactiviteit op basis van het klinische beeld^a, al dan niet aangevuld met informatie van de reumatoloog/reumaverpleegkundige/physician assistant op basis van de 'Disease Activity Score' (DAS28; zie noot 2, monitoren van ziekteactiviteit), en/of
- ernstige gewrichtsschade, en/of
- ernstige gewrichtsdeformaties, en/of
- aanwezigheid van risicofactoren voor vertraagd herstel die de uitvoering van oefentherapie belemmeren (zie paragraaf A.5) en comorbiditeit), en/of
- aanwezigheid van psychosociale factoren (gele vlaggen) in combinatie met inadequate (pijn)copingstrategieën.

B.5 Contra-indicaties voor oefentherapie

[Toelichting: zie noot 8]

Er bestaat een absolute contra-indicaties voor oefentherapie in de volgende aan RA gerelateerde medische situaties:

- koorts, en/of
- een wervelfractuur, en/of
- artrogene instabiliteit van de cervicale wervelkolom, en/of
- een recente peesruptuur (met name voor oefentherapie in de regio waar de ruptuur zich voordeed).

Daarnaast kan er een contra-indicatie zijn voor oefentherapie op grond van comorbiditeit (al dan niet aan RA gerelateerd).

B.6 Gele vlaggen en rode vlaggen

[Toelichting: zie noot 8]

Mogelijk signaleert de therapeut gele en/of rode vlaggen. Gele vlaggen zijn aanwijzingen voor psychosociale en gedragsmatige risicofactoren voor het onderhouden en/of verergeren van de gezondheidsproblemen bij RA. Rode vlaggen zijn patronen van symptomen, oftewel waarschuwingssignalen, die kunnen wijzen op ernstige pathologie, en kunnen aanvullende medische diagnostiek vereisen. Deze gele en rode vlaggen kan de therapeut al signaleren tijdens de screening – op basis van de DTF of DTO – maar gele en rode vlaggen kunnen zich ook in de loop van het behandeltraject voordoen.

De therapeut dient bij de behandeling rekening te houden met gele vlaggen, maar gele vlaggen kunnen ook aanleiding zijn om, in overleg met de huisarts, te overwegen een andere zorgverlener in te schakelen.

Het klachtenpatroon bij RA is specifiek. De therapeut moet dit patroon kennen om rode vlaggen te signaleren die niet bij dit patroon passen.

a Klinische verschijnselen bij een hoge ziekteactiviteit zijn pijn, stijfheid, spierfunctieverlies, beperkt uithoudingsvermogen en/of een gebrek aan motorische controle resulterend in een gevaar om te vallen

In het volgende kader staan de rode vlaggen bij RA die zijn verzameld op basis van de literatuur en expert opinion.

Rode vlaggen bij patiënten met RA

- ongewenst gewichtsverlies > 5 kg per maand (mogelijk teken van maligniteit)
- overmatig nachtelijk transpireren (mogelijk teken van infectie of maligniteit)
- warme en gezwollen (rode) gewrichten (mogelijke tekenen van infectieus ontstekingsproces van het gewricht, bacteriële artritis)
- koorts of algehele malaise bij het gebruik van biologicals (mogelijke tekenen van een infectieus ontstekingsproces)
- nekpijn of pijn aan de achterkant van het hoofd, al dan niet in combinatie met 'opspringende' benen, en/of een zandgevoel in de handen (mogelijke tekenen van een myelumcompressie, ten gevolge van instabiliteit van de cervicale wervelkolom met (sub)luxatie van de eerste of tweede cervicale wervel)
- motorische (parese of paralyse) en/of sensorische (gevoelsstoornis) uitvalsverschijnselen (mogelijke tekenen van polyneuropathie, mononeuritis of vasculitis)
- acute opvlamming van RA of plotselinge toename van klachten (mogelijke tekenen van actieve ziekte)
- plotseling optredende lokale motorische uitval (mogelijk teken van peesruptuur van bijvoorbeeld de musculus extensor digitorum communis/indicis, de musculus extensor pollicis longus of de musculus biceps brachii)
- hevige pijn in de rug of ledematen al dan niet na een val (mogelijk een wervelfractuur bij osteoporose na langdurig corticosteroïdgebruik)

De therapeut moet de patiënt informeren over de rode vlaggen die zijn gesignaleerd. Ook de huisarts moet, in overleg met de patiënt door de therapeut, over de rode vlag(gen) geïnformeerd worden. Daarnaast kan de patiënt het advies krijgen om contact op te nemen met de huisarts of de behandelend reumatoloog. Bij een rode vlag die al langere tijd aanwezig is en bekend is bij de patiënt, huisarts en/of behandelend reumatoloog volstaat het monitoren van het beloop ervan.

C Therapeutisch proces**C.1 Voorlichting en advies**

[Toelichting: zie noot 9]

Aanbeveling Bied patiënten met RA voorlichting en advies op maat ter ondersteuning van effectief zelfmanagement en optimalisering van gezondheid en welbevinden.

Toevoeging De therapeut geeft informatie en advies over de aan-doening en de mogelijke gevolgen ervan, het belang van bewegen en een gezonde leefstijl (waaronder het verminderen van stress en terugdringen van vermoeidheid en de manier waarop deze leefstijl kan worden verkregen en behouden) en de behandelmogelijkheden.

Aan de orde komen:

- het gunstige effect van lichamelijke activiteit en individueel afgestemde oefeningen (voor verbetering van de spierkracht en het aerobe vermogen) op het fysiek en mentaal functioneren;
- het feit dat lichamelijke activiteit geen nadelige effecten heeft op ziekteactiviteit en radiologische schade;
- het preventieve en curatieve effect van voldoende lichamelijke activiteit en het beperken van sedentair gedrag bij RA in verband met het verhoogde cardiovasculaire risico bij deze ziekte;
- het belang van integratie van individuele oefeningen en/of lichamelijke activiteiten in het dagelijks leven om deze oefeningen en activiteiten vol te houden.

Voorlichting en advies wordt mondeling gegeven en schriftelijk en/of digitaal ondersteund, afgestemd op de wensen, voorkeuren en gezondheidsvaardigheden van de patiënt. De patiënt kan worden verwezen naar verschillende (digitale) informatiebronnen, als aanvulling op wat de therapeut aan voorlichting en advies aanbiedt:

- www.defysiotherapeut.com
- www.thuisarts.nl
- www.reumanederland.nl

C.2 Oefentherapie

[Toelichting: zie noot 10]

De aanbeveling voor oefentherapie bij patiënten met RA is opgesplitst in drie eerder gedefinieerde indicaties (zie paragraaf B.4):

- instructies voor voornamelijk zelfstandig uit te voeren oefentherapie;
- oefentherapie met kortdurende begeleiding;
- oefentherapie met intensieve begeleiding.

C.2.1 Indicatie 1: Instructies voor voornamelijk zelfstandig uit te voeren oefentherapie

[Toelichting: zie noot 11]

Aanbeveling Overweeg oefentherapie bij patiënten met indicatie 1 in de vorm van instructies voor voornamelijk zelfstandig uit te voeren oefeningen. Zorg dat de oefeningen aansluiten op de hulpvraag van de patiënt en hanteer de uitgangspunten voor de frequentie, de intensiteit, het type en de duur van de oefentherapie zoals beschreven in paragraaf C.3.4.

Toevoeging Pas bij voorkeur geen begeleide oefentherapie toe, en laat de begeleiding, als deze toch nodig is, kortdurend zijn, om te monitoren of de oefentherapie juist wordt uitgevoerd. Bepaal de mate van de begeleiding in overleg met de patiënt. Streef naar maximaal drie tot zes keer begeleide oefentherapie, verspreid over een behandelperiode van drie tot zes maanden. De behandelingen kunnen kort na elkaar plaatsvinden of verspreid over een bepaalde periode. Oefentherapie wordt altijd aangeboden in combinatie met voorlichting en advies (zie paragraaf C.1) – ter bevordering van de algehele lichamelijke activiteit – aan de hand van de ‘Beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad’ (zie paragraaf A.6).

C.2.2 Indicatie 2: Oefentherapie met kortdurende begeleiding

[Toelichting: zie noot 12]

Aanbeveling Bied patiënten met indicatie 2 oefentherapie aan, die

aansluit op de hulpvraag van de patiënt en hanteer de uitgangspunten voor de frequentie, de intensiteit, het type en de duur van de oefentherapie zoals beschreven in paragraaf C.3.4.

Toevoeging Overweeg in eerste instantie twee keer per week begeleide oefentherapie, aangevuld met zelfstandig uitgevoerde oefeningen.

Oefentherapie wordt altijd aangeboden in combinatie met voorlichting en advies (zie paragraaf C.1) – ter bevordering van de algehele lichamelijke activiteit – aan de hand van de ‘Beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad’ (zie paragraaf A.6). De begeleiding wordt gedurende de behandelperiode, indien toelaatbaar, in overleg met de patiënt afgebouwd. Hierbij is het van belang dat de frequentie van oefenen niet afneemt; het accent verschuift naar zelfstandig oefenen en bewegen.

C.2.3 Indicatie 3: Oefentherapie met intensieve begeleiding

[Toelichting: zie noot 13]

Aanbeveling Overweeg oefentherapie bij patiënten met indicatie 3. Zorg dat de oefentherapie aansluit op de hulpvraag van de patiënt en hanteer de uitgangspunten voor de frequentie, de intensiteit, het type en de duur van de oefentherapie zoals beschreven in paragraaf C.3.4.

Toevoeging Stem de frequentie, intensiteit en duur van de oefentherapie, behalve op de hulpvraag van de patiënt, ook af op de complexiteit van de problematiek.

De complexiteit van de problematiek wordt bepaald door:

- de reactie op de medicamenteuze behandeling, en/of
- de ziekteactiviteit (uitgedrukt in de mate van pijn, stijfheid, spierfunctieverlies, beperkingen in uithoudingsvermogen en/of gebrek aan motorische controle), en/of
- de aanwezigheid van gewrichtsschade, en/of
- de aanwezigheid van gewrichtsdeformaties, en/of
- de aanwezigheid van gewrichtsprothese(n), en/of
- de zelfmanagement vaardigheden en psychologische aspecten, en/of
- de aanwezigheid van aan leefstijl gerelateerde factoren voor een ongunstig beloop (roken, een inactieve leefstijl en overgewicht), en/of
- de aanwezigheid van comorbiditeit (zie paragraaf C.3.6).

Behoud en verbeter, indien mogelijk, het dagelijks functioneren en de participatie, omdat deze altijd centraal staan, ongeacht de oorzaak van de functionerings- en participatieproblemen. Omdat de aard en ernst van de problematiek fluctueren, moeten behandel-doelen regelmatig worden bijgesteld of opnieuw geformuleerd. Oefentherapie wordt altijd aangeboden in combinatie met voorlichting en advies (zie paragraaf C.1) – ter bevordering van de algehele lichamelijke activiteit – aan de hand van de ‘Beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad’ (zie paragraaf A.6). De begeleiding wordt gedurende de behandelperiode, indien toelaatbaar, in overleg met de patiënt afgebouwd. Hierbij is het van belang dat de frequentie van oefenen niet afneemt; het accent verschuift naar zelfstandig oefenen en bewegen.

C.3 Frequentie, intensiteit, type en duur van oefentherapie

[Toelichting: zie noot 14]

Ter ondersteuning van de invulling van de oefentherapie zijn er aanbevelingen geformuleerd ten aanzien van de frequentie, intensiteit, type en duur van de oefentherapie.

C.3.1 Frequentie

[Toelichting: zie noot 15]

Aanbeveling Streef naar de volgende frequentie om tevens te voldoen aan de 'Beweerichtlijn van de Gezondheidsraad' (zie kader 1 in paragraaf A.6):

- *Spierkrachtoefeningen en/of activiteiten:* Bij voorkeur dagelijks, maar minimaal twee dagen per week training van een specifieke spiergroep. Hanteer na een intensieve spierkrachttraining voor de getrainde spiergroep een herstelperiode van 48 uur. Stem de opbouw af op de belastbaarheid van de patiënt.
- *Aerobe oefeningen en/of activiteiten:* Bij voorkeur dagelijks, maar minimaal vijf dagen per week gedurende ten minste 30 minuten per keer. Stem de opbouw af op de belastbaarheid van de patiënt.
- *Functionele oefeningen en/of activiteiten:* Bij voorkeur dagelijks, maar minimaal twee dagen per week. Besteed tevens aandacht aan botversterkende oefeningen. Stem de opbouw af op de belastbaarheid van de patiënt.

C.3.2 Intensiteit

[Toelichting: zie noot 16]

Aanbeveling Streef naar de volgende minimale intensiteit:

- *Spierkrachttraining:* 60–80% van 1 repetitie maximum (1RM; Borg-score 14–17) voor mensen die gewend zijn aan krachttraining. Pas de intensiteit aan naar 50–60% van 1RM (Borg-score 12–13) voor mensen die niet gewend zijn aan krachttraining. Streef naar twee tot vier sets van 8–15 herhalingen en 30–60 sec pauze tussen de sets.
- *Aerobe training:* > 60% van de maximale hartfrequentie (Borg-score 14–17) voor mensen die gewend zijn aan aerobe training. Pas de intensiteit aan naar 40–60% van de maximale hartfrequentie (Borg-score 12–13) voor mensen die niet gewend zijn aan aerobe training.

