

Herziene KNGF-richtlijn Reumatoïde artritis 2018



**Wilfred Peter, Nynke Swart, Guus Meerhoff,
Thea Vliet Vlieland**

W.F.H. Peter, PhD, fysiotherapeut, onderzoeker,
stafafdeling Orthopaedie, revalidatie en fysiotherapie,
Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden; e-mail:
w.f.h.peter@lumc.nl

N. Swart, MSc, richtlijnontwikkelaar, KNGF Amersfoort/
VUmc Amsterdam

G.A. Meerhoff, MSc, fysiotherapeut,
bewegingswetenschapper, KNGF Amersfoort

T.P.M. Vliet Vlieland, MD, PhD, hoogleraar Doelmatigheid
van revalidatieprocessen, afdeling Orthopedie,
revalidatie en fysiotherapie, Leids Universitair Medisch
Centrum, Leiden

Samenvatting

In opdracht van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) is de fysiotherapeutische richtlijn voor reumatoïde artritis (RA) herzien. De herziene richtlijn beschrijft het diagnostisch en therapeutisch handelen van de fysiotherapeut volgens de huidige stand van de wetenschap en praktijk. Bij de behandeling van mensen met RA worden drie verschillende behandelindicaties voor fysiotherapie, met bijpassende zorgprofielen, omschreven. De basis van deze zorgprofielen wordt gevormd door de combinatie van voorlichting en advisering met oefentherapie. In de herziene richtlijn wordt de gewenste inhoud van de voorlichting en advisering aangegeven, en worden duidelijke aanwijzingen ten aanzien van de benodigde frequentie, intensiteit, type en duur van oefentherapie aangereikt. Daarbij worden ook suggesties gedaan voor gedragsmatige interventies ter bevordering van algehele lichamelijke activiteit conform de beweegrichtlijnen.

Leerdoelen

Na het bestuderen van dit artikel:

- ◆ weet u wat de prevalentie en incidentie van reumatoïde artritis is;
- ◆ kent u het klinisch beeld van reumatoïde artritis, inclusief de belangrijkste voorspellende factoren voor het beloop van de ziekte;
- ◆ kent u de drie behandelindicaties voor fysiotherapie bij reumatoïde artritis met de daarbij passende zorgprofielen;
- ◆ weet u wat de praktische toepassing is van de belangrijkste aanbevolen fysiotherapeutische interventies bij reumatoïde artritis (voorlichting, advisering en oefentherapie);
- ◆ kent u de principes van gedragsmatige interventies ter bevordering van algehele lichamelijke activiteit.

Inleiding

Reumatoïde artritis (RA) is een chronische auto-immuunziekte die gepaard gaat met symmetrische ontstekingen van de gewrichten. De daarmee gepaard gaande klachten zoals pijn, stijfheid, vermoeidheid en bewegingsbeperkingen, kunnen leiden tot beperkingen in de dagelijkse activiteiten (zoals zich verplaatsen, zelfverzorging of huishoudelijke activiteiten) en maatschappelijke participatie (zoals het verrichten van onbetaald en betaald werk, sport en vrijetijdsbesteding).^{1,2} In het eerste jaar na de diagnose is 32 procent van de werkende patiënten met RA geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt, na vijf jaar is dit 45 procent.^{3,4} In Nederland waren er in 2015, op basis van huisartsenregistraties, naar schatting 234.400 mensen met de diagnose RA: 86.200 mannen en 148.200 vrouwen. Dit komt overeen met 10,3 per 1000 mannen en 17,3 per 1000 vrouwen. In 2015 kregen naar schatting 17.400 nieuwe patiënten de diagnose RA: 6600 mannen en 10.800 vrouwen. Dit komt overeen met 0,8 nieuwe patiënten per 1000 mannen en 1,3 per 1000 vrouwen. Het aantal nieuwe patiënten met RA neemt toe met de leeftijd, bij zowel mannen als vrouwen.⁵ Adequaat zelfmanagement, gerichte oefentherapie en een

gezonde leefstijl, met voldoende lichaamsbeweging, kunnen een positieve invloed hebben op de klachten en de gevolgen van de ziekte. In 2018 is de KNGF-richtlijn Reumatoïde artritis herzien waarin duidelijk wordt welke rol de fysiotherapeut kan vervullen om mensen met RA zou goed mogelijk te begeleiden bij het omgaan met de ziekte en de gevolgen ervan.* De richtlijn beschrijft het klinisch beeld en het beloop, de belangrijke aandachtspunten bij de anamnese en het lichamelijk onderzoek, de indicaties voor fysiotherapie en de evidence-based interventies.

Dit artikel geeft een beknopte samenvatting van deze richtlijn, met duidelijke aanwijzingen voor de benodigde frequentie, intensiteit, type en duur van oefentherapie. Daarbij worden ook suggesties gedaan voor gedragsmatige interventies ter bevordering van de algehele lichamelijke activiteit, conform de beweegerichtlijnen.

