

TNO-rapport

**INVENTARISATIE VAN CURSUSSEN EN/OF
VOORLICHTINGSINTERVENTIES OVER OMGAAN
MET ARTROSE**

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT VOOR
PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO

31 MEI 1994

POSTBUS 124, 2300 AC LEIDEN

IBISSTAMBOEKNUMMER

11798

PG-publikatienummer
94.029

April 1994

Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden
vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt
door middel van druk, fotokopie, microfilm
of op welke andere wijze dan ook, zonder
voorafgaande toestemming van TNO.

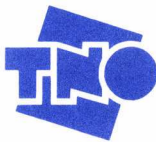
Indien dit rapport in opdracht werd
uitgebracht, wordt voor de rechten en
verplichtingen van opdrachtgever en
opdrachtnemer verwezen naar de
'Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks-
opdrachten aan TNO', dan wel de
betreffende terzake tussen partijen
gesloten overeenkomst.
Het ter inzage geven van het TNO-rapport
aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© TNO

L. van Hell
M. Hopman-Rock

Nederlandse organisatie voor
toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek

TNO-Gezondheidsonderzoek stelt zich ten doel bij te dragen
aan de verbetering van preventie en behandeling van ziekten
en afwijkingen door het toepasbaar maken van kennis op
medisch biologisch, psychosociaal en epidemiologisch
gebied ten behoeve van de volksgezondheid en de
gezondheidszorg.



Op opdrachten aan TNO zijn van toepassing de Algemene
Voorwaarden voor onderzoeksoopdrachten aan TNO,
zoals gedeponeerd bij de Arrondissementsrechtbank
en de Kamer van Koophandel te 's-Gravenhage.

INHOUD

SAMENVATTING	i
1. INLEIDING EN VRAAGSTELLING	1
2. WERKWIJZE	2
3. RESULTATEN	3
3.1 Inleiding	3
3.2 Cursussen en voorlichtingsinterventies in Nederland	4
3.3 Cursussen en voorlichtingsinterventies in het buitenland	8
3.4 Effecten van beweging en van voorlichting	17
4. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	21
LIJST VAN BENADERDE PERSONEN EN INSTELLINGEN	24
LITERATUUR	25
BIJLAGEN	29

SAMENVATTING

In het kader van een project over omgaan met artrose van het NIPG-TNO is een inventarisatie gemaakt van cursussen en/of voorlichtingsinterventies over omgaan met artrose. Deze inventarisatie is uitgevoerd door literatuur te bestuderen en deskundigen bij diverse organisaties op dit gebied te benaderen. Het blijkt dat er in Nederland bijna niets georganiseerd wordt voor mensen met artrose. Wel kan men eventueel participeren in de plaatselijke reumaverenigingen en meedoen aan hydro-therapie samen met patiënten met andere reumatische aandoeningen.

Zowel in Amerika als in Israël zijn voorlichtingsprogramma's opgezet en cursussen geëvalueerd voor mensen met artrose of met reumatoïde artritis, die dan meestal gezamenlijk worden benaderd.

Geconcludeerd wordt dat het zinvol lijkt om voor mensen met klachten door artrose een speciale Nederlandse interventie te ontwikkelen. Hierbij kunnen elementen uit buitenlandse cursussen en programma's worden gebruikt.

1. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

In het kader van het project 'Omgaan met artrose van knie en/of heup' van de afdeling Omgeving Gedrag en Gezondheid van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO is een inventarisatie gemaakt van cursussen en/of voorlichtingsinterventies voor mensen met artrose. De volledige titel van het project luidt: "Omgaan met Artrose van knie en/of heup; probleemanalyse en de ontwikkeling van een 'Leefstijlprogramma' als interventie-instrument." Het onderzoek wordt financieel ondersteund door het Nationaal Reumafonds en bestaat uit enkele onderdelen. Eerst is een veldonderzoek uitgevoerd bij een grote groep ouderen met in meer of mindere mate pijn in gewrichten, waarin onder andere coping, beperkingen en lichamelijke activiteiten onderzocht zijn. Na de onderhavige inventarisatie zal een korte studie gedaan worden naar de determinanten van gedrag met betrekking tot de intentie tot het deelnemen aan een nog te ontwikkelen leefstijlprogramma.

In dit verslag zal de volgende vraagstelling beantwoord worden:

"Welke interventiemogelijkheden zijn er (ondermeer op het gebied van bewegingsoefeningen en ondersteuningsgroepen van lotgenoten), welke ingepast zouden kunnen worden in een te ontwikkelen 'leefstijlprogramma' voor mensen met artrose?"

Het doel is een beeld te krijgen van de initiatieven en resultaten die op dit gebied in Nederland bekend zijn, om daarmee dubbel werk in de toekomst te voorkomen. Het uiteindelijke doel van het project is namelijk het ontwikkelen van een leefstijlprogramma, mogelijk in de vorm van een cursus, voor oudere mensen met artrotische gewrichtsklachten. Verder kan onderzoek gerapporteerd in de (buitenlandse) vakliteratuur globaal een beeld geven van de effectiviteit van interventies die elders opgezet zijn.

In het volgende hoofdstuk wordt de gevolgde werkwijze beschreven, vervolgens worden in hoofdstuk 3 de resultaten gepresenteerd. In hoofdstuk 4 volgen de conclusies en aanbevelingen. Het verslag wordt afgesloten met een lijst van benaderde personen en organisaties alsmede een literatuurlijst.

2. WERKWIJZE

Globaal gesproken zijn twee werkwijzen toegepast, namelijk benadering van organisaties of personen (voornamelijk telefonisch) en bestudering van literatuur.

Aan de deskundigen/informanten die (telefonisch) benaderd zijn, is gevraagd of zij zelf betrokken of op de hoogte zijn van initiatieven op het gebied van cursussen of voorlichtingsinterventies aan mensen met artrose.