Zorg voor een geleidelijke opbouw in de intensiteit gedurende het programma. Volg hierin de trainingsprincipes uit het volgende kader.

Trainingsprincipes bij RA

- Begin de training met een warming-up en sluit af met een coolingdown.
- Bepaal de startintensiteit van de spierkrachttraining en monitor de intensiteit gedurende de behandeling met behulp van de submaximale krachttest.
- Bepaal de startintensiteit van de aerobe training en monitor de intensiteit gedurende de behandeling met behulp van hartfrequentie en/of Borg-score.
- Bouw de intensiteit van de training geleidelijk op tot het voor de patiënt maximaal haalbare niveau.

- Verlaag de intensiteit van de volgende training of las een extra hersteldag in, indien pijnklachten in het gewricht toenemen na de training en langer dan twee uur aanhouden.
- Start met aerobe oefeningen gedurende 10 minuten (of korter indien nodig) bij patiënten die ongetraind zijn en/of beperkt zijn door gewrichtspijn en –mobiliteit.
- Bied een alternatieve oefening aan waarbij dezelfde spiergroepen en energiesystemen worden gebruikt indien bij korter dan 10 minuten oefenen toename in gewrichtspijn optreedt.
- Pas de intensiteit van de krachttraining aan door het aantal sets, het aantal herhalingen en de pauze tussen de sets bij te stellen en pas de intensiteit van de aerobe training aan door de duur van de oefeningen, de duur van de sessie en de rustpauzes tussen de oefeningen bij te stellen.

C.3.3 Type

[Toelichting: zie noot 17]

Aanbevelingen

- Bied oefentherapie aan in een combinatie van spierkrachttraining (kies voor oefeningen waarbij meerdere spiergroepen en meerdere gewrichten betrokken zijn) en aerobe training (kies voor activiteiten waarbij matig- tot hoogintensief getraind kan worden, zoals lopen, fietsen, zwemmen, roeien en oefenen op de crosstrainer).
- **NB** Combineer bij spierkracht- en bij aerobe training functionele oefeningen (met bijvoorbeeld het eigen lichaamsgewicht) en oefeningen met apparaten.
- Gebruik voor een optimaal behandelresultaat binnen één behandlesessie ten minste 75% van de behandeltime voor één type training: spierkracht- of aerobe training. Instrueer de patiënt om het type training waar tijdens de behandlesessie minder tijd aan is besteed, zelfstandig uit te voeren.
- Gebruik functionele training: integreer in de oefentherapie activiteiten waarin de patiënt beperkt is (zoals lopen, traplopen, gaan zitten en opstaan uit een stoel, tillen of pakken van grote en kleine voorwerpen) door (onderdelen van) deze activiteiten te oefenen.
- Overweeg de oefentherapie aan te vullen met specifieke balans-, coördinatie- en/of neuromusculaire training wanneer sprake is van verstoringen op dit gebied.
- Overweeg de oefentherapie aan te vullen met actieve range-of-motion- of spierrekkingsoefeningen indien spierverkortingen en/of reversibele mobiliteitsbeperkingen van het gewricht het functioneren van de patiënt belemmeren.

C.3.4 Duur

[Toelichting: zie noot 18]

Aanbeveling Streef naar een behandelperiode tussen de drie en de zes maanden. Vul de behandeling aan met een of enkele follow-upsessies. Deze hebben als doel de therapietrouw te bevorderen en kunnen worden ingepland op het moment dat de omvang van de begeleide oefentherapie is afgenomen en het zelfstandig oefenen en bewegen de boventoon voert. Stimuleer de patiënt om ook na de behandelperiode zelfstandig te blijven oefenen en bewegen.

C.3.5 Algemene factoren

[Toelichting: zie noot 19]

Aanbevelingen

- Begeleid en motiveer de patiënt bij het bewegen wanneer bij RA-specifieke barrières, zoals pijn, stijfheid, vermoeidheid en angst (bijvoorbeeld angst om de ziekte te verergeren).
- Overweeg bij patiënten met handproblematiek een specifiek oefenprogramma voor de hand. De patiënt kan hiervoor worden doorverwezen naar een fysiotherapeut, een oefentherapeut of een ergotherapeut met specifieke deskundigheid op het gebied van de (reumatische) hand.
- Overweeg oefentherapie in het water in de beginfase van de behandeling bij ernstige pijnklachten tijdens het oefenen.
- Overweeg de MET-methode te gebruiken bij het inschatten van het inspanningsvermogen (zie paragraaf B.2).
- Overweeg e-healthtoepassingen om de patiënt te ondersteunen in het zelfstandig (blijven) uitvoeren van oefeningen en/of om de mate van begeleiding te verminderen.
- Overweeg oefentherapie in groepsverband indien weinig individuele begeleiding nodig is.

C.3.6 Aanpassing oefentherapie vanwege comorbiditeit

[Toelichting: zie noot 20]

De oefentherapie wordt aangepast indien comorbiditeit het fysiek functioneren belemmert. Voor deze aangepaste oefentherapie zijn, behalve kennis en vaardigheden met betrekking tot RA, ook specifieke kennis en vaardigheden vereist met betrekking tot de comorbiditeit(en) van de individuele patiënt. Hierbij geldt de algemene stelregel 'onbekwaam is onbevoegd'. Indien de behandelend therapeut onvoldoende kennis en vaardigheden heeft over de aanwezige comorbiditeit wordt de patiënt doorverwezen naar een therapeut die in dit opzicht wel voldoende kennis heeft.

C.4 Niet-oefentherapeutische interventies^b

[Toelichting: zie noot 21]

In de fysio- of oefentherapeutische behandeling van patiënten met RA staan voorlichting en advies, en oefentherapie centraal. De toepassing van andere, niet-oefentherapeutische interventies wordt afgeraden.

Aanbeveling Bied de volgende interventies níet aan bij patiënten met RA:

- laagvermogen lasertherapie;
- elektrostimulatie (waaronder TENS);
- elektromagnetische therapie (ultrageluid);
- massage;
- thermotherapie;
- medisch tapen;
- dry needling.

Aanbeveling Bied de passieve mobilisatie van gewrichten en spieren bij voorkeur níet aan bij patiënten met RA. Overweeg

^b Met uitzondering van passieve mobilisaties vallen de niet-oefentherapeutische interventies buiten het competentieprofiel van de oefentherapeut (Cesar/Mensendieck), tenzij de oefentherapeut de aanvullende competenties behaald heeft door middel van scholing.

kortdurende passieve mobilisatie van een aangedaan gewricht ter ondersteuning van oefentherapie uitsluitend bij patiënten zonder actieve ontstekingen om de gewrichtsmobiliteit te vergroten.

NB Passieve mobilisaties zijn gecontra-indiceerd bij cervicale problematiek.

C.5 Gedragmatige interventies ter bevordering van lichamelijke activiteit

[Toelichting: zie noot 22]

Aanbeveling Bied bij patiënten die onvoldoende lichamelijk actief zijn gedragmatige interventies aan ter bevordering van de mate van lichamelijke activiteit.

Toevoeging Houd bij het bevorderen van lichamelijke activiteit rekening met de volgende principes van gedragsverandering:

- Houd rekening met de fase van gedragsverandering waarin de patiënt zich bevindt.
- Formuleer haalbare doelen in samenspraak met de patiënt.
- Geef de instructies zodanig dat de patiënt deze begrijpt en weet wat hij moet of kan doen.
- Zorg voor voldoende variatie tijdens de oefensessies.
- Integreer individuele oefeningen en lichamelijke activiteiten in het dagelijks leven en leer de patiënt de individuele oefeningen en lichamelijke activiteiten te integreren in het dagelijks leven om de effectiviteit van de oefentherapie te vergroten.
- Zorg dat de patiënt onafhankelijk wordt van de therapeutische ondersteuning.
- Help de patiënt terugval in het oude (inactieve) beweeggedrag te voorkomen.
- Informeer de patiënt over vorderingen en leer de patiënt zijn vorderingen ook zelf te monitoren.
- Betrek de omgeving van de patiënt (partner, kinderen, vrienden etc.) bij de behandeling ter ondersteuning van de veranderingen in het beweeggedrag van de patiënt.
- Moedig bij de patiënt het vertrouwen in eigen kunnen aan.
- Evalueer met de patiënt wat effectief is en wat niet effectief is.
- Help de patiënt om eigen doelen te blijven nastreven.
- Leer de patiënt omgaan met negatieve emoties en stress die het behalen van gestelde doelen kunnen belemmeren.

C.6 Afsluiting van de behandeling

De behandeling wordt afgesloten wanneer:

- de hulpvraag is beantwoord en de behandeldoelen zijn bereikt, en/of
- er bij tussenevaluaties geen of onvoldoende therapeutisch effect is bereikt en/of
- er sprake is van contra-indicaties voor oefentherapie en/of
- de therapietrouw onvoldoende is, ondanks diverse pogingen om deze te verbeteren.

De therapeut adviseert de patiënt over het in stand houden van behaalde doelstellingen. Daarbij kan de therapeut de patiënt onder andere informatie en advies geven over het handhaven van adequaat beweeggedrag in het dagelijks leven.

De afsluiting vindt plaats volgens de vigerende richtlijnen van het KNGF en de VvOCM over dossiervoering respectievelijk verslaglegging.

Noten

Noot 1. Achtergrond

Uitgangsvraag

Wat is de pathofysiologie van RA, wat zijn de risicofactoren voor het ontstaan, hoe vaak komt RA in Nederland voor en tot welke maatschappelijke kosten leidt RA?

Deze vraag is beantwoord door de pathofysiologie, de epidemiologische gegevens en de maatschappelijke kosten van RA te beschrijven. Hierbij is (wetenschappelijke) literatuur gebruikt.

Pathofysiologie

Raadpleeg voor een uitgebreide beschrijving van het ziektebeeld RA het *Leerboek reumatologie en klinische immunologie* [1] en het *Textbook of Rheumatology* [2].

Risicofactoren voor ontstaan

RA berust op een auto-immuunproces met onbekende oorzaak. Het vermoeden bestaat dat de volgende risicofactoren een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van RA: genetische factoren (zoals de 'human leukocyte' antigenen HLA-DR4 en HLA-DRB1), de aanwezigheid van antistoffen tegen het Fc-fragment van immunoglobulinen (reumafactoren), de aanwezigheid van 'anti-citrullinated protein/peptide antibodies' (ACPA ofwel anti-CCP) en omgevingsfactoren, zoals roken of een infectie.[3]. ACPA/anti-CCP zijn aanwezig bij 60-70% van de RA-patiënten, maar bijna nooit bij patiënten met andere ziekten of bij gezonde mensen.[4] ACPA/anti-CCP kunnen al een aantal jaar voordat RA zich openbaart, aanwezig zijn.[5] De aanwezigheid van reumafactoren als een van de diagnostische criteria voor RA is beschreven door de 'American College of Rheumatology' (ACR) in 1987[6] en in de ACR/EULAR 2010 classificatiecriteria voor RA.[7] Hoewel een zekere genetisch aanleg aanwezig lijkt, heeft een individuele persoon met RA in de familie een weliswaar verhoogde, maar in absolute zin slechts een kleine kans de ziekte ook te krijgen.

