

**RGF Herziene
Richtlijn**

**Reumatoïde
Artritis**

Mei 2008

**In het kader van Transmurale Zorg Fysiotherapie in
Friesland ontwikkeld door projectgroep RA**

Projectgroep Reumatoïde Artritis;

Y. Coenrady, H. v.d. Meulen, G. Reeuwijk, S. Tjoelker en T. Waterlander, projectleider.

Inhoudsopgave

Richtlijn Reumatoïde Artritis

Inleiding	pagina 3
Doelgroep	pagina 3
Afbakening	pagina 3
Pathogenese	pagina 3
Epidemiologie	pagina 4
Beloop	pagina 4
Prognose	pagina 4
Diagnostisch proces	pagina 5
Verwijzing en aanmelding	pagina 5
Anamnese	pagina 5
Fysiotherapeutisch consult	pagina 5
Basismet instrumenten	pagina 5
Analyse en interpretatie	pagina 6
Behandeltrajecten	pagina 7
Behandelplan	pagina 8
Het therapeutisch proces	pagina 9
Evaluatie, afsluiting, verslaglegging en rapportage	pagina 9
Stroomschema's	pagina 10, 11

Verantwoording en Toelichting bij de richtlijn Reumatoïde Artritis

Inleiding	pagina 12
Hoofdstuk 1: <i>definiëring Reumatoïde Artritis</i>	pagina 13
Definitie RA	pagina 13
Classificatie RA	pagina 14
Diagnose stelling RA	pagina 14
RA, de omvang van het probleem	pagina 15
Patiëntenstromen in Friesland	pagina 15
Hoofdstuk 2: <i>medicatie bij RA</i>	pagina 17
Medicatie onderverdeeld in vier groepen	pagina 17
Pijnstillers	pagina 17
Ontstekingsremmende pijnstillers	pagina 17
Langwerkende ontstekingsremmers	pagina 18
Bijnierschors hormoon	pagina 18
'Nieuwe' niet traditionele medicatie	pagina 18
Hoofdstuk 3: <i>Fysiotherapeutisch onderzoek</i>	pagina 19
Fysiotherapeutisch consult	pagina 20
Participatie en vaardigheidsverlies bij RA	pagina 21
Verlies van functie en vaardigheden bij RA	pagina 21
Pijn en functie verlies bij de RA patiënt.	Pagina 21
Analyse en interpretatie	pagina 22

Hoofdstuk 4: ‘Het therapeutisch proces’	pagina 23
Behandeltrajecten	pagina 23
Behandeltraject 1	pagina 23
Behandeltraject 2	pagina 23
Behandeltraject 3	pagina 24
Behandeltraject 4	pagina 24
Evaluatie, afsluiting, verslaglegging en rapportage.	pagina 25
Aanbevelingen	pagina 26
Bijlage 1 Tweedelijns fysiotherapie	pagina 27
Bijlage 2 RAPIT, Intensieve Oefen Therapie (IOT) als therapie ...	pagina 28
Bijlage 3 Medisch Fitness als therapie bij RA patiënten	pagina 30
Bijlage 4 Hydrotherapie als therapie bij RA patiënten	pagina 32
Bijlage 5 Multidisciplinaire behandeling van de RA patiënt	pagina 33
Bijlage 6 Groepsoefentherapie bij de Reumapatiëntenverenigingen	pagina 35
Bijlage 7 De zes-minuten-looptest	pagina 38
Bijlage 8 ÅSTRAND test	pagina 39
Bijlage 9 De Visuele Analoge Schaal	pagina 40
Bijlage 10 MACTAR FOLLOW-UP	pagina 41
Bijlage 11 De Patiënt Specifieke Klachten Lijst (PSK)	pagina 44
Bijlage 12 De DAS 28	pagina 46
Literatuur en gebruikte bronnen	pagina 47

Inleiding

In het kader van het project “Transmurale Zorg Fysiotherapie Friesland” heeft het RGF gekozen voor het ontwikkelen en implementeren van een richtlijn Reumatoïde Artritis (verder te benoemen RA). Om dit te realiseren is door de provinciale stuurgroep een projectgroep van intra- en extramuraal werkzame fysiotherapeuten samengesteld.

Deze richtlijn beschrijft het diagnostisch en therapeutisch proces bij RA patiënten. De wijze van verwijzing, behandeling en verslaglegging is vastgelegd omdat dit voor de RA patiënt vraag-gerichte zorg oplevert, bovendien continuïteit biedt, de zorg van hoge kwaliteit is en een eenduidige behandelvisie heeft. Kortom het biedt duidelijkheid en structuur. De richtlijn is een samenvatting van de Verantwoording en Toelichting, waarin de achtergronden van de richtlijn worden beschreven. Zowel de richtlijn als de Verantwoording en Toelichting zijn als een zelfstandig stuk te lezen.

Doelgroep

De richtlijn is primair bedoeld voor fysiotherapeuten werkzaam in de eerste en tweede lijn aangesloten bij het RA netwerk die patiënten met gezondheidsproblemen samenhangend met de RA behandelen. Ook voorziet de richtlijn in onderzoek- en/of behandelprincipes voor die categorie patiënten welke voor een revalidatie traject in aanmerking komen. De richtlijn heeft tevens als doel een goede samenwerking te creëren tussen verwijzers en fysiotherapeuten en de verwijsstroom van patiënten te structureren.

Afbakening van de ziekte RA

Reumatoïde artritis is een chronische auto-immuun ziekte die zich manifesteert door ontstekingen in gewrichten. Het wordt gekenmerkt door niet bacteriële ontstekingen van het gewrichtskapsel van één of meerdere (verscheidene) gewrichten en door atrofie van spieren en huid in de omgeving van aangedane gewrichten. Door de RA kunnen in het beloop ook het kraakbeen en bot aangetast worden, te zien als destructieve veranderingen op de röntgenfoto. RA kan vasculaire stoornissen van de vasa nervorum veroorzaken, waardoor uitval van één, soms van verscheidene perifere zenuwen optreedt. Soms gaat RA gepaard met een necrotiserende arteriitis, waarvan het eerste verschijnsel een progressieve neuropathie is. Door de deformiteiten kunnen ook compressie neuropathieën ontstaan. De spieratrofie is meestal een gevolg van inactiviteit. Als gevolg van dit functieverlies gaan de patiënten beperkingen ervaren in de ADL. De patiënt kan soms moeizamer participeren in werkzaamheden, opleiding, sport en hobby.

Pathogenese

De primaire oorzaak voor het krijgen van RA is onbekend. Mogelijk is hierbij sprake van niet één, maar meerdere factoren die ten grondslag liggen aan de chronische ontstekingen. Gedacht wordt aan een trigger die het hele proces van ontstekingen tot gevolg kan hebben. Dit zijn de T-cellen. Deze T-cellen zijn cellen die tezamen met andere ontstekingscellen een ontsteking in gang houden. Bij reumatoïde artritispatiënten zijn verhoogde hoeveelheden van deze T-cellen aangetoond. Tot op heden bestaat er geen eenduidige test om reumatoïde artritis aan te tonen. De ACR(American College of Rheumatology) heeft in 1987 classificatiecriteria opgesteld. Deze criteria zijn: ochtendstijfheid, artritis in drie of meer gewrichten, artritis in de handgewrichten, symmetrische artritis, reumanoduli, reumafactoren in het serum en gewrichtsbeschadigingen op röntgenfoto's. Vier van deze criteria dienen aanwezig te zijn.

Epidemiologie

De jaar prevalentie van RA in Nederland is ongeveer 6,58 bij mannen en 11,17 voor vrouwen per 1000 inwoners. De incidentie van RA wordt geschat op 7400 mannen en 14.900 vrouwen per jaar. De totale incidentie betreft circa 51.800 mannen en 89.900 vrouwen. De piek in het ontstaan van de ziekte ligt tussen de veertig en zestig jaar. Onder de patiënten zijn bijna twee keer zo veel vrouwen dan mannen. In Friesland registreerde Zorgverzekeraar De Friesland in 2003 611 nieuwe personen met de medisch diagnose code RA. In 2004 worden dit er 516. Voor hen werden totaal respectievelijk 28131 en 17210 behandelingen gedeclareerd. Volgens gegevens van de reumatologen in Friesland worden er per jaar circa 3000 patiënten door de reumatologen voor fysiotherapie verwezen.

Beloop

Reumatoïde artritis is een ziekte die progressief maar niet constant kan verlopen. Door aanhoudende ontstekingen komt het voor dat er gedurende een lange tijd veel vocht in het gewricht aanwezig is. Op den duur kan dit het kraakbeen in het gewricht aantasten. Dit betekent vaak dat het bewegen van het gewricht minder soepel en met veel pijn verloopt. Op lange termijn kunnen ook de banden en pezen van het gewricht worden aangetast waardoor ook stabiliteitsverlies en gewrichtsvervorming kan optreden (deformiteiten). Aanwezige ontstekingen in een vroeger stadium van RA kunnen leiden tot pijn in de gewrichten. Dit heeft dan ook tot gevolg dat een persoon met meer moeite verschillende functies en vaardigheden kan uitvoeren, vaak in eerste instantie in de perifere gewrichten.

Medicijnen vormen het belangrijkste middel om de ontstekingen af te remmen en de pijn te verminderen. Het gebruik van medicijnen is voor de meeste mensen met RA voor een lange duur. Vaak wordt een combinatie van verschillende medicijnen voorgeschreven.

Van oudsher worden de medicijnen onderverdeeld in de volgende vier groepen: pijnstillers, ontstekingsremmers, langwerkende ontstekingsremmers en bijnierschors hormonen.

Langwerkende ontstekingsremmers geven naast symptoomverlichting ook onderdrukking van de activiteit van RA. Deze geneesmiddelen heten ook wel ‘disease-modifying anti-rheumatic drugs’ (DMARD’s). Op dit moment zijn er twee soorten DMARD’s beschikbaar:

- traditionele DMARD’s, die gewrichts- en kraakbeenbeschadiging kunnen remmen
Voorbeelden zijn: methotrexaat, sulfasalazine en leflunomide.
- biologische DMARD’s, die worden toegepast bij patiënten die niet voldoende reageren op traditionele DMARD’s.

Biologische DMARD’s onderdrukken de activiteit van RA door selectieve remming van ontstekingsfactoren zoals TNF (Tumor Necrosis Factor) of IL-1. (Interleukine)

Voorbeelden van TNF-remmers zijn:

Adalimumab (merknaam Humira), Infliximab (merknaam Remicade) en Etanercept (merknaam Enbrel).

Prognose

Gezien de verbeteringen van effectiviteit van de huidige medicatie is de prognose de laatste jaren veel beter geworden. Men ziet steeds minder RA-patiënten met grove gewrichtsschade en deformiteiten.

Het progressieve karakter is beter beïnvloedbaar. Ook de rol van de patiënt zelf is veranderd van een meer consumptieve behandeling naar gerichte zelfzorgmogelijkheden en actieve therapieën. Een voorbeeld hiervan is het RAPIT onderzoek te Leiden (Reumatoïde Artritis Patiënten in Training).

Diagnostisch proces / fysiotherapeutisch consult

Het doel van het fysiotherapeutisch diagnostisch proces bij RA-patiënten is het inventariseren van de ernst, de aard en de mate van beïnvloedbaarheid van het gezondheidsprobleem. Dit doet men in termen van Internationale Classificatie van Functies, vaardigheden en participatie problemen (ICF). Uitgangspunt is en blijft de hulpvraag van de patient. Het centrale doel is het verminderen van de hinder die de patient ondervindt van zijn ziekte. Er wordt ingegaan op de aard, het beloop van de ziekte en de therapiemogelijkheden. Aangrijpingspunten zijn het verlies van vaardigheden zoals lopen, bukken, grijpen en reiken, evenals de hieraan onderliggende functies zoals spierkracht, gewrichtsmobiliteit en de mogelijke participatieproblemen en/of op inadequate wijze omgaan met de klachten.

Verwijzing en aanmelding

De richtlijn veronderstelt een verwijzing van een reumatoloog of huisarts. Na een klinische opname is er sprake van een alreeds uitgevoerd fysiotherapeutisch consult door een tweedelijns fysiotherapeut. Bij verwijzing naar de eerste lijn geniet het toch de voorkeur dat het consult wordt afgenomen door een tweedelijns fysiotherapeut. Is dit praktisch niet uitvoerbaar dan is dit de taak van de fysiotherapeut in de eerste lijn.

Het fysiotherapeutisch consult resulteert in een te volgen behandeltraject, uit te voeren door een deelnemend fysiotherapeut van het RA netwerk. Heeft het consult al plaatsgevonden in de tweedelijns dan volgt de fysiotherapeut het aangegeven traject.

Anamnese

De volgende gegevens worden overgenomen of verzameld: patiëntengegevens, zoals naam, geboortedatum, geslacht, adres, medische diagnose, wel of geen opname in ziekenhuis, gegevens over woonsituatie, comorbiditeit, medicatie, dagbesteding en relevante medische voorgeschiedenis.

Fysiotherapeutisch consult

Het consult bestaat uit de beantwoording van een aantal vragen aangaande subjectieve bevindingen bij de patiënt, namelijk:

- Wat is de hulpvraag van de patiënt?
- Is er sprake van functieverlies?
- Is er sprake van vaardigheidsverlies?
- Zijn er participatieproblemen?
- Zijn er externe en persoonlijke factoren zoals problemen met zelfmanagementsvaardigheden (kennis van de aandoening, copingsstrategie)?

Wordt een van deze laatste 4 vragen met “JA” beantwoord en is er een relatie met de hulpvraag dan dient de desbetreffende klacht geobjectiveerd te worden. Dit dient te gebeuren met een aantal gestandaardiseerde meetinstrumenten.

Basismmeetinstrumenten

Op verschillende niveaus van de ICF heeft de projectgroep een aantal meetinstrumenten geselecteerd waarmee betrouwbare en valide klachtgegevens geregistreerd en geobjectiveerd worden. De volgende basismmeetinstrumenten dienen hiervoor gebruikt te worden.

- De Patiënt Specifieke Klachten lijst (PSK) of de MACTAR (follow up), een semi-gestructureerd interview.
- De Visual Analogue Scale t.b.v. pijn en de DAS 28 (registratie wijze).
- De zes-minuten-looptest of de fietsergometertest.
- Neutrale -0- Methode (middels goniometer bewegingsuitslag vastleggen).