Bij het zoeken naar literatuur is voornamelijk gewerkt met de zgn. 'sneeuwbalmethode', dat wil zeggen dat de literatuurverwijzingen van reeds in bezit zijnde artikelen nagezocht zijn op mogelijk relevante artikelen. Ook is een literatuursearch uitgevoerd op naam van enkele auteurs, van wie reeds een artikel in bezit was. Zoeken op trefwoord bleek niet goed mogelijk omdat allerlei verschillende aanduidingen gebruikt worden voor het onderwerp waarnaar gezocht is. Dit leverde ongeveer 15 artikelen op, die besproken worden in paragraaf 3.3 en 3.4.

In eerste instantie bleef het zoeken naar literatuur en naar interventies beperkt tot artrose (osteoartritis, afgekort tot OA), maar er bleek in Nederland praktisch niets opgezet te zijn voor mensen met OA. In het buitenland bleek dit ook zo te zijn. In de VS zijn er wel interventies ontwikkeld die bedoeld zijn voor alle mensen met 'artritis'. Hieraan kunnen naast mensen met artrose ook mensen met reumatoïde artritis meedoen. Materiaal van deze interventies is vertaald in het Nederlands, maar hier alleen toegepast bij patiënten met reumatoïde artritis (RA). In hoofdstuk 4 wordt aandacht besteed aan voor- en nadelen van het benaderen van zowel OA- als RA-patiënten.

3. RESULTATEN

3.1 Inleiding

De resultaten van de inventarisatie zijn nogal uiteenlopend van karakter. In een poging de informatie duidelijk te presenteren is de volgende onderverdeling ontstaan:

1. cursussen en voorlichtingsinterventies in Nederland;
2. cursussen en voorlichtingsinterventies in het buitenland;
3. literatuuroverzichten en meta-analyses over effecten van beweging en van voorlichting aan mensen met reumatische aandoeningen (OA en RA).

Achtereenvolgens worden hieronder de resultaten van de inventarisatie besproken in de volgorde van bovenstaande indeling. In paragraaf 3.2 komen de volgende Nederlandse organisaties en instellingen, die benaderd zijn voor informatie over mogelijke interventies, aan bod:

- *kruisverenigingen;*
- *Unie van Katholieke Bonden van Ouderen (dit is de grootste ouderenbond);*
- *Stichting Teleac;*
- *gezondheidscentra;*
- *reumapatiëntenverenigingen;*
- *reumaconsulentes (en Nederlandse vereniging van verzorgenden in de Reumatologie);*
- *Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid;*
- *Patiënten Service Bureaus.*

Aan het eind van deze paragraaf worden zelf-hulpboeken behandeld.

In de internationale literatuur zijn een aantal voorlichtingsprogramma's of cursussen gevonden, die buiten Nederland zijn opgezet. Veelal ging het om een wetenschappelijke evaluatie van een interventie. Achtereenvolgens komen in paragraaf 3.3 de volgende interventies en de resultaten ervan aan bod:

- *cursus met behulp van computers;*
- *telefonische hulpdienst;*
- *aanleren van bewegingsoefeningen;*
- *gecombineerde interventie voor OA- en RA-patiënten in Israël;*
- *Arthritis Self-Management Program (ASMP);*
- *groepsprogramma, gebaseerd op het ASMP;*
- *Bone Up On Arthritis;*
- *SMILE (So Much Improvement with a Little Exercise) Program.*

Tenslotte zijn enkele artikelen en één meta-analyse over de effecten van bewegingsoefeningen en van voorlichting aan mensen met reumatische aandoeningen gevonden. Deze zijn in paragraaf 3.4 samengevat.

3.2 Cursussen en voorlichtingsinterventies in Nederland

Kruisverenigingen:

De laatste jaren worden bij kruisverenigingen en instellingen voor thuiszorg meer en meer cursussen georganiseerd over allerlei met de gezondheid samenhangende onderwerpen. Het Landelijk Centrum GVO (Utrecht) houdt zich bezig met standaardisatie van deze cursussen. Er was daar niets bekend over een cursus met als onderwerp 'gewrichtsklachten' of 'artrose'. De overkoepelende organisatie, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg te Bunnik houdt zich niet bezig met deze activiteit van de kruisverenigingen. De kruisverenigingen Gouda, Delft en Assen, die tamelijk ver zijn op het gebied van cursussen, hebben ook geen cursus met als onderwerp 'gewrichtsklachten'. De diëtiste van de kruisvereniging Gouda heeft wel eens een lezing gehouden over reuma in relatie tot voeding. Daarbij heeft ze onder andere richtlijnen voor goede voeding behandeld, om mensen te helpen bij gewichtsvermindering en tegenwicht te bieden aan alternatieve genezers met hun voedingsvoorschriften.

Unie van Katholieke Bonden van Ouderen:

Deze grootste bond van ouderen organiseert verschillende cursussen, maar deze zijn wat algemener van aard dan alleen het onderwerp 'reuma' of 'artrose'. Er zijn bijvoorbeeld een aantal bijeenkomsten over het onderwerp 'Van kiezen word je beter', met als thema's: geestelijke gezondheidszorg, medicijngebruik, operatie, slapen, zelfstandig wonen en tips voor patiënten. Het doel is de ouderen meer bewust te maken van keuzen met betrekking tot hun eigen gezondheid. Van andere bonden is niet bekend dat zij systematisch cursussen organiseren.

Stichting Teleac:

In 1983 heeft de Stichting Teleac een cursus van 4 tv- en 4 radio-uitzendingen verzorgd, getiteld: 'Reuma'. Het boek is nog verkrijgbaar voor f29,50 en ook in een aantal openbare bibliotheken te leen. In deze cursus lag de nadruk op RA, maar er zijn ook vergelijkingen gemaakt met OA en andere vormen van reuma. Een evaluatie is uitgevoerd, deze is ter inzage bij Teleac. Volgens een medewerkster van Teleac waren de deelnemers erg positief over de cursus in het algemeen.