Epidemiologische gegevens

RA komt wereldwijd voor. De prevalentie voor de algemene wereldbevolking (mannen en vrouwen) varieert van 0,3 tot 1,5 procent.[1,2] De prevalentie- en incidentiecijfers van RA in Nederland zijn te vinden op de site van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (volksgezondheidszorg.info).[3] Deze cijfers zijn gebaseerd op huisartsenregistraties en kunnen afwijken van de werkelijke incidentie en prevalentie. Jaarlijks blijken in Nederland reumatologen circa 60.000 diagnose-behandelcombinaties (dbc's) te registreren voor al hun RA-patiënten tezamen; dit betreft dan zowel nieuwe als bestaande registraties.[4]

Gevolgen van RA en maatschappelijke kosten

In vergelijking met een decennium geleden, ervaren RA-patiënten gemiddeld minder beperkingen bij dagelijkse activiteiten en maatschappelijke participatie. Dit is het gevolg van de sterk verbeterde medicamenteuze behandelingsmogelijkheden, die er ook toe hebben geleid dat de hulpvraag van de patiënt in vergelijking met tien jaar geleden meer ligt op het (blijven) participeren in de maatschappij en minder op de uitvoering van (basale) dagelijkse activiteiten.[1]

In 2015 stond RA op de 22e plaats van de lijst van aandoeningen in Nederland die verantwoordelijk zijn voor de meeste ziektelast, uitgedrukt in het aantal disability adjusted life years.[2] De arbeidsproblematiek bij RA is nog steeds aanzienlijk. In het eerste jaar na de diagnose is 32% van de patiënten geheel of gedeeltelijk arbeidsbeperkt, na vijf jaar is dit 45%.[3,4] Van de mensen tussen 40 en 65 jaar met een inflammatoire reumatische aandoening (waaronder RA) heeft 55% geen werk.[5] Voor de individuele patiënt met RA in de werkzame leeftijd is er in veel gevallen sprake van een inkomensvermindering door arbeidsproblematiek (uitval bij werk of vermindering van het aantal werkzame uren). Vanuit maatschappelijk perspectief gaat dit verlies aan arbeidscapaciteit gepaard met aanzienlijke kosten van ongeveer 1.100 euro per patiënt per jaar.[6]

De individuele RA-patiënt krijgt te maken met zorggerelateerde kosten. Dit zijn het eigen risico bij het maken van zorgkosten en de eigen bijdrage die betaald moet worden bij het afnemen van bepaalde zorg, de kosten van zelfzorgmedicatie en alle andere aan zorg gerelateerde kosten die niet vergoed of niet gecompenseerd worden. De meerderheid van de patiënten met RA heeft jaarlijks contact met de reumatoloog in verband met RA. Daarnaast maakt ruim een kwart tot een derde van alle patiënten gebruik van fysiotherapeutische of podotherapie zorg of wordt behandeld door de orthopedisch chirurg. Een kleiner deel van de patiënten ziet ook een andere zorgverlener, zoals een maatschappelijk werker, psycholoog of ergotherapeut.[7] In 2011 waren de directe jaarlijkse additionele kosten voor mensen met een inflammatoire reumatische aandoening ten opzichte van mensen zonder reumatische aandoening 147 euro voor fysiotherapie, 101 euro voor aanpassingen en hulpmiddelen, 80 euro voor de reumaconsulent, 71 euro voor andere medische specialisten, 44

euro voor thuiszorg, 34 euro voor de huisarts, 19 euro voor maatschappelijk werk en psychologie en 16 euro voor ergotherapie.[6] De totale kosten van de zorg voor mensen met RA in Nederland bedroegen in 2011 568 miljoen euro.[7] Dit komt overeen met 11% van de totale zorgkosten voor ziekten van het bewegingsstelsel en bindweefsel en 0,6% van de totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland. Van de zorgkosten werd ruim de helft (51%) besteed aan genees- en hulpmiddelen. Daarnaast ging 19% naar ouderenzorg, 18% naar ziekenhuiszorg en 9% naar eerstelijnszorg.[8]

Noot 2. Klinisch beeld, diagnose, medische behandeling en ziektebeloop

Uitgangsvraag

Wat is het algemeen klinisch beeld van RA, hoe wordt de diagnose RA gesteld, hoe zien de medische behandeling en het ziektebeloop van RA eruit?

Deze vraag is beantwoord door het algemeen klinisch beeld, de diagnosticering, de medische behandeling en het ziektebeloop van RA te beschrijven. Hierbij is (wetenschappelijke) literatuur gebruikt.

Klinisch beeld en ziektebeloop

RA kan op iedere leeftijd ontstaan, maar begint meestal tussen de 35 en 50 jaar.[1] Het is een ziekte waarbij gewrichtsontsteking (artritis) op de voorgrond staat. Ontstekingen van het synovium veroorzaken pijn en zwelling. De zwelling leidt tot functieverlies en bewegingsbeperkingen van de betrokken gewrichten en persisterende gewrichtsontstekingen kunnen leiden tot bot- en kraakbeenschade (erosies en gewrichtsspleet-versmalling) met deformiteiten van gewrichten en/of instabiliteit.[1] Ook extra-artculaire synoviale structuren, zoals bursae en peesscheden, kunnen meedoen in het ziekteproces en bijdragen aan standsafwijkingen en instabiliteit van gewrichten. Behalve gewrichtsklachten komen ook algemene symptomen frequent voor, zoals gegeneraliseerde ochtendstijfheid, vermoeidheid en (in meer zeldzame gevallen) koorts en algehele malaise. [2,3] De spierkracht, het spieruithoudingsvermogen en het aerobe (cardiorespiratoire) vermogen zijn over het algemeen verminderd bij patiënten met RA in vergelijking met gezonde personen.[4] Dit kan onder andere komen door verminderde lichamelijke activiteit ten gevolge van pijn, stijfheid of vermoeidheid, of door aan RA gerelateerde pulmonale en/of cardiovasculaire afwijkingen.[5]

Door de systemische aard van de ziekte kunnen in de loop van de tijd verschillende orgaansystemen worden aangedaan. Uit een in 2015 verschenen internationale cohortstudie met patiënten uit 17 landen, bleek dat depressie (15%) de meest voorkomende comorbiditeit was, gevolgd door maagulcera (11%), astma en COPD (10%), ischemische cardiovasculaire aandoeningen (6%) en tumoren (zowel goed- als kwaadaardig) (5%).[6] Comorbiditeit bij mensen met RA kunnen: a) aan RA gerelateerd zijn, b) veroorzaakt worden door bijwerkingen bij langdurig medicijngebruik of c) onafhankelijk van RA optreden. Het is niet altijd mogelijk om te bepalen of er een verband is tussen de comorbiditeit en RA.[7] Literatuur heeft aangetoond dat patiënten met RA een verhoogd risico hebben op bepaalde lymfomen en infecties [8,9] en dat het cardiovasculair risico bij patiënten met RA verhoogd is.[10,11] Ten opzichte van de gezonde populatie is het risico op cardiovasculaire aandoeningen bij patiënten met RA verdubbeld.[12] De aandoening RA is daarmee een onafhankelijke risicofactor voor cardiovasculaire aandoeningen [13], wat hoogst waarschijnlijk samenhangt met de inflammatoire etiologie van RA.[14] Lichamelijke inactiviteit als gevolg van de symptomen van de aandoening (o.a. pijn, vermoeidheid en eventuele beperkingen in functionaliteit) draagt ook bij aan het verhoogde cardiovasculair risico.[14]

Diagnose

RA kan zich klinisch op verschillende manieren presenteren. De diagnose RA wordt door de reumatoloog gesteld op basis van het klinisch beeld, waarbij de anamnese en het gewrichtsonderzoek de belangrijkste aanknopingspunten bieden. Behalve anamnese en lichamelijk onderzoek wordt laboratorium- en beeldvormend onderzoek toegepast.[1]

De anamnese omvat onder andere vragen over: a) de gewrichtssymptomen (pijn, zwelling, stijfheid, bewegingsbeperking, lokalisaties, algehele ochtendstijfheid, vermoeidheid), b) het beloop van de symptomen (duur van de symptomen, mate van recidivering in de loop van de tijd), c) systemische en extra-artculaire manifestaties (o.a. koorts, gewichtsverlies, huid- en nagelafwijkingen) en d) factoren die de ziekteverschijnselen beïnvloeden (o.a. comorbiditeit en risicofactoren voor vertraagd herstel).[2,3] Typisch in de anamnese voor RA – maar niet dwingend aanwezig – zijn pijn en/of zwelling van de kleine hand- of voetgewrichten, beperkingen in bewegen (bijvoorbeeld een beperking in vuistsluiting) met een inflammatoir patroon van de klachten. Zo'n patroon wordt gekenmerkt door het optreden van pijn en stijfheid, vooral in de late nacht en vroege ochtend, die meer dan 30 minuten aanhouden en die gedurende de dag bij bewegen afnemen. RA kan zich ook meer atypisch presenteren, zonder duidelijk inflammatoir patroon. Dan zijn bijvoorbeeld alleen de grotere gewrichten bij het ziekteproces betrokken.

Het lichamelijk onderzoek richt zich onder meer op welke gewrichten er pijnlijk en gezwollen zijn en hoeveel

dat er zijn, de aanwezigheid van tangentiële drukpijn van de pols-, MCP-, PIP- en MTP-gewrichten, standsafwijkingen, bewegingsuitslagen en pijn bij actief en passief gewrichtsonderzoek, zwelling en/of pijn bij palpatie van periarticulaire structuren in verband met mogelijke bursitis, tendinitis of tendovaginitis, en inspectie van huid en nagels in verband met mogelijke reumanoduli, psoriasis (behaarde hoofdhuid, navel, bilnaad, nagels).[2,3] Bij het lichamelijk onderzoek worden alle gewrichten onderzocht op kenmerken van artritis. Het gewrichtskapsel wordt gepalpeerd om de mate van pijn, zwelling en warmte te beoordelen. Het niet kunnen identificeren van de gewrichtsspleet door de zwelling is een belangrijk kenmerk van artritis. Daarnaast dragen drukpijn van de gewrichten, pijn bij bewegen van een gewricht en pijnlijke bewegingsbeperking bij aan de identificatie van artritis.

Met laboratoriumonderzoek en röntgenfoto's van de handen (opnamen waarbij de polsen ook zichtbaar zijn) en de voeten [2] zal de reumatoloog ondersteuning voor de diagnose RA proberen te vinden en differentiële diagnostisch bepalen of er geen sprake is van een andere reumatische aandoening dan RA, zoals (pseudo) jicht, reactieve artritis of artritis psoriatica. Een belangrijk doel van dit aanvullend onderzoek is tevens niet-reumatische oorzaken van artritis uit te sluiten. Artritis kan namelijk ook een infectieuze of een metabole (gerelateerd aan een stofwisselingsziekte) oorzaak hebben. Daarnaast kan artritis voorkomen bij maligniteiten. Aanwijzingen voor RA bij laboratoriumonderzoek zijn een verhoogde bezinkingssnelheid of een verhoogd gehalte aan C-reactieve proteïne (CRP) en/of een toename van autoantistoffen, waaronder reumafactoren (antistoffen tegen het Fc-fragment van immunoglobulinen) en 'anti-citrullinated protein'/peptide antibodies' (ACPA ofwel anti-CCP).[2,3]

Radiologische afwijkingen worden vaak als eerste gezien aan de kleine gewrichten van handen (MCP-gewrichten) en voeten (MTP-gewrichten). Kenmerkende radiologische afwijkingen zijn periarticulaire ontkalking, kraakbeenverlies (gewrichtsspleetversmalling) en erosieve afwijkingen aan het bot. De afwezigheid van radiologische afwijkingen sluit de diagnose RA echter niet uit. Bij vroege presentatie van artritis zijn röntgenfoto's zelden van diagnostisch belang en dienen deze foto's alleen om een uitgangssituatie vast te leggen, waaraan veranderingen op lange termijn gerelateerd kunnen worden.

De 'American College of Rheumatology' (ACR) en de 'European League Against Rheumatism' (EULAR) formuleerden criteria voor het classificeren van reumatoïde artritis die gerelateerd zijn aan de betrokkenheid van gewrichten, serologie, bezinking en duur van de symptomen (tabel 2.1).[1]

Hoewel deze criteria oorspronkelijk zijn ontwikkeld ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek kunnen zij het diagnostisch proces ondersteunen: een complex van symptomen en verschijnselen kunnen worden geclassificeerd als RA indien wordt voldaan aan ten minste zes van deze tien classificatiecriteria.

Tabel 2.1. Classificatiecriteria voor RA volgens de ACR en de EULAR.

Doelgroep (wie zou moeten worden getest?)

Patiënten met:

1. ten minste één gewricht met duidelijke klinische synovitis (zwelling);
2. synovitis die niet beter verklaard kan worden door een andere ziekte.

Indelingscriteria voor RA (op score gebaseerd algoritme:

- Bepaal de somscore van de categorieën A t/m D.
- Een score $\geq 6/10$ is nodig voor de classificatie van een patiënt met een vastgestelde RA.

A. Gewricht: betrokkenheid

1 groot gewricht	0
2-10 grote gewrichten	1
1-3 kleine gewrichten (met of zonder betrokkenheid van grote gewrichten)	2
4-10 kleine gewrichten (met of zonder betrokkenheid van grote gewrichten)	3
> 10 gewrichten (minstens 1 klein gewricht)	5

B. Serologie (minstens 1 test resultaat is nodig voor classificatie)

negatieve RF en negatieve ACPA	0
laagpositieve RF of laagpositieve ACPA	2
hoogpositieve RF of hoogpositieve ACPA	3

C. Acute-fasereactie (minstens 1 test resultaat is nodig voor classificatie)	
normale CRP en normale ESR 0	0
abnormale CRP of normale ESR 1	1
D. Duur van de symptomen	
< 6 weken	0
≥ 6 weken	1
ACPA = 'anti-citrullinated protein'; CRP = C-reactieve proteïne; ESR = <i>erythrocyte sedimentation rate</i> ; RF = reumafactor.	

Monitoren van ziekteactiviteit

Een veel gebruikt meetinstrument om de ziekteactiviteit in kaart te brengen bij patiënten met RA is de 'Disease Activity Score' (DAS28). Deze omvat: a) het aantal pijnlijke gewrichten, b) het aantal gezwollen gewrichten, c) de bezinking of CRP-waarde en d) de door de patiënt ervaren ziekteactiviteit ('Visual Analogue Scale', VAS). Met deze vier componenten kan de DAS28 worden uitgerekend als een getal tussen de 0 (geen ziekteactiviteit) en 10 (hoge mate van ziekteactiviteit).[2-4] Er is sprake van remissie wanneer de klachten en verschijnselen van RA verdwijnen én wegblijven gedurende een langere periode.