Klinisch beeld van RA

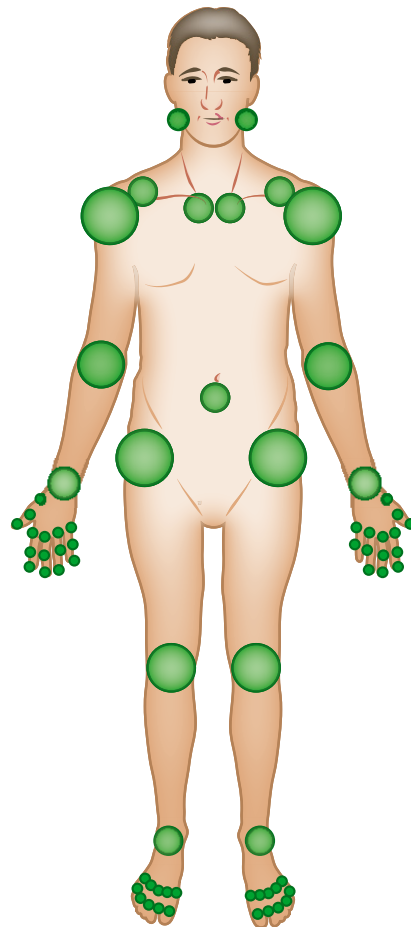
Bij RA staat ontsteking van gewrichten (artritis) op de voorgrond. Karakteristiek voor een beginnende RA is een chronische, symmetrische artritis van met name de gewrichten in de handen (metacarpofalangeale (MCP) en proximale interfalangeale (PIP) gewrichten) en voeten (metatarsofalangeale (MTP) gewrichten). Ook alle andere perifere gewrichten, de temporomandibulaire gewrichten en de cervicale wervelkolom kunnen in het ziekteproces betrokken zijn (figuur 1). Extra-articulaire synoviale structuren, zoals ligamenten, bursae en peesscheden kunnen ook meedoen in het ziekteproces, zoals de bursae rond de elleboog, schouder, trochanter major van het femur of de achillespees, en de buig- en strekpezen van de hand. Ontstekingen van het synovium veroorzaken lokale pijn, zwelling en stijfheid, die leiden tot bewegingsbeperkingen van de betrokken gewrichten. Door de gewrichtsontsteking kan schade aan het bot, het kraakbeen en de peri-articulaire structuren optreden, die op een röntgenfoto zichtbaar is als erosieve afwijking of kraakbeenverlies. Mede ten gevolge van schade aan collageen structuren zoals ligamenten en pezen (bijv. rupturen) kunnen gewrichtsinstabiliteit en/of gewrichtsdeformiteiten ontstaan. Kenmerkende deformiteiten bij RA zijn bijvoorbeeld de ulnaire deviatie van de MCP-gewrichten, de zwanenhalsdeformiteit ('swan-neck'), hyperextensie van het PIP-gewricht met flexie van het distale interfalangeale gewricht (DIP) (figuur 2), de knoopsgatdeformiteit ('boutonnière', d.w.z. flexie van het PIP-gewricht en hyperextensie van het DIP-gewricht) en standsafwijkingen van de pols (bajonetstand, veroorzaakt door het afglijden van de carpus t.o.v. de radius naar ulnair en volair), maar die komen door de verbeterde medicamenteuze behandeling steeds minder vaak voor. Een op dit moment ook zeldzame complicatie is destructie van de dens en het lig. transversum

* Daar waar 'fysiotherapie' of 'fysiotherapeut' staat, kan ook 'oefentherapie' resp. 'oefentherapeut Cesar' of 'oefentherapie' resp. 'oefentherapeut Mensendieck' gelezen worden.

waarbij subluxatie van C1 ten opzichte van C2 compressie van het ruggenmerg kan veroorzaken, met (soms ernstige) neurologische uitval tot gevolg (figuur 3).^{6,7}

Naast de lokale pijn en stijfheid komen algemene symptomen frequent voor, zoals gegeneraliseerde ochtendstijfheid en vermoeidheid. De spierkracht, het spieruithoudingsvermogen en het aerobe (cardiorespiratoire) vermogen zijn over het algemeen verminderd bij patiënten met RA.⁸ Bij RA komt relatief vaak het syndroom van Sjögren voor, gekenmerkt door verminderde functie van slijmvliezen en traanklieren, hetgeen zich onder andere uit in een droge mond en ogen. In zeldzame gevallen kunnen bij RA koorts en algehele malaise optreden. Relatief zeldzaam is orgaanbetrokkenheid in de vorm van pericarditis, pleuritis of noduli (reumaknobbels) in de huid, de longen of het hart. Hetzelfde geldt voor ontsteking van de bloedvaten (vasculitis) die, afhankelijk van de locatie en uitgebreidheid, diverse afwijkingen kunnen veroorzaken, zoals nierfunctiestoornissen, neuropathieën en huidafwijkingen (ulcera).^{6,7}

Bij mensen met RA komen ook andere aandoeningen voor, net zoals in de algemene bevolking. Als gevolg van (complicaties van) de ziekte en/of de behandeling hebben mensen



Figuur 1. Overzicht van de gewrichten die betrokken kunnen zijn bij reumatoïde artritis.

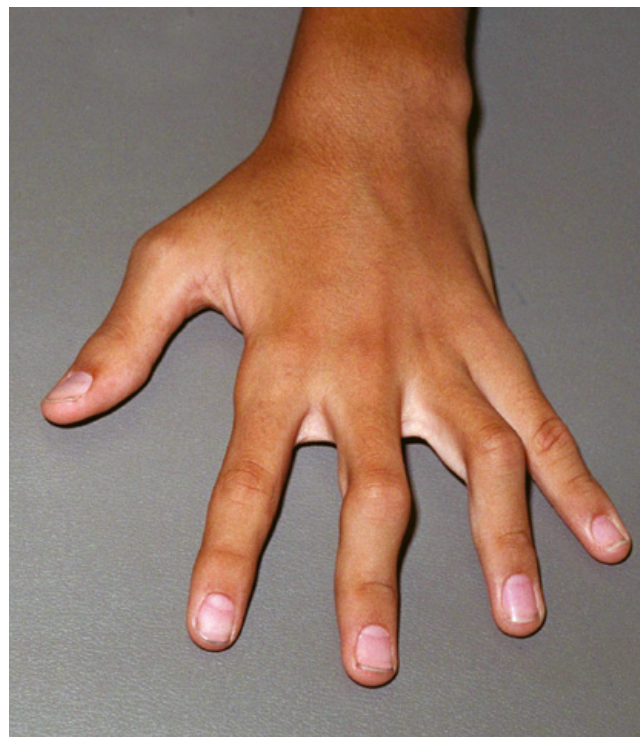
met RA daarnaast een verhoogde kans op bepaalde aandoeningen zoals lymfomen en infecties.⁹ Ook hebben zij, onder meer samenhangend met de inflammatoire aard van de ziekte, een verhoogd cardiovasculair risico.¹⁰ Daardoor komt comorbiditeit bij RA relatief vaak voor. Uit dwarsdoorsnedeonderzoek blijkt dat depressie, maligniteiten, astma en 'chronic obstructive pulmonary disease' (COPD), osteoporose, diabetes mellitus en secundaire artrose de meest voorkomende (al dan niet aan RA gerelateerde) comorbiditeiten zijn.⁹