Korte uitleg meetinstrumenten:

- Het meetinstrument Patiënt Specifieke Klachten is een manier om de functionele status van de individuele patiënt te bepalen. De patiënt selecteert de voor hem/haar 3 tot 5 belangrijkste klachten op het gebied van fysieke activiteiten.
- De MACTAR is een meetinstrument in de vorm van een semi-gestructureerd interview. In dit interview wordt eveneens aan de patiënten gevraagd naar de vijf meest beperkende handelingen ten gevolge van de RA en die te rangschikken naar belangrijkheid. In de richtlijn is de follow-up versie opgenomen.
- Met de zes-minuten-looptest wordt de afstand gemeten die een patiënt in zes minuten kan afleggen. Dit geeft een indruk omtrent de inspanningstolerantie en loopafstand. De test kan uitgevoerd worden in een uitgezet parcours of op een loopband.
- De Åstrand submaximale fietsergometer test is een bekende test ter indirecte bepaling van het theoretische zuurstofverbruik per tijdseenheid, per kilogram lichaamsgewicht. Men meet dit middels een submaximale inspanning. Men krijgt tevens een indruk van de inspanningstolerantie. De duur van de test is zes tot tien minuten.
- De Visueel Analogue Scale is een pijnmeetinstrument. Hij bestaat uit een tien centimeter lange horizontale lijn die loopt van 'Geen pijn' (0) tot 'Ondraaglijke pijn' (10). De patiënt wordt gevraagd hierop middels het zetten van een streepje, een markering aan te brengen. De score wordt dan gemeten en uitgedrukt in mm. of cm.
- De DAS 28 is een samengestelde maat voor ziekteactiviteit waarin een aantal variabelen tot 1 uitkomst worden berekend. Dit zijn het aantal gezwollen en het aantal pijnlijke gewrichten, maar ook de BSE en een VAS voor de beleving van de ernst van de ziekte door de patiënt. De reumatoloog gebruikt de DAS 28, via de onderstaande formule:
$$DAS28 = 0.56 * \sqrt{\text{tender28}} + 0.28 * \sqrt{\text{swollen28}} + 0.70 * \ln(\text{ESR}) + 0.014 * GH$$

De fysiotherapeut kan de afbeelding van de DAS 28 gebruiken als instrument om de aangedane gewrichten te registreren.
- De neutrale-0-Methode is een manier om de bewegingsuitslag van een gewricht vast te leggen. De gewrichtshoek wordt gemeten met een goniometer. De methode van meten is door Debrunner in 1971 gestandaardiseerd. Bij deze standaardisatie wordt de -0- positie gedefinieerd vanuit de anatomische positie.

Analyse en interpretatie

De basismetinstrumenten meten op de verschillende niveaus van de ICF en leveren zo hun bijdrage aan de analyse. Ook kunnen zij gebruikt worden om voortgang meetbaar te maken. (zie ook hoofdstuk 3 van de Verantwoording en Toelichting). Doel van de analyse en interpretatie van de onderzoeksgegevens is de indicatiestelling fysiotherapie expliciteren. Tijdens het analytische proces dient beantwoord te worden welke probleemgebieden op de voorgrond staan.

1. Is er functieverlies samenhangend met ontstekingsreacties, als pijn, bewegingsverlies of is er vaardigheidsverlies in één of meerder activiteiten, zijn er participatieproblemen of is er inadequaat ziekte- of pijngedrag?
2. Zijn de aanwezige probleemgebieden beïnvloedbaar door fysiotherapie? En in welke mate?
3. Is de patiënt gemotiveerd voor fysiotherapie?

Dit leidt tot een antwoord op de vraag: “is er een indicatie voor fysiotherapie”? en zo ja “welke behandeling is adequaat”?

Fysiotherapeutische behandeltrajecten

De volgende mogelijkheden zijn voorhanden:

Traject 1:

Er is geen sprake van aanwezig functieverlies en of vaardigheidsverlies resulterend in beperkingen in activiteiten. Dit betekent dat er geen indicatiestelling voor fysiotherapie is, mogelijk er is er een hulpvraag van de patiënt aangaande voorlichting en bewegingsadvies.

Dit vormt een taak van de reumaconsulent en naar wie verwezen dient te worden. De patiënt zal zelfstandig kunnen sporten eventueel begeleid door een Reuma Patiënten Vereniging (RPV).

Traject 2:

De patiënt blijkt specifiek beperkt te zijn in één vaardigheid. Hieraan ten grondslag ligt functieverlies wel of niet samenhangend met ontstekingsreacties. Bevordering van het inzicht van de patiënt in de afstemming tussen belasting en belastbaarheid is gewenst, kortom fysiotherapie is geïndiceerd. Er wordt individuele fysiotherapie verricht in eerste of tweede lijn (klinische fase). Het doel van de therapie is afname van functieverlies en het opheffen van het verlies aan vaardigheden.

Traject 2 kan overlopen in traject 3.

Traject 3:

Meerdere vaardigheden / activiteiten zijn als gevolg van de RA voor de patiënt moeilijk uitvoerbaar. Hierbij kan er sprake zijn van functieverlies als gevolg van ontstekingsreacties. Gezien de positieve effecten welke gemeten worden bij groepsoefentherapieën en het belang van lotgenotencontact, vormt dit de basis van traject 3. Kortdurende hands-on therapie kan echter geïndiceerd zijn. De behandeldoelen zijn op relevant functieniveau, het verbeteren van vaardigheden en participatiemogelijkheden van de patiënt. Lotgenotencontact, het verbeteren van inzicht in belasting en belastbaarheid en het gebruik van wel of geen hulpmiddelen komen aan de orde. Het klachtenbeeld kenmerkt zich door episodes van exacerbaties. In het algemeen heeft de patiënt echter een voldoende mate van zelfcontrole.

Traject 4:

De problemen die zich voordoen als gevolg van de RA zijn multifacetair van aard. De patiënt is vaak recent gediagnosticeerd met RA. Deze patiënt heeft weinig inzicht in de aandoening en/of speelt acceptatieproblematiek van RA. De (sociale) omgeving en/of partner kan eveneens een belemmerende factor spelen. Er zijn participatieproblemen ten aanzien van het deelnemen aan werk, sport, opleiding en/of hobby's. Eveneens kan er sprake zijn van een moeizame afstemming van belasting en belastbaarheid. In dit geval kan de patiënt worden verwezen naar de revalidatiearts en wordt desgewenst in het revalidatiecentrum poliklinisch behandeld. Dit is een multi-disciplinaire setting waarin onder meer ergonomische principes en preventieve maatregelen aan de orde komen.

Behandelplan

Naar aanleiding van het fysiotherapeutisch consult wordt in overleg met de patiënt het te kiezen traject besproken. Er vindt afstemming plaats omtrent de te kiezen therapeut/ inrichting. In dat geval krijgt de fysiotherapeut een schriftelijke overdracht, met daarin onder meer de verwijzingsgegevens van de reumatoloog en/of huisarts en de uitslag van het screeningsonderzoek. De behandeldoelen zijn tijdgebonden en gerelateerd aan de verschillende trajecten.

Het therapeutisch proces

Traject 1:

Deze patiënten worden normaliter niet gezien door de fysiotherapeut.

Traject 2:

Duur van het traject kan variëren van enkele weken tot 12 weken. Frequentie is op maat van de patiënt.

De behandeldoelen zijn onder meer:

- Vermindering c.q. opheffing van gewrichtsbeperkingen
- Verbeteren van spierkracht en conditie
- Afname van de ervaren problemen van één bepaalde activiteit
- Verbeteren van het inzicht in belasting en belastbaarheid
- Ontstekingsremming d.m.v. het toepassen van koude-applicaties
- Aanleren van oefeningen die de patiënt thuis kan doen, zowel in rustige als actieve fase van de R.A.

Verrichtingen:

- Informeren en adviseren
- Sturen/oefenen van functies en activiteiten met belasting binnen de grenzen van de belastbaarheid van de gewrichten (passief, geleid actief en actief). Dit vindt plaats met opbouw in belasting en intensiteit
- Eventueel verstrekken van hulpmiddelen en geven van instructies hierover (schoeisel, loophulpmiddelen)

Na behalen van de behandeldoelen vindt terugverwijzing plaats naar de verwijzer. Het advies kan zijn de behandeling te vervolgen in traject 1 of 3.

Traject 3:

Deze patiënten worden behandeld in de eerstelijns fysiotherapie. Er is een voorkeur voor kleine behandelgroepen bestaande uit een homogene patiëntenpopulatie.

Duur van het traject is 1 jaar en de frequentie aanvankelijk minimaal 2 x per week. Afhankelijk van de evaluaties wordt de frequentie bepaald op maat van de patiënt.

De doelen zijn o.a.:

- Het bevorderen van een adequate wijze van omgaan met de RA
- Afname van stoornissen gerelateerd aan functie en bewegen
- Toename van activiteiten

Verrichtingen:

- Informeren / adviseren met betrekking tot opbouw belasting-belastbaarheid en opbouw van belasting in tijd
- Het stimuleren van functies, vaardigheden en activiteiten (o.a. spierkracht, mobiliteit van een gewricht, stabiliteit, bukken en tillen) met opbouw in duur en intensiteit
- Verstrekken van hulpmiddelen en geven van instructies hierover
- Door de behandeling in groepsverband te geven ontstaat er lotgenotencontact. Doordat deelnemers hun problemen herkennen kan men zich aan elkaar spiegelen en advies aandragen.

Na behalen van de behandeldoelen vindt terugverwijzing plaats naar de reumatoloog. Het advies kan zijn de behandeling te vervolgen in traject 1 of 3.

Traject 4:

Dit traject is multidisciplinair van aard. De duur van het traject is 12 weken. De frequentie van fysiotherapie is 6 weken 2x per week en 6 weken 1x per week.

De doelen zijn o.a.:

- Het bevorderen van een adequate wijze van omgaan met de RA en het ziekte-inzicht vergroten
- De patiënt kan zelfstandig de klachten beïnvloeden (zelfzorg)
- Patiënten weer laten participeren in huishouden, beroep, opleiding, sport, hobby en recreatie

Verrichtingen:

- Er is sprake van een groepsbehandeling i.v.m. lotgenotencontact
- Informeren en adviseren gericht op de juiste betekenis toekennen aan en controle te hebben over de klachten
- Bevordering van therapietrouw, continueren van en inbouwen van functie, activiteiten en bewegingsgedrag in het ADL
- Het stimuleren van functies, vaardigheden en activiteiten (o.a. spierkracht, mobiliteit van een gewricht, stabiliteit, bukken en tillen) met opbouw in duur en intensiteit. Dit op vaste tijden en met graduele opbouw
- Het beïnvloeden van omgeving van barrière naar facilitator, bijvoorbeeld een partner wie moet leren aandacht te schenken aan adequaat pijngedrag

Na afsluiting van het traject verwijst de revalidatiearts zonodig naar traject 1, 2 of 3.

Evaluatie, afsluiting, verslaglegging en rapportage.

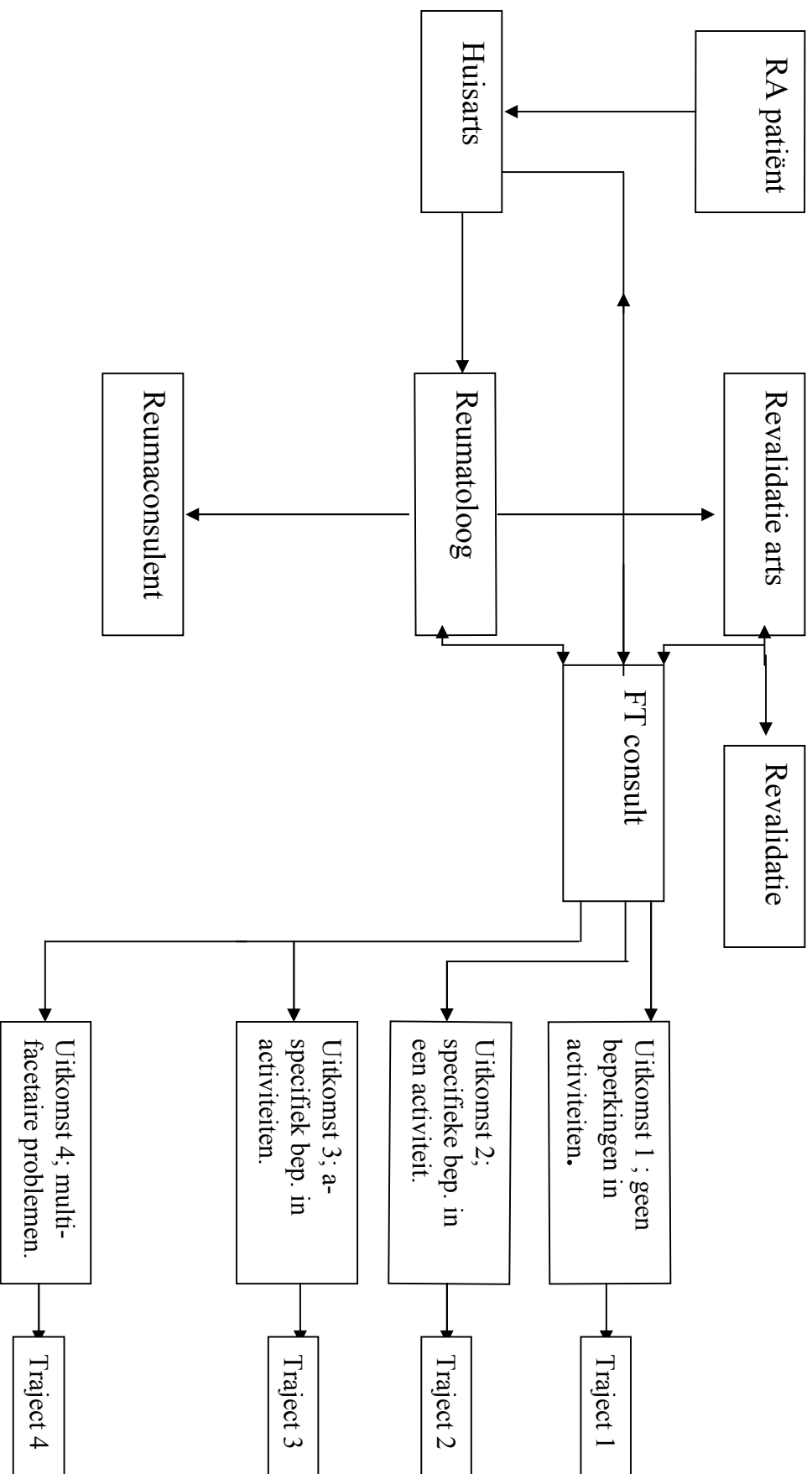
Ten aanzien van rapportage en verslaglegging adviseert de projectgroep het netwerk om hiervoor de benodigde formulieren te ontwikkelen. In aanvang ziet de evaluatie en rapportage er als volgt uit.