Vaststellen van de ziekteactiviteit

Remissie: DAS28 < 2,6
 Lage ziekteactiviteit: DAS28 = 2,6-3,2
 Matige ziekteactiviteit: DAS28 = 3,2-5,1
 Hoge ziekteactiviteit: DAS28 > 5,1

Medische behandeling

Is de diagnose eenmaal gesteld, dan zal de reumatoloog zo snel mogelijk medicatie voorschrijven die tot doel heeft het ontstekingsproces te remmen. Als de ontsteking vermindert, nemen zwellingen, stijfheid bij bewegen en pijn af, en nemen ook de beperkingen in het bewegend functioneren af. Een ander belangrijk langtermijndoel is (progressieve) gewrichtsschade voorkomen. Bij een optimaal geremd ontstekingsproces neemt de kans op onherstelbare gewrichtsschade af en kan invaliditeit voorkomen worden. Het streven is een situatie van remissie zonder artritis, met als primair behandeldoel ('treat-to-target') een zo laag mogelijke score op de DAS28. Meestal lukt het om de ziekteactiviteit snel onder controle te krijgen. Als medicatie echter minder goed verdragen wordt of niet gebruikt kan worden omdat het de overige gezondheid van de individuele persoon in gevaar brengt, kan niet optimaal behandeld worden. Bij een klein percentage van de mensen met RA lukt het niet om de ziekte onder controle te krijgen en is er, door persisterende ziekteactiviteit die zich dan voordoet, een grote kans op progressieve gewrichtsschade.[1-3]

Medicatie voor RA is in te delen in een aantal groepen, met 'disease modifying anti-rheumatic drugs' (DMARD's) als voornaamste. Voorbeelden van DMARD's zijn methotrexaat, sulfasalazine, leflunomide en plaquenil. Deze middelen hebben een aantoonbaar remmende werking op het ziekteproces en voorkomen daarmee gewrichtsschade. Ze werken wel relatief langzaam in: het effect is pas na weken te verwachten. Om een veilig gebruik van deze middelen zeker te stellen, is regelmatig controle van het bloed noodzakelijk. DMARD's kunnen als monotherapie ingezet worden, maar afhankelijk van de ziekteactiviteit kunnen ze ook gecombineerd worden met corticosteroiden, 'biologicals', 'non-steroidal anti-inflammatory drugs' (NSAID's) of paracetamol.[3]

Corticosteroiden nemen een belangrijke plaats in bij de behandeling van RA, met als gunstige eigenschap dat ze ontstekingen snel en effectief remmen. Een voorbeeld is prednison. Op de langere termijn hebben corticosteroiden echter ongunstige bijwerkingen, zeker in hogere doseringen. Ze worden daarom vooral kortdurend ingezet: ter overbrugging, in afwachting van het effect van de DMARD-therapie, als stootkuur van enkele weken of als eenmalige intramusculaire injectie bij een opvlamming van de ziekte of als injectie bij artritis van één tot twee gewrichten, een situatie waarin het aanpassen van de dosering of het type DMARD niet wenselijk is.[3]

De laatste ontwikkeling is die van de biologicals. Ze worden toegediend als subcutane injectie of per infuus en worden meestal goed verdragen. Deze medicijnen remmen essentiële mediators in het ontstekingsproces, waarmee ze direct op het immuunsysteem aangrijpen. Ze zijn echter erg duur en, hoewel ze erg effectief zijn gebleken, is het verschil in effectiviteit bij een groot aantal patiënten vergelijkbaar met dat van de klassieke DMARD's, waardoor biologicals alleen ingezet mogen worden wanneer de klassieke DMARD's niet werken of

vanwege bijwerkingen niet gebruikt kunnen worden. Een nadeel van biologicals is dat de kans op infectie toeneemt doordat ze het immuunsysteem remmen.[2, 3]

NSAID's zijn ontstekingsremmende pijnstillers. Zij worden vaak als ondersteunende pijnstillende medicijnen ingezet, bijvoorbeeld om pijn bij secundaire artrose of gewrichtsschade te verlichten, of tijdens kortdurend opvlammen van de ziekte. Hoewel NSAID's de ontsteking kortdurend kunnen remmen, onderdrukken zij de ziekteactiviteit niet. Als monotherapie zijn ze daarom ongeschikt. Daarnaast worden NSAID's afgeraden bij mensen met een hoog cardiovasculair risicoprofiel en kunnen ze maagklachten, een achteruitgang van de nierfunctie en een verhoging van de bloeddruk veroorzaken, waardoor bij chronisch gebruik een maagbeschermer en regelmatige controles van bloeddruk en bloed aangewezen zijn.[1, 3]

Paracetamol is binnen de geadviseerde doseringen een veilig pijnstillend middel gebleken. De effectiviteit op pijn is echter gering en paracetamol heeft geen ontstekingsremmende werking. Gebruik van paracetamol bij pijn wordt aangeraden en kan in sommige gevallen de behoefte aan NSAID's, die nu eenmaal een minder gunstig bijwerkingenprofiel hebben, verminderen.[1, 3]

Voor het controleren van het effect en de veiligheid van de medicamenteuze behandeling komen patiënten regelmatig op controle bij de reumatoloog: afhankelijk van de ziekteactiviteit twee- tot viermaal per jaar. Bij het evalueren van het behandelingseffect gebruikt de reumatoloog veelal de DAS28, een meetinstrument dat de ziekteactiviteit meet.[4, 5] De uitkomsten op dat meetinstrument kunnen helpen bij het nemen van beslissingen over de medicamenteuze behandeling.[2, 4] Het doel van bloedonderzoek is met name controle op het ontstaan van bijwerkingen van de medicatie; ook worden de ontstekingswaarden in het bloed gemeten, die weer worden gebruikt bij het berekenen van de score op de DAS28.[2, 4, 5]

Chirurgische interventies bij mensen met RA betreffen onder andere gewrichtsvervangende operaties, artrodesen, pees- of ligamentreconstructies of synovectomieën. Een gewrichtsvervangende operatie bij ernstige gewrichtsschade kan worden overwogen indien de medicamenteuze behandeling en/of overige niet-medicamenteuze behandelingen (bijvoorbeeld fysiotherapie of oefentherapie) onvoldoende resultaat opleveren en pijn en functieverlies de overhand nemen.

Ziektebeloop

Bij iedere patiënt is het ziektebeloop anders. Naast een langdurig mild beloop (bij ongeveer 30 tot 60% van de patiënten) [1], kan er ook sprake zijn van persisterende ontstekingsactiviteit (ca. 5% van de patiënten) [2], of van opeenvolgende perioden met actieve ziekte en rustige fasen. Over het algemeen leidt een langdurig ziektebeloop met persisterende ontstekingsactiviteit tot gewrichtsschade, waaruit beperkingen voortvloeien bij de (basale) dagelijkse activiteiten, zoals zelfzorg. Door de (verbeterde) medicamenteuze behandeling zijn er steeds meer patiënten met weinig tot geen ziekteactiviteit (remissie), bij wie geen gewrichtsschade ontstaat en bij wie vrijwel volledig functioneren mogelijk is. Dit zijn over het algemeen patiënten die goed reageren op de medicamenteuze therapie. Er is echter ook nog een kleine groep bij wie, ondanks de medicatie, toch persisterende ontstekingsactiviteit blijft bestaan, die leidt tot gewrichtsschade en functieverlies. Men spreekt van een stabiele fase als de RA over langere tijd geringe ziekteactiviteit vertoont of in remissie is.[1] In een stabiele fase hebben patiënten weinig tot geen beperkingen in dagelijkse basale activiteiten. Zij kunnen wel (tijdelijk) beperkingen bij andere activiteiten en/of maatschappelijke participatie ondervinden, zoals sport, werk en vrijetijdsbesteding.

Noot 3. Prognostische factoren voor beloop

Uitgangsvraag

Welke prognostische factoren spelen een rol in het beloop van het fysiek functioneren van RA?

Deze vraag is beantwoord door de prognostische factoren te beschrijven die een rol spelen in het beloop van het fysiek functioneren van mensen met RA. Hierbij is (wetenschappelijke) literatuur gebruikt.

Het beloop van het fysiek functioneren van de patiënt met RA is sterk gerelateerd aan het beloop van de ziekteactiviteit. Voorspellende factoren voor een ernstiger beloop van RA zijn vooral de aanwezigheid van reumafactoren en/of antilichamen die zijn gericht tegen 'anti-citrullinated protein'/peptide antibodies' (ACPA ofwel anti-CCP) bij aanvang van de ziekte. Andere factoren zijn een lange ziekteduur, een hoge ziekteactiviteit en schade die radiologische aantoonbaar is. De genetische factoren HLA-DR4 en HLA-DRB1, en veel beperkingen in het dagelijks leven bij aanvang van de ziekte hebben een negatief prognostische waarde.[1]

Roken is een risicofactor voor het ontstaan van RA en is bovendien geassocieerd met een verminderde respons op medicamenteuze behandeling. Roken en leefstijlfactoren als een inactieve leefstijl en overgewicht zijn risicofactoren die veranderbaar zijn en het beïnvloeden van deze factoren vormt daarom een onderdeel van de behandeling bij RA.[2]

Getracht wordt de medicamenteuze behandeling te starten met zo effectief mogelijke doseringen. Een gecon-

troleerde ziekteactiviteit kan leiden tot een gunstig beloop van de ziekte, met zo gering mogelijke beperkingen in dagelijkse activiteiten, zo weinig mogelijk participatieproblemen en een zo goed mogelijke kwaliteit van leven. Een tweede belangrijke factor voor een milder beloop van RA is een behandeling volgens het 'treat-to-target' (TTT) principe.

TTT betekent het vooraf stellen van een behandelgoal, zoals remissie van de ziekte of een lage ziekteactiviteit (gebaseerd op de score op de DAS28), het frequent meten van de ziekteactiviteit ('tight-control') en het tijdig aanpassen van de behandeling indien het behandelgoal niet is bereikt. Verschillende studies hebben laten zien dat een behandeling volgens de 'hit early-hit hard'- en 'TTT'-principes in vergelijking met geen TTT/'tight control' een gunstiger effect heeft op het bereiken van remissie, leidt tot meer verbetering in dagelijkse activiteiten en minder kans geeft op radiologisch aantoonbare schade, en wordt om deze reden dan ook aanbevolen door de EULAR.[1]

Noot 4. De zorg en de rol van de therapeut

Uitgangsvraag

Welke behandel mogelijkheden en organisatie van zorg worden aanbevolen bij mensen met RA en wat is de rol van de fysio- of oefentherapeut bij de behandeling van patiënten met RA?

Deze vraag is beantwoord door te beschrijven welke zorgverleners bij de zorg rond patiënten met RA betrokken zijn (inclusief hun taken en verantwoordelijkheden) en wat de rol is van de fysio- of oefentherapeut bij de behandeling van deze patiëntengroep. Hierbij is (wetenschappelijke) literatuur gebruikt.

Zorg bij RA

Bij de zorg rond patiënten met RA kunnen verschillende zorgverleners betrokken zijn.

- Het is de reumatoloog die de diagnose RA stelt, en het is ook de reumatoloog die de patiënt instelt op medicatie (instelfase) (zie noot 2).[1] Daarnaast is het de taak van de reumatoloog om de ziekteactiviteit te monitoren en zo nodig de medicatie aan te passen. Tevens kan de reumatoloog andere zorgverleners inschakelen, afhankelijk van de hulpvraag en de beperkingen in activiteiten en participatie van de patiënt.
- Vrijwel alle reumatologen werken op een ziekenhuispolikliniek samen met een reumaverpleegkundige of een verpleegkundig specialist, een 'nurse practitioner' en/of een 'physician assistant'. De reumaverpleegkundige heeft zich gespecialiseerd in het verstrekken van informatie en advies en het begeleiden van patiënten met reumatische aandoeningen.[2] Dit houdt onder andere in: het geven van voorlichting over de medicamenteuze behandeling en mogelijke bijwerkingen, en het geven van informatie over de inzet van andere zorgverleners, afhankelijk van de hulpvraag. Ook richt de reumaverpleegkundige zich op het bevorderen van een gezonde leefstijl (o.a. bewegen), gewrichtsbescherming, actieve coping en zelfmanagement. Vaak draagt de reumaverpleegkundige ook zorg voor het monitoren van de ziekteactiviteit, door geregeld de DAS28 af te nemen en de score bij te houden. De reumaverpleegkundige begeleiding en zorg worden veelal op de polikliniek aangeboden. De verpleegkundig specialist en physician assistant werken als zelfstandig zorgprofessional, waarbij de patiëntenzorg leidend is en niet de afzonderlijke medische handeling. De competenties en zorgtaken van beide zorgverleners zijn vergelijkbaar, maar kunnen verschillen, afhankelijk van de setting waarin ze werkzaam zijn. De verpleegkundig specialist of physician assistant kan (medische) deeltaken overnemen van de reumatoloog (zogenaamde taakherschikking), zoals medicatie voorschrijven, een intra-artculaire injectie toedienen en een artroscopie maken.[3]
- De huisarts kan een belangrijke rol spelen als verwijzer naar de reumatoloog, bij het herkennen van RA en de complicaties ervan in een vroege fase van de ziekte, of bij de behandeling van bijvoorbeeld infecties, mochten die optreden.
- De fysio- of oefentherapeut richt zich op het geven van instructies en begeleiding op maat tijdens een oefen- en beweegprogramma dat past bij de klachten en beperkingen van de individuele patiënt, en op het bevorderen van gezond beweggedrag.[4]
- De in handklachten gespecialiseerde ergo-, fysio- of oefentherapeut kan betrokken zijn bij zowel de conservatieve als de postoperatieve behandeling (na een gewrichts vervangende en corrigerende operatie).
- De logopedist richt zich op de behandeling van spraakproblemen, slikstoornissen en eet- en drinkproblematiek, die het gevolg zijn van orofaciale klachten. De logopedist kan ook stemtherapie geven.
- De ergotherapeut richt zich op het verbeteren van het zelfstandig functioneren van de patiënt in de omgeving die voor de patiënt relevant is. Ergotherapie is gericht op de vraag of er aanpassingen nodig zijn op het gebied van zelfredzaamheid (wassen/aankleden), productiviteit (werk) en vrijetijdsbesteding (hobby's/sport), woonsituatie (leefomgeving) en mobiliteit (zich verplaatsen met auto/openbaar vervoer/fiets). Daarnaast geeft de ergotherapeut advies over hulpmiddelen (gewrichtsbescherming) en orthesen.
- De podotherapeut onderzoekt de voet, enkel en loopfunctie in geval van voetklachten en stelt op grond

daarvan een behandelplan op. Het vervaardigen van zooltjes, en het geven van schoenadvies en voorlichting kunnen daar onderdeel van uitmaken.[4]