Gezondheidscentra:

De Landelijke Vereniging voor Gezondheidscentra (Utrecht) organiseerde op 11 mei 1993 een werkconferentie over artrose. De bedoeling van een dergelijke werkconferentie was om te komen tot werkafspraken voor gezondheidscentra (Wouterlood en Van Rijen, 1993). Een fysiotherapeut van een gezondheidscentrum in Utrecht laat groepjes mensen met artrose uit de wijk samen in een verzorgingshuis oefenen. Hier zijn goede resultaten mee bereikt, mede door het sociale aspect wat de mensen stimuleert om goed mee te doen. Individuele fysiotherapeutische behandeling is dan meestal niet meer nodig. Bij de LVG heeft men de indruk dat dit gezondheidscentrum in Utrecht de enige plaats is waar mensen met artrose op deze manier worden 'behandeld'. Bij een bezoek aan het bovengenoemde centrum is gesproken over deze interventie en de resultaten ervan. Ook is een kijkje genomen in het verzorgingshuis waar de mensen met behulp van een aantal fitness-toestellen oefenen. Het initiatief is ontstaan vanuit de bejaardengymnastiek, waar men iets wilde doen voor mensen met specifieke aandoeningen. Ongeveer 6 jaar geleden startte men met het oefenen in kleine groepjes, waardoor men tevens de werkdruk van de fysiotherapeut wilde verminderen. De therapie-trouw bij de patiënten kan verhoogd worden door deze manier van werken, in vergelijking met symptomatische therapie. Het belangrijkste resultaat van het werken in groepjes is dat de patiënt een actievere houding krijgt ten aanzien van zijn/haar aandoening en dat de pijnklacht verdwijnt. Verder treedt een conditieverbetering op en wordt de beweeglijkheid groter. Door het contact met elkaar relativeert men de eigen problemen en gaat het in algemeen opzicht beter. Sommige patiënten kwamen voorheen weinig het huis uit en hadden thuiszorg nodig. In vergelijking met hydro-therapie (oefeningen in warm water onder leiding van een fysiotherapeut) worden de mensen meer functioneel getraind, afhankelijk van de specifieke problemen die mensen met bepaalde handelingen hebben. Er is geen wetenschappelijke evaluatie uitgevoerd.

Een probleem bij het uitwerken en opzetten van een dergelijke interventie is dat er apparatuur en dergelijke aanwezig moet zijn, wat soms financieel moeilijk te realiseren valt. Toch zal deze werkwijze in de toekomst besparend werken, dus is het zinvol er nu in te investeren, aldus de behandelende fysiotherapeut.

Reumapatiëntenverenigingen:

De Nederlandse Bond van Verenigingen van Patiënten met Reumatische Aandoeningen (Amersfoort) is het overkoepelende orgaan van reumapatiëntenverenigingen verspreid over het hele land. Het blad 'In Beweging' wordt door hen uitgegeven. In 1992 heeft de Bond in Apeldoorn een speciaal congres over artrose voor patiënten georganiseerd. Tijdens het congres werd voorlichting gegeven over ontstaan en behandeling van artrose. De Bond heeft geen overzicht van activiteiten welke door de verschillende

plaatselijke verenigingen worden georganiseerd. Zij gaven de suggestie om bij de grootste verenigingen te informeren.

Er is geïnformeerd bij enkele grote verenigingen, namelijk Breda, Groningen, Leeuwarden en Rotterdam. Gevraagd is of er ook activiteiten speciaal voor mensen met artrose opgezet worden. Bestuursleden van deze vier verenigingen hadden in feite hetzelfde verhaal. Men weet niet welk percentage van de leden artrose heeft (bestuurslid uit Rotterdam denkt dat het grootste deel van de 850 leden artrose heeft). Eén van de belangrijkste activiteiten is het organiseren van oefengroepen in warm water onder leiding van een fysiotherapeut (hydro-therapie). Verder worden allerlei activiteiten voor de ontspanning of met een voorlichtend karakter georganiseerd, bijv. creatieve middagen, bingo- en klaverjasavonden, uitstapjes, lezingen. Deze activiteiten zijn voor alle leden bedoeld. In Rotterdam adviseren en helpen twee ombudsvrouwen (vrijwillig) bijvoorbeeld bij de aanvraag van hulpmiddelen. Huisartsen attenderen artrosepatiënten zelden of nooit op de reumapatiëntenverenigingen omdat ze vinden dat deze patiënten daar niet thuishoren. Anderen vinden echter dat artrosepatiënten wel degelijk van het bestaan van deze verenigingen op de hoogte moeten worden gebracht. Ook kunnen artrosepatiënten bij de patiëntenvereniging begrip vinden voor hun klachten en in contact komen met lotgenoten, al dan niet in georganiseerd groepsverband, zoals bijvoorbeeld een zwemgroep (Wouterlood en Van Rijen, 1993).

Reumaconsulentes (en Nederlandse vereniging van verzorgenden in de Reumatologie):

Sinds enkele jaren is er een nieuwe functie binnen de reumazorg: de reumaconsulente. Zo'n consulente draagt zorg voor de sociale en psychische begeleiding van de reumapatiënt (meestal met RA). De werkzaamheden omvatten een breed terrein: individuele voorlichting over het aanbod van zorgmogelijkheden, zodat angst en onzekerheid worden weggenomen, vraagbaak voor praktische problemen, contactpersoon naar allerlei instanties (bijvoorbeeld GMD, gezinszorg, ergotherapie, woningbouwvereniging) en een rol als vertrouwenspersoon (Van Harten, 1992).

Er is contact gezocht met enkele reumaconsulentes om te vragen of zij op de hoogte zijn van cursussen of voorlichtingsinterventies voor mensen met artrose.