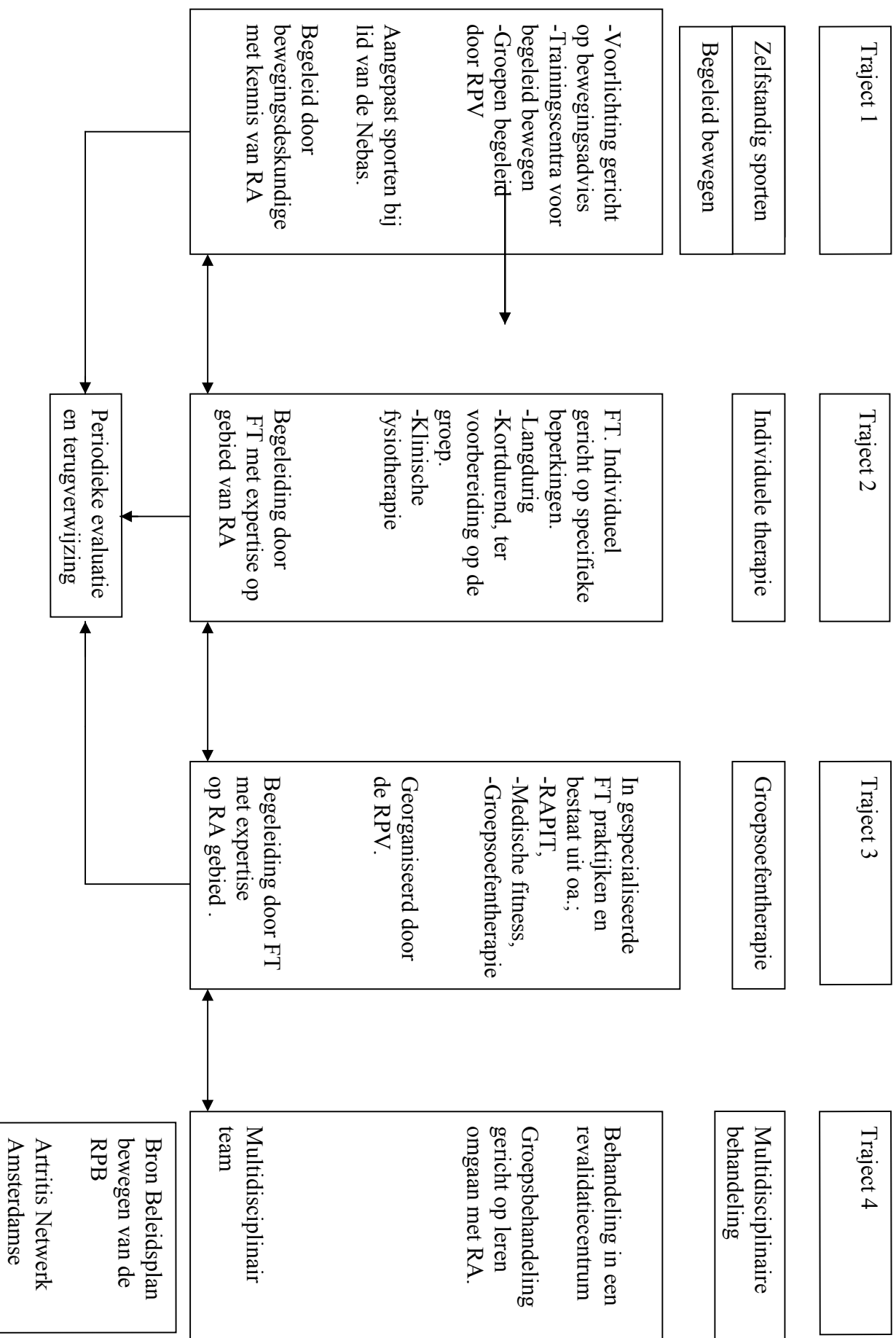
De fysiotherapeut werkzaam in de trajecten 2 en 3 evalueert samen met de patiënt wekelijks de resultaten en beschrijft de subjectieve bevindingen in het journaal. Eens per zes weken en aan het einde van het traject worden de basismetingen herhaald. Tijdens de afsluiting wordt er een vervolgtraject afgesproken met de patiënt.

De fysiotherapeuten werkzaam binnen revalidatie Friesland hanteren eigen evaluatiemiddelen (onder andere de IPA). Bij afsluiting en verwijzing naar een vervolgtraject dienen gegevens van de basismetingen wel aan de zorgverlener verstrekt te worden. Dit geldt eveneens voor verwijzing vanuit de tweede lijn na een klinische opname.

De verwijzer wordt bij controleafspraken e.d. en na het beëindigen van het behandeltraject geïnformeerd. Geformuleerde doelen, het behandelresultaat en het vervolgtraject zijn onderdeel van de schriftelijke informatieverstrekking.

Stroomschema deel 1





Verantwoording en Toelichting

Inleiding

In deze Verantwoording en Toelichting wordt de informatie waarop de richtlijn is gebaseerd uiteengezet. Er is gekozen voor het verzamelen van informatie via literatuur (verwijzingen) en deskundigen. Er is via internet gezocht in literatuurbestanden met trefwoorden in het Nederlands en Engels. Ook zijn de richtlijnen van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie gebruikt. Deze richtlijn heeft vorm gekregen op basis van consensus binnen de werkgroep en na becommentariëring van externe deskundigen.

Doelgroep

De richtlijn is primair bedoeld voor fysiotherapeuten werkzaam in de eerste en tweede lijn aangesloten bij het RA netwerk die patiënten met gezondheidsproblemen samenhangend met de RA behandelen. Ook voorziet de richtlijn in onderzoek en/of behandelprincipes voor die categorie patiënten welke voor een revalidatietraject in aanmerking komen. De richtlijn heeft tevens als doel een goede samenwerking te creëren tussen verwijzers en fysiotherapeuten en de verwijsstroom van patiënten te structureren. Middels gebruikmaking van overdrachtsformulieren en inzet van overige communicatiemiddelen zal dit vorm moeten krijgen.

De behandelend fysiotherapeut dient deel te nemen aan het RA netwerk. Hier is voor gekozen omdat de projectgroep van mening is dat om patiënten met RA adequaat te kunnen behandelen het noodzakelijk is dat de fysiotherapeut specifieke kennis en vaardigheden bezit. Dit is verkregen via opleiding, werkervaring en/of bij- en nascholing. Het samenwerken binnen het netwerk zorgt voor eenduidigheid bij verwijzers en deelnemende fysiotherapeuten onderling en beoogt een verbeterde kwaliteit van fysiotherapeutische zorgverlening. Hierbij kan relevante klinisch-wetenschappelijke specifieke kennis worden uitgewisseld en opgedaan.

In een 4 tal hoofdstukken worden de epidemiologische en diagnostische gegevens van RA beschreven en komt de belangrijke rol van medicatie aan de orde.

De achtergronden van het fysiotherapeutisch consult worden weergegeven en uiteengezet. Hierin vindt u onder meer een verantwoording van klinimetrische gegevens en de gekozen meetinstrumenten. In hoofdstuk 4 'het therapeutisch proces' kunt u lezen dat bekende en mogelijk minder bekende therapiemogelijkheden prima binnen de uiteengezette behandeltrajecten passen. Meerdere bijlagen met onder meer uitwerkingen van gangbare therapiemogelijkheden zijn toegevoegd.

Tot slot komt de projectgroep met een aantal aanbevelingen voor het te vormen RA netwerk.

Hoofdstuk 1 definiëring Reumatoïde Artritis (RA)

Definitie

Reuma is een verzamelnaam voor een groot aantal aandoeningen van het bewegingsapparaat, waarbij gewrichtsklachten een belangrijke rol spelen. In de medische wetenschap zijn op dit moment ca. 200 reumatische aandoeningen bekend. De meest voorkomende vormen van reuma zijn artrose en artritis. De meest bekende soorten van reumatische aandoeningen zijn:

- Reumatoïde artritis
- Jeugdreuma
- Ziekte van Bechterew
- Artrose
- Fibromyalgie
- Systemische Lupus Erytomatosus
- Syndroom van Sjögren
- Jicht
- EDS
- Reactieve artritis
- Artritis Psoriatica
- Polymyalgia Reumatica
- Arteriitis Temporalis
- Syndroom van Paget

Deze richtlijn beschrijft het (medisch)diagnostisch en (fysio)therapeutisch proces bij reumatoïde artritis. RA is een chronische auto-immuun ziekte die zich manifesteert door ontstekingen in gewrichten. Het wordt gekenmerkt door niet bacteriële ontstekingen van verscheidene gewrichten, atrofie van spieren en huid welke meestal een gevolg is van inactiviteit. De gewrichtskapsels raken ontstoken en uiteindelijk kunnen ook het kraakbeen en bot aangetast worden. Deze deformiteiten van gewrichten en ligamentenstructuren is een gevolg van de langdurige aanwezigheid van ontstekingsfactoren in de hydrops. RA kenmerkt zich door een niet constante aanwezigheid van ontstekingen maar wel door het progressief karakter en de gevolgen hiervan.

Andere gevolgen van RA kunnen zijn:

- Vasculaire stoornissen van de vasa nervorum, waardoor uitval van één, soms van verscheidene perifere zenuwen optreedt.
- Necrotiserende arteriitis, waarvan het eerste verschijnsel een progressieve neuropathie is.
- Deformiteiten hierdoor kunnen compressie neuropathieën ontstaan.

De ontstekingen komen over het algemeen niet in alle gewrichten voor. Zo worden gewrichten in de wervelkolom bijna nooit aangetast (op de nekwerfels na). De gewrichten waarin reumatoïde artritis het meest voorkomt zijn de vingers en de tenen, met daarop volgend de ellebogen, de schouders, de knieën en de heupen.

De piek in het ontstaan van RA ligt tussen de veertig en zestig jaar.

Onder de patiënten zijn bijna twee keer meer vrouwen dan mannen, naast genetische aanleg spelen hierbij hormonale factoren een rol. Echter de primaire oorzaak voor het krijgen van RA is onbekend. Waarschijnlijk is hierbij sprake van niet één, maar meerdere factoren die ten grondslag liggen aan de chronische ontstekingen. Gangbaar is de gedachte aan een 'trigger' die het hele proces van ontstekingen tot gevolg heeft. Dit zijn T-cellen, cellen die tezamen met andere ontstekingscellen een ontsteking in gang houden. Bij reumatoïde artritispatiënten zijn verhoogde hoeveelheden van deze T-cellen in het gewricht aangetoond.

Classificatie Reumatoïde Artritis.

Er bestaat geen eenduidige test om reumatoïde artritis aan te tonen. De ACR (American College of Rheumatology) heeft in 1987 classificatiecriteria opgesteld. Deze criteria zijn:

1. Ochtendstijfheid
2. Artritis in drie of meer gewrichten
3. Artritis in de handgewrichten
4. Symmetrische artritis
5. Reumanoduli
6. Reumafactoren in het serum
7. Gewrichtsbeschadigingen op röntgenfoto's

Classificatie van reumatoïde artritis is mogelijk als er wordt voldaan aan vier van de zeven criteria. Deze vier criteria moeten langer dan zes weken aanwezig zijn. Vaak zal de patiënt pas in een later stadium merken dat er echt iets aan de hand is. Dit komt doordat de ziekte zich heel langzaam ontwikkelt. De ACR-criteria, classificatiecriteria op groepsniveau, zijn momenteel de gangbare criteria. In de toekomst (tot 2015) worden geen veranderingen met betrekking tot classificatie verwacht. De ACR classificatie criteria voor RA worden vaak ten onrechte gebruikt om de diagnose RA te stellen. Deze criteria zijn echter ontwikkeld om de ziekte RA te classificeren om zodoende wetenschappelijk onderzoek naar RA mogelijk te maken. De criteria zijn niet ontwikkeld om de diagnose RA in een vroege fase te kunnen stellen. Het diagnostisch vermogen van de criteria bij vroege artritis is dan ook laag

Reumatoïde artritis, de diagnose stelling

Hoewel er de laatste jaren steeds meer inzicht verkregen is over de ontstekingsmechanismen die een rol spelen bij RA, zoals de T-cellen, is de oorzaak van het ontstaan van RA nog immer onbekend. Uit onderzoek is wel gebleken dat het voor de tijdige behandeling van belang is zo snel mogelijk de diagnose RA te kunnen stellen. Hiervoor is een diagnostisch model nodig waarmee bij vroege artritis de ziekte RA kan worden onderscheiden van andere vormen van artritis en dat toepasbaar is in de klinische praktijk. Momenteel is dit klinisch predictie model in ontwikkeling.

Het stellen van de diagnose RA dient niet als doel op zich maar vormt de basis voor het verder klinisch handelen voor de arts en fysiotherapeut. De diagnose heeft implicaties voor de prognose en de in te stellen therapie. Bij patiënten die zich presenteren met vroege artritis blijkt na verloop van tijd bij ongeveer 30% de diagnose RA gesteld te kunnen worden, heeft ongeveer 30% een andere reumatische aandoening en blijft bij ongeveer 30% de diagnose onduidelijk.

In de praktijk is een gefaseerde manier van diagnostiek gangbaar. Dit wil zeggen achtereenvolgens: anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend laboratorium / röntgen onderzoek. Dit is eenvoudig af te leiden uit de NHG standaard RA en het handelen van de Nederlandse reumatologen. De klinische presentatie is bepalend voor de diagnose RA, middels aanvullend röntgenologisch en laboratoriumonderzoek. Gezocht wordt naar:

1. Reumafactoren in het bloed

Reumafactoren (RF) zijn een belangrijk hulpmiddel bij het stellen van de diagnose RA. Wanneer er sprake is van RA, betekent de aanwezigheid van de RF dat de prognose ongunstiger is. RF zijn auto-antilichamen gericht tegen het Fc gedeelte van het IgG molecuul. Er zijn verschillende soorten reumafactoren (RF-isotypen) o.a.: IgG, IgA en IgM. RF kunnen worden aangetoond met verschillende tests zoals bijvoorbeeld de agglutinatie test (Latex fixatie test, Rose Waaler test) of de enzyme linked immunosorbent assay (ELISA).

2. Gecitrullineerde eiwitten

Antilichamen tegen gecitrullineerde eiwitten zijn zeer specifiek voor RA, wat betekent dat de antilichamen nauwelijks bij andere ziekten dan RA worden aangetroffen.

Gecitrullineerde eiwitten zijn eiwitten waarvan het aminozuur arginine enzymatisch is veranderd in het aminozuur citrulline. Recent werd een test ontwikkeld om deze antilichamen aan te tonen (anti-CCP ELISA). De conclusie werd getrokken dat deze test een zeer hoge specificiteit en een waarschijnlijk aanvullende waarde heeft bij de diagnostiek van RA.

3. Aanwezigheid van gewrichtsschade

Middels röntgen onderzoek kan worden bepaald of er erosies of gewrichtsspleetvesmalling van de gewrichten van polsen / handen en of voorvoeten zijn. Dit onderzoek levert in de vroege fase geen afwijkingen op, maar dient voor de reumatoloog als uitgangssituatie voor de aanvang van de behandeling.

Reumatoïde artritis, de omvang van het probleem.

Er zijn meerder bronnen in Nederland die gegevens presenteren over het voorkomen van RA. Voor deze richtlijn hebben wij gebruik gemaakt van de gegevens van het RIVM, het nationaal Kompas Volksgezondheid. De schattingen waar het Nationaal Kompas Volksgezondheid van uit gaat zijn gebaseerd op: een epidemiologisch bevolkingsonderzoek, enkele huisartsenregistraties, het Reuma-Onderzoek Meerder Echelons (ROME) en de standaard diagnoseregistratie van reumatische ziekten (SDR) van commissie voor reuma onderzoek (TNO). Deze gegevens zijn afkomstig van in Nederland werkzame reumatologen.