- De diëtist kan adviezen geven over gezonde voeding in het kader van een gezonde leefstijl bij overgewicht. Alhoewel overgewicht enige invloed lijkt te hebben op de pathogenese [5], is nog niets bekend over specifieke voeding die een gunstig effect zou kunnen hebben op het ziektebeloop.
- De maatschappelijk werker richt zich op het bevorderen van actieve coping en zelfmanagement en het verminderen van participatieproblemen in het geval van psychosociale, werkgerelateerde en financiële problematiek. Daarnaast kan de maatschappelijk werker praktische ondersteuning geven bij financiële en andere vraagstukken op het gebied van sociaal en maatschappelijk functioneren.
- De psycholoog kan patiënten met RA ondersteuning bieden bij het accepteren en het leren omgaan met de ziekte. Ook kan de psycholoog patiënt en familie ondersteunen bij: a) het leren omgaan met de ziekte en de gevolgen daarvan, waaronder de emotionele aspecten en b) het bevorderen van de onafhankelijkheid van de patiënt.
- De orthopedisch of plastisch chirurg voert, indien geïndiceerd, gewrichtsvervangende operaties uit. Echter, handchirurgie (gewrichtsvervangende in de hand, ligamentreconstructie, artrodese of synovectomie) wordt uitgevoerd door een orthopedisch of plastisch chirurg die zich in de hand heeft gespecialiseerd.
- De revalidatiearts houdt zich bezig met de gevolgen van RA voor het houding- en bewegingsapparaat die kunnen leiden tot beperkingen in de activiteiten en participatie. De revalidatiearts wordt met name bij de zorg betrokken indien een multidisciplinaire behandeling geïndiceerd is en zorgt voor adequate multidisciplinaire verwijzing en de coördinatie daarvan, in samenwerking met de reumatoloog.

Organisatie van zorg

Indien er sprake is van georganiseerde, structurele samenwerking tussen verschillende disciplines (inclusief structureel multidisciplinair overleg) bij de behandeling van een patiënt, spreekt men van een multidisciplinaire teambehandeling. In een multidisciplinair team zijn meestal een reumatoloog, een revalidatiearts, een verpleegkundige (bijvoorbeeld een reumaverpleegkundige/-consulent of een verpleegkundig specialist), een fysio- of oefentherapeut, een ergotherapeut en een maatschappelijk werker vertegenwoordigd (de samenstelling van het team wisselt per behandellocatie). In sommige situaties maken ook andere zorgverleners deel uit van het team, denk aan een orthopedisch of plastisch chirurg, een diëtist of een psycholoog. De revalidatiearts of reumatoloog coördineert de multidisciplinaire teambehandeling.

Multidisciplinaire teamzorg wordt zowel klinisch, poliklinisch als in dagbehandeling aangeboden, in gespecialiseerde reumaklinieken, revalidatiecentra of algemene ziekenhuizen. Behalve de meer algemene multidisciplinaire teamzorg zijn er in verschillende instellingen ook multidisciplinaire samenwerkingsverbanden die zich richten op specifieke aandachtsgebieden, zoals hand- of voetproblematiek, problematiek van de cervicale wervelkolom of arbeidsproblematiek. In de meeste gevallen neemt er ook een (gespecialiseerd) fysio- of oefentherapeut deel aan zo'n team.

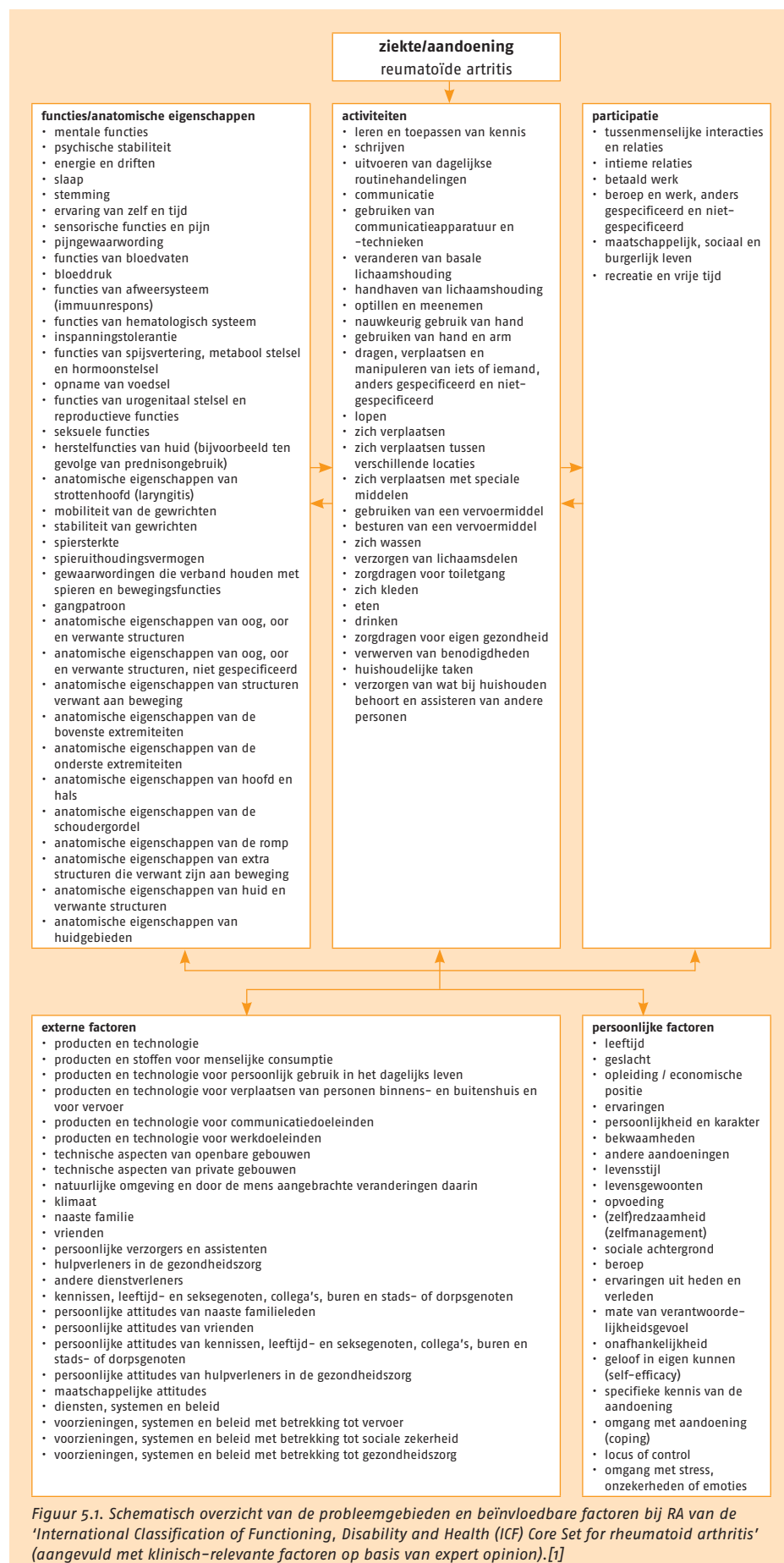
Noot 5. Anamnese

Uitgangsvraag

Welke ICF-domeinen worden aanbevolen om in kaart te brengen tijdens het diagnostisch proces?

Deze vraag is beantwoord door de domeinen te beschrijven uit de 'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for rheumatoid arthritis', die relevant zijn voor de anamnese, uitgesplitst naar functies en anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie, externe en persoonlijke factoren.[1] De component 'persoonlijke factoren' is vastgesteld door leden van de werkgroep, omdat deze component binnen de ICF voor RA niet in domeinen werd uitgewerkt.

De 'ICF Core Set for rheumatoid arthritis' geeft het spectrum van beperkingen bij patiënten met RA weer en is gevalideerd vanuit het perspectief van de fysiotherapeut. Ze vormt de basis voor de anamnese bij patiënten met RA. Het doel van het diagnostisch proces is de ernst, de aard en de mate van beïnvloedbaarheid van het gezondheidsprobleem te inventariseren. De anamnese maakt hier deel van uit. Uitgangspunt is de hulpvraag die de patiënt zelf formuleert. De therapeut inventariseert de hulpvraag en de hiermee verband houdende gezondheidsproblemen aan de hand van de 'ICF Core Set for rheumatoid arthritis'. Zie figuur 5.1.



Ook inventariseert de therapeut eventuele contra-indicaties en rode of gele vlaggen. Bij de behandeling dient hiermee rekening gehouden te worden. De gele vlaggen kunnen aanleiding zijn om met de (huis)arts te overleggen voor het inschakelen van een andere zorgverlener (zie de vigerende richtlijnen van het KNGF en de VvOCM over dossiervoering respectievelijk verslaglegging).

Ook dienen de risicofactoren voor het ontstaan van RA en de prognostische factoren voor het beloop te worden uitgevraagd. Tijdens de anamnese kunnen ter ondersteuning meetinstrumenten gebruikt worden.

Noot 6. Lichamelijk onderzoek

Uitgangsvraag

Wat is het advies ten aanzien van welke ICF-domeinen in kaart worden gebracht tijdens het diagnostisch proces?

Deze vraag is beantwoord door de domeinen te beschrijven uit de 'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for rheumatoid arthritis', die relevant zijn voor het lichamelijk onderzoek, uitgesplitst naar functies en anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie, externe en persoonlijke factoren.[1]

De anamnese heeft geleid tot het formuleren van hypothesen die beschrijven welke mogelijke oorzaken aanwezig zijn voor de bestaande ziekteverschijnselen en klachten van de patiënt. Tijdens het lichamelijk onderzoek worden de hypothesen getoetst, met als doel een duidelijker beeld te vormen van de ernst van de ziekteverschijnselen en klachten van de patiënt. Om de ernst van de ziekteverschijnselen te bepalen, worden de gewrichten beoordeeld op zwelling, pijn bij palpatie, pijn bij beweging, verminderde bewegingsuitslag, deformatie en instabiliteit. Deze verschijnselen zijn kenmerkend voor RA en treden op in verschillende stadia van de ziekte en kunnen van invloed zijn op het functioneren van de RA-patiënt.[2-4]

Het is van belang niet alleen de gewrichten en periarticulaire structuren te beoordelen waar de patiënt klachten aangeeft, maar alle gewrichten, aangezien ontstekingsactiviteit ook kan voorkomen waar de patiënt geen klachten aangeeft. Handen en voeten zijn vaak bij het ziekteproces betrokken.[5-8] Het ziekteproces omvat echter niet alleen de perifere gewrichten; dit betekent dat bijvoorbeeld ook de cervicale wervelkolom en de kaakgewrichten onderzocht dienen te worden.[3,4]

Het lichamelijk onderzoek kan uitgebreid worden met een beoordeling van het cardiorespiratoire inspanningsvermogen, de spierkracht en neurologische symptomen, zoals sensibiliteitsstoornissen met eventuele motorische uitval (voor het aantonen c.q. uitsluiten van algemene en specifieke aan RA gerelateerde rode vlaggen).[3,4]

Beperkingen in dagelijkse activiteiten en participatieproblemen kunnen, ten gevolge van de fluctuaties in de stoornissen in functies en anatomische eigenschappen, tijdens het beloop van de ziekte sterk aan verandering onderhevig zijn. Het is daarom van belang om de beperkingen in dagelijkse activiteiten tijdens de diagnostiek centraal te stellen en ook daarna veelvuldig te blijven controleren. De fluctuaties in fysieke belastbaarheid hebben immers invloed op de dosering en de intensiteit van de oefentherapie.[2]

Noot 7. Meetinstrumenten

Uitgangsvraag

Welke meetinstrumenten worden aanbevolen tijdens de diagnostische fase en de evaluatie van patiënten met RA?