Volgens een reumaconsulente in Zuid-Limburg zijn er in Heerlen plannen om groepsgewijs te gaan werken om het zelfstandig functioneren van RA-patiënten te verbeteren. Dit zou breed van opzet moeten zijn, met inbreng van een ergotherapeut, fysiotherapeut, maatschappelijk werkster en een psycholoog. Voorlopig ligt het accent van het werk van een reumaconsulente op de individuele begeleiding. Er is geen aparte aandacht voor OA-patiënten. Verder werd verwezen naar het Revalidatiecentrum Hoensbroek en de Sint Maartenskliniek in Nijmegen.

Door andere reumaconsulentes zijn groepsbijeenkomsten voor RA-patiënten en hun partners georganiseerd. Het doel hiervan is het beter omgaan met de ziekte (RA) en een betere gesprekspartner worden van de arts. Het contact van patiënten onderling wordt ook belangrijk geacht. Onderwerpen die in dergelijke bijeenkomsten aan de orde gesteld worden, zijn onder andere: medische informatie, fysio- en ergotherapie, psycho-sociale aspecten, aanvragen van voorzieningen. Ervaringen met dergelijke interventies opgedaan zouden eventueel bruikbaar kunnen zijn bij het opzetten van interventies voor mensen met OA.

Verder is er een Nederlandse vereniging van verzorgenden in de Reumatologie (NvvvR), die een info-blad naar haar leden stuurt. De suggestie werd gedaan hierin een oproep om informatie over voorlichtingsprogramma's voor artrose-patiënten te laten opnemen. Dit is inderdaad gebeurd (zie bijlage 1). Er is naar aanleiding van dit berichtje één reactie gekomen van een verpleegkundig specialist die een literatuurstudie over dit onderwerp heeft uitgevoerd. Zij had slechts één artikel over groepsvoorlichting aan reuma-patiënten gevonden.

Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid:

Het NISG (Oosterbeek) onderzoekt de mogelijkheden om te sporten voor mensen met chronische ziekten, waaronder artrose. Op dit moment is men bezig met een consensus over 'artrose, bewegen en sport'. Doel hiervan is te komen tot overeenstemming voor advisering op het gebied van sport aan mensen met artrose. Men is niet op de hoogte van cursussen of bewegingsinterventies die in het kader van deze inventarisatie gezocht worden.

Patiënten Service Bureaus:

Enkele patiënten service bureaus van grote ziekenhuizen zijn gebeld, om te informeren of zij wel eens speciaal aandacht besteden aan artrose of reuma.

Alleen het Academisch Ziekenhuis Utrecht heeft een keer een tentoonstelling ingericht in het kader van de 'reuma-week'. In de hal van het ziekenhuis waren enkele hulpmiddelen uitgestald, er was wat voorlichtingsmateriaal neergelegd en er hing een poster van de reumavereniging. Deze tentoonstelling was niet speciaal gericht op mensen met artrose.

Bij de verschillende bureaus waren folders, onder andere uit de serie 'Reuma en u' van de Nederlandse Vereniging voor Reumabestrijding, aanwezig.

Zelf-hulpboeken:

In openbare bibliotheken staan vaak één of enkele boeken over artrose of reuma. Deze boeken geven vaak medische achtergrondinformatie, informatie over mogelijke behandelingen en adviezen voor zelf-hulp (bijvoorbeeld Van der Korst, 1983; Barnard, 1985; Thomann, 1990; Huiskes en Bijlsma, 1992). Patiënten of familieleden kunnen hiermee zelf aan de slag, ook als het (nog) niet nodig is een arts te raadplegen of als aanvulling op de medische zorg.

Het boek (Van der Korst, 1983) dat naar aanleiding van de Teleac-cursus is uitgegeven is nogal medisch van opzet. De nadruk ligt op de diagnostiek en behandeling van reuma. Aan bewegingsoefeningen of sport wordt geen aandacht besteed, maar wel aan reumapatiëntenverenigingen. Het boek van Thomann is een vertaling uit het Duits. Heel duidelijk wordt hierin uitgelegd hoe men zijn/haar gewrichten het best kan behandelen en beschermen om artrose te voorkomen of verergering van de klachten tegen te gaan.

Het boek van Barnard bevat heel duidelijke aanwijzingen voor het doen van bewegingsoefeningen speciaal voor reumapatiënten. Deze oefeningen zijn zo gemaakt dat ze het gewricht zijn normale bewegingsmogelijkheden geven door het soepel en beweeglijk te houden zonder het te belasten of het abnormale verdraaiingen te laten uitvoeren (zie een voorbeeld in bijlage 2). Verder geeft het (verouderde) informatie over verenigingen en hulpmiddelen.

De brochures van het Reumafonds in de serie 'Reuma en u' zijn vrij makkelijk verkrijgbaar. Elk deel van deze serie behandelt in een bestek van ongeveer 30 bladzijden een vorm van reuma. In 'Arthrosis deformans en wat dat voor u betekent' wordt de aandoening beschreven en wat er aan te doen is. Daarbij komt eerst aan de orde wat men zelf kan doen, namelijk leren ermee omgaan (met adviezen voor rust en activiteiten, warmte, voeding, oefenen, bedden en stoelen). Daarna wordt besproken wat de huisarts, fysiotherapeut of specialist kan doen.

Een andere brochure 'Samen staan we sterker' bevat een aantal verhalen van patiënten met verschillende reumatische aandoeningen. Dit kan de patiënt een (psychisch) steuntje in de rug geven: het gevoel dat hij/zij niet de enige is met deze klachten.

3.3 Cursussen en voorlichtingsinterventies in het buitenland

Hieronder zijn enkele artikelen samengevat die gaan over cursussen of voorlichting aan mensen met artrose en/of reumatoïde artritis, voornamelijk uit de internationale tijdschriften.