Ziektebeloop

Het beloop van RA kan per individu sterk variëren. Ongeveer 30 tot 60 procent van alle patiënten heeft bij toepassing van een adequate medicamenteuze behandeling weinig tot geen ziekteactiviteit (remissie of lage ziekteactiviteit),¹⁰ terwijl circa 5 procent een ernstig beloop met persisterende ontstekingsactiviteit heeft, leidend tot structurele schade aan de gewrichten.¹¹ De overige patiënten hebben zowel perioden van hoge als van lage ziekteactiviteit. Het beloop wordt in belangrijke mate bepaald door de reactie op de initiële medicamenteuze behandeling en overige prognostische factoren. Voorspellende factoren voor een ongunstiger beloop van RA zijn vooral de aanwezigheid van reumafactoren en/of antilichamen gericht tegen 'anti-citrullinated protein/peptide antibodies' (ACPA ofwel anti-CCP) bij aanvang van de ziekte. Andere ongunstige factoren zijn een hoge ziekteactiviteit, aanwezigheid van extra-artculaire verschijnselen (o.a. pericarditis, noduli, vasculitis en pleuritis), peri-artculaire verschijnselen (o.a. (pees)schedeontsteking, slijmbeursontsteking en spierzwakte), veel beperkingen in het dagelijks leven en reeds radiologische aantoonbare schade bij aanvang van de ziekte. Ook genetische factoren spelen een rol, zoals de aanwezigheid van de antigenen HLA-DR4 en HLA-DRB1.¹² Roken is een risicofactor voor het ontstaan van RA, maar is ook geassocieerd met een verminderde respons op een medicamenteuze behandeling. Ook andere leefstijlfactoren, zoals een inactieve leefstijl en overgewicht hebben invloed op het beloop. Omdat deze factoren beïnvloedbaar zijn, is het belangrijk ze mee te nemen bij de behandeling.¹³

Diagnostiek

De diagnose RA wordt gesteld door de reumatoloog, op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek, aangevuld met laboratorium- en radiologisch onderzoek.¹⁴ Bij 80 tot 90 procent van de patiënten met RA is er bij bloedonderzoek sprake van een acute-faserespons (aanwezigheid van acuut ontstekingseiwit), gekenmerkt door een verhoogd C-reactief proteïne, een verhoogde bloedbezinking, trombocytose en anemie. Bij circa 80 procent van de patiënten met RA worden reumafactoren gevonden. Laboratoriumonderzoek van



Figuur 2. De zwanenhalsdeformiteit ('swan-neck') met hyperextensie van het PIP-gewricht en flexie van het DIP-gewricht.



Figuur 3. Patiënte met RA probeert een haakvuist te maken wat niet mogelijk is door de flexiebeperkingen in de DIP- en PIP-gewrichten.

synoviaal vocht of weefsel wordt voornamelijk gedaan ter uitsluiting van andere aandoeningen, zoals kristalartritis of een septische artritis. Met behulp van röntgenonderzoek zijn kenmerkende radiologische afwijkingen (peri articulaire ontkalking, kraakbeenverlies en erosieve afwijkingen van het bot) zichtbaar te maken. Vaak zijn de eerste radiologische afwijkingen te zien aan de kleine gewrichten van handen en voeten. Met behulp van echografisch onderzoek en MRI kunnen ontstekingsverschijnselen in de gewrichten (hydrops en kapselzwellen) en van de structuren rondom de gewrichten (bursae en peesscheden) worden aangetoond.¹⁵⁻¹⁸

Wanneer een patiënt zich presenteert met een gewrichtsontsteking, moet ingeschat worden of er sprake is van een zich ontwikkelende RA of van een voorbijgaande artritis (bijv. een virale, een reactieve of een kristalartritis (jicht), Lyme-artritis of septische artritis). Het is van belang dat kenmerken passend bij RA vroeg herkend worden zodat snel adequate (medicamenteuze) therapie gestart kan worden.

Behandeling

Mensen met RA worden primair behandeld door de reumatoloog, die in de meeste gevallen samenwerkt met een reuma-verpleegkundige. In sommige reumatologische centra wordt een aantal medische taken, zoals het voorschrijven van medicatie of gewrichtspuncties of -injectionen, uitgevoerd door een verpleegkundig specialist of een 'physician assistant'. Afhankelijk van de zorgvraag kunnen ook andere zorgverleners bij de behandeling betrokken zijn, zoals een fysiotherapeut, huisarts, ergotherapeut, podotherapeut, maatschappelijk werker, psycholoog, diëtist, medisch pedicure, orthopedisch schoentechnicus, orthopedisch chirurg, sportarts of revalidatiearts. Multidisciplinaire teambehandeling wordt overwogen indien gelijktijdige betrokkenheid van diverse zorgverleners wenselijk of noodzakelijk is en de problematiek van dien aard is dat deze niet of onvoldoende door afzonderlijke zorgverleners kan worden opgelost.