Deze vraag is beantwoord door de aanbevolen en optionele meetinstrumenten te beschrijven die tijdens het diagnostisch proces ingezet kunnen worden. Hierbij is het 'Raamwerk voor evidence based products' gebruikt.[1]

Aanbevolen meetinstrumenten³ ter ondersteuning van het diagnostisch proces en ter evaluatie van de behandeling bij patiënten met RA zijn:

- een 'Numeric Rating Scale' (NRS) voor vermoeidheid;[2]
- een 'Numeric Pain Rating Scale' (NPRS);[2]
- de 'Borg Rating of Perceived Exertion Schaal' (Borg RPE-schaal 6-20);[3,4]
- de 'Nederlandse Consensus Health Assessment Questionnaire Disability Index' (HAQ-DI);[5,6]
- de Patiënt Specifieke Klachten (PSK); [7]
- de Zes Minuten Wandeltest (6MINWT).[8-10]

³ Deze meetinstrumenten zijn niet uitgewerkt, omdat ze bekend worden verondersteld.

Bij het in kaart brengen van de verschillende aspecten van fysiek functioneren wordt de voorkeur gegeven aan een gecombineerde toepassing van een zelfgerapporteerde vragenlijst en een performance based-test.

Optionele meetinstrumenten kunnen op basis van klinisch redeneren gekozen worden ter ondersteuning van het diagnostisch proces en ter evaluatie.

Optionele meetinstrumenten betreffen:

Funcities en anatomische eigenschappen

- De 'Hand Held Dynamometer' (HHD). Dit meetinstrument kan ingezet worden om de knijpkracht te meten als maat voor de algemene spierkracht.[11]
- Een submaximale krachttest. Deze test dient gebruikt te worden om de trainingsintensiteit te bepalen als er bij de spierkrachtmeting een krachtapparaat gebruikt wordt.[12-14] Denk bijvoorbeeld aan een sub-maximale 1RM-test, waarbij 1RM geschat kan worden met behulp van het Holten-diagram.[25]

Activiteiten

- De 'Quick DASH' kan ingezet worden om de mate van beperkingen in de gehele bovenste extremiteit vast te leggen indien er sprake is van klachten aan de schouder en/of arm en/of hand.[15,16]
- De accelerometer of stappenteller kan ingezet worden om de fysieke activiteit gedurende de dag of week te evalueren. De accelerometer is geschikt om het bevorderen van een actieve leefstijl te ondersteunen, bijvoorbeeld om te voldoen aan de beweegrichtlijnen.[17]
- De MET-methode geeft de metabole belasting van diverse motorische activiteiten en kan ingezet worden om een inschatting te maken van het inspanningsvermogen van de patiënt.[18]

Participatie

- De 'Work Productivity and Activity Impairment questionnaire' (WPAI). Deze vragenlijst kan ingezet worden indien men wil weten in hoeverre de gezondheidsproblemen als gevolg van RA specifieke aspecten van de arbeidsprestaties belemmeren.[19]

Persoonlijke factoren

- De 'Rheumatoid Arthritis Quality of Life' (RAQoL). Deze vragenlijst kan gebruikt worden om een indruk te krijgen van de kwaliteit van leven en in hoeverre kwaliteit van leven door de behandeling beïnvloed wordt. De RAQoL is geschikt bij het doel 'verbetering van de kwaliteit van leven'.[20]
- De 'International Physical Activity Questionnaire – Short Form' (IPAQ-SF) is de verkorte versie van de IPAQ. De IPAQ-SF kan gebruikt worden om een inschatting te maken het activiteitsniveau.[21,22]
- Naleven van de beweegrichtlijnen. Er kan geëvalueerd worden of iemand voldoet aan de 'Beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad'.[23]

In tabel 7.1 is per meetinstrument de interpretatie van de uitkomst en het klinisch-relevante verschil weergegeven als maat voor het monitoren van de voortgang van de behandeling. Het klinisch-relevante verschil is gebaseerd op de 'minimal clinical important difference' (MCID) voor patiënten met RA. Indien de MCID bij RA niet bekend is, wordt de MCID voor een andere patiëntenpopulatie gegeven, of is – op basis van de literatuur – het MCID 30%.[24]

Tabel 7.1. Geselecteerde meetinstrumenten met bijbehorende interpretatie en klinisch-relevante verschillen. Alle meetinstrumenten zijn beschikbaar via www.meetinstrumentenzorg.nl.

Meetinstrument	Interpretatie / klinisch-relevant verschil
funcities en anatomische eigenschappen	
Numeric Rating Scale (NRS) voor vermoeidheid	• Een hogere score komt overeen met een hogere mate van vermoeidheid. • Klinisch-relevant verschil: 2 punten op een schaal van 0-10.
Numeric Pain Rating Scale (NPRS)	• Een hogere score komt overeen met een hogere mate van vermoeidheid. • Klinisch-relevant verschil: 2 punten op een schaal van 0-10.[8]
Hand Held Dynamometer	• Een hogere score komt overeen met meer kracht. • Klinisch-relevant verschil op basis van andere patiëntenpopulaties: 19,5%. • Klinisch-relevant verschil: niet bekend bij RA, maar zie tabel 7.2 voor normwaarden op basis van andere patiëntenpopulaties.

Tabel 7.1. Geselecteerde meetinstrumenten met bijbehorende interpretatie en klinisch-relevante verschillen. Alle meetinstrumenten zijn beschikbaar via www.meetinstrumentenzorg.nl. (vervolg)

Meetinstrument	Interpretatie / klinisch-relevant verschil
Submaximale krachttest	Interpretatie en klinisch-relevant verschil zijn niet van toepassing, omdat dit een meetinstrument is om de trainingsintensiteit mee te bepalen en te monitoren.
Borg RPE-schaal	- Gemeten op een schaal van 6–20 punten. - Interpretatie en klinisch-relevant verschil zijn niet van toepassing, omdat dit een meetinstrument is om de trainingsintensiteit mee te bepalen en te monitoren.
Activiteiten en participatie	
Nederlandse Consensus 'Health Assessment Questionnaire Disability Index' (HAQ-DI)	- Een hogere score komt overeen met meer beperkingen. - Klinisch-relevant verschil: 0,20–0,22 units op schaal van 0–3.
Zes Minuten Wandeltest (6MINWT)	- Hoe meer meters er zijn afgelegd, hoe beter het functioneren. - Klinisch-relevant verschil op basis van andere aandoeningen: 25–50 meter. - Berekening normwaarden: afstand = $218 + (5,14 \times \text{lengte [cm]}) - 5,32 \times \text{leeftijd} - (1,80 \times \text{gewicht}) + 51,31 \times \text{geslacht}$ [1 = man, 0 = vrouw]. - Randvoorwaarden voor het toepassen van deze formule: de lengte van het parcours is 50 m.
Patiënt Specifieke Klachten (PSK)	- Een hogere score komt overeen met meer moeite bij het uitvoeren van de activiteit. - Klinisch-relevant verschil: 2 punten op een schaal van 0–10.
'Quick Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand' (Quick-DASH)	Klinisch-relevant verschil op basis van de literatuur: 30% voor de individuele patiënt.
De accelerometer/stap-penteller	Interpretatie en klinisch-relevant verschil zijn niet van toepassing, omdat dit een meetinstrument is voor het bepalen van de fysieke activiteit gedurende de dag.
MET-methode	Interpretatie en klinisch-relevant verschil zijn niet van toepassing, omdat dit een meetinstrument is voor het inschatten van de intensiteit van motorische activiteiten.
'Work Productivity and Activity Impairment questionnaire' (WPAI)	- Bij patiënten met RA gaat het niet om de totaalscore, maar om een inventarisatie van het aantal uren werkverzuim vanwege klachten en de invloed van de klachten op werk en dagelijkse activiteiten op een NRS-schaal, waarbij een hogere score een grotere invloed van klachten aangeeft. - Klinisch-relevant verschil op basis van de literatuur: 30% voor de individuele patiënt.
Persoonlijke factoren	
'Rheumatoid Arthritis Quality of Life' (RAQoL)	- Gemeten op een schaal van 0–30. Een hogere score komt overeen met een lagere kwaliteit van leven. - Klinisch-relevant verschil op basis van de literatuur: 30% voor de individuele patiënt.
'International Physical Activity Questionnaire' Short Form (IPAQ-SF)	Het gaat bij patiënten met RA niet om een totaalscore, maar om een inventarisatie van het aantal uren dat men per dag matig of zwaar lichamelijk actief is en zittend doorbrengt.
Beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad	- Minimaal 5x per week 30 minuten matig-intensief bewegen. 2–3x per week spier- en botversterkende activiteiten.

Tabel 7.2. Minimaal acceptabele knijpkrachtwaarden preoperatief per leeftijd en geslacht op 85% van de normaalwaarde.

leeftijd (jaren)	vrouw (kg)	man (kg)
15	28	42
20	29	43
25	30	44
30	30	45
35	30	45
40	30	45
45	30	45
50	29	45
55	28	44
60	27	43
65	25	41
70	23	39
75	20	37
80	18	35
85	15	32
90	11	29
95	8	26

Noot 8. Indicatiestelling en contra-indicaties voor oefentherapie, en gele en rode vlaggen

Uitgangsvraag

Wanneer is fysio- of oefentherapie geïndiceerd bij mensen met RA en op basis van welke criteria en/of rode vlaggen is het aanbevolen om mensen met RA terug te verwijzen naar de huisarts of behandelend specialist?

Deze vraag is beantwoord door de indicaties voor fysiotherapie en oefentherapie bij patiënten met RA te beschrijven en door te omschrijven welke rode vlaggen en contra-indicaties gelden voor de behandeling. Hierbij is (wetenschappelijke) literatuur gebruikt.

Indicatiestelling

De fysiotherapeutische of oefentherapeutische behandeling en met name oefentherapie wordt aanbevolen in diverse (inter)nationale richtlijnen en standaarden voor de behandeling van mensen met RA.[1-7] Geen van de richtlijnen is specifiek over de indicaties en contra-indicaties voor fysio- en oefentherapie bij deze aandoening. De praktijk leert dat de inzet van therapie kan plaatsvinden bij diverse hulpvragen van deze patiënten. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen hulpvragen op het gebied van educatie (informatie en advies) over de aandoening, het beloop van RA en de behandeling, met name de rol van zelfmanagement, specifieke oefeningen die zijn gericht op spierkracht en aerobe capaciteit, en het verkrijgen en behouden van voldoende algemene lichamelijke activiteit. In geen van de richtlijnen of zorgstandaarden wordt echter specifiek beschreven wanneer de therapie ingezet dient te worden en welk onderscheid in inhoud, duur, frequentie of intensiteit gemaakt dient te worden op grond van de onderliggende hulpvraag of problematiek.

De meest relevante aanbevelingen in de EUMUSC.NET 'Standards of Care' voor RA luiden:

- Patiënten met RA dienen informatie en advies te ontvangen over een gezonde leefstijl, inclusief lichamelijke activiteit.
- Patiënten met RA dienen informatie te ontvangen over de positieve effecten die oefeningen in het algemeen hebben op vermindering van cardiovasculaire risicofactoren, behoud van de mobiliteit van het gewricht en het voorkomen van spierkrachtvermindering.
- Patiënten met RA dienen professioneel advies en professionele begeleiding te krijgen bij het oefenen (zoals bij cardiorespiratoire en -vasculaire training en spierkrachttraining) specifiek voor hun situatie (betrokkenheid van gewrichten bij het ziekteproces), en aangepast aan de algemene gezondheidstoestand van de patiënt.

Contra-indicaties voor oefentherapie

Ten aanzien van oefentherapie kan er sprake zijn van een contra-indicatie die direct gerelateerd is aan RA, of een contra-indicatie die gerelateerd is aan eventuele comorbiditeit. Absolute contra-indicaties voor oefentherapie bij patiënten met RA zijn: koorts, een wervelfractuur, artrogene instabiliteit van de cervicale wervelkolom en een recente peesruptuur. Een peesruptuur is met name een contra-indicatie voor oefentherapie in de regio waar de ruptuur zich voordeed. Koorts, een (mogelijke) wervelfractuur en (mogelijke) instabiliteit van de cervicale wervelkolom zijn altijd een contra-indicatie voor oefentherapie, maar ook een rode vlag.

Gele en rode vlaggen

Een belangrijk aspect binnen de screening is het beoordelen of de klachten 'pluis' of 'niet-pluis' zijn. De therapeut is hierbij alert op identificatie van rode vlaggen. De conclusie 'pluis' of 'niet-pluis' wordt getrokken door de individuele therapeut, vanuit diens perspectief. Wanneer de therapeut tot de conclusie 'niet-pluis' komt, wordt de patiënt hierover geïnformeerd en (terug)verwezen naar de (huis)arts. Zie verder de vigerende richtlijnen van het KNGF en de VvOCM over dossiervoering respectievelijk verslaglegging. De rode vlaggen voor fysio- en oefentherapie bij RA zijn onder andere gericht op de gevolgen van cervicale instabiliteit.[8,9]

Noot 9. Voorlichting en advies**Uitgangsvraag**

Wat zijn de aanbevelingen voor voorlichting bij patiënten met RA?