Tabel 1: jaar prevalentie (per 1000 en absoluut) en incidentie (per 1000 en absoluut) van reumatoïde artritis personen in vijf huisartsen registraties; gestandaardiseerd naar de bevolking van Nederland in 2000

	Jaar prevalentie		Incidentie	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
<i>Kompas schatting relatief (per 1000) a</i>	6,58	11,17	0,93	1,85
<i>Kompas schatting absoluut a</i>	51,800	89,900	7.400	14,900

(nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 2.8, 16-09-2004 RIVM Bilthoven)

Patiëntenstromen in Friesland

Bij uitvoering van de NHG standaarden door de huisartsen blijkt dat van RA verdachte patiënten in de diagnostische fase al door de huisarts worden behandeld met NSAID's (ibuprofen, naproxen of diclofenac). Er zal verwijzing naar de reumatoloog plaatsvinden bij:

- aanhoudende twijfel over de diagnose
- artritis die met NSAID's niet binnen 6-12 weken na het ontstaan van de klachten tot rust komt
- optreden van bijwerkingen of exacerbaties tijdens de instelling op medicatie
- aanhoudende heftige pijn en ontstekingsverschijnselen ondanks medicatie
- complicaties zoals deformatie van een gewricht, peesruptuur of -luxatie
- extra-articulaire complicaties

Over verwijzingen van de Friese huisartsen naar fysiotherapeuten is ons niets bekend. De projectgroep veronderstelt dat dit in weinig gevallen zal plaatsvinden, omdat in de gevallen waarbij er niet naar de reumatoloog wordt verwezen complete remissie optreedt. Volgens gegevens van de reumatologen in Friesland worden er per jaar circa 3000 patiënten door de reumatologen voor fysiotherapie verwezen, dit zijn echter niet alleen RA patiënten. Zorgverzekeraar De Friesland registreerde in 2003, 611 personen met de medisch diagnose code RA. In 2004 waren dit er 516. Bij de Friesland werden totaal respectievelijk 28131 en 17210 behandelingen gedeclareerd.

Dit is niet een absoluut en totaal beeld van het aantal verwijzingen naar de fysiotherapeutische zorg. Naar de mening van de projectgroep geeft het echter voldoende richting en houvast. Het maakt duidelijk dat het moeilijk te achterhalen is waar en hoeveel RA patiënten fysiotherapeutische zorg krijgen en in welke fase er verwijzing optreedt. Deze onduidelijkheid is voor de projectgroep aanleiding om in de richtlijn de gewenste wijze van verwijzing en het inzetten van het fysiotherapeutische consult op te nemen.

Hoofdstuk 2 medicatie bij RA

Medicijnen vormen het belangrijkste middel om de ontstekingen af te remmen en de pijn te verminderen. Het gebruik van medicijnen is bij de meeste mensen met RA voor een lange periode noodzakelijk. Bij de keuze van medicijnen voor patiënten met reumatoïde artritis spelen een aantal factoren een rol:

- hoe ernstig is de ziekte,
- welke bijwerkingen kunnen er optreden,
- hoe reageert men op het middel.

De voorschrijvende artsen moeten continu een afweging maken tussen de schade die de ziekte aan de gewrichten kan veroorzaken en de mogelijke bijwerkingen van een medicijn. Hoe deze balans uitvalt, verschilt van persoon tot persoon. Van belang is daarbij dat men de medicijnen inneemt zoals ze zijn voorgeschreven. Alleen dan kan worden vastgesteld of ze ook tot de gewenste resultaten leiden.

Medicatie onderverdeeld in vier groepen.

Er zijn verschillende soorten medicijnen welke veelvuldig voorgeschreven worden bij RA. Omdat ze zo verschillend werken, wordt vaak een combinatie van verschillende medicijnen voorgeschreven. In het algemeen wordt de medicatie onderverdeeld in de volgende vier groepen:

1. Pijnstillers
2. Ontstekingsremmende pijnstillers (=eerstelijnsmiddelen, NSAID'S)
3. Lang werkende ontstekingsremmers (=tweedelijnsmiddelen= disease modifying antirheumatic drugs, DMARD's)
4. Bijnierschorsormoon.

Pijnstillers

Deze middelen, verkrijgbaar als tabletten of als zetabletten, zorgen ervoor dat de pijn vermindert. Ze beïnvloeden de pijngewaarwording, maar hebben geen ontstekingsremmend effect. Zij kunnen zeer snel voor pijnverlichting zorgen, echter de werkingsduur is beperkt.

Vaak gebruikte en voorgeschreven pijnstillers zijn:

- paracetamol,
- codeïne,
- tramadol,

Ontstekingsremmende pijnstillers

Deze medicijnen worden ook wel de eerstelijnsmedicijnen of NSAID's genoemd (Non-Steroidal Anti-inflammatory Drug). Deze medicijnen geven snel effect, maar tevens voor een korte tijd. Ze werken pijnstillend en remmen tevens de ontsteking af. Hierdoor kunnen de aanwezige zwelling en bewegingsbeperking van het ontstoken gewricht verminderen.

Deze medicijnen hebben geen invloed op het ontstaan van-, en gaan gewrichtsbeschadigingen ook niet tegen. Het is bekend dat de medicatie kan leiden tot bijwerkingen als maag- en darmproblemen, vochtophoping en duizeligheid. Om eventuele maagklachten te voorkomen, kunnen ze het beste rond etenstijd worden ingenomen. Soms worden tegen de bijwerkingen pillen voorgeschreven die de maag beschermen.

Voorbeelden van veel voorgeschreven NSAIDs zijn:

- ibuprofen
- ketoprofen
- naproxen
- diclofenac
- piroxicam

- meloxicam
- nabumetone

Langwerkende ontstekingsremmers

Deze groep medicijnen wordt ook wel tweedelijsmiddelen, disease-modifying anti-rheumatic drugs' (DMARD's) genoemd. Deze medicatie heeft als doel de activiteit van de ziekte te verminderen en chronische ontstekingsreacties in te dammen, zodat schade aan de gewrichten beperkt kan worden. Het kan geruime tijd duren, weken tot soms wel enige maanden, voordat het effect van deze middelen is aan te duiden.

Bekende bijwerkingen bij dit type medicatie zijn: huiduitslag, maag- en darmklachten, nier- of leverfunctiestoornissen en afwijkingen in de bloedaanmaak. Als men deze middelen gebruikt, wordt regelmatig bloed gecontroleerd om eventuele bijwerkingen vroeg op te sporen. In de meeste situaties waarbij deze bijwerkingen optreden, verdwijnen de bijwerkingen weer als met het middel wordt gestopt.

Voorbeelden van veel voorkomende tweedelijsmiddelen zijn:

- methotrexaat
- sulfasalazine
- leflunomide
- goud
- azathioprine
- d-penicillamine
- hydroxychloroquine
- cyclofosfamide
- cyclosporine

Bijnierschorshormoon

Het bijnierschorshormoon, prednison is hiervan het bekendste, onderdrukt de reacties van het afweersysteem zoals de ontstekingsreacties. Bijnierschorshormoon als prednison kan veel bijwerkingen hebben, zoals gewichtstoename, dunner worden van de huid, botontkalking, hoge bloeddruk en suikerziekte. Vaak wordt deze medicatie voorgeschreven in combinatie met langwerkende ontstekingsremmers. Hiermee wordt de tijd overbrugd waarin de langwerkende ontstekingsremmers nog niet werken. Daarnaast kan bijnierschorshormoon worden ingespoten in een ontstoken gewricht of pees, of in een reumaknobbel. De injectie is te vergelijken met een bloedprik. De werkzame stof zit opgelost in een vloeistof en kent niet de bijwerkingen van prednison in pilvorm. De injectie mag niet vaker dan twee tot drie keer per jaar in hetzelfde gewricht worden gegeven.

‘Nieuwe’ niet traditionele medicatie

Naast bovengenoemde DMARD's zijn er ook nieuwe met behulp van biotechnologie ontwikkelde geneesmiddelen de zogenaamde biologicals. Deze middelen worden toegepast bij patiënten die niet voldoende reageren op traditionele DMARD's.

Biologische DMARD's onderdrukken ontstekingsproces bij RA. Door selectieve remming van ontstekingsfactoren zoals TNF (Tumor Necrosis Factor) of IL-1(Interleukine) in de gewrichten.

TNF-blokkers worden toegepast bij patiënten met een actieve RA, die onvoldoende hebben gereageerd op tenminste twee DMARD's, waaronder Methotrexaat (tenzij gecontraïndiceerd) Om voor vergoeding van deze (dure) middelen door de zorgverzekeraar in aanmerking te komen dient de reumatoloog een aanvraag in te dienen bij een landelijke commissie (LABAG)

Hoofdstuk 3 Fysiotherapeutisch onderzoek

Fysiotherapeutisch consult

Transmurale zorgverlening vindt plaats op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en specialistische zorgverleners, waarbij er sprake is van gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden (Nationale raad voor Volksgezondheid, 1995).

In de huidige situatie komt de RA patiënt terecht bij fysiotherapeuten werkzaam in de verschillende settings. Hierbij komt naar voren dat deze allen gebruik maken van verschillende en eigen onderzoeksmethoden. De behandeling welke wordt verstrekt wordt mede bepaald door setting en beschikbare (hulp)middelen. Naar mening van de projectgroep worden visie en beschikbare kennis niet of nauwelijks onderling gedeeld en is de samenwerking in geen geval transmuraal te noemen.

Om de fysiotherapeutische zorg rondom de RA patiënt daadwerkelijk transmuraal te maken moeten verschillende medewerkers uit verschillende instellingen met elkaar samenwerken om zo beter de vraag van de RA patiënt te kunnen beantwoorden.

Wij streven er dan ook naar om te komen tot een eenduidige wijze van verwijzing, onderzoek en behandeling van de RA patiënt. Naar mening van de projectgroep is dit het beste te bereiken door middel van het opnemen van een fysiotherapeutisch consult. Dit consult is gebaseerd op de werkwijze van de Amsterdamse fysiotherapeuten verenigd in het Arthritis Netwerk Amsterdamse Fysiotherapeuten (ANAF). Dit consult dient, in geval van verwijzing door de reumatoloog, bij voorkeur af genomen te worden door een fysiotherapeut werkzaam in de tweede lijn (in de klinische fase per definitie). Dit vergroot de mogelijkheden van onderling overleg en afstemming. Is er sprake van verwijzing door een huisarts dan kan het fysiotherapeutisch consult afgenomen worden door een eerste lijns fysiotherapeut welke deelneemt aan het RA netwerk. Het consult geeft, middels verkregen anamnistische gegevens en door (lichamelijk) onderzoek, antwoord op een aantal vragen.

- Wat is de hulpvraag van de patiënt?
- Is er sprake van functieverlies?
- Is er sprake van vaardigheidsverlies?
- Zijn er participatieproblemen?
- Zijn er externe en persoonlijke factoren zoals problemen met zelfmanagements vaardigheden (kennis van de aandoening, copingsstrategie)?

Wordt een van de vier laatste vragen met ja beantwoord en is er een relatie met de hulpvraag dan dient de desbetreffende klacht geobjectiveerd te worden met een aantal gestandaardiseerde meetinstrumenten. Op de verschillende niveaus van de ICF heeft de projectgroep een aantal meetinstrumenten geselecteerd waarmee de fysiotherapeut betrouwbare en valide gegevens kan registreren en objectiveerbaar maken. Wij noemen deze meetinstrumenten de basismetinstrumenten. Dit omdat binnen de therapie mogelijkheden ook sprake kan zijn van andere meetinstrumenten dan deze t.b.v. het consult en evaluatie (BORG-score, 1 RM bepaling et cetera).

Participatie en vaardigheidsverlies bij RA

De Patiënt Specifieke Klachten lijst (PSK) of de MACTAR (follow up), een semi-gestructureerd interview zijn de basismeeinstrumenten om klachten welke zich manifesteren bij verlies in vaardigheden en bij participatieproblemen afspelen te objectiveren. De fysiotherapeut kiest een van deze middelen om hierover na het consult en/of evaluatie een uitspraak te doen.

- Het meetinstrument *Patiënt Specifieke Klachten* is een manier om de functionele status van de individuele patiënt te bepalen. De patiënt selecteert de voor hem/haar 3 tot 5 belangrijkste klachten op het gebied van fysieke activiteiten. Deze activiteiten moeten voor de patiënt persoonlijk relevant (belangrijk) zijn, de patiënt moet hinder ervaren bij de uitvoering en uitvoering moet regelmatig plaatsvinden (per week). Bij algemene functionele status vragenlijsten zijn niet alle gevraagde items relevant voor een patiënt. Terwijl aan de andere kant relevante activiteiten niet zijn opgenomen in de vragenlijst. Het is daarom zinvol om de patiëntspecifieke functionele status samen met een algemenere ziektespecifieke lijst te combineren.

Gezien de objectieve inventarisatie en evaluatie van de mate van beperkingen in de voor de patiënt belangrijkste activiteiten beveelt de projectgroep aan gebruik te maken van de PSK. Uit onderzoek is gebleken dat de PSK bij patiënten met lage rugpijn goed onderscheid kan maken tussen mensen die wel of geen vooruitgang maken. Bij die patiëntengroep is de PSK responsief. Ook het gebruik van de VAS is betrouwbaar en valide gebleken.

- De *MACTAR* is een meetinstrument in de vorm van een semi-gestructureerd interview. In dit interview wordt eveneens aan de patiënten vraagt om de vijf meest beperkende handelingen ten gevolge van de RA en die te rangschikken naar belangrijkheid. In de Follow-up meting wordt specifiek naar die handelingen gevraagd en geëvalueerd, er is een directe relatie met de RA.

Verlies van Functie en Vaardigheden bij RA

De zes-minuten-looptest of de Åstrand fietsergomometer test zijn de basismeeinstrumenten om klachten welke zich uitten in verlies in functie en vaardigheden als lopen en fietsen te objectiveren. De fysiotherapeut kiest een van deze middelen om hierover na het consult en/of evaluatie een uitspraak te doen. Tevens bieden deze testen de mogelijkheid om participatieproblemen als gevolg van verminderde conditionele eigenschappen en/of inspanningstolerantie, praktisch te objectiveren.

- Middels *de zes-minuten-looptest* wordt de afstand gemeten die een patiënt in zes minuten kan afleggen. Dit geeft een indruk omtrent de inspanningstolerantie en loopafstand. De test kan uitgevoerd worden in een uitgezet parcours of op een loopband.

Deze test is bij deze patiëntengroep functioneel, eenvoudig toepasbaar en betrouwbaar.

De 12 minuten looptest heeft een iets hogere sensitiviteit en betrouwbaarheid en discriminerend vermogen. Echter de zes minuten looptest wordt aanbevolen omdat deze minder tijd vergt en in de praktijk daardoor beter bruikbaar is.

- ÅSTRAND test*, deze fiets ergometer test is een bekende test ter indirecte bepaling van het theoretische zuurstofverbruik per tijdseenheid, per kilogram lichaamsgewicht. Men meet dit middels een sub-maximale inspanning. De duur van de test is zes tot tien minuten. De gevonden hartslagwaarden van de vijfde en de zesde minuut noteert men. Middels referentie tabellen is het mogelijk een uitspraak te doen over het theoretische zuurstofverbruik. De Åstrand sub-maximale fiets ergometer test is een valide en betrouwbaar meetinstrument om de conditie te bepalen.

Pijn en Functie verlies de RA patiënt.

De Visual Analogue Scale t.b.v. pijn, de DAS 28 registratie lijst en de Neutrale -0- Methode (middels goniometer bewegingsuitslag vast leggen) zijn de basismeeinstrumenten

om pijnklachten en mobiliteitsverlies van gewrichten (functie niveau) te objectiveren.