Cursus met behulp van computers:

In de VS is een interventie ontwikkeld die met behulp van computers gegeven wordt. Voor RA-patiënten was dit al effectief gebleken, zodat men nu wilde onderzoeken hoe een soortgelijke interventie werkt bij artrose-patiënten, die gemiddeld ouder zijn (Rippey, 1987).

Voorlichting via een computer heeft als voordeel dat het de patiënt actiever (dan een folder bijvoorbeeld) bij het onderwerp betreft en minder arbeidsintensief is dan persoonlijke instructie. Doel van de studie:

1. ontwikkelen van een aantal computer-gestuurde lessen over artrose voor ouderen;
2. veranderen van gedrag en kennis van de patiënt door middel van de lessen.

Zesenzeventig ouderen in de leeftijd van 52 tot 88 jaar deden mee.

Acht lessen zijn ontwikkeld over de volgende onderwerpen: introductie van de computer, overzicht van de ziekte, medicatie, oefening, communicatie, coping en ontspanning, alternatieve geneeswijzen en thuishits/hulpjes.

Kennis, gedrag, attitude van de patiënt ten aanzien van oorzaken van ziekte zijn gemeten in een pretest en een posttest. Verder is er geobserveerd tijdens de lessen.

De kennis van de proefpersonen was significant toegenomen, eerder zijn er significante pretest-posttest veranderingen in het feitelijke gedrag gevonden. Dit betrof gebruik van warmte, ontspanningsoefeningen, artrose-oefeningen en rust. Als 'controle-gedrag' waren massage en zwemmen toegevoegd (hierover was in de lessen niets gezegd), waarin geen significante verandering zichtbaar was.

Wat betreft de attitude van de patiënt: hierin werd geen verandering gevonden.

De opmerkingen die tegen de observators zijn gemaakt, waren zeer positief. De proefpersonen vonden de lessen leuk. Slechts één proefpersoon had moeilijkheden met het gebruik van de computer, wat veroorzaakt werd door slechte ogen. De onderwerpen waar de proefpersonen het meest aan hadden, waren: oefening, coping en gezondheidstips voor thuis.

Telefonische hulpdienst:

Weinberger et al. (1989) verdeelde 439 artrose-patiënten over drie interventiegroepen en één controlegroep. De hypothese was dat het verstrekken van informatie de functionele status van de patiënt kan verbeteren. De controlegroep onderging de gebruikelijke medische controle. De telefoongroep werd elke maand gebeld, waarbij ze ook aan hun afspraak met de arts herinnerd werden. Eén groep kreeg alleen informatie tijdens hun gebruikelijke bezoeken aan de kliniek en de laatste groep onderging beide interventies (telefoon en kliniek). Aan het begin en na de interventie werden demografische variabelen en de functionele, sociale en psychologische status gemeten. De telefoon-interventie bleek een significant positief effect te hebben op de functionele status en op pijn vergeleken

met de controle-groep. De respondenten uit de klinische groep leken wat betreft het functioneren achteruit te zijn gegaan. De conclusie van dit onderzoek luidt dat telefonische interventie bij OA-patiënten geschikt lijkt om de functionele status te verhogen en het brengt niet al te hoge kosten met zich mee.

Maisiak et al. (1990) namen telefonisch interviews af bij 305 mensen 2-4 maanden na hun eerste contact met een telefonische informatiedienst voor artritis. Via de telefoon kan informatie verstrekt worden en mensen kunnen aangemoedigd worden actie te ondernemen. Doel van het onderzoek:

1. schatten van het percentage gebruikers, dat positieve acties voor de gezondheid onderneemt na contact met de telefoondienst;
2. inventariseren welke acties werden toegeschreven aan contact met de telefoondienst;
3. identificeren van de gebruikers, die het meest geneigd zijn actie te ondernemen.

In het interview werd gevraagd naar ondernomen acties na het telefooncontact met de hulpdienst en of deze actie het gevolg hiervan was. De meest gerapporteerde gezondheidsacties waren: het beter volgen van de voorschriften van de arts en het stellen van meer vragen aan de arts. Het percentage respondenten dat minimaal één actie ondernam naar aanleiding van de telefonische hulpdienst was 79%. De resultaten wijzen erop dat een 'minimale' interventie als een telefonische hulpdienst positieve gevolgen kan hebben. Het is echter mogelijk dat het effect van sociaal-wenselijke antwoorden op de vragen mee heeft gespeeld in het positieve resultaat.

Gecombineerde interventie voor OA- en RA-patiënten in Israël:

De Fleishman Unit for the Study of Disability in Israël heeft een programma voor artritis-patiënten opgezet en geëvalueerd. Het doel ervan was het effect van een continue revalidatie voor zelfstandig wonende patiënten te bestuderen, waarbij een toename is beoogd van kennis over de ziekte en behandeling, aanmoediging van oefeningen voor verbetering van functionele status en psycho-sociale steun. Het programma bestond uit medische begeleiding en groepstherapieën:

- fysio- en hydro-therapie om spieren te versterken en gewrichten beweeglijker te maken;
- ergotherapie: vaardigheden in verband met ADL, toepassen van spalken en andere hulpmiddelen, oefeningen van vingers en hand, energieverbruik verminderen en versimpelen van werk;
- psycho-sociale hulpverlening om gevolgen van de ziekte te verlichten (eenzaamheid, depressie, angst);
- medische follow-up en groepstherapie (oefeningen om technieken te leren en emotionele steun).

Wijkverpleegkundigen en ergotherapeuten adviseerden tijdens huisbezoeken over aanpassingen in huis.

Drie metingen zijn verricht: de eerste voor de uitvoering van het programma, de tweede direct na afloop van het programma en de derde zes maanden later. Dit gebeurde met behulp van de AIMS (Arthritis Impact Measurement Scales), lichamelijk onderzoek en demonstratie van activiteiten. Tussen de laatste twee metingen werd de patiënt geacht zelf-hulp technieken toe te passen die tijdens de cursus geleerd zijn. Periodiek assisteerde een wijkverpleegkundige hierbij.