De primaire behandeling van mensen met RA is medicamenteus. De medicatie die bij de behandeling van RA gebruikt wordt om de ziekteactiviteit langdurig af te remmen, omvat 'disease modifying anti-rheumatic drugs' (DMARD's, bijv. methotrexaat), 'biologicals' (bijv. TNF-alfaremmers, T- en B-celremmers of interleukineremmers) en corticosteroiden. Ter vermindering van de pijn kunnen ontstekingsremmende pijnstillers worden ingezet, de 'non-steroidal anti-inflammatory drugs' (NSAID's) in orale vorm of eventueel in topische vorm (zalf, crème). Ter ondersteuning is ook een kortwerkende pijnstiller zoals paracetamol te gebruiken. Daarnaast kunnen ter vermindering van ontstekingsactiviteit en pijn, intra-articulaire of intramusculaire corticosteroiden worden toegediend. De medicamenteuze behandeling van RA is uitgebreid beschreven in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie.¹⁹

Rol van de fysiotherapeut

De fysiotherapeut speelt een belangrijke rol in de behandeling van de gevolgen van RA en de al dan niet aan RA gerelateerde comorbiditeit. Omdat patiënten zich vaak direct bij de fysiotherapeut aanmelden met gewrichtsklachten, speelt deze als eerste een belangrijke rol in de herkenning van een klachtenpatroon passend bij RA.

De fysiotherapeut begeleidt de patiënt bij het voorkómen of verminderen van klachten en het leren omgaan met beperkingen in de activiteiten van het dagelijks leven en maat-

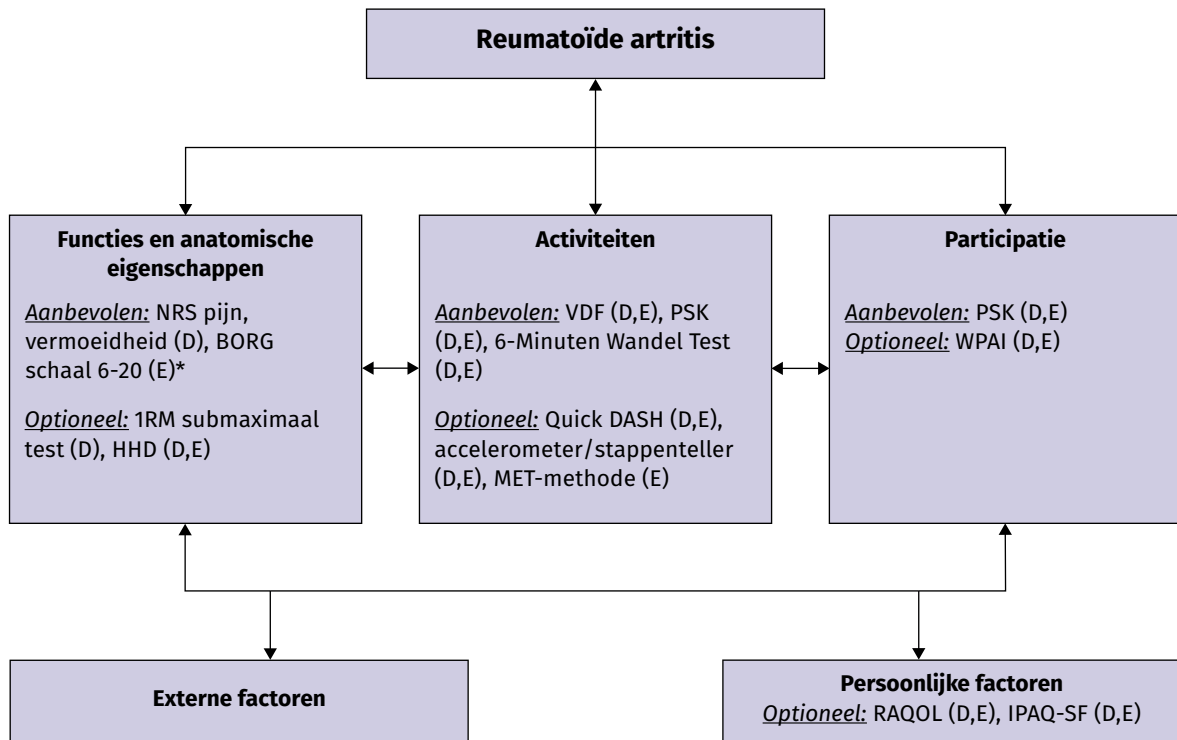
schappelijke participatie ten gevolge van RA. De fysiotherapeut dient zich hiertoe een beeld te vormen van de ernst en de omvang van de aandoening (gebaseerd op de ziekteactiviteit en de aanwezigheid van radiologische afwijkingen) en de reactie op de medicamenteuze behandeling. De belangrijkste middelen in de behandeling bij RA zijn het geven van voorlichting en advies, en oefentherapie. Door integratie van oefenen en bewegen in het dagelijks leven en het opvolgen van leefstijladviezen wordt de kans op het volhouden van een actieve leefstijl groter. Wanneer de patiënt in behandeling is bij verscheidene zorgverleners tegelijk, houdt de fysiotherapeut contact met deze zorgverleners om de behandelingen op elkaar af te stemmen. De fysiotherapeut legt in ieder geval contact met andere zorgverleners voor de eerste en na de laatste behandelsessie.

