



**Universiteit
Leiden**
The Netherlands

Physical therapy and physical activity in patients with rheumatoid arthritis

Hurkmans, E.J.

Citation

Hurkmans, E. J. (2011, October 6). *Physical therapy and physical activity in patients with rheumatoid arthritis*. Department of Rheumatology , Faculty of Medicine, Leiden University Medical Center (LUMC), Leiden University. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/17903>

Version: Corrected Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/17903>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

••• **Chapter 12**
Nederlandse
Samenvatting

• • • Samenvatting

Reumatoïde artritis (RA) is een complexe chronische aandoening waarvoor, ondanks de verbeterende medische behandeling, zorg van andere zorgverleners dan de reumatoloog nodig is tijdens de ziekteduur. Fysiotherapie is een belangrijk onderdeel van de niet-medische behandeling van patiënten met RA. Door de ontwikkelingen in de medische behandeling is echter de rol van de fysiotherapeut en van de patient zelf verandert.

De doelen van dit proefschrift waren het beschrijven van de huidige beschikbare RA richtlijnen waarin aanbevelingen zijn opgenomen met betrekking tot fysiotherapie, het ontwikkelen van een nieuwe RA richtlijn specifiek voor fysiotherapeuten en het verkrijgen van een overzicht met betrekking tot de huidige geboden fysiotherapeutische zorg bij patiënten met RA. Verder zitten er in dit proefschrift twee reviews met betrekking tot de effectiviteit en veiligheid van gesuperviseerde en niet-gesuperviseerde oefenprogramma's bij patiënten met RA en het behoud van lichaamsbeweging na twee éénjarige beweegprogramma's door middel van internet bij patiënten met RA. Daarnaast is de rol van motivatie en de rol van zorgverleners geëvalueerd met betrekking tot het niveau van lichaamsbeweging bij patiënten met RA.

Hoofdstuk 1 geeft een overzicht van de fysiotherapeutische zorg bij patiënten met RA waarin evidence based practice steeds meer wordt gepromoot. Omdat het implementeren van evidence in de dagelijkse praktijk een moeilijk proces blijkt te zijn, zijn er verschillende richtlijnen ontwikkeld. Over de kwaliteit van deze richtlijnen bestaan echter nog vraagtekens.

Hoofdstuk 1 geeft verder een beschrijving van de verschillende gezondheidseffecten van lichaamsbeweging bij patiënten met RA. Er is echter nog een gebrek aan kwalitatief goede evidence met betrekking tot de effectiviteit en veiligheid van verschillende beweeg- en oefenprogramma's, of deze gezondheidseffecten behouden op langere termijn, in welke mate lichaamsbeweging wordt gepromoot door zorgverleners en welke patiënt karakteristieken een rol spelen bij het wel of niet lichamelijk actief worden.

Na de algemene introductie is dit proefschrift opgesplitst in twee delen:

- Deel 1 beschrijft de huidige geboden fysiotherapeutische zorg bij patiënten met RA en verschillende RA richtlijnen waarin aanbevelingen zijn opgenomen voor de fysiotherapeutische zorg.
- Deel 2 richt zich op de korte en lange termijn effecten en veiligheid van verschillende beweeg- en oefenprogramma's, in hoeverre lichaamsbeweging wordt gepromoot door zorgverleners en welke patiënt karakteristieken zijn geassocieerd met het niveau van lichaamsbeweging.

Deel 1: Fysiotherapie bij reumatoïde artritis: huidige zorg en richtlijnen

Hoofdstuk 2 beschrijft een systematische literatuurstudie met betrekking tot RA richtlijnen waarin aanbevelingen voor de fysiotherapeutische zorg zijn opgenomen. De kwaliteit van de geselecteerde richtlijnen is beoordeeld door middel van de Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE). Daarnaast is een overzicht gemaakt van de aanbevelingen die zijn opgenomen in de richtlijnen met de hoogste kwaliteitsscores. Het literatuuronderzoek leverde acht richtlijnen op die voldeden aan de inclusiecriteria. Zes van deze acht richtlijnen konden op basis van de AGREE (sterk) worden aanbevolen. Over het algemeen waren alle aanbevelingen, zowel in de aanbevolen als in de niet aanbevolen richtlijnen, niet gedetailleerd genoeg met betrekking tot de specifieke inhoud van de interventie, de intensiteit, frequentie en duur.