De 80 patiënten hadden een gemiddelde leeftijd van 55 jaar. Verdeeld naar verschillende vormen van reumatische aandoeningen had 43% RA, 24% ankylosing spondylitis, 22% OA en 11% andere reumatische aandoeningen. Na afloop van het programma zijn significante verbeteringen te zien op verschillende gebieden: lopen en bukken, arm-functie, zelf-zorg, huishoudelijke taken, werk, spanning, stemming en tevredenheid met gezondheid. Ook is een vermindering van het gebruik van pijnstillende medicijnen geconstateerd. Geen verbetering was zichtbaar op de gebieden hand- en vinger-functie, sociale activiteit, gezinssteun en pijn. De meeste deelnemers waren na 6 maanden nog met zelf-revalidatie bezig en hadden hun verbeterde functionele status gehandhaafd. Degenen die het niet volgehouden hebben vertoonden een verslechtering van hun lichamelijk functioneren in vergelijking met de meting net na het programma. Geconcludeerd wordt dat dit nieuwe model van continue revalidatie voor mensen met artritis die zelfstandig wonen geresulteerd heeft in significante verbeteringen en handhaving van de functionele status en kwaliteit van leven. Verder is de inter- en transdisciplinaire coördinatie tussen revalidatie-deskundigen onder elkaar en met eerstelijnsverleners versterkt. De directie van het revalidatiecentrum heeft besloten het programma op te nemen in de dienstverlening.

Arthritis Self-Management Program (ASMP):

In 1978 zijn Lorig en anderen (1992) begonnen met een voorlichtingsprogramma voor patiënten met reumatische aandoeningen. Het doel was een goedkoop, community-based programma te ontwikkelen dat de gezondheidsstatus zou verbeteren (pijn, handicap en depressie verminderen) en de vraag naar medische zorg reduceren.

Zes weken lang worden bijeenkomsten gehouden van twee uur, waaraan 15-20 patiënten, eventueel met hun partners of vrienden, kunnen deelnemen. De cursus wordt gegeven door koppels van getrainde leken waarvan minstens één van beiden artritis heeft. Oorspronkelijk was de inhoud van de cursus:

- medische informatie;
- informatie over medicijnen;
- helpen van participanten om persoonlijke bewegings- en pijnmanagementprogramma's te ontwikkelen;

- dokter-patiënt relatie;
- voeding;
- goed gebruik van gewrichten.

De cursus wordt op een interactieve manier gegeven, met nadruk op brainstormen, demonstratie en probleemoplossen. Alle participanten krijgen een 'Arthritis Helpbook' met begeleidende tekst voor de cursus (zie bijlage 4).

Vóór de cursus, na 4, 8 en 20 maanden zijn metingen uitgevoerd (Lorig et al., 1986). Gekeken is naar kennis, zelf-management gedrag (oefening en relaxatie), gezondheidsstatus (pijn, handicap en depressie) en gebruik van gezondheidszorg. Voor het evaluatie-onderzoek is gewerkt met een controle-groep, die 4 maanden later met de cursus begon. Kennis en gedrag zijn significant toegenomen en pijn was 4 maanden na de interventie verminderd. Deze verbeteringen bleven ook na 20 maanden nog zichtbaar. Verwacht was dat er sterke associaties zouden zijn tussen verandering van gedrag en verandering van gezondheidstoestand. Die deden zich echter niet voor. De mechanismen waarlangs de verbetering ontstond waren dus onduidelijk. Ook na een tweede studie, met uitgebreidere data-analyse bleef de verklaring voor de verbeterde gezondheidstoestand onduidelijk (Lorig et al., 1989).

Door middel van kwalitatieve interviews met 25 participanten die minder pijn hadden na de cursus en met 25 mensen die geen verandering in pijn hadden, is naar een verklaring gezocht.

De belangrijkste informatie die op deze wijze verkregen werd, is dat de mensen die minder pijn hadden, het gevoel hadden dat ze meer controle over de symptomen hadden, terwijl de anderen voelden dat ze er maar weinig aan konden doen (en dat het zinloos is te proberen iets te verbeteren). Er is gezocht naar een psychologische theorie, waarmee dit concept van 'control' meer uitgewerkt kan worden. Een passende theorie bleek het 'self-efficacy' concept van Bandura te zijn. Daarbij gaat het om iemands overtuiging dat hij/zij een bepaald gedrag kan uitvoeren of een cognitieve toestand kan verwerven. Self-efficacy is gedragsspecifiek en voorspelt gedeeltelijk toekomstig gezondheidsgedrag. Verder kan de self-efficacy vergroot worden met behulp van een aantal strategieën. Een schaal is ontwikkeld om self-efficacy, gerelateerd aan artritis, te meten. Met dezelfde cursusopzet is een nieuwe studie gedaan waarin ook de self-efficacy van de participanten gemeten is. Gevonden werd dat self-efficacy de toekomstige gezondheidsstatus voorspelde en dat veranderingen in self-efficacy geassocieerd zijn met veranderingen in gezondheidsstatus (Lorig et al., 1989).

De volgende stap was dat de ASMP uitgebreid is met strategieën om de self-efficacy te vergroten:

- het afsluiten van contracten met betrekking tot bepaald gedrag, door elke participant individueel bepaald, dat in de komende week uitgevoerd zal worden. Aan het eind moet ingevuld worden hoe overtuigd de participant is dat hij/zij het gedrag zal volbrengen. Indien minder dan 70% is aangegeven, werd het contract terzijde gelegd. Het werkelijk uitvoeren van het beoogde gedrag

vergroot de self-efficacy. Aan het eind van de bijeenkomsten wordt besproken wat iedereen bereikt heeft;

- rolmodellen versterken de self-efficacy. In de cursus wordt dit gebruikt door tenminste één leider te hebben met artritis, de participanten met elkaar te laten discussiëren of probleem oplossen en door de wijze waarop het cursusboek geschreven is;
- herinterpreteren van symptomen en veranderen van (verkeerde) overtuigingen (attributie);
- overhalen tot gedragsverandering door het succes van anderen.