Anamnese en lichamelijk onderzoek

Het doel van de anamnese is gezondheidsproblemen inventariseren om aangrijpingspunten voor de behandeling te vinden die binnen de competenties van de fysiotherapeut liggen. Dit wordt gedaan aan de hand van de International

Specifieke rode vlaggen voor reumatoïde artritis (RA)

- ◆ Ongewenst gewichtsverlies > 5 kg per maand (mogelijk teken van maligniteit).
- ◆ Overmatig nachtelijk transpireren (mogelijk teken van infectie of maligniteit).
- ◆ Warme en gezwollen (rode) gewrichten (mogelijke tekenen van infectieus ontstekingsproces van het gewricht, bacteriële artritis).
- ◆ Koorts of algehele malaise bij het gebruik van biologicals (therapeutische eiwitten)²⁰ (mogelijke tekenen van infectieus ontstekingsproces).
- ◆ Nekpijn of pijn aan de achterkant van het hoofd, al dan niet in combinatie met 'opspringende' benen en/of een zandgevoel in de handen (mogelijke tekenen van een myelumcompressie, ten gevolge van instabiliteit van de cervicale wervelkolom met (sub)luxatie van de eerste of tweede cervicale wervel).
- ◆ Motorische (parese of paralyse) en/of sensorische (gevoelsstoornis) verschijnselen (mogelijke tekenen van polyneuropathie, mononeuritis of vasculitis).
- ◆ Acute opvlamming van RA of plotselinge toename van klachten (mogelijke tekenen van actieve ziekte).
- ◆ Plotseling optredende lokale motorische uitval (mogelijk teken van peesruptuur van bijvoorbeeld de m. extensor digitorum communis/indicis, de m. extensor pollicis longus of de m. biceps brachii).
- ◆ Hevige pijn in de rug, al dan niet na een val (mogelijk een wervelfractuur bij bijvoorbeeld osteoporose na langdurig corticosteroidengebruik).



NRS = Numeric rating scale; PSK= Patiëntspecifieke klachtenlijst; VDF = Vragenlijst dagelijks functioneren (Nederlandse versie van de Health Assessment Questionnaire, HAQ); 6MWT = 6-minutenwandeltest; HHD = handheld dynamometer; Quick DASH = verkorte versie van de Quick Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand questionnaire; MET-methode = Metabolic equivalent of tasks; WPAI = Work Productivity and Activity Impairment questionnaire; RAQOL = RA Quality of Life vragenlijst; IPAQ-SF = International Physical Activity Questionnaire – Short Form.

* Te gebruiken als hulpmiddel bij oefenprogramma om een inschatting te maken van de juiste intensiteit.

D = diagnostisch meetinstrument; E = evaluatief meetinstrument; P = prognostisch meetinstrument.

Figuur 4. Aanbevolen en optionele meetinstrumenten bij de behandeling van patiënten met reumatoïde artritis.

Classification of Functioning Disability and Health (ICF) Core Set voor RA,¹³ die voor mensen met RA de meest relevante aspecten omvat in de volgende domeinen: functies en anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie, externe factoren en persoonlijke factoren. Deze ICF-coreset voor RA (zie bijlage 1 op www.physios.nl) vormt de basis voor de anamnese bij patiënten met RA.

De anamnese levert tevens informatie op over de aanwezigheid van contra-indicaties en de gele en rode vlaggen (zie kader). Er moet overwogen worden of deze aanleiding zijn om te overleggen met de (huis)arts of reumatoloog. Tevens worden risicofactoren zoals roken en een inactieve leefstijl voor het ontstaan van RA en de prognostische factoren voor het beloop uitgevraagd. Ten slotte dienen, indien van toepassing, meetinstrumenten (zie www.meetinstrumenten.com) te worden gebruikt zoals beschreven in figuur 4.

De ICF-coreset voor RA vormt ook de basis van het lichamenlijk onderzoek bij patiënten met RA.¹³ Veel voorkomende gevolgen van RA die relevant zijn voor het fysiotherapeutisch onderzoek zijn: pijn, stijfheid, vermoeidheid, bewegingsbeperkingen van de gewrichten, verminderde spierkracht, verminderde aerobe capaciteit, verminderde algehele lichamenlijke activiteit en beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of

participatie. De fysiotherapeut onderzoekt ook welke omgevings- en persoonlijke factoren op het functioneren van de patiënt van invloed zijn.

Indicatiestelling

Er is een indicatie voor fysio- of oefentherapie indien er (1) een hulpvraag bestaat op het gebied van RA en de daaraan gerelateerde beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of maatschappelijke participatie en/of (2) de patiënt niet in staat is om zelfstandig een adequaat niveau van fysiek functioneren te bereiken of te handhaven. Een adequaat niveau van fysiek functioneren wordt bepaald door de hulpvraag, het voldoen aan de beweegrichtlijnen en gaat uit van een effectieve copingstrategie. Voor fysiotherapie worden, afhankelijk van de gezondheidstoestand van de patiënt en de mate waarin die in staat is tot zelfmanagement, drie typen indicaties onderscheiden die weergegeven zijn in het kader.

Fysiotherapeutische interventies

De fysiotherapeutische behandeling bij RA bestaat uit het geven van voorlichting, advies, het bevorderen van fysieke activiteit en effectief zelfmanagement in combinatie met

Indicatiestellingen voor fysiotherapie bij patiënten met reumatoïde artritis

1. Indicatie voor voorlichting, advies en instructies voor voornamelijk zelfstandig uit te voeren oefeningen, bij patiënten met:

- een behoefte aan voorlichting, advies, instructie en praktische handvatten bij het oefenen en (weer) bewegen;
- een behoefte aan meer inzicht in de ziekte, de klachten en het beloop van RA en de gevolgen voor het fysiek functioneren en maatschappelijke participatie;
- een behoefte aan informatie over de fysio- of oefentherapeutische behandelmogelijkheden en de eigen rol daarin;
- een behoefte aan informatie over de mogelijke gezondheidseffecten van passende oefeningen en een actieve leefstijl en de eigen rol daarin;
- een behoefte aan informatie over de praktische mogelijkheden om zelfstandig of met behulp van anderen (bijv. mantelzorgers, zorgverleners anders dan fysiotherapeut of oefentherapeut, sport/fitness-instructeurs enz.) deel te nemen aan het reguliere of aangepaste sport- en beweegaanbod om voldoende lichamelijke activiteit te verkrijgen en behouden;
- een hulpvraag die te maken heeft met aspecten zoals beperkingen in zelfregulatievaardigheden gerelateerd aan fysieke activiteit of de beschikbaarheid van beweegmogelijkheden en sociale steun.