In *hoofdstuk 3* wordt de ontwikkeling van een Nederlandse richtlijn voor fysiotherapie bij RA, gebaseerd op evidence en best practice, beschreven. Een stuurgroep, bestaande uit 10 expert fysiotherapeuten, selecteerde onderwerpen met betrekking tot het diagnostisch, therapeutisch en evaluatie proces. Op basis van de ICF core set for RA, is een lijst van relevante gezondheidsproblemen voor de fysiotherapeut samengesteld, aangevuld met rode vlaggen en aandachtspunten. Voor het therapeutisch proces zijn er drie aanbevelingen geformuleerd; zowel oefentherapie als voorlichting met betrekking tot lichaamsbeweging zijn aanbevolen. Passieve interventies (warmte en koude applicaties, het toevoegen van mechanische, elektrische en elektromagnetische energie, massage, passieve mobilisatie / manipulatie en balneotherapie) worden daarentegen noch aanbevolen

noch afgeraden. Voor de evaluatie worden de volgende meetinstrumenten aanbevolen: de Health Assessment Questionnaire, de handheld dynamometer, de 6-minuten looptest, Escola Paulista de Medicina Range of Motion Scale, en de Visuele Analoge Schaal voor pijn en ochtendstijfheid.

Hoofdstuk 4 geeft inzicht in de huidige geboden fysiotherapeutische zorg aan patiënten met RA. Gegevens van algemene en expert fysiotherapeuten (fysiotherapeuten die nascholing op het gebied van reumatologie hebben gevolgd) zijn verzameld door middel van een vragenlijst met betrekking tot alle diagnostische en therapeutische topics die ook in de Nederlandse fysiotherapie RA richtlijn zijn opgenomen. De meerderheid van alle fysiotherapeuten gaf aan de meeste van alle diagnostische en therapeutische topics die worden aanbevolen in de richtlijn altijd toe te passen. De waargenomen verschillen tussen de expert en algemene fysiotherapeuten ondersteunen het belang van nascholingen op het gebied van reumatologie.

De observationele studie in *hoofdstuk 5* exploreerde de relatie tussen de rollen die worden vervuld door fysiotherapeuten en hun deelname aan nascholingen op het gebied van reumatologie. De resultaten laten zien dat de deelnemende fysiotherapeuten met name traditionele fysiotherapeutische interventies (inclusief post-operatieve zorg) toepassen. Het volgen van een nascholing reumatologie relateerde in het significant vervullen van meer rollen bij de zorg van OA en RA patiënten. Verder onderzoek is nodig om de effecten van nascholing op andere fysiotherapeutische aspecten en op patiënt uitkomsten te kunnen begrijpen.

Hoofdstuk 6 beschrijft de resultaten van een update van een Cochrane review met betrekking tot de effectiviteit en veiligheid van korte (< 3 maanden) en lange termijn (> 3 maanden) gesuperviseerde dynamische oefentherapie (aerobe en spierkrachttraining) uitgevoerd in het water of op het droge bij patiënten met RA. De acht geïnccludeerde studies in deze review laten zien dat korte termijn aerobe en spierkrachttraining uitgevoerd op het droge een positief effect heeft op de aerobe capaciteit en spierkracht. Dat korte termijn aerobe training in het water een positief effect heeft op het dagelijks functioneren en aerobe capaciteit. De resultaten in deze review laten verder zien dat lange termijn aerobe en spierkrachttraining uitgevoerd op het droge een positief effect heeft op aerobe

capaciteit en spierkracht. Met betrekking tot veiligheid zijn er geen negatieve effecten gevonden met betrekking tot ziekteactiviteit, zelfgerapporteerde pijn en radiologische schade. Op basis van deze evidence kan aerobe training gecombineerd met spierkrachttraining worden aanbevolen voor de dagelijkse praktijk bij patiënten met RA.