De fysiotherapeut kiest een of meerdere van deze middelen om hierover na het consult en of evaluatie een uitspraak te doen.

•*De Visuele Analoge Schaal (VAS)*

Hoewel bijna iedereen het verschijnsel pijn kent, is het moeilijk te meten. Individuele interpretatie en expressie maken evaluatie en vergelijking lastig. De drie-eenheid van somatische, psychologische en sociale factoren bepalen pijn en pijngedrag. De Visuele Analoge Schaal bestaat uit een tien centimeter lange horizontale lijn die loopt van 'Geen pijn' (0) tot 'Ondraaglijke pijn' (10). De patiënt wordt gevraagd hierop middels het zetten van een streepje, een markering aan te brengen. De score wordt dan gemeten en uitgedrukt in mm. of cm. Het is een eenvoudige methode om pijn in een getal te laten uitdrukken. Nadelen van het gebruik van de VAS-schaal kunnen zijn dat de bepaling van de ernst van de pijn op een te simpele, ééndimensionale wijze plaatsvindt en dat er altijd patiënten zullen zijn die de test niet (kunnen) begrijpen. De interbeoordelaars betrouwbaarheid is voldoende. Correlaties tussen herhaalde metingen liggen tussen 0,95 en 0,99. Criterium validiteit is bepaald door correlaties te berekenen tussen VAS-scores en een ander meetinstrument op het gebied van pijn. De correlaties liggen tussen de 0,42 en 0,92. De correlaties met een numerieke schaal voor pijn liggen tussen de 0,62 en 0,92. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat kleine verschillen in pijn in één patiënt kunnen worden gemeten. De responsiviteit van de VAS pijn meting is hoger wanneer de patiënt bij herhaaldelijk meten de vorige score op de VAS te zien krijgt.

•*De DAS 28* is een samengestelde maat voor ziekteactiviteit waarin een aantal variabelen tot 1 uitkomst worden berekend. Dit zijn het aantal gezwollen en het aantal pijnlijke gewrichten, maar ook de BSE en een VAS voor de beleving van de ernst van de ziekte door de patiënt. De reumatoloog gebruikt de DAS 28, via de onderstaande formule.

$$DAS28 = 0.56 * \text{sqrt}(\text{tender28}) + 0.28 * \text{sqrt}(\text{swollen28}) + 0.70 * \ln(\text{ESR}) + 0.014 * \text{GH}$$

Voor de fysiotherapeut is de eigenlijke DAS niet geschikt, echter als middel om op een eenvoudige wijze locatie van pijnlijke en gezwollen gewrichten te registreren, is hij naar mening van de projectgroep wel bruikbaar.

•*De neutrale -0- methode* is een manier om de bewegingsuitslag van een gewricht vast te leggen. De gewrichtshoek wordt gemeten met een goniometer. De methode van meten is door Debrunner in 1971 gestandaardiseerd. Bij deze standaardisatie wordt de -0- positie gedefinieerd vanuit de anatomische positie. Iedere gewrichtsbeweging wordt beschreven door drie getallen, uitgedrukt in bewegingsgraden. Hierbij worden de twee eindstanden van de beweging genoteerd en de -0- positie. Indien de -0- positie is gepasseerd dan staat deze altijd in het midden. Bovendien wordt vermeld: betreffende gewricht, betreffende zijde, passieve en/of actieve beweging en bewegingsrichting.

Bijvoorbeeld; heupgewricht, rechts, beweging van flexie naar extensie; actief 120 / 0 / 10; passief 130 / 0 / 15 . Indien de -0- positie niet wordt bereikt (bijvoorbeeld als gevolg van pijn of contractuur), dan zal de neutrale positie aan het begin of het eind van de notatie vermeld worden. Bijvoorbeeld bij een 30 flexie contractuur van de heupgewricht; heupgewricht, rechts, beweging van flexie naar extensie; actief 120 / 30 / 0; passief 125 / 30 / 0 .

Analyse en interpretatie

Bij de analyse en interpretatie van de onderzoeksgegevens wordt de indicatiestelling fysiotherapie geëxpliciteerd. Tijdens het analytische proces dient beantwoord te worden welke probleemgebieden op de voorgrond staan.

1. Is er functieverlies samenhangend met ontstekingsreactie, zoals pijn en bewegingsverlies, vaardigheidsverlies van één of meer activiteiten, participatieproblemen of inadequaat ziekte-, pijngedrag?
2. Zijn de aanwezige probleemgebieden beïnvloedbaar door fysiotherapie? En in welke mate?

3. Is de patiënt gemotiveerd voor fysiotherapie?

Dit leidt tot een conclusie, namelijk; “is er een indicatie voor fysiotherapie? en zo “JA’ welke behandeling is adequaat”?

Hoofdstuk 4 ‘Het therapeutisch proces’

Behandeltrajecten

Naar aanleiding van het fysiotherapeutisch consult wordt in overleg met de patiënt het te kiezen behandeltraject besproken. Er vindt afstemming plaats omtrent de te kiezen therapeut/ inrichting. In dat geval krijgt de fysiotherapeut een schriftelijke overdracht, met daarin onder meer de verwijzingsgegevens van de reumatoloog en/of huisarts en de uitslag van het onderzoek. De behandeldoelen zijn tijdgebonden en gerelateerd aan de verschillende behandeltrajecten.

De projectroep kiest ervoor een viertal behandeltrajecten uit te zetten in deze richtlijn. Deze trajecten vinden plaats in de bestaande settings van fysiotherapeutische zorgverlening. Eisen aan praktijkinrichting en competenties van de behandelaar komen in de aanbevelingen aan de orde. Naar aanleiding van het fysiotherapeutisch consult zijn de volgende mogelijkheden voorhanden.

Behandeltraject 1

Er is geen sprake van aanwezig functieverlies en of vaardigheidsverlies resulterend in beperkingen van activiteiten. Dit betekent dat er geen indicatiestelling voor fysiotherapie is. Mogelijkerwijs bestaat er een hulpvraag van de patiënt aangaande voorlichting en / of bewegingsadvies. Dit vormt een taak van de reumaconsulent en verwijzing hiernaar toe dient te volgen. De patiënt zal zelfstandig kunnen sporten eventueel begeleid door een Reuma Patiënten Vereniging (RPV).

Behandeltraject 2

De patiënt blijkt specifiek beperkt te zijn in één vaardigheid of er is sprake van een ziekenhuisopname. Hieraan ten grondslag ligt functieverlies of stoornissen wel of niet samenhangend met een ontstekingsreactie. Bevordering van het inzicht van de patiënt in de afstemming tussen belasting en belastbaarheid is gewenst. Fysiotherapie is geïndiceerd. Er wordt individuele fysiotherapie verricht in eerste of tweede lijn (klinische fase). Het doel van de therapie is afname van functieverlies en opheffen vaardigheidsverlies.

De duur van het traject is variërend van één tot 12 weken en de frequentie van behandelen is op maat van de patiënt.

De behandeldoelen zijn:

- Vermindering c.q. opheffing van gewrichtsbeperkingen.
- Verbeteren van spierkracht en conditie.
- Afname van de ervaren problemen van één bepaalde activiteit.
- Verbeteren inzicht in belasting en belastbaarheid
- Ontstekingsremming d.m.v. het toepassen van koudeapplicaties.
- Aanleren van oefeningen die patiënt thuis kan doen, zowel in rustige fase als actieve fase van de R.A.

Verrichtingen:

- Informeren en adviseren
- Sturen/oefenen van functies en activiteiten met belasting binnen de grenzen van de belastbaarheid van de gewrichten (passief, geleid actief en actief). Dit vindt plaats met opbouw in belasting en intensiteit.
- Eventueel verstrekken en geven van instructies over hulpmiddelen (schoeisel, loophulpmiddelen).

Na behalen van de behandeldoelen vindt terugverwijzing plaats naar de reumatoloog. Het advies kan zijn vervolg in traject 1 of 3.

In de praktijk betekent behandeltraject 2 een verwijzing naar de eerstelijns fysiotherapiepraktijk. De fysiotherapeut in de eerste lijn zal aanvankelijk individuele therapie verstrekken. Er is een groot scala aan behandel mogelijkheden mogelijk. De nadruk dient te liggen op informeren en

adviseren t.a.v. de belasting en belastbaarheid. Daarnaast het aanleren van een oefenschema gericht op het verbeteren van die ene specifieke beperking. Doorstroming naar zelfstandig sporten zoals beoogd in behandeltraject 1 kan een doelstelling van therapie zijn.

Behandeltraject 3

Meerdere vaardigheden zijn als gevolg van de RA voor de patiënt moeilijk uitvoerbaar. Hierbij kan er sprake zijn van functieverlies als gevolg van ontstekingsreacties. Gezien de positieve effecten welke gemeten worden bij groepsoefentherapieën en het belang van lotgenoten contact, vormt dit de basis van traject 3. Kortdurende hands-on therapie kan echter tijdelijk geïndiceerd zijn, ook ziekenhuis opname behoort tot de reële mogelijkheden. De behandeldoelen zijn op ICF niveau, functieverlies opheffen, het verbeteren van vaardigheden en participatieniveau, lotgenotencontact, verbeteren van inzicht in belasting en belastbaarheid, gebruik van wel of geen hulpmiddelen. Kenmerkend is dat het klachtenbeeld wel episodes kent van exacerbaties, echter in het algemeen heeft de patiënt een voldoende mate van zelfcontrole.

Deze patiënten kunnen zowel worden behandeld in de tweede lijn als in de eerste lijn. Zie voor tweedelijns behandeling bijlage 1.

Als deze patiënten worden behandeld in de eerstelijns fysiotherapie, is er een voorkeur voor kleine groepen bestaande uit een homogene patiëntenpopulatie.

Duur traject maximaal 1 jaar en frequentie aanvankelijk minimaal 2 x per week afhankelijk van de evaluaties wordt de frequentie op maat patiënt bepaald.

Behandelsuggesties:

- RAPIT intensieve groepsoefentherapie (bijlage 2)
- Medisch Fitness (bijlage 3)
- Hydrotherapie (bijlage 4)
- Groepsoefentherapie (bijlage 6)

De doelen zijn:

- Het bevorderen van een adequate wijze van omgaan met de RA .
- Afname van stoornissen gerelateerd aan functie en bewegen.
- Toename van activiteiten

Verrichtingen:

- Informeren / adviseren met betrekking tot opbouw belasting-belastbaarheid en opbouw van belasting in tijd.
- Het stimuleren van functies, vaardigheden en activiteiten (o.a. spierkracht, mobiliteit van een gewricht, stabiliteit, bukken en tillen) met opbouw in duur en intensiteit.
- Verstrekken en geven van instructie en informatie over hulpmiddelen.
- Door de behandeling in groepsverband te geven ontstaat er lotgenotencontact. Doordat deelnemers hun problemen herkennen kan men zich aan elkaar spiegelen en advies aandragen.

Na behalen van de behandeldoelen vindt terugverwijzing plaats naar de reumatoloog. Het advies kan zijn vervolg in traject 1 of 3.

Behandeltraject 4:

De problemen die zich voordoen als gevolg van de RA zijn multifacetair van aard.

De patiënt is vaak recent gediagnosticeerd met RA. en er is weinig inzicht in de aandoening en/of acceptatieproblematiek van RA. De (sociale) omgeving en/of partner kan een belemmerende factor spelen. Er zijn participatieproblemen ten aanzien van het deelnemen aan werk, sport, opleiding en/of hobby's. Eveneens een moeizame afstemming van belasting en belastbaarheid.

In dit geval wordt de patiënt verwezen naar de revalidatie arts en wordt in het revalidatiecentrum behandeld in een multi-disciplinaire setting.

Duur traject van het traject is 12 weken, frequentie 6 weken 2x per week fysiotherapie, vervolgens, 6 weken 1x per week.

De doelen zijn:

- Het bevorderen van een adequate wijze van omgaan met de RA en het ziekteinzicht vergroten.
- De patiënt kan zelfstandig de klachten beïnvloeden (zelfzorg).
- Patiënten weer laten participeren aan huishouden, beroep, opleiding, sport, hobby en recreatie.

Verrichtingen: (Zie bijlage 5, de multidisciplinaire behandeling)

- Informeren en adviseren gericht op de juiste betekenis toekennen aan en controle te hebben over de klachten.
- Bevordering van therapietrouw, continueren van en inbouwen van functie, activiteiten en bewegingsgedrag in het ADL.
- Het stimuleren van functies, vaardigheden en activiteiten (o.a. spierkracht, mobiliteit van een gewricht, stabiliteit, bukken en tillen) met opbouw in duur intensiteit. Dit op vaste tijden en met graduele opbouw.
- Het beïnvloeden van omgeving van barrière naar facilitator, bijvoorbeeld een partner welke moet leren aandacht te schenken aan adequaat pijngedrag.

Na afsluiting van het traject verwijst de revalidatiearts zonodig naar traject 1, 2 of 3.

Evaluatie, afsluiting, verslaglegging en rapportage.

Ten aanzien van rapportage en verslaglegging adviseert de projectgroep het netwerk om hiervoor de benodigde formulieren te ontwikkelen. In aanvang ziet de evaluatie en rapportage er als volgt uit.

De fysiotherapeut werkzaam in de trajecten 2 en 3 evalueert samen met de patiënt de resultaten wekelijks en beschrijft de subjectieve bevindingen in het journaal. Eens per zes weken worden de basismetingen herhaald en tevens aan het einde van het traject. Tijdens de afsluiting wordt er een vervoltraject afgesproken met de patiënt.

De fysiotherapeuten werkzaam binnen revalidatie Friesland hanteren eigen evaluatiemiddelen (onder andere de IPA). Bij afsluiting en verwijzing naar vervoltraject dienen gegevens van basismetingen wel aan de zorgverlener verstrekt te worden. Dit geldt eveneens voor verwijzing vanuit de tweede lijn na een klinische opname

De verwijzer wordt tussentijds bij controleafspraken e.d. en na het beëindigen van het behandeltraject geïnformeerd. Geformuleerde doelen, het behandelresultaat en vervoltraject zijn onderdeel van de schriftelijke informatieverstrekking.

Aanbevelingen

De projectgroep RA draagt het RA netwerk de volgende aanbevelingen aan:

Adviezen t.a.v. de uitvoering van de richtlijn:

- Creëer zowel in de eerste als tweede lijn voorwaarden voor de uitvoering van het fysiotherapeutische consult. Denk hierbij o.m. aan: verwijzers, financiële afwikkeling, outillage en rapportage.
- Adviseer en streef ernaar dat verwijzing alleen plaats vind naar leden van het RA netwerk.
- Tracht een betere honorering voor leden van het netwerk te bewerkstelligen.

- Ontwikkel een marketingplan ten behoeve van het netwerk en de richtlijn
- Draag zorg voor een voldoende mate van spreiding van deelnemende fysiotherapeuten en praktijken in de regio, resulterend in een provinciaal dekkend netwerk.
- Realiseer een communicatiestructuur met de verwijzend reumatologen en huisartsen en de Reumapatiënten verenigingen.
- Zoek waar mogelijk aansluiting bij al reeds bestaande netwerken.