Deze nieuwe versie van de ASMP liet betere resultaten met betrekking tot de gezondheidsstatus, self-efficacy en depressie zien dan de oorspronkelijke.

De lange-termijn effecten van het programma zijn ook bestudeerd. Herhalingsbijeenkomsten bleken het positieve effect niet te versterken. Metingen vier jaar na het meedoen aan de ASMP bij 224 deelnemers laten zien dat men nog steeds minder pijn ervaarde, dat de self-efficacy was toegenomen en bezoeken aan artsen waren afgenomen (vergeleken met de voormeting). Dit ondanks het voortschrijden van de aandoening bij de meesten. De kosten voor de cursus zijn laag vergeleken met de kosten die gemaakt worden in de gezondheidszorg voor mensen met artritis: er kan veel geld bespaard worden als alle mensen met artritis de ASMP zouden volgen!

De ASMP is ook verspreid in Canada en Australië en er zijn aanwijzingen dat soortgelijke resultaten behaald worden als in Californië (Lorig en Holman, 1993). In Nederland is de cursus vertaald en aangepast door de Vakgroep Psychologie van de Universiteit Twente (zie hieronder).

Groepsprogramma, gebaseerd op het ASMP:

Na een uitvoerige studie van de ziektelast van reumatoïde artritis en bestudering van zelf-management bij RA, hebben medewerkers van de Vakgroep Psychologie van Universiteit Twente een groepsprogramma ontwikkeld voor patiënten met RA. Dit programma wordt hier besproken omdat het gebaseerd is op het hiervoor besproken 'Arthritis Self-Management Program'. Het ASMP is vertaald in het Nederlands en aangepast en geëvalueerd voor gebruik bij RA-patiënten. Twee opvallende verschillen zijn: de ASMP wordt gegeven door leken die een training hebben gevolgd en het Nederlandse groepsprogramma wordt door professionals verzorgd. Het tweede verschil is dat de deelnemers aan het groepsprogramma individuele begeleiding van een fysiotherapeut kregen, die met hen een individueel programma van bewegingsoefeningen opstelde, terwijl in de ASMP oefeningen werden aangeleerd door de hele groep.

Het algemene doel van het ontwikkelde model is het versterken van de zelf-management vaardigheden van RA-patiënten hetgeen uiteindelijk dient te leiden tot een betere fysieke en psychosociale gezondheidstoestand.

In het groepsprogramma, dat vijf bijeenkomsten omvatte, stond het oefenen van vaardigheden voorop en niet overdracht van kennis. Hiertoe zijn zelf-management, pijnbeheersing, ontspanningsoefeningen, omgaan met depressie en dergelijke behandeld. Concrete doelen zijn nagestreefd en in contracten vastgelegd zodat de patiënten gestimuleerd werden zelf thuis te oefenen (zie bijlage 3). Aan het begin van elke bijeenkomst zijn de behaalde resultaten en problemen besproken. Partners van de deelnemers mochten meekomen naar de groepsbijeenkomsten. De deelnemers ontvingen een werkboek met informatie over de bijeenkomsten (Taal et al., 1991b), een zelf-hulpboek (Taal et al., 1991c), verschillende brochures over RA en een geluidscassette met ontspanningsoefeningen.

Het groepsprogramma is geëvalueerd in een veld-experimentele opzet met een experimentele en een controlegroep (Taal et al., 1992). Beide groepen kregen individueel begeleiding van een fysiotherapeut, maar alleen de experimentele groep nam deel aan het groepsprogramma. Aan het onderzoek hebben 75 patiënten meegedaan in de leeftijd van 21 tot 65 jaar, waarvan uiteindelijk de gegevens van 27 patiënten uit de experimentele en van 30 in de controlegroep gebruikt konden worden. Metingen bestonden uit schriftelijke vragenlijsten (vooraf, na elke groepsbijeenkomst, na 6 weken, na 4 en na 14 maanden), klinisch onderzoek door een arts (vooraf, na 4 en na 14 maanden) en laboratoriummetingen.

De bijeenkomsten en de programmaonderdelen werden over het algemeen door de patiënten als vrij zinvol tot zeer zinvol beoordeeld. Ook het totale groepsprogramma werd zeer positief beoordeeld. Een ruime meerderheid zou andere RA-patiënten willen aanraden om ook aan het programma deel te nemen en de meesten vonden dat het op grote schaal zou moeten worden ingevoerd. Ook ruim een jaar na het programma heeft de meerderheid nog een positief oordeel over het programma. De patiënten blijken niet vaak iets te hebben nagelezen in het uitgereikte materiaal (de meesten hebben het gelezen in of net na de periode van het groepsprogramma).

Eén week na de interventie zijn significant gunstige effecten gemeten op kennis, uitkomstverwachtingen, uitvoeren van lichamelijke en ontspanningsoefeningen en zelfmanagement gedrag. Wat betreft de gezondheidstoestand is er alleen een zwak gunstig effect op de functionele beperkingen gemeten. Voor pijn, sociale activiteiten, depressie en artritis-impact zijn er geen effecten van de groepsvoorlichting. Na veertien maanden zijn er nog positieve effecten op kennis, uitvoeren van lichamelijke oefeningen en op de uitvoerbaarheidsverwachtingen. Voor alle andere variabelen zijn er na 14 maanden geen significante effecten van de voorlichting meer.

Op korte termijn heeft de voorlichting zeker tot een duidelijke versterking van zelf-management gedrag geleid. Het ambitieuze doel dat het groepsprogramma voor patiënten met RA kan leiden tot een betere gezondheidstoestand is slechts ten dele bereikt.