2. Indicatie voor voorlichting, advies, instructie en oefentherapie met kortdurende begeleiding bij patiënten met:

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

3. Indicatie voor voorlichting, advies, instructie en oefentherapie met intensieve en/of langdurige begeleiding bij patiënten met:

- beperking(en) in basale dagelijkse activiteiten en maatschappelijke participatie waardoor de patiënt niet in staat is zelfstandig een adequaat niveau van functioneren te verkrijgen of te behouden;
- een hoge ziekteactiviteit op basis van het klinische beeld die onvoldoende met medicatie te reguleren is;
- ernstige gewrichtsschade;
- ernstige gewrichtsdeformaties;
- aanwezigheid van risicofactoren voor vertraagd herstel die de uitvoering van oefentherapie belemmeren (bijv. comorbiditeit);
- aanwezigheid van psychosociale factoren (gele vlaggen) in combinatie met inadequate pijn coping.

oefentherapie. De richtlijn voorziet in een aantal aanbevelingen voor de praktijk.

Voorlichting en advies

De fysiotherapeut geeft informatie over de aandoening, maar ook advies en instructie over specifieke oefeningen, over het belang van bewegen en een gezonde leefstijl (waaronder ook het verminderen van stress en vermoeidheid) en de manier waarop die te verkrijgen en te behouden is.²¹ Daarbij dienen de volgende aspecten aan de orde te komen.

- Het gunstige effect van de algehele fysieke activiteit en individueel afgestemde oefeningen en/of lichamelijke activiteiten (voor versterking van de spieren rond het gewricht en verbetering van de conditie en uitvoering van dagelijkse activiteiten) op het dagelijkse functioneren, de ziekteactiviteit en het mentaal functioneren.
- Preventieve effecten van voldoende lichamelijke activiteit en het beperken van sedentair gedrag die voor de gehele bevolking gelden en in het bijzonder van belang zijn voor mensen met RA in verband met het verhoogde cardiovasculaire risico.
- Het belang van integratie van individuele oefeningen en/of lichamelijke activiteiten in het dagelijks leven om deze vol te houden.

Voorlichting en advies kan mondeling gegeven worden, maar wordt altijd schriftelijk en/of digitaal ondersteund. Dit is

afhankelijk van de wensen, voorkeuren en gezondheidsvaardigheden van de patiënt. Betrouwbare websites voor informatie zijn: www.defysiotherapeut.com, www.thuisarts.nl en www.reumanederland.nl.

Oefentherapie

Oefentherapie omvat oefeningen die zijn gerelateerd aan problemen of beperkingen in het functioneren die samenhangen met RA, maar ook begeleiding bij het verkrijgen en behouden van een niveau van algehele lichamelijke activiteit volgens de Beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad en internationale aanbevelingen.^{6,7}

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

De fysiotherapeut stelt in samenspraak met de patiënt een beweegplan op, waarin de patiënt zelf specificeert welke oefeningen en lichamelijke activiteiten hij doet, wanneer, waar en hoe lang, rekening houdend met de FITT-factoren (frequentie, intensiteit, type en tijdsduur) zoals beschreven in het kader. Voor algemene aandachtspunten en trainingsprincipes bij RA, zie de andere kaders.

De aard van de oefentherapie verschilt per indicatiestelling.²²⁻⁴⁷ Patiënten met indicatie 1 krijgen bij voorkeur instructies voor voornamelijk zelfstandig uit te voeren oefeningen. Patiënten met indicatie 2 krijgen bij voorkeur geen begeleidde oefentherapie of slechts kortdurende begeleiding om de juiste uitvoering te monitoren. Bepaal in overleg met de patiënt de FITT-factoren van de begeleiding. Streef naar maximaal drie tot zes sessies, verspreid over een behandelperiode van drie tot zes maanden. De behandelingen kunnen kort na elkaar plaatsvinden of verspreid over een bepaalde periode.²²⁻⁴⁷ Patiënten met indicatie 3 krijgen in eerste instantie twee keer per week begeleidde oefentherapie, aangevuld met zelfstandig uit te voeren oefeningen. Afhankelijk van de mogelijkheid van de patiënt om zelf-

standig te oefenen wordt de begeleiding gedurende de behandelperiode van drie tot zes maanden in overleg met de patiënt afgebouwd. Hierbij is het van belang dat de frequentie van oefenen niet afneemt; het accent verschuift naar zelfstandig oefenen en bewegen.

De frequentie, intensiteit en tijdsduur van de oefentherapie dienen te worden aangepast aan de complexiteit van de problematiek en de hulpvraag van de patiënt. De complexiteit van de problematiek wordt bepaald door:

- de reactie op de medicamenteuze behandeling;
- de ziekteactiviteit (uitgedrukt in de mate van pijn, stijfheid, spierfunctieverlies, beperkingen in uithoudingsvermogen en/of gebrek aan motorische controle);
- de aanwezigheid van gewrichtsschade;

FITT-factoren voor oefentherapie bij mensen met reumatoïde artritis

Frequentie

- ◆ Streef ernaar dat de patiënt bij voorkeur dagelijks, maar minimaal twee dagen per week (voor spierversterkende/functionele oefeningen) tot minimaal vijf dagen per week tenminste 30 minuten per keer (voor aerobe oefeningen) oefeningen uitvoert. (Hiermee wordt tevens voldaan aan de Beweegrichtlijn van de Gezondheidsraad.)
- ◆ Start met 1 à 2 keer per week begeleidde oefentherapie, aangevuld met zelfstandig uitgevoerde oefeningen en bouw de begeleiding gedurende de behandelperiode af.