Adviezen t.a.v. de inhoud van de richtlijn:

- Draagt zorg voor een jaarlijkse up date van de richtlijn RA.
- Ontwikkel zowel een intake als rapportage formulier.

Bijlage 1

Tweedelijns fysiotherapie

Fysiotherapie in de tweede, lijn vindt plaats in behandeltraject 1 en 2. Als zodanig neemt het een aparte positie in. De kenmerken van behandeling passen bij het traject 2, immers individueel en veelal stoornis gericht. De klachten zoals de RA patiënt deze etaleert zijn echter vaak passend bij traject 2. Meerdere gewrichten zijn aangedaan, er is sprake van actuele ontstekingen en beperkingen in meerdere activiteiten.

De fysiotherapie in een tweedelijns instelling kent grofweg de volgende kenmerken:

Opname

Ziekenhuisopname betreft met name nieuwe RA patiënten en acute exacerbaties van reumatoïde artritis patiënten. Het doel van de behandeling is voornamelijk stoornisgericht. De patiënt wordt opgenomen i.v.m. ernstige gewrichtsklachten die bewegingsbeperkingen geven. De gewrichten zijn meestal warm en gezwollen. De reumatologen starten met medicatie bij nieuwe R.A. patiënten of passen deze aan bij patiënten bij wie de diagnose R.A. al bekend was en bij wie de medicatie niet meer afdoende zijn werking heeft, of bij wie er ongewenste reacties op de medicatie zijn. De patiënt zal de eerste week gedoseerde bedrust (toiletgang toegestaan), krijgen voorgeschreven. Op het moment dat het klinisch beeld (laboratoriumwaarden, reactiviteit) duidelijk verbeterd is mag de patiënt mobiliseren.

Overleg

Er is een wekelijks overleg tussen de reumatologen en de arts-assistent(en) over alle klinische reumapatiënten. Om de week is dit een multidisciplinair overleg (MDO) met verpleegkundige, revalidatie arts, fysiotherapeut, ergotherapeut, reumaconsulent en maatschappelijk werk erbij. Hierbij wordt ook vaak bekeken of de patiënt moet worden doorverwezen naar de eerstelijns fysiotherapeut.

Fysiotherapie

Fase 1: Bedrust fase (behandeltraject 2)

De fysiotherapeut oefent actief met de patiënt met als doel:

- het voorkomen van contracturen
- ondanks de pijn toch de gewrichten durven te bewegen tot aan de pijngrens.
- behoud of verbeteren van de spierkracht en conditie.
- verbeteren van de mobiliteit in het gewricht.
- aanleren van oefeningen voor thuis.
- pijnstilling d.m.v. koudeapplicaties.

Er wordt dagelijks actief geoefend, eerst onbelast, eventueel met lichte manuele tractie aan het aangedane gewricht. De warme gewrichten worden 3 maal daags gekoeld met koude pakkingen, tot ontslag of tot de ontsteking niet meer actief is. Als de ontstekingsactiviteit afneemt wordt er meer belast geoefend, eventueel met hulpmiddel en/of oefenapparatuur, vaak ook eerst in water.

Fase 2: Mobilisatie fase (behandeltraject 2 en 3)

Doelen:

- de bewegingsbeperkingen verminderen.
- patiënt kan zelfstandig mobiliseren eventueel met passend hulpmiddel
- patiënt kan wanneer nodig traplopen.
- patiënt kan het huisoefenschema uitvoeren.

Bij verbetering van bloedwaarden en het klinische beeld volgt ontslag naar huis. Waarbij in het MDO eventuele verwijzing naar eerstelijns fysiotherapie wordt bepaald.

Bijlage 2

RAPIT, Intensieve Oefen Therapie (IOT) als therapie bij RA patiënten

In Nederland is in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) het RAPIT (Reumatoïde Artritis patiënten in Training) programma opgesteld. Het RAPIT intensieve oefentherapie programma lijkt tot grote verbeteringen te leiden van het dagelijks functioneren van een RA patiënt. De lichamelijke capaciteiten nemen toe. Het psychisch functioneren verbetert en mensen ervaren een verbetering van de kwaliteit van leven¹. Dit terwijl in Nederland aanvankelijk altijd is ontraden om reumatoïde artritis patiënten intensieve vormen van therapie aan te bieden. Het onderzoek heeft inmiddels geleid tot verschillende publicaties en het RAPIT project loopt nog en men is doende het te implementeren in de dagelijkse fysiotherapeutische zorg.

Het RAPIT IOT programma kent een aantal kenmerken. Hierin worden ook de verschillen met een bijvoorbeeld een medisch fitness programma duidelijk. Zo kent IOT geen gebruik van kracht trainings apparatuur, maar maakt het gebruik van ADL gerelateerde oefeningen. Eveneens is een screening op contra-indicaties door de reumatoloog nodig. Er zijn in-, en exclusie criteria voor deelname opgesteld. Tevens zijn er eisen aan de inrichting waarin het programma gegeven wordt, deze zijn gelijk aan de inrichtingseisen zoals opgesteld door de Reuma patiëntenbond (bijlage 6). De begeleidend fysiotherapeut dient een drie daagse scholing te volgen bij fysiotherapeuten van het LUMC in samenwerking met het NPI (Nederland Paramedisch Instituut).

De inclusie criteria voor deelname zijn:
classificatie RA volgens American College for reumatology / RA lijkende beelden (symmetrische poly artritis)
20 – 70 jaar oud
geen verandering in medicatie gedurende 3 maanden
in staat tot fietsen op een hometrainer
motivatie tot 2 maal per week IOT

Exclusie criteria voor deelname aan het RAPIT IOT programma zijn:
aanwezigheid van hart-, long klachten of een andere ernstige ziekte
aanwezigheid van artroplastieken van een gewicht dragend gewricht
aanwezigheid van forse gewrichtsschade aan grote gewrichten
aanwezigheid van evidente artrogene ROM beperkingen welke IOT uitsluiten.

De omvang en inhoud van het IOT programma ziet er als volgt uit:

Het programma vindt 1 jaar lang 2 maal per week plaats, gedurende 75 minuten.

Het aantal deelnemers kan variëren van 6 tot 15 personen.

Er vindt eerst een vijf minuten durende warming-up plaats, daarna is gedurende 20 minuten tijd voor circuit vormen gericht op ADL functies en vaardigheden en fietsergometer training. Het tweede deel van de training bestaat uit een sport en spel onderdeel van 20 minuten. Het geheel wordt afgesloten met een cooling down van 5 minuten. De resterende tijd wordt gebruikt om te wisselen van onderdeel.

De training van ADL functies worden uitgevoerd met het hele lichaam en in de bedreigde ketens gebruikmakend van simpele oefenmaterialen als knotsen, ballen, banken e.d.. Verder wordt geprobeerd de patiënten intensief te belasten waarbij rennen en springen deel uit maken van de therapie. Dit maakt ook duidelijk dat IOT niet voor een ieder geschikt is. De belasting wordt bepaald middels een Ervaren Mate van Inspanning schaal van 1 tot 10 (EMI), waarbij waarden van 4 tot 6 streefwaarden zijn.

¹ (metingen middels MACTAR, HAQ, EuroQOL en RAQOL)

Tijdens de fietsergometer training wordt er belast tot 100% van de maximaal voorspelde hartfrequentie, deze vuistregel wordt echter gecombineerd met eveneens een EMI schaal. Het onderdeel sport en spel wordt ingevuld naar de mogelijkheden van de groep. Getracht wordt te differentiëren naar tweetallen met gelijksoortige beperkingen qua functie en vaardigheden.

De effectmaten van het RAPIT IOT programma worden onder meer bepaald middels:
de 6 minuten looptest, waarbij mensen in 6 minuten een zo'n groot mogelijke afstand af te leggen.

De Åstrand fietsergometer test.

Ook worden middel interviews de ADL mogelijkheden geëvalueerd (HAQ, MACTAR).

De EuroQol classificaties, de VASD-EuroQol en de RAND 36 worden gebruikt om de kwaliteit van leven te meten.

Daarnaast bestaat de mogelijkheid om radiologisch aantoonbare gewrichtschade te laten meten middels de methode van Larsen.

Bijlage 3

Medisch Fitness als therapie bij RA patiënten

Er worden binnen Nederland allerhande trainingsprogramma's onder begeleiding van fysiotherapeuten verschillend benoemd: fysiofitness, medical training, physical training etcetera. Echter bij veel van deze benamingen wordt exact aangegeven wat er mee wordt bedoeld en hoe het programma past binnen het kader van de paramedische praktijkvoering.

Tijdens het jaarcongres fysiotherapie in 1991 werd term 'medisch fitness' geïntroduceerd.

Medisch fitness noemt in haar definitie specifieke doelen waarop het programma is gericht:

'Medisch Fitness' is een individueel begeleidde, specifiek op het klachtenpatroon inspelende, medisch verantwoorde training, teneinde gezondheidsherstellende, - bevorderende of, - onderhoudende doelen te realiseren' (Van Gestel, 1992-1994).

Deze definitie kan in zijn totaliteit worden overgenomen met betrekking tot het begrip 'paramedische trainingsbegeleiding'.

Tot op heden is er geen eenduidig wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van fitness bij RA en hoe inhoudelijk een programma er dient uit te zien. De invulling die de projectgroep eraan geeft is ontstaan onder meer met behulp van het evaluatie rapport Reuma en Fitness Hoogeveen e.o., november 2002.

Kenmerken van een medisch fitness programma dienen te zijn:

Er moet gebruik worden gemaakt van cardio-apparatuur (loopbanden, fietsergometer, roeiergometer) en er moet getraind worden met behulp van conventionele krachttraining apparatuur (leg press, lat pull down etc.)

Tevens dient er de mogelijkheid te zijn tot oefenen met klein oefenmateriaal (knotsen, stokken, ballen e.d.)

De begeleidende fysiotherapeut heeft een aantekening trainingsbegeleiding, fitness trainer of opleiding van gelijksoortig niveau. Het therapeutisch traject wordt gekenmerkt door het methodisch handelen. Naar aanleiding van vooropgestelde doelen wordt er getraind en middels gestandaardiseerde meetmomenten worden resultaten gemeten. Voorbeelden hiervan kunnen zijn de Åstrand fietsergometertest of de 6 minuten looptest.

Inclusie- en exclusiecriteria voor medisch fitness zijn gelijk aan die van het RAPIT IOT programma (Bijlage 2). T.a.v. de leeftijd en aanwezigheid van artroplastieken van de deelnemers dient er de mogelijkheid te zijn om hier in individuele gevallen van af te wijken.

De omvang van een medisch fitness programma dient er als volgt uit te zien.

Het programma vindt 2 maal per week plaats, gedurende minimaal 60 minuten. Het aantal deelnemers kan variëren van 4 tot 15 afhankelijk van de accommodatie en beschikbaarheid van hoeveelheid therapeuten. Een voorkeur gaat uit naar 1 therapeut per maximaal 6 deelnemers. De training dient aan te vangen met een warming up om lichaam en geest voor te bereiden op de komende inspanning. Binnen de kernen wordt er met behulp van de beginselen van de elementaire trainingsleer en (patho)fysiologische processen getraind. De belasting voor de krachttraining kan worden bepaald middels 1 RM waarden of sub-maximaal testen als de 1 minuut herhalingstest (belastingspiramide). Ook is er de mogelijkheid om middels de Ervaren Mate van Inspanning lijst (EMI-BORG score van 1 tot en met 10) de trainings- en streefwaarden te bepalen. De cardio training kan streefwaarden hanteren op basis van methode van Karvonen, maar ook hier kan een EMI of BORG vermoeidheidsschaal gehanteerd worden.

De effectmaten welke gebruikt worden bij medisch fitness kunnen zodoende zijn:

- De Åstrand fietsergometer test.
- De 6 minuten wandeltest op loopband of parcours ter bepaling van de loopafstand.
- De Patiënten Specifieke Klachtenlijst.

Naast deze testmomenten is het raadzaam om een algemene indruk van de Fitheid van de patiënt te verkrijgen. Gegevens als de bloeddruk, BMI index, percentage vetweefsel en vetvrije massa. Er zijn verschillende computerprogramma's welke deze testen herbergen. De gegeven interventie en de meetmomenten dienen de hoofddoelstelling en subdoelen zoals gesteld in het therapeutisch proces ten doel te hebben.

Bijlage 4

Hydrotherapie als therapie bij RA patiënten

Hydrotherapie is een prikkeltherapie, gebruikmakende van de mechanische en thermische karakteristieken van het water tijdens volledige of gedeeltelijke onderdompeling, gecombineerd met de effecten van het bewegen. Het is gericht op het bevorderen van adaptatiemechanismen van de patiënt, zowel op korte als op lange termijn.

Dit houdt in dat met de hierboven beschreven variabelen getracht wordt de vorm/functie relatie van organen te veranderen, om daarmee het progressieve karakter van reumatische aandoeningen te beïnvloeden. Deze doelen passen binnen behandeltraject 3 van de richtlijn RA en zijn in algemene termen als volgt te omschrijven.

Hoofddoelen:

- mobilisering,
- bestrijden van bewegingsangst,
- conditieverbetering,
- ervaren van bewegingsplezier.

Water veroorzaakt een opwaartse druk die er verantwoordelijk voor is dat de belasting op de gewrichten, met name van de onderste extremiteit, minimaal is. Hierdoor kunnen grotere bewegingsuitslagen in de betreffende gewrichten gerealiseerd worden. Doordat water een aanzienlijk grotere dichtheid kent dan lucht, gaat een beweging in water gepaard met een aanzienlijk hogere weerstand dan dezelfde beweging in lucht. Daardoor is het mogelijk om inspanning met alle mogelijke intensiteiten te laten plaatsvinden. Zo kan door het aanpassen van de snelheid van uitvoeren van de bewegingen, iedere patiënt zijn maximaal haalbare capaciteit behalen. Door gebruik te maken van deze eigenschap van het water kan gewerkt worden aan zowel het verhogen van het fysieke uithoudingsvermogen als aan het vergroten van de spierkracht. De hydrostatische druk die het water uitoefent op het lichaam vormt een belasting voor de inademing en kan daardoor ook gebruikt worden om de inademingspielen te versterken.

Inclusie en exclusie criteria voor hydrotherapie zijn:

Inclusie criteria:

- kunnen zwemmen,
- leerbaarheid,
- motivatie,
- tijdens de exacerbatie periode van de reuma en als onderhoudstherapie.

Exclusie criteria:

- watervrees,
- chloorallergie,
- over een goed werkend inputverwerkend systeem (archi-, paleo- en neoniveau) beschikken.

De duur van een hydrotherapieprogramma is maximaal een jaar. Per jaar zal geëvalueerd moeten worden naar effecten van therapie en of verdere behandeling en welke zinvol is.

Bijlage 5

Multidisciplinaire behandeling van de RA patiënt

Na het stellen van de diagnose RA heeft de patiënt vaak veel vragen.

Hoe moet het verder met mij?

Hoe ga ik hiermee om?

Hoe gaan anderen daar mee om?

Welke hulpmiddelen zijn er?

Welke oefeningen kan ik doen om mijn conditie optimaal te houden?

Revalidatie Friesland heeft een multidisciplinair behandelprotocol ontwikkeld voor patiënten, waarbij (recent) de diagnose reumatoïde artritis is gesteld.