Conclusie vanuit de literatuurstudie

In de internationale richtlijn met betrekking tot voorlichting bij patiënten met inflammatoire reumatische aandoeningen van de 'European League Against Rheumatism' (EULAR) zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:[1]

- Voorlichting is een interactief leerproces dat is ontwikkeld om de patiënt te ondersteunen en in staat te stellen hun leven met de aandoening te managen en hun gezondheid en welbevinden te optimaliseren.
- Communicatie en gezamenlijke besluitvorming van de patiënt en de zorgverlener zijn essentieel voor effectieve voorlichting.
- Voorlichting dient integraal onderdeel uit te maken van de geboden zorg om de patiëntbetrokkenheid bij het ziektemanagement en een gezonde leefstijl te bevorderen.
- Elke patiënt dient (toegang tot) voorlichting te krijgen gedurende het gehele ziekteproces, maar in ieder geval bij de diagnosestelling, bij wijzigingen in de medicamenteuze behandeling en bij lichamelijke en/of mentale problemen.
- De inhoud en vorm van voorlichting dient individueel afgestemd te worden op de behoefte van de patiënt.
- Voorlichting dient face-to-face of online, individueel en/of in groepsessies te worden aangeboden, eventueel gecombineerd met telefonisch contact en informatie op papier of via multimedia.
- Voorlichtingsprogramma's dienen gebaseerd te zijn op theoretische raamwerken en dienen evidence-based te zijn, bijvoorbeeld zelfmanagement, cognitieve gedragstherapie en stressmanagement.
- De effectiviteit van voorlichting dient te worden geëvalueerd en de gekozen uitkomstmaten dienen aan te sluiten bij het doel van de voorlichting.
- Voorlichting dient gegeven te worden door een competente zorgverlener en/of getrainde ervaringsdeskundigen, indien van toepassing in een multidisciplinair team.
- Zorgverleners die voorlichting geven, dienen toegang te hebben tot en gebruik te maken van specifieke deskundigheidsbevordering, om zodoende over de nodige kennis en vaardigheden te beschikken.

Bij het bevorderen van zelfmanagement is voorlichting en advies over een gezonde leefstijl van groot belang. Een gezonde leefstijl heeft algehele positieve gezondheidseffecten en is bovendien relevant in het kader van het verhoogde cardiovasculair risico bij patiënten met RA, en moet op grond daarvan aandacht krijgen bij de voorlichting aan deze patiëntengroep.[2, 3]

Van bewijs naar aanbeveling

Op basis van de gevonden literatuur heeft de werkgroep een aanbeveling geformuleerd aangaande voorlichting en advies.

Aanbeveling

Bied patiënten met RA voorlichting en advies op maat ter ondersteuning van effectief zelfmanagement en optimalisering van gezondheid en welbevinden.

Noot 10. Oefentherapie***Uitgangsvraag*****Wordt oefentherapie bij patiënten met RA aanbevolen?**

Om deze uitgangsvraag te beantwoorden, is een zoekactie uitgevoerd, waarna de literatuur is opgesplitst in:

- oefentherapie bij indicatie 1: studies waarbij het oefenprogramma minimaal 50% niet gesuperviseerd was;
- oefentherapie bij indicatie 2: volledig gesuperviseerde oefentherapie, en
- oefentherapie bij indicatie 3: volledig gesuperviseerde oefentherapie bij patiënten met een ernstig ziektebeloop en/of comorbiditeit.

Bij de beoordeling van de literatuur en het proces 'van bewijs naar aanbeveling' is onderscheid gemaakt tussen indicatie 1 (zie noot 11), indicatie 2 (zie noot 12) en indicatie 3 (zie noot 13).

Noot 11. Oefentherapie bij indicatie 1***Uitgangsvraag*****Wordt oefentherapie bij patiënten met indicatie 1 aanbevolen?*****Conclusie vanuit de literatuurstudie***

Uit de literatuur blijkt een matig tot groot effect van oefentherapie met beperkte supervisie op de (cruciale) uitkomstmaten 'kwaliteit van leven', 'fysiek functioneren' en 'pijn', vergeleken met geen oefentherapie met beperkte supervisie. De kwaliteit van bewijs varieert van zeer laag tot laag. Tevens blijkt uit de literatuur een gering effect van oefentherapie met beperkte supervisie op de uitkomstmaat 'spierkracht', vergeleken met geen oefentherapie met beperkte supervisie, waarbij de kwaliteit van bewijs redelijk is. De effectiviteit van oefentherapie met beperkte supervisie op 'vermoeidheid', 'range of motion' en 'arbeidsproductiviteit' is onbekend.

Ongewenste effecten van oefentherapie bij indicatie 1, oftewel een toename van de pijn, een toename van de ziekteactiviteit en/of radiologische schade konden worden uitgesloten.

Van bewijs naar aanbeveling

Op basis van de gewenste effecten van oefentherapie bij indicatie 1 en het ontbreken van ongewenste effecten, de waarschijnlijkheid van kosteneffectiviteit en de hoge mate van aanvaardbaarheid en haalbaarheid van oefentherapie bij indicatie 1, is de werkgroep van mening dat oefentherapie bij indicatie 1 overwogen kan worden.

Aanbeveling voor oefentherapie bij indicatie 1

Overweeg oefentherapie bij patiënten met indicatie 1 in de vorm van instructies voor voornamelijk zelfstandig uit te voeren oefeningen. Zorg dat de oefeningen aansluiten op de hulpvraag van de patiënt en hanteer de uitgangspunten voor de frequentie, de intensiteit, het type en de duur van de oefentherapie zoals beschreven in paragraaf C.3.

Noot 12. Oefentherapie bij indicatie 2***Uitgangsvraag*****Wordt oefentherapie bij patiënten met indicatie 2 aanbevolen?*****Conclusie vanuit de literatuurstudie***

Uit de literatuur blijkt dat het effect van gesuperviseerde oefentherapie op de (cruciale) uitkomstmaten 'kwaliteit van leven', 'fysiek functioneren' en 'pijn' respectievelijk groot, matig en gering is, vergeleken met 'geen behandeling'. De kwaliteit van bewijs van deze studies is respectievelijk laag, matig en zeer laag. Tevens

blijkt uit de literatuur een groot effect van gesuperviseerde oefentherapie op 'spierkracht' en 'range of motion' en een matig effect op 'aerobe capaciteit', vergeleken met geen gesuperviseerde oefentherapie, hoewel de kwaliteit van het bewijs laag tot matig is. Het effect van gesuperviseerde oefentherapie op 'vermoeidheid' en 'arbeidsproductiviteit' is onbekend.

Ongewenste effecten van oefentherapie bij indicatie 2, oftewel een toename van de pijn, een toename van de ziekteactiviteit en/of radiologische schade konden worden uitgesloten.

Van bewijs naar aanbeveling

Op basis van de grote gewenste effecten van oefentherapie bij indicatie 2 (met een redelijke kwaliteit van bewijs) en het ontbreken van ongewenste effecten, de verwachting dat de meerderheid van de patiënten positief staat tegenover oefentherapie vanwege de gunstige effecten ervan en de hoge mate van aanvaardbaarheid en haalbaarheid van oefentherapie bij indicatie 2, is de werkgroep van mening dat oefentherapie bij indicatie 2 sterk aanbevolen kan worden ('bied oefentherapie aan').

Aanbeveling voor oefentherapie bij indicatie 2

Bied patiënten met indicatie 2 oefentherapie aan, die aansluit op de hulpvraag van de patiënt en hanteer de uitgangspunten voor de frequentie, de intensiteit, het type en de duur van de oefentherapie zoals beschreven in paragraaf C.3.

Noot 13. Oefentherapie bij indicatie 3

Uitgangsvraag

Wordt oefentherapie bij patiënten met indicatie 3 aanbevolen?

Conclusie vanuit de literatuurstudie

Er zijn geen studies gevonden waarin de effectiviteit van oefentherapie is geëvalueerd bij patiënten met complexe problematiek (multimorbiditeit).

Van bewijs naar aanbeveling

Het wordt door de werkgroep als waarschijnlijk beschouwd dat de gewenste effecten van oefentherapie bij indicatie 3 opwegen tegen de ongewenste effecten, op basis van de ervaringen in de praktijk. Daarnaast wordt oefentherapie bij indicatie 3 door de werkgroep als aanvaardbaar en haalbaar beschouwd. Op grond hiervan is de werkgroep van mening dat oefentherapie bij indicatie 3 overwogen kan worden.

Aanbeveling voor oefentherapie bij indicatie 3

Overweeg oefentherapie bij patiënten met indicatie 3. Zorg dat de oefentherapie aansluit op de hulpvraag van de patiënt en hanteer de uitgangspunten voor de frequentie, de intensiteit, het type en de duur van de oefentherapie zoals beschreven in paragraaf C.3.

Noot 14. Frequentie, intensiteit, type en duur van de oefentherapie

Uitgangsvraag

Welke frequentie, intensiteit, type en duur van de oefentherapeutische interventies wordt aanbevolen bij patiënten met RA?

Om deze uitgangsvraag te beantwoorden, is een zoekactie uitgevoerd, waarna de literatuur is onderverdeeld over de verschillende FITT-factoren. De resultaten zijn aangevuld met bevindingen uit de richtlijnen voor oefentherapie bij artritis van de 'American College of Sports Medicine' (ACSM).[1]

Bij de beoordeling van de literatuur en het proces 'van bewijs naar aanbeveling' is onderscheid gemaakt tussen de frequentie (zie noot 15), de intensiteit (zie noot 16), het type (zie noot 17) en de duur (zie noot 18) van de oefentherapie.

Noot 15. Frequentie

Uitgangsvraag

Welke frequentie van oefentherapie wordt aanbevolen bij patiënten met RA?

Conclusie vanuit de literatuurstudie

De literatuur toont een groot effect voor oefentherapie met een frequentie van twee keer per week op de

uitkomstmaten 'kwaliteit van leven' (lage kwaliteit van bewijs) en 'fysiek functioneren' (redelijke kwaliteit van bewijs). Het effect van oefentherapie met een frequentie van drie keer per week is onbekend voor 'kwaliteit van leven' en gering voor 'fysiek functioneren' (lage kwaliteit van bewijs). Het effect van oefentherapie met een frequentie van vier à vijf keer per week op 'kwaliteit van leven' en 'fysieke functioneren' is onbekend.

Van bewijs naar aanbeveling

Op basis van de omvang van de effectschattingen en het kwaliteit van bewijs, die in het voordeel zijn van een frequentie van twee keer per week ten opzichte van een frequentie van drie keer, of vier tot vijf keer per week, is de werkgroep van mening dat een frequentie van twee keer per week begeleide oefentherapie de voorkeur verdient (bij indicatie 2), aangevuld met zelfstandig uitgevoerde oefeningen.

Op basis van de ACSM-richtlijnen [20] wordt hieraan toegevoegd dat spierkracht of functionele oefeningen en/of activiteiten bij voorkeur dagelijks, maar minimaal twee dagen per week geadviseerd worden en aerobe oefeningen en/of activiteiten bij voorkeur dagelijks, maar minimaal vijf dagen per week ten minste 30 minuten per keer, om tevens te voldoen aan de 'Beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad'.

Aanbeveling voor de frequentie van de oefentherapie

Streef naar de volgende frequentie om tevens te voldoen aan de 'Beweegrichtlijn van de Gezondheidsraad' (zie kader 1 in paragraaf A.6):

- *Spierkrachtoefeningen en/of activiteiten.* Bij voorkeur dagelijks, maar minimaal twee dagen per week training van een specifieke spiergroep. Hanteer na een intensieve spierkrachttraining voor de getrainde spiergroep een herstelperiode van 48 uur. Stem de opbouw af op de belastbaarheid van de patiënt.
- *Aerobe oefeningen en/of activiteiten.* Bij voorkeur dagelijks, maar minimaal vijf dagen per week gedurende ten minste 30 minuten per keer. Stem de opbouw af op de belastbaarheid van de patiënt.
- *Functionele oefeningen en/of activiteiten.* Bij voorkeur dagelijks, maar minimaal twee dagen per week. Besteed tevens aandacht aan botversterkende oefeningen. Stem de opbouw af op de belastbaarheid van de patiënt.

Noot 16. Intensiteit

Uitgangsvraag

Welke intensiteit van oefentherapie wordt aanbevolen bij patiënten met RA?

Conclusie vanuit de literatuurstudie

De effectiviteit van oefentherapie met een hoge intensiteit (met progressieve opbouw) versus oefentherapie met een lagere intensiteit op kwaliteit van leven, fysiek functioneren en vermoeidheid is onbekend, omdat er weinig studies over beschikbaar zijn en omdat in de studies die wel beschikbaar zijn effectschattingen niet zijn gerapporteerd. Bovendien is de kwaliteit van bewijs van de beschikbare studies laag.