Intensiteit

- ◆ Streef naar de volgende minimale intensiteit voor spierkracht- en aerobe training.
 - Spierkrachttraining: 60-80% van het eenherhalingsmaximum (1RM) (≈ BORG-score 14-17) – of 50-60% van 1RM (≈ BORG-score 12-13) voor mensen die niet gewend zijn aan krachttraining – met 2-4 sets van 8-15 herhalingen met 30-60 s pauze tussen sets.
 - Aerobe training: > 60% van de maximale hartfrequentie (≈ BORG-score 14-17) – of 40-60% van maximale hartfrequentie (≈ BORG-score 12-13) voor mensen die niet gewend zijn aan aerobe training.
- ◆ Zorg voor een geleidelijke opbouw in intensiteit gedurende het programma en volg hierin de trainingsprincipes.

Type

- ◆ Bied oefentherapie aan in een combinatie van:
 - spierkrachttraining:
 - kies zowel voor functionele oefeningen (in relatie tot de beperkte activiteit) als oefeningen met apparaten.
 - aerobe training:
 - kies voor activiteiten met relatief lage gewrichtsbelasting, zoals lopen, fietsen, zwemmen, roeien, cross-training.
 - functionele training:
 - kies voor (onderdelen van) activiteiten die in het dagelijkse leven van de patiënt belemmerd worden (bijv. lopen, traplopen, gaan zitten en opstaan uit stoel, tillen of pakken van grote of kleine voorwerpen).
- ◆ Overweeg om specifieke balans- en/of coördinatie- of neuromusculaire training aan te bieden als aanvulling op de oefentherapie indien er verstoringen zijn in balans- en/of coördinatie/ neuromusculaire controle die het functioneren van de patiënt belemmeren.
- ◆ Overweeg om (actieve) range of motion- of spierrekkingsoefeningen aan te bieden als aanvulling op de oefentherapie, indien er spierverkortingen en/of reversibele mobiliteitsbeperkingen van het gewricht zijn die het functioneren van de patiënt belemmeren.

Tijdsduur

- ◆ Streef naar een behandelperiode tussen de drie en zes maanden, aangevuld met een of enkele follow-upsessies na afronding van deze behandelperiode om de therapietrouw te stimuleren.
- ◆ Stimuleer de patiënt om na de behandelperiode zelfstandig te blijven oefenen.

Algemene aandachtspunten

- ◆ Bied de oefentherapie aan in combinatie met instructies voor zelfstandig uitgevoerde oefeningen of activiteiten ter bevordering van lichamelijke activiteit. Houd rekening met de Beweegrichtlijn van de Gezondheidsraad.
- ◆ Begeleid en motiveer de patiënt bij het bewegen in geval van RA-specifieke barrières zoals pijn, stijfheid, vermoeidheid en angst om de ziekte te verergeren.
- ◆ Overweeg bij patiënten met handproblematiek een specifiek oefenprogramma voor de hand. De patiënt kan hiervoor naar een fysio- of oefentherapeut of ergotherapeut met specifieke deskundigheid op het gebied van de (reumatische) hand.
- ◆ Overweeg oefentherapie in het water in de beginfase van de behandeling indien er sprake is van ernstige pijn tijdens het oefenen.
- ◆ Overweeg om bij het inschatten van het inspanningsvermogen gebruik te maken van de MET-methode.
- ◆ Overweeg gebruik van e-health-toepassingen om de patiënt te ondersteunen in het zelfstandig (blijven) uitvoeren van oefeningen en/of om de mate van begeleiding te verminderen.
- ◆ Overweeg om oefentherapie in groepsverband aan te bieden, indien er weinig individuele begeleiding nodig is.

- de aanwezigheid van gewrichtsdeformaties;
- de aanwezigheid van gewrichtsprothese(n);
- de zelfmanagementvaardigheden en psychologische aspecten;
- de aanwezigheid van aan leefstijl gerelateerde factoren voor een ongunstig beloop (roken, een inactieve leefstijl en overgewicht);
- de aanwezigheid van comorbiditeit.

Behoud en, indien mogelijk, verbetering van het dagelijks functioneren en participatie staan altijd centraal, ongeacht de onderliggende oorzaak. Gezien de wisselende aard en ernst van de problematiek worden de behandeldoelen regelmatig bijgesteld of worden nieuwe behandeldoelen vastgesteld. Ook de vormgeving van de behandeling kan veranderen.

Niet-oefentherapeutische interventies

Passieve mobilisatie van gewrichten en spieren is niet aan te raden bij patiënten met RA. Kortdurende passieve mobilisatie van een aangedaan gewricht ter ondersteuning van oefentherapie is wel mogelijk, maar uitsluitend bij patiënten zonder actieve ontstekingen. Passieve mobilisaties zijn gecontra-indiceerd bij cervicale problematiek. Ook de volgende interventies worden afgeraden: laagvermogen

lasertherapie, elektrostimulatie (waaronder TENS), elektromagnetische therapie (ultrageluid), massage, thermotherapie, medisch tappen en dry needling.⁴⁸⁻⁵⁶

Bevorderen fysieke activiteit

Integratie van oefenen en bewegen in het dagelijks leven vergroot de kans op het volhouden van een actieve leefstijl. Ook leefstijladviezen spelen een rol. Deze kunnen onder meer betrekking hebben op zelfmanagement ten aanzien van specifieke zelfstandig uit te voeren oefeningen en algemene lichamelijke activiteiten, maar ook op werkomstandigheden en/of het gebruik van hulpmiddelen en/of aanpassingen in de thuissituatie of op het werk.