Doelgroep

Patiënten met reumatoïde artritis die nog moeten leren omgaan met de beperkingen ten gevolge van hun ziekte.

Dit zijn veelal mensen in het begin van hun ziekteproces.

Ook mensen die vanwege bijvoorbeeld acceptatieproblematiek hun ziekte lange tijd genegeerd hebben komen in aanmerking.

Behandeling in groepsverband

Door de behandeling in groepsverband te geven ontstaat er lotgenotencontact. Er wordt gewerkt met een gesloten groep, waardoor er openheid binnen de groep kan ontstaan. De verwerking wordt bevorderd, doordat deelnemers hun problemen herkennen. Men kan zich aan elkaar spiegelen en advies aandragen.

Een beter inzicht in de eigen problematiek geeft de patiënt de mogelijkheid meer controle uit te oefenen op zijn eigen ziektebeeld. Op deze wijze kan progressie van de gewrichtsschade worden afgeremd.

Programma

Indicering voor het programma vindt plaats door een revalidatie arts.

Inclusiecriteria, zie doelgroep.

Exclusiecriteria zijn:

- Ernstige functionele beperkingen (ADL-afhankelijkheid: Steinbrocker stadium 3 of 4)
- Onvermogen om in een groep te functioneren
- Onvoldoende leerbaarheid

Bij de start van het programma vindt er een individuele intake plaats bij de ergotherapeut, fysiotherapeut en het maatschappelijk werk. Bij deze intake maken we gebruik van de Impact op Participatie en Autonomie (IPA) vragenlijst. De vragen in de IPA lijst zijn zo geformuleerd dat de persoonlijke omstandigheden, ambities en behoeften van de revalidant de basis zijn voor de beantwoording. Hierdoor wordt het stellen van relevante behandeldoelen gemakkelijker.

Het programma bestaat vervolgens uit een groepsbehandeling met een tijdsduur van 12 weken. De eerst 6 weken 2 dagdelen per week, daarna 6 weken 1 dagdeel per week. Tijdens de laatste behandelweek wordt opnieuw de IPA lijst ingevuld en vindt er een tevredenheids onderzoek plaats. De revalidant sluit deze periode af met een eindgesprek bij de revalidatie arts. Drie maanden na de RA groepsbehandeling volgt er nog een terugkomschetsend. Tijdens deze ochtend kunnen de revalidanten hun ervaringen van de achterliggende maanden met elkaar en het behandelteam bespreken.

De begeleiding van de RA groepen vindt plaats door een revalidatieteam dat bestaat uit:

- Revalidatie arts
- Fysiotherapeut
- Ergotherapeut
- Maatschappelijk werker
- Bewegingsagoog

Tevens zijn er voorlichtingen door:

1. Reumatoloog
2. Orthopedisch schoentechnicus
3. Reumaconsulent
4. Diëtist
5. Reumapatiëntenvereniging

Inbreng en aandachtspunten binnen het revalidatieprogramma:

Revalidatiearts

De revalidatiearts is de behandelend specialist en draagt de eindverantwoordelijkheid voor het revalidatieproces. Tevens geeft de revalidatiearts binnen het programma een voorlichting. Er is hierbij ruimte voor de revalidant om vragen te stellen over o.a. hulpmiddelen, aanvullende therapiemogelijkheden en evt. operaties.

Fysiotherapeut

De fysiotherapeut verzorgt en begeleidt de instructie bij het groepsgewijs oefenen in de oefenzaal en in het oefenbad. Het accent ligt hierbij op het voorkomen en / of bestrijden van de gevolgen van RA.

Dit gebeurt door o.a.:

Het aanleren van een huisoefenschema, welke gericht is op mobiliteit en kracht.

Ontspanningsoefeningen met als doel doorbreken van de cirkel pijn-spanning-pijn

Houdingscorrectie en loopinstructie.

Werking en gebruik van hot / coldpacks

Hydrotherapie.

Ergotherapie

De ergotherapeut adviseert over de gewrichtsbeschermende maatregelen bij de dagelijkse activiteiten, arbeid, sport of hobby en geeft informatie over aanschaf en gebruik van hulpmiddelen en voorzieningen. Accent ligt hierbij op optimaal functioneren in leef-, woon- en werkomstandigheden, waarbij de revalidant in staat is zelf keuzes te maken.

Maatschappelijk werker

De maatschappelijk werker begeleidt de groepsgesprekken. Hoofddoel binnen de gesprekken is het leren omgaan met de gevolgen van RA. Een middel dat daarbij gebruikt kan worden is de RET (Rationeel Emotieve Therapie) methode.

Zonodig wordt informatie verstrekt over sociale verzekeringsregels die van toepassing zijn.

Bewegingsagoog

De bewegingsagoog laat middels spel en sport de revalidant (opnieuw) kennis maken met zijn /haar mogelijkheden op dit gebied. Tevens kan de revalidant ervaren dat bewegen niet pijnlijk hoeft te zijn.

Ook wordt er info verstrekt over sport en bewegingsmogelijkheden in de eigen omgeving van de revalidant.

Bijlage 6

Groepsoefentherapie bij de Reuma patiënten verenigingen (RPV's)

Het beleidsstuk van de de Reumapatiëntenbond ten aanzien van de oefenen, bewegen en sport begint met de slogan "Bewegen is gezond". Afgelopen jaren hebben meerdere publicaties ook recht gedaan aan bovenstaande slogan en ook zeker t.a.v. de RA patiënt. Hierin ligt waarschijnlijk ook de motivatie van de Reumapatiëntenbond (RPB) om zich al jaren lang in te zetten voor-, en het bevorderen van de groepsoefentherapie.

Een 2 –tal projecten door de RPB geïnitieerd geven hier blijk van;

1. Ondersteuning groepsoefentherapie RPV en
2. kwaliteit en oefengroepen voor mensen met RA en Bechterew.

Visie Reuma patiënten Bond (RPB)

De RPB pleit ervoor dat de indicatiestelling voor individuele therapie, groepsoefentherapie en (sportieve) bewegingsactiviteiten gedaan wordt door een reumatoloog en een deskundige fysiotherapeut. Deze indicatiestelling zou kunnen plaatsvinden in een Bewegings Therapeutisch Medisch Adviescentrum (BTMA). De projectgroep deelt deze visie en vandaar ook dat zij het fysiotherapeutisch consult, zoals beschreven in de richtlijn, hierin heeft opgenomen.

Groepsoefentherapie, de huidige situatie

Vindt plaats via de lidverenigingen van de RPB, de RPV's.

De RPV verzorgt het organisatorische gedeelte en de begeleidende fysiotherapeut het inhoudelijke gedeelte. De organisatorische taken van de RPV zijn;

1. Zorgen voor de fysiotherapeut/oefentherapeut
2. Regelen van de deelnemers
3. Zorgen voor de accommodatie
4. Bewaken van de kwaliteit
5. Coördineren eigen bijdrage deelnemers
6. Zorgen voor contact met de zorgverzekeraars

De kwaliteitscriteriën zoals deze zijn geformuleerd door de RPB.

Kwaliteitscriteria Groepsoefentherapie voor mensen met Reumatoïde Artritis

Het oefenprogramma

1. De oefentherapie wordt minimaal 1 keer per week aangeboden
2. De therapie bestaat uit oefentherapie "op het droge" en/of therapie in het water.
3. De duur van de therapie is als volgt:
 - a. Is de oefentherapie een aaneengesloten combinatie van therapie op het droge en in het water dan is de duur van deze therapie minimaal 0,5 uur op het droge en 0,5 uur in het water.
 - b. Betreft het uitsluitend oefentherapie in het water dan is de duur van deze therapie minimaal 0,5 uur (effectief oefenen(exclusief in/uit het bad gaan)
 - c. Betreft het uitsluitend oefentherapie op het droge dan is de duur van deze therapie minimaal 1 uur.
4. Het aantal deelnemers van de therapie is maximaal 8 (uitgaande van 12 inschrijvingen per therapeut).
5. In het oefenprogramma dient altijd een warming-up, oefeningen (mobiliteits-, spierversterkende- en houdingsverbeterende oefeningen, functionele oefeningen (b.v. traplopen)), een conditie verbeterend gedeelte en een cooling down opgenomen te zijn.
6. Binnen het oefenprogramma wordt aandacht besteed aan ademhalingsoefeningen.
7. Binnen het oefenprogramma wordt aandacht besteed aan ontspanningsoefeningen.
8. Binnen het oefenprogramma wordt aandacht besteed aan een oefenprogramma dat thuis door de deelnemers kan worden uitgevoerd.

9. Binnen het oefenprogramma wordt aandacht besteed aan het geven van nuttige informatie. Bijvoorbeeld tiltechnieken, slaaphoudingen of hulpmiddelen.

De Therapeut

10. De oefentherapie wordt gegeven door een gediplomeerd fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck of -Cesar.
11. De therapeut heeft tevens cursussen gevolgd op het gebied van enerzijds reumatische aandoeningen in het algemeen en reumatoïde artritis in het bijzonder en anderzijds groepsoefentherapie bij mensen met deze aandoening.
12. De therapeut zal ervoor zorgen dat van elke deelnemer de ziektegeschiedenis en de status praesens met daarin zaken die voor de therapie relevant zijn (prothesen, mobiele beperkingen, andere behandelingen, medicatie, persoonlijke situatie e.d.) op schrift worden vastgelegd.
13. De therapeut heeft een therapie plan met geformuleerde doelstellingen en uitvoering per oefengroep over een bepaalde tijdperiode geschreven.
14. De therapeut zal ervoor zorgen dat minimaal 1 x per jaar het effect van de therapie wordt gemeten en geregistreerd.
15. Iedere nieuwe deelnemer zal bij "binnenkomst" worden gemeten.
16. Er zal een rapportage naar de verwijzer plaatsvinden.

De Accommodatie

17. De temperatuur van het water is 31-32 graden, de temperatuur buiten het bad 34 graden.
18. De temperatuur van de accommodatie is 20-22 graden voor het oefenen "op het droge".
19. De accommodatie is hygiënisch en schoon.
20. De accommodatie heeft een aantal extra aanpassingen.
Hierbij kan onder andere gedacht worden aan:

- a. In het oefenbad is een badlift of hellend loopbad aanwezig om in- en uit het bad te komen.
- b. De accommodatie heeft een toegang voor rolstoelen bij de ingang van het pand en de afzonderlijke vertrekken.
- c. Er zijn geen drempels in het gebouw aanwezig.
- d. Er zijn deuren met deurkrukken of automatisch opengaande deuren.
- e. De accommodatie beschikt over een verhoogd toilet.
- f. Er zijn goede zitgelegenheden aanwezig in de oefenzaal en de kleedruimtes met een hoogte van tussen de 50 en 55 cm. en met een verzacht oppervlak.
- g. Er zijn per kleedkamer 1 à 2 zitplaatsen aanwezig voorzien van steunbeugels.
- h. Kranen van douche en toilet zijn aangepast met hefboom.

21. Er zijn geschikte oefenmaterialen aanwezig. Minimaal zijn er goede matten, kussentjes, ballen, knotsen en stokken aanwezig.
22. De accommodatie is met het openbaar vervoer goed bereikbaar.
23. Er zijn kleedruimtes met douches aanwezig.
24. De oefenzaal en/of het oefenbad zijn goed afgestemd op het aantal deelnemers:
 - Minimaal 6 m² als het oefentherapie in het water betreft.
 - Minimaal 14 m² per persoon als het oefentherapie op het droge betreft.
25. Er is ruime parkeergelegenheid bij de accommodatie op maximaal 100 meter loopafstand.
26. Er kan met een auto/taxi voor de toegangsdeur gestopt worden.
27. De gehele accommodatie is goed verlicht.
28. De kleedruimte kan worden afgesloten, zodat men geen kleding en kostbare spullen mee hoeft te nemen naar de oefenruimte.

29. De oefenzaal is minimaal 3 meter hoog.

Voorlichting en Sociale contacten

30. Er is voorlichtingsmateriaal aanwezig met informatie over bijvoorbeeld de aandoening reumatoïde artritis, hulpmiddelen en kuurreizen.

31. Er is een mogelijkheid tot bevorderen van lotgenotencontact na het oefenen.

Financiën en organisatie

32. De organisatie van de groepsoefentherapie is in handen van een regionale reumapatiëntenvereniging/Bechterew patiëntenvereniging.

33. De maximale eigen bijdrage aan de oefentherapie bedraagt 150 gulden per jaar per deelnemer.

34. Er worden presentielijsten bijgehouden.

35. Minimaal 1 keer per jaar wordt de groepstherapie geëvalueerd dmv een vragenlijst die elke deelnemer invult.

36. De eigen bijdrage wordt in termijnen bij vooruitbetaling voldaan.

37. Minimaal 1 keer per jaar wordt de groepsoefentherapie geëvalueerd door het bestuur van de verenigingen en de therapeuten samen.

Reumapatiëntenbond, Amersfoort

Bijlage 7

De zes minuten looptest

Uitvoering:

Met de zes minuten looptest wordt de afstand gemeten die een patiënt in zes minuten kan afleggen.

Indien de test wordt uitgevoerd in een uitgezet vierkant parcours loop dan niet met de patiënt mee.

Indien de test wordt uitgevoerd op een loopband stel dan het hellingspercentage in op 0 procent en voer op aanwijzingen van de patiënt de snelheid op (dit doet de patiënt dus niet zelf).

Instructie:

De instructie luidt als volgt: ‘het doel van deze test is om te zien hoe ver u kunt lopen in zes minuten.

Als ik “start” zeg, loop dan zo mogelijk over het afgesproken parcours (wijs eventueel de pionnen aan), totdat ik zeg dat u kunt stoppen. Als u iets langzamer wilt lopen of wilt stoppen, doe dat dan gerust. Als u sneller wilt lopen doe dat dan ook gerust. Probeer met een zodanige snelheid te lopen dat u aan het eind van de zes minuten het gevoel hebt dat u niet verder had gekund (haal het maximale eruit).’

Bijlage 8

ÅSTRAND test

Doel:

Indirecte bepaling zuurstofverbruik d.m.v. een sub-maximale fietsergometer test.

Duur:

6 - 10 minuten.

1. Vooraf 3 min. rust.
2. Stel zadelhoogte in en noteer deze.
(Zadel op trochantor major hoogte / Kniehoek ca. 170° / voeten onder de pedalen).
3. Begin met 50 watt* (trap frequentie 60 p/min) einde 1^e min Hfr. meten.
(*afhankelijk inschatting testafnemer)
4. Verhoog iedere minuut de belasting met 25 Watt, ga hier mee door totdat de Hfr. een waarde bereikt van

170 – de leeftijd

5. Fiets met deze belasting gedurende 6 minuten lang. De Hfr. mag gedurende deze periode stijgen tot

190 – de leeftijd

6. Meet na de 5^e en 6^e minuut de Hfr. en middel de som van deze twee waarden.
7. Fiets na de test 3 minuten uit.
8. Noteer de verkregen gegevens in het persoonlijk dossier.