Van bewijs naar aanbeveling

Op basis van het gebrek aan bruikbare effectschattingen en de lage kwaliteit van bewijs op het gebied van oefentherapie met een hoge intensiteit versus een lagere intensiteit is de werkgroep van mening dat er geen uitspraak gedaan kan worden over een voorkeur voor de ene, dan wel de andere intensiteit. Daarop is besloten de ACSM-richtlijnen te raadplegen. Gebaseerd op de ACSM-richtlijnen is door de werkgroep de minimale intensiteit van spierkrachttraining en aerobe training vastgesteld.

Aanbeveling voor de intensiteit van de oefentherapie

Streef naar de volgende minimale intensiteit:

- *Spierkrachttraining:* 60–80% van 1 repetition maximum (1RM; Borg-score 14–17) voor mensen die gewend zijn aan krachttraining. Pas de intensiteit aan naar 50–60% van 1RM (~Borg-score 12–13) voor mensen die niet gewend zijn aan krachttraining. Streef naar twee tot vier sets van 8–15 herhalingen en 30–60 sec pauze tussen de sets.
- *Aerobe training:* > 60% van de maximale hartfrequentie (~BORG-score 14–17) voor mensen die gewend zijn aan aerobe training. Pas de intensiteit aan naar 40–60% van de maximale hartfrequentie (~BORG-score 12–13) voor mensen die niet gewend zijn aan aerobe training.

Noot 17. Type**Uitgangsvraag**

Welk type oefentherapie wordt aanbevolen bij patiënten met RA?

Conclusie vanuit de literatuurstudie

Er zijn geen RCT's gevonden waarin de effectiviteit van de verschillende typen oefentherapie rechtstreeks met elkaar zijn vergeleken. De aanbeveling voor het type oefentherapie is gebaseerd op de ACSM-richtlijn.^[1]

Van bewijs naar aanbeveling

Niet van toepassing.

Aanbeveling voor het type oefentherapie

- Bied oefentherapie aan in een combinatie van spierkrachttraining (kies voor oefeningen waarbij meerdere spiergroepen en meerdere gewrichten betrokken zijn) en aerobe training (kies voor activiteiten waarbij matig- tot hoogintensief getraind kan worden, zoals lopen, fietsen, zwemmen, roeien en oefenen op de crosstrainer).
NB Combineer bij spierkracht- en bij aerobe training functionele oefeningen (met bijvoorbeeld het eigen lichaamsgewicht) en oefeningen met apparaten.
- Gebruik voor een optimaal behandelresultaat binnen één behandelssessie ten minste 75% van de behandelstijd voor één type training: spierkracht- of aerobe training. Instrueer de patiënt om het type training waar tijdens de behandelssessie minder tijd aan is besteed, zelfstandig uit te voeren.
- Gebruik functionele training: integreer in de oefentherapie activiteiten waarin de patiënt beperkt is (zoals lopen, traplopen, gaan zitten en opstaan uit een stoel, tillen of pakken van grote en kleine voorwerpen) door (onderdelen van) deze activiteiten te oefenen.
- Overweeg de oefentherapie aan te vullen met specifieke balans-, coördinatie- en/of neuromusculaire training wanneer sprake is van verstoringen op dit gebied.
- Overweeg de oefentherapie aan te vullen met actieve range-of-motion- of spierrekkingsoefeningen indien spierverslappingen en/of reversibele mobiliteitsbeperkingen van het gewricht het functioneren van de patiënt belemmeren.

Noot 18. Duur**Uitgangsvraag**

Welke duur van oefentherapie wordt aanbevolen bij patiënten met RA?

Conclusie vanuit de literatuurstudie

De literatuur toont een groot effect van oefentherapie met een duur van drie tot zes maanden op de 'kwaliteit van leven' (lage kwaliteit van bewijs) en 'pijn' (redelijke kwaliteit van bewijs). De effectiviteit van oefentherapie met een duur van minder dan drie maanden en een duur van meer dan zes maanden op de kwaliteit van leven en pijn is onbekend. Op de uitkomstmaat 'fysiek functioneren' is er geen verschil in de effectiviteit tussen een duur van minder dan drie maanden, drie tot zes maanden en meer dan zes maanden oefentherapie.

Van bewijs naar aanbeveling

Op basis van de omvang van de effectschattingen en het kwaliteit van bewijs, die in het voordeel zijn van een duur van drie tot zes maanden, ten opzichte van een duur van minder dan drie maanden en een duur van meer dan zes maanden, is de werkgroep van mening dat een duur van drie tot zes maanden de voorkeur verdient (bij indicatie 2). Hieraan wordt door de werkgroep toegevoegd dat het streven is de behandelperiode aan te vullen met een of enkele follow-upsessies tegen het einde of na afronding van de behandelperiode om therapietrouw te bevorderen en om de patiënt te stimuleren tijdens en na de behandelperiode zelfstandig te blijven oefenen en bewegen.

Aanbeveling voor de duur van de oefentherapie

Streef naar een behandelperiode tussen de drie en de zes maanden. Vul de behandeling aan met een of enkele follow-upsessies. Deze hebben als doel de therapietrouw te bevorderen en kunnen worden ingepland op het moment dat de omvang van de begeleide oefentherapie is afgenomen en het zelfstandig oefenen en bewegen de boventoon voert. Stimuleer de patiënt om ook na de behandelperiode zelfstandig te blijven oefenen en bewegen.

Noot 19. Algemene factoren

Uitgangsvraag

Aan welke algemene factoren moet de oefentherapie bij patiënten met RA voldoen?

Deze uitgangsvraag is beantwoord door de algemene factoren waaraan oefentherapie bij patiënten met RA moet voldoen te beschrijven, gebaseerd op de ACSM-richtlijn.[1]

Voor de effectiviteit van oefentherapie bij patiënten met handproblematiek en de effectiviteit van oefentherapie in het water zijn literatuurstudies uitgevoerd.

Oefentherapie bij patiënten met handproblematiek

Conclusie vanuit de literatuurstudie

De literatuur toont een groot effect van handoefeningen op de uitkomst 'fysiek functioneren', met een lage kwaliteit van bewijs. Het effect van handoefeningen op de uitkomstmaten 'kwaliteit van leven', 'vermoeidheid' en 'pijn' is onbekend.

Van bewijs naar aanbeveling

Op basis van het effect van handoefeningen op fysiek functioneren en de beperkte ongewenste effecten (ziekteactiviteit neemt niet toe als gevolg van handoefeningen) en de hoge aanvaardbaarheid en haalbaarheid van handoefeningen is de werkgroep van mening dat handtherapie overwogen kan worden voor patiënten met handproblematiek.

Aanbeveling voor handoefeningen

Overweeg bij patiënten met handproblematiek een specifiek oefenprogramma voor de hand. De patiënt kan hiervoor worden doorverwezen naar een fysiotherapeut, een oefentherapeut of een ergotherapeut met specifieke deskundigheid op het gebied van de (reumatische) hand.

Oefentherapie op het droge versus oefentherapie in het water

Conclusie vanuit de literatuurstudie

De effectiviteit van oefentherapie op het droge versus oefentherapie in het water op de uitkomstmaten 'kwaliteit van leven', 'fysiek functioneren', 'vermoeidheid' en 'pijn' is onbekend.

Van bewijs naar aanbeveling

De literatuur geeft geen uitsluitend over de effectiviteit van oefentherapie op het droge versus oefentherapie in het water. De werkgroep is van mening dat oefentherapie in het water overwogen kan worden bij ernstige pijnklachten in de beginfase van de behandeling, afhankelijk van de voorkeuren van de patiënt in een specifieke situatie.

Aanbeveling voor oefentherapie op het droge versus oefentherapie in het water

Overweeg oefentherapie in het water in de beginfase van de behandeling bij ernstige pijnklachten tijdens het oefenen.

Noot 20. Aanpassing oefentherapie vanwege comorbiditeit

Uitgangsvraag

Welke aanpassingen binnen de oefentherapie worden aanbevolen voor patiënten met RA indien er sprake is van een of meer vormen van comorbiditeit die invloed hebben op het fysiek functioneren?

Deze vraag is beantwoord door de aanpassingen binnen de oefentherapie te beschrijven. Hierbij is (wetenschappelijke) literatuur gebruikt.

Voor aanpassing van de oefentherapie in het geval van comorbiditeit die het dagelijks functioneren belemmert, dient de therapeut over voldoende kennis en vaardigheden te beschikken om de patiënt met die comorbiditeit te kunnen behandelen. Is dit niet het geval, dan dient de therapeut de patiënt te verwijzen naar een therapeut die deze kennis en vaardigheden wel heeft. Voor het aanpassen van de oefentherapie dient de therapeut kennis en ervaring te hebben met de i3-S strategie voor het aanpassen van de oefentherapie in geval van de aanwezigheid van comorbiditeit naast de indexziekte.[1] Deze strategie is eerdere toegepast bij het aanpassen van de oefentherapie bij de aanwezigheid van comorbiditeit naast de index ziekte knieartrose [2] en borstkanker.[3]

Noot 21. Niet-oefentherapeutische interventies**Uitgangsvraag**

Worden niet-oefentherapeutische interventies, al dan niet in aanvulling op de oefentherapeutische interventie, aanbevolen bij patiënten met RA?

Conclusie vanuit de literatuurstudie

De zoekactie naar literatuur van voldoende methodologische kwaliteit heeft geen literatuur opgeleverd voor de effectiviteit van massage, thermotherapie, medisch tapen, passieve mobilisaties en dry needling. De geïncludeerde literatuur over laagvermogen lasertherapie, elektromagnetische therapie (ultrageluid), elektrostimulatie (waaronder TENS) en ultrageluid bevatte veelal effectschattingen van onbekende omvang (omdat de effectmaat niet was gerapporteerd). De kwaliteit van het beschikbare bewijs was zeer laag.

Van bewijs naar aanbeveling

Op basis van het gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing voor niet-oefentherapeutische interventies bij patiënten met RA, het gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing voor niet-oefentherapeutische interventies voor andere aandoeningen en de algemene tendens binnen de fysiotherapie gericht op een actieve aanpak is de werkgroep van mening dat laag-vermogen lasertherapie, elektromagnetische therapie (ultrageluid), elektrostimulatie (waaronder TENS), massage, thermotherapie, medisch tapen en dry needling sterk afgeraden kunnen worden ('bied bij voorkeur niet aan'). Met betrekking tot passieve mobilisatie is de werkgroep van mening dat dit bij voorkeur niet aangeboden dient te worden. Passieve mobilisatie kan worden overwogen, ter ondersteuning van de oefentherapie, uitsluitend als kortdurende interventie ten behoeve van het vergroten van de gewrichtsmobiliteit, bij patiënten zonder actieve ontstekingen.

Aanbeveling voor niet-oefentherapeutische interventies bij patiënten met RA

Bied de volgende interventies niet aan bij patiënten met RA:

- Laagvermogen lasertherapie
- elektrostimulatie (waaronder TENS)
- elektromagnetische therapie (ultrageluid)
- massage
- thermotherapie
- medisch tapen
- dry needling

Bied de passieve mobilisatie van gewrichten en spieren bij voorkeur niet aan bij patiënten met RA. Overweeg kortdurende passieve mobilisatie van een aangedaan gewricht ter ondersteuning van oefentherapie uitsluitend bij patiënten zonder actieve ontstekingen om de gewrichtsmobiliteit te vergroten.

NB Passieve mobilisaties zijn gecontra-indiceerd bij cervicale problematiek.

Noot 22. Gedragmatige interventies ter bevordering van lichamelijke activiteit**Uitgangsvraag**

Worden (gedragmatige) interventies ter bevordering van de mate van lichaamsbeweging met supervisie van een fysio- of oefentherapeut aanbevolen bij patiënten met RA?

Conclusie vanuit de literatuurstudie

De literatuur toont een groot effect van gedragmatige interventies ter bevordering van lichamelijke activiteit op de mate van lichaamsbeweging (van matige tot hoge intensiteit) vergeleken met geen interventie of de gebruikelijke zorg, met een hoge kwaliteit van bewijs. Tevens toont de literatuur een groot effect van gedragmatige interventies ter bevordering van lichamelijke activiteit op de mate van lichaamsbeweging (van lage intensiteit) vergeleken met geen interventie of de gebruikelijke zorg, met een redelijke kwaliteit van bewijs. Het effect van gedragmatige interventies ter bevordering van lichamelijke activiteit op de mate van sedentair gedrag, vergeleken met geen interventie of de gebruikelijke zorg, is onbekend.

Van bewijs naar aanbeveling

Op basis van de gewenste effecten van gedragmatige interventies ter bevordering van de mate van lichamelijke activiteit, de waarschijnlijkheid op kosteneffectiviteit en de hoge aanvaardbaarheid en haalbaarheid is de werkgroep van mening dat gedragmatige interventies ter bevordering van de mate van lichamelijke activiteit

sterk aanbevolen kunnen worden bij patiënten die onvoldoende lichamelijk actief zijn ('bied gedragsmatige interventies ter bevordering van de mate van lichamelijke activiteit aan').

Aanbeveling

Bied bij patiënten die onvoldoende lichamelijk actief zijn gedragsmatige interventies aan ter bevordering van de mate van lichamelijke activiteit.