Zowel tijdens de behandelperiode als bij de beëindiging ervan geeft de fysiotherapeut nadrukkelijk advies over de manieren waarop de patiënt zelf, passend bij de individuele situatie, een actieve leefstijl kan bereiken en behouden. Bij patiënten die onvoldoende lichamelijk actief zijn kan het nuttig zijn om gedragsmatige interventies ter bevordering van de mate van lichamelijke activiteit aan te bieden, gebaseerd op theorieën van gedragsverandering.⁵⁷⁻⁶⁴ Pas daarbij de volgende principes toe.

Trainingsprincipes voor mensen met RA

- ◆ Laat de training voorafgaan door een warming-up en eindigen met een cooling-down.
- ◆ Bepaal de startintensiteit van de krachttraining en monitor de intensiteit gedurende de behandeling met behulp van de 1RM-submaximaaltest.
- ◆ Bepaal de startintensiteit van de aerobe training en monitor de intensiteit gedurende de behandeling met behulp van hartfrequentie en/of BORG-score.
- ◆ Bouw de intensiteit van de training geleidelijk op tot het maximale niveau dat mogelijk is voor de patiënt.
- ◆ Verlaag de intensiteit van de volgende training indien de pijn in het gewricht toeneemt na de training en langer dan twee uur aanhoudt.
- ◆ Start bij aerobe oefeningen met korte periode van tien minuten (of minder indien nodig) bij patiënten die ongetraind zijn en/of beperkt zijn door gewrichtspijn en verminderde mobiliteit.
- ◆ Bied alternatieve oefeningen aan waarbij dezelfde spiergroepen en energiesystemen worden gebruikt, indien de oefening leidt tot toename in gewrichtspijn.
- ◆ Maak bij het aanpassen van de trainingsintensiteit gebruik van variatie in sets en herhalingen (bij kracht), intensiteit, duur van de sessie of oefening, soort oefening en rustpauzes en bepaal de aanpassing in samenspraak met de patiënt.

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

Afsluiting behandeling

De behandeling dient te worden afgesloten wanneer: (1) de hulpvraag is beantwoord en de doelen dus bereikt zijn en/of (2) er bij tussenevaluaties geen of onvoldoende therapeutisch effect bereikt is en/of (3) er sprake is van contra-indicaties en/of (4) er geen therapietrouw is, ondanks diverse pogingen om deze te verhogen.

De fysiotherapeut adviseert de patiënt over het in stand houden van behaalde doelstellingen. Daarbij zijn onder andere tips te geven over het handhaven van adequaat beweeggedrag in het dagelijks leven.

Literatuur

- 1 Bijlsma JWJ, Laar JM van. Leerboek reumatologie en klinische immunologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2013.
- 2 Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, et al. Clinical features of rheumatoid arthritis. In: Textbook of Rheumatology. 10th ed. Vol. II, p. 1167-86. Philadelphia: Elsevier, 2017.
- 3 Ranglijst aandoeningen op basis van ziektelast (in DALY's). Geraadpleegd op 21-01-19, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/ranglijst/ranglijst-aandoeningen-op-basis-van-ziekte-last-dalys>.
- 4 Chorus AMJ, Schokker DF. Nationale Peiling Bewegingsapparaat 2010. TNO/LS 2011.013. Leiden: TNO, 2011.
- 5 Reumatoïde artritis (RA) > Cijfers & Context > Huidige situatie. Geraadpleegd op 21-01-19, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/reumato%C3%AFde-artritis-ra/cijfers-context/huidige-situatie>.

Aanbevelingen richtlijn

- ◆ Bied patiënten met RA voorlichting en advies op maat
- ◆ Overweeg oefentherapie bij patiënten met indicatie 1 in de vorm van instructies voor voornamelijk zelfstandig uit te voeren oefeningen.
- ◆ Bied patiënten met indicatie 2 kortdurende oefentherapie aan aansluitend op de hulpvraag en gebruikmakend van de FITT-factoren.
- ◆ Overweeg bij patiënten met indicatie 3 oefentherapie aansluitend op de hulpvraag en gebruikmakend van de FITT-factoren.
- ◆ Bied de passieve mobilisatie van gewrichten en spieren bij voorkeur niet aan bij patiënten met RA.
- ◆ Bied de volgende interventies niet aan: laagvermogen lasertherapie, elektrostimulatie, ultrageluid, massage, thermotherapie, medisch tappen en dry needling.

E-learning

Om de implementatie van de richtlijn te faciliteren is er een e-learning ontwikkeld als interactieve leertool voor deze richtlijn. Deze e-learning is te vinden via www.kngf-elearning.nl.

- 6 Gezondheidsraad. Beweegrichtlijnen 2017. Publicatienr. 2017/08. Den Haag: Gezondheidsraad, 2017.
- 7 Rausch Osthoff AK, Niedermann K, Braun J, et al. 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2018;77(9):1251-60.
- 8 Ekdahl C, Broman G. Muscle strength, endurance, and aerobic capacity in rheumatoid arthritis: a comparative study with healthy subjects. Ann Rheum Dis. 1992;51(1):35-40.
- 9 Turesson C. Comorbidity in rheumatoid arthritis. Swiss Medical Weekly. Apr 2016;146:w14290.
- 10 Chatzidionysiou K, Emamikia S, Nam J, et al. Efficacy of glucocorticoids, conventional and targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs: a systematic literature review informing the 2016 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2017;76(6):1102-7.

www.physios.nl

- ◆ Volledige literatuurlijst.
- ◆ Bijlage 1. ICF-coreset voor ICF.
- ◆ Bijlage 2. Algemene aandachtspunten en trainingsprincipes voor oefentherapie bij RA.

Relevante artikelen in het Physiosarchief

- ◆ Giesen FJ van, Vliet Vlieland TPM. Doelmatige fysiotherapie bij inflammatoire reumatische aandoeningen. Physios 2016;8(2):4-11.