Bijlage 9

De Visuele Analoge Schaal

De Visuele Analoge Schaal bestaat uit een 10 cm lange horizontale lijn die loopt van 'Geen pijn' (0) tot 'Ondraaglijke pijn' (10). De patiënt wordt gevraagd hierop een markering aan te brengen. De score wordt dan gemeten en uitgedrukt in mm of cm. Deze schaal wordt waarschijnlijk het meest gebruikt bij de meting van pijn. Het is een eenvoudige methode om pijn in een getal te laten uitdrukken. Nadelen van het gebruik van de VAS-schaal kunnen zijn dat de bepaling van de ernst van de pijn op een te simpele, ééndimensionale wijze plaatsvindt en dat er altijd patiënten zullen zijn die de test niet (kunnen) begrijpen.

Geen pijn _____ / _____ Ondraaglijke pijn

Bijlage 10

MACTAR FOLLOW-UP

De cursief gedrukte vragen en formuleringen zoveel mogelijk letterlijk volgen. Lees eerst de vraag voor, daarna ook alle antwoordmogelijkheden. Geef vervolgens de patiënt de gelegenheid spontaan te reageren.

Start vraaggesprek: (uu:mm) |__|__| - |__|__|

1a. Hoe was de **afgelopen week** uw algemene gezondheid?

Vond u deze:

- ₁ heel goed
₂ vrij goed
₃ niet zo goed

1b. Heeft u **sinds het stoppen van het RAPIT onderzoek een jaar geleden (juni 2000)** veranderingen opgemerkt met betrekking tot de reuma?

- nee → ga naar vraag 2a ja nee → ga naar vraag 2c
vul '4' in bij vraag 1d

1c. Kunt u zeggen wat er met betrekking tot de reuma veranderd is?

.....

1d. Als u terugdenkt aan hoe de reuma was **sinds het stoppen met het RAPIT onderzoek een jaar geleden (juni 2000)**.

Hoeveel beter of slechter is het in het algemeen met de reuma gegaan?

- 1 veel beter
 2 beter
 3 beetje beter
 4 hetzelfde
 5 beetje slechter
 6 slechter
 7 veel slechter

U kunt zich misschien nog wel herinneren dat u na 1 jaar RAPIT (mei/juni 1999) aangaf met welke bezigheden u moeite had. Over de 5 belangrijkste stellen wij enkele vragen.

2a. Is er **sindsdien** iets veranderd

in de moeite die u heeft met (bezigheid 1)?

- Heeft u: ₁ minder moeite
₂ dezelfde moeite
₃ meer moeite

2b. Is er **sindsdien** iets veranderd

in de moeite die u heeft met (bezigheid 2)?

- Heeft u: ₁ minder moeite
₂ dezelfde moeite
₃ meer moeite

- 2c. Is er **sindsdien** iets veranderd in de moeite die u heeft met (bezigheid 3)? Heeft u: 1 minder moeite
 2 dezelfde moeite
 3 meer moeite
- 2d. Is er **sindsdien** iets veranderd in de moeite die u heeft met (bezigheid 4)? Heeft u: 1 minder moeite
 2 dezelfde moeite
 3 meer moeite
- 2e. Is er **sindsdien** iets veranderd in de moeite die u heeft met (bezigheid 5)? Heeft u: 1 minder moeite
 2 dezelfde moeite
 3 meer moeite
- 3a. Hoe tevreden bent u, over het geheel genomen, over uw kwaliteit van leven? Bent u over de **afgelopen week**: 1 helemaal tevreden
 2 vrij tevreden
 3 niet zo tevreden
- 3b. Is de reuma de reden dat u niet helemaal tevreden bent over uw kwaliteit van leven? 0 nee 1 ja
- 4a. Hoe zou u uw algeheel lichamelijk functioneren willen noemen? Vond u de **afgelopen week** uw lichamelijk functioneren: 1 goed
 2 redelijk tot goed
 3 niet goed, tot slecht
 4 matig tot slecht
 5 slecht
- 4b. Is de reuma er de reden van dat uw lichamelijk functioneren niet zo goed is als het zou kunnen zijn? 0 nee 1 ja
- 5a. Hoe zou u uw algeheel sociaal functioneren willen noemen? Denk bijvoorbeeld aan de contacten op uw werk, met vrienden of familieleden. Vond u de **afgelopen week** uw sociaal functioneren: 1 goed
 2 redelijk tot goed
 3 niet goed, tot slecht
 4 matig tot slecht
 5 slecht
- 5b. Is de reuma er de reden van dat uw sociaal functioneren niet zo goed is als het zou kunnen zijn? 0 nee 1 ja

Bijlage 11

De Patiënt Specifiek Klachten Lijst (PSK)

Patiënt instructie:

Selecteer de voor u belangrijkste klachten uit deze lijst. Belangrijke klachten zijn die activiteiten die u veel moeite kosten met uitvoeren, die u regelmatig moet doen en die u graag weer beter wil kunnen uitvoeren. Na selectie vindt er een rangschikking plaats van 1 t/m 5. De drie belangrijkste worden uiteindelijk gescoord.

Scoring:

Per activiteit wordt een 10 cm visuele analoge schaal (VAS) ingevuld. Aan de patiënt wordt gevraagd aan te geven hoeveel moeite het kost om de genoemde activiteit uit te voeren door een streepje te zetten op de lijn. Het linker uiteinde van de schaal is gedefinieerd als 'geen enkele moeite' en het rechter uiteinde betekent 'onmogelijk'. De totaalscore is de afstand (mm) van 0 tot aan het streepje van alle drie de activiteiten samen. Bij vervolgmetingen heeft de patiënt inzage in zijn vorige scores.

Lijst Patiënt Specifieke Klachten (Beurskens 1996):

Activiteiten en bewegingen waarbij u last kunt hebben van uw pijnklachten

Uw pijnklachten hebben invloed op activiteiten en bewegingen die u dagelijks doet en moeilijk te vermijden zijn. Voor iedereen zijn de gevolgen van chronische pijn verschillend. Ieder persoon zal bepaalde activiteiten en bewegingen graag zien verbeteren door de behandeling. Hieronder staan een aantal activiteiten en bewegingen die u veel moeite kosten om uit te voeren vanwege uw pijn. Probeer de problemen te herkennen waar u de afgelopen week door uw pijn last van had. Kleur of kruis het bolletje aan voor deze activiteit. We vragen u die problemen aan te kruisen die **U HEEL BELANGRIJK VINDT** en die **U** het liefste zou **ZIEN VERANDEREN** in de **KOMENDE MAANDEN**.

- in bed liggen
- omdraaien in bed
- opstaan uit bed
- opstaan uit een stoel
- gaan zitten op een stoel
- lang achtereen zitten
- in/uit de auto stappen
- rijden in een auto of bus
- fietsen
- staan
- lang achtereen staan
- licht werk in en om het huis
- zwaar werk in en om het huis
- in huis lopen
- wandelen

- hardlopen
- het dragen van een voorwerp
- iets oprapen van de grond
- tillen
- op bezoek gaan bij familie, vrienden of kennissen
- uitgaan
- seksuele activiteiten
- uitvoeren van werk
- uitvoeren van hobby's
- uitvoeren van huishoudelijk werk
- sporten
- op reis gaan
- andere activiteiten

De 5 belangrijkste activiteiten zijn: 1...; 2...; 3...; 4...; 5....;

Van de 5 belangrijkste activiteiten worden de eerste 3 gescoord via een VAS schaal.

voorbeeld hoe in te vullen:

probleem: *wandelen*

Plaatst u het streepje **links** dan kost het wandelen u **weinig moeite**

geen enkele moeite _____ / _____ *onmogelijk*

plaatst u het streepje **rechts** dan kost het wandelen u **veel moeite**

geen enkele moeite _____ / _____ *onmogelijk*

De DAS 28

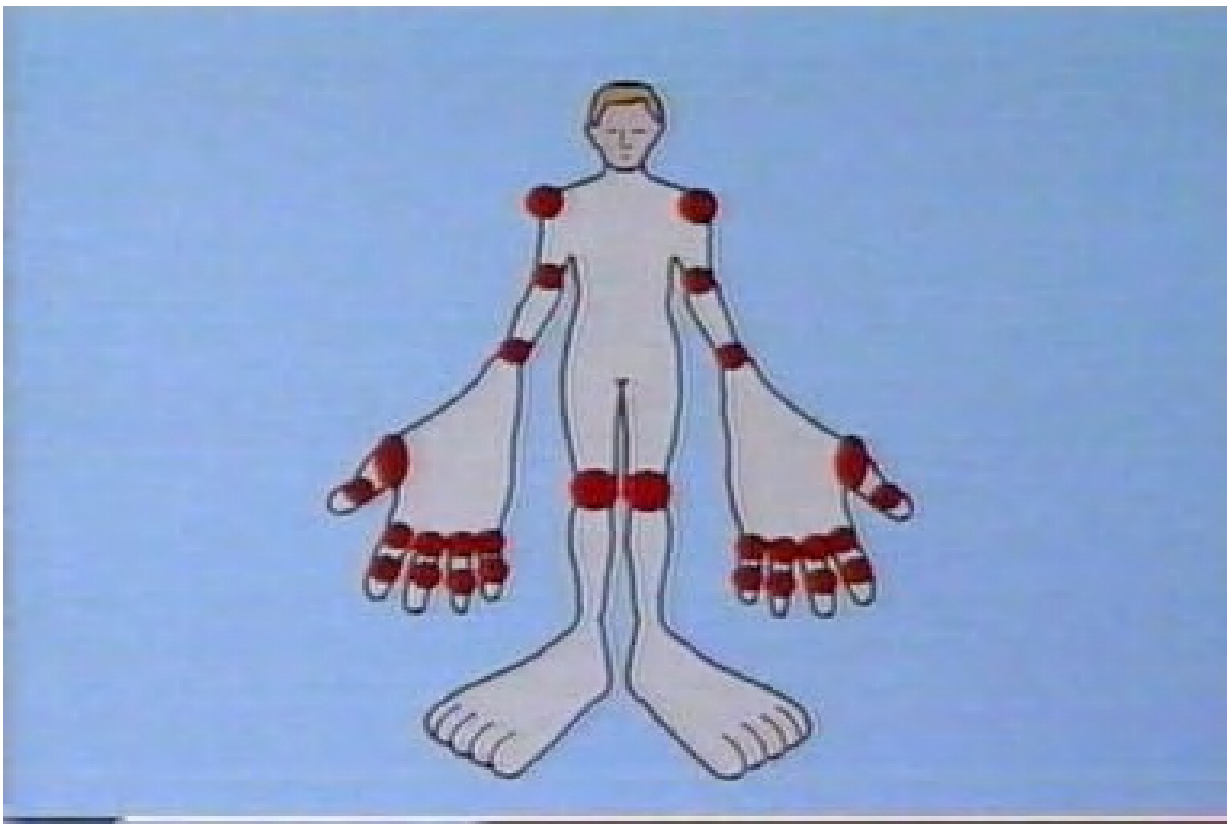
Om de DAS 28 te bepalen is informatie nodig omtrent verschillende ziekte variabelen. Het aantal gezwollen gewrichten en pijnlijke gewrichten moeten geteld worden aan de hand van de 28 gewrichtspunten (pijnlijke gewrichten en gezwollen gewrichten).

De Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR) wordt uitgedrukt in mm/uur. De patiënt zijn algemene gezondheidstoestand en/of globale ziekte activiteit worden geobjectiveerd op een Visuele Analoge Schaal (VAS) van 100 mm.

Gebruik makend van deze data kan de DAS28 middels de volgende formule berekend worden:

$$\text{DAS28} = 0.56 * \text{sqrt}(\text{pijnlijk28}) + 0.28 * \text{sqrt}(\text{gezwollen28}) + 0.70 * \ln(\text{ESR}) + 0.014 * \text{GH}$$

Dit is een lastige formule, maar gebruikmakend van beschikbare web-calculator of een voor geprogrammeerd excel programma maakt e.a. eenvoudiger.



De achtentwintig pijnlijke en gezwollen gewrichten van de DAS 28 (Bron: www.das-score.nl)

De DASD28 geeft middels een cijfer op een schaal van 0 tot 10 de activiteit van de RA weer. Een DAS28 boven de 5.1 betekent een hoge ziekte activiteit, terwijl een DAS 28 beneden de 3.2 een lage ziekte activiteit weergeeft. Er is sprake van een remissie van de ziekte bij een DAS28 score lager dan 2.6.A

Literatuur en gebruikte bronnen

- Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 2.8, 16 september 2004, RIVM, Bilthoven
 - Proefschrift; Diagnosis and prognosis in early arthritis, H. Visser, 2003
 - Samenvatting presentatie Fyranet West-Brabant, Dhr. G. Hoppenbrouwers, oktober 2001.
 - Rapport RAPIT, Het effect van langdurige, intensieve oefentherapie bij patiënten met reumatoïde artritis, maart 2003, uitgave van CVZ, auteur R. Reij.
 - Deskundigheidsbevordering en netwerkvorming, J. Verhoef et al, FysioPraxis nr. 10 oktober 2000.
 - High intensity or conventional exercise for patients with rheumatoid arthritis? Outcome expectations of patients, rheumatologists, and physiotherapists, M. Munneke et al, Ann. Rheum. Dis. 2004; 63: 804-808.
 - Plan van aanpak m.b.t. groepsoefentherapie bij patiënten met reumatische aandoeningen, G.C.J. Hoppenbrouwers, [www. Pmc-roosendaal.nl](http://www.pmc-roosendaal.nl)
 - Paramedische trainings begeleiding deel 1, J.M.L. v. Gestel en C.M.G. Hoeksema-Bakker, 1997.
 - Module trainingsbegeleiding, Hogeschool van Amsterdam faculteit fysiotherapie
 - Protocol revalidatie voor patiënten met reumatoïde artritis, Revalidatie Friesland
 - KTG project Reuma Patiënten Bond
 - Evaluatie rapport Reuma & Fitness Hoogeveen e.o., RPV Hoogeveen e.o. et al, november 2002
 - Screenings voorstel Arthritis Netwerk Amsterdamse Fysiotherapeuten (ANAF), 2004
 - KNGF richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging, Y.F. Heerkens et al, 2003
 - KNGF richtlijnen Ziekte van Parkinson, SH.J. Keus et al, 2004
 - KNGF richtlijn Beroerte, R.P.S. van Peppen et al, 2004
 - KNGF richtlijn Artrose, E.M.H..N Vogels et al, maart 2001
-
- Dhr. F. v.d. Giessen, projectcoördinator RAPIT.NL, fysiotherapeut LUMC te Leiden
 - Dhr. S. Tilstra, accountmanager en adviseur paramedische zorg bij De Friesland Zorgverzekeraar,
 - P.F.J. Lambeck fysiotherapeut, Aquatic Rehabilitation Consultant, Malden.
 - Prof. dr. A.P. Hollander, inspanningsfysioloog Vakgroep Inspannings fysiologie en Biomechanica, VU Amsterdam
 - Vereniging Jong Wans
 - Gegvens verstrekt door samenwerkende reumatologen in Friesland en revalidatie Friesland.
-
- Samenwerkingsverband pijn disciplines, Prof. Dr. W.A. Zuurmond, 2005; www.swvp.nl;
 - John Hopkins Arthritis Center website; <http://hopkins-arthritis.org>
 - <http://www.rivm.nl>
 - www.das-score.nl