Hoofdstuk 7 beschrijft de resultaten van een andere Cochrane review met betrekking tot de effectiviteit en veiligheid van niet-gesuperviseerde oefenprogramma's bij patiënten met RA. De elf geselecteerde studies laten zien dat niet-gesuperviseerde oefenprogramma's (aerobe en spierkrachttraining) over het algemeen een positief effect hebben op het dagelijks functioneren en spierkracht in vergelijking tot geen interventie. Er is geen verschil in effect tussen een gesuperviseerd en niet-gesuperviseerd oefenprogramma (beiden aerobe en spierkrachttraining) met betrekking tot dagelijks functioneren. Een niet-gesuperviseerd oefenprogramma is echter wel minder effectief in vergelijking tot een gesuperviseerd oefenprogramma met betrekking tot aerobe capaciteit en spierkracht. Niet-gesuperviseerde oefenprogramma's die doelgericht zijn en zowel stretching als spierkracht oefeningen uitvoeren, blijken effectiever te zijn dan niet-gesuperviseerde oefenprogramma's die pijngericht zijn en alleen stretching oefeningen uitvoerd. In de studie die ziekteactiviteit, zelf-gerapporteerde pijn en radiologische schade hebben meegenomen zijn geen negatieve effecten gevonden. Op basis van deze evidence kan een gesuperviseerd oefenprogramma bestaande uit aerobe en spierkrachttraining worden aanbevolen. Na een bepaalde tijd van supervisie kan een niet-gesuperviseerd oefenprogramma echter wel worden overwogen.

Hoofdstuk 8 beschrijft een 1-jarige follow-up studie met betrekking tot een gerandomiseerde vergelijking tussen een geïndividualiseerd en een algemeen trainingsprogramma aangeboden door middel van internet. De resultaten laten zien dat de effectiviteit op het gebied van lichaamsbeweging bij patiënten met RA is behouden 12 maanden na de interventie, waarbij er geen significante verschillen tussen de geïndividualiseerde en algemene groep zijn gevonden. Ook zijn er geen significante verschillen gevonden binnen en tussen de twee programma's op het gebied van dagelijks functioneren en kwaliteit van leven, met uitzondering van

de Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) score in the geïndividualiseerde groep na follow-up in vergelijking tot baseline.

In *hoofdstuk 9* is de associatie tussen de mate van lichaamsbeweging en 1) de mate waarin patiënten met RA geloven dat lichaamsbeweging hun eigen gestelde doel is (autonome regulatie) of een doel gesteld door andere (gecontroleerde regulatie) en 2) de mate waarin patiënten met RA zich gesteund voelen door de reumatoloog in de verkregen zorg (autonome steun) onderzocht. De resultaten laten zien dat meer autonome regulatie significant geassocieerd is met meer lichaamsbeweging. Autonome steun is echter niet geassocieerd met de mate van lichaamsbeweging. Het gegeven dat de regulatiestijl van patiënten een significante determinant is voor lichaamsbeweging kan bijdragen aan de verdere ontwikkeling van interventies om lichaamsbeweging bij patiënten met RA te bevorderen.

De observationale studie beschreven in *hoofdstuk 10* onderzocht in hoeverre lichaamsbeweging wordt gepromoot door Nederlandse reumatologen, reumaverpleegkundigen en expert fysiotherapeuten bij patiënten met RA en in hoeverre de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen (NNGB; lichaamsbeweging met een matige intensiteit gedurende 30 minuten op minimaal 5 dagen per week) wordt gebruikt. De resultaten laten zien dat lichaamsbeweging wordt gezien als een belangrijk gezondheidsdoel voor patiënten met RA door reumatologen, reumaverpleegkundigen en fysiotherapeuten. De meerderheid van de zorgverleners acht de NNGB als haalbaar en veilig voor patiënten met RA, alleen niet voor patiënten met een hoge ziekteactiviteit. De NNGB wordt echter niet regelmatig gebruikt door de zorgverleners, en de meerderheid van de deelnemende zorgverleners heeft een behoefte aan scholing op het gebied van het bevorderen van lichaamsbeweging bij patiënten met reumatische aandoeningen.