Bij implementatie dient volgens de onderzoekers meer aandacht besteed te worden aan het behoud van effecten op langere termijn. Dit kan door één of meer herhalingsbijeenkomsten te houden en enkele maanden na afloop van de groepsbijeenkomsten. Ook verdient het aanbeveling om deelnemende patiënten te stimuleren hun partner mee te nemen. Het onderzoek geeft aanwijzingen dat het deelnemen van de partner aan de bijeenkomsten ook leidt tot het behoud en versterking van effecten.

Bone Up On Arthritis:

Gebaseerd op het ASMP, is het programma 'Bone Up On Arthritis' ontwikkeld speciaal voor gebruik in de onderontwikkelde gebieden van de VS (bijvoorbeeld met veel analfabetisme). Dit programma kent twee varianten een 'home study' (HS) model en een 'small group' (SG) model. In een studie (Goeppinger et al., 1989) zijn deze twee varianten met elkaar vergeleken, de effectiviteit van de voorlichting voor een specifieke doelgroep (mensen met artritis in plattelandsgebieden) is geëvalueerd en variabelen die de relatie nagaan tussen impact (zoals kennis, zelf-hulpgedrag en gepercipieerde hulpeloosheid) en klinische uitkomsten (zoals pijn, depressie en functie) zijn onderzocht. Ook zijn de beïnvloedende factoren van informele sociale steun en vrijwillige keus of willekeurige indeling in één van de twee modellen bekeken.

Aan de interventie deden 374 respondenten mee en na twaalf maanden was er een follow-up. De interventie had een significant positief effect op kennis over artritis, zelf-management gedrag, gepercipieerde hulpeloosheid en pijn. Deze uitkomsten waren niet afhankelijk van opleidingsniveau, diagnose (OA, RA of overig) en duur van de ziekte, informele sociale steun en keuze van interventie (HS of SG). De SG-interventie was iets effectiever in het tot stand brengen van snelle verbeteringen in pijn en depressie, terwijl de HS effectiever was in het in stand houden van verbeteringen van gepercipieerde hulpeloosheid op langere termijn. Veranderingen in hulpeloosheid en zelf-management gedrag blijken gedeeltelijk de geobserveerde verbetering in pijn te verklaren.

SMILE (So Much Improvement with a Little Exercise) Program

Het SMILE-programma (Hickey, 1992) is speciaal ontwikkeld voor lichamelijk inactieve ouderen, die beperkt zijn in hun functioneren als gevolg van chronische ziekten, zoals artrose, diabetes en hoge bloeddruk en gerelateerde hartaandoeningen. Het minstens twee keer per week uitvoeren van de oefeningen kan de oudere helpen zijn/haar functionele capaciteiten te behouden of iets te verbeteren, waardoor men zich beter kan gaan voelen. Ook gezonde en actievere ouderen zullen door het meedoen aan het SMILE-programma hun gezondheid kunnen verbeteren.

Als het programma regelmatig uitgevoerd wordt, kan het ouderen helpen om:

- beweeglijkheid, flexibiliteit, coördinatie en balans te verbeteren;

- pijn als gevolg van spier- en gewrichtsklachten te verminderen;
- meer energie te hebben voor andere lichamelijke activiteiten;
- mobiliteit om dagelijkse activiteiten uit te voeren en aan de samenleving deel te nemen vergroten;
- hun spieren te versterken en kracht te doen toenemen;
- bloedcirculatie te verbeteren en bloeddruk te verlagen;
- mentaal alert te blijven;
- angst te reduceren en vermogen om te ontspannen vergroten.

Het SMILE-programma is heel makkelijk uit te voeren. Het bestaat uit 41 oefeningen (strek-, beweeglijkheids- en ademhalingsoefeningen) die makkelijk te leren zijn en vraagt geen speciale uitrusting. Gelet is ook op de uitgebalanceerde opbouw van het programma. De volgorde is eerst enkele warming-up oefeningen, vervolgens oefeningen voor het bovenlichaam, het onderlichaam en voor het gehele lichaam. Afgerond wordt met cooling-down oefeningen eerst voor het bovenlichaam, vervolgens voor het onder- en gehele lichaam. Er is een videotape beschikbaar met instructies.

Het programma is getest bij meer dan 100 ouderen in de leeftijd van 60 tot 96 jaar. De meesten hadden overgewicht, één of meer chronische aandoeningen en hadden nooit regelmatig gesport. Toch was driekwart van de participanten regelmatig aanwezig bij de tweewekelijkse bijeenkomsten. Na participatie voor een periode van zes weken was bij de meeste deelnemers een verbetering opgetreden van bloeddruk en hartslag. Ook rapporteerden de participanten dat zij minder gewrichtspijn voelden en een betere mobiliteit hadden. Deze mobiliteitsverbetering bleef gehandhaafd als de mensen bleven deelnemen aan het SMILE-programma. Verder was het gevoel van welbevinden toegenomen en vermeldenswaard is de toegenomen interesse in informatie over gezondheidsbevordering.

Op grond van de resultaten van de pre-test is het programma aangepast en op meer plaatsen opgezet. Een aantal mensen uit de doelgroep is opgeleid om als trainer een groep te leiden, onder verantwoordelijkheid van een professionele trainer. Benadrukt wordt verder dat de deelnemers voorafgaand aan het SMILE-programma contact op moeten nemen met hun arts voor een medische controle. Om zelf verbeteringen te kunnen waarnemen is in het boek ook een schema opgenomen, waarin mensen het aantal keer dat ze een oefening uitgevoerd hebben kunnen opschrijven. Door de scores te vergelijken kan nagegaan worden of verbetering is opgetreden.

In bijlage 5 zijn enkele oefeningen te vinden, zoals deze staan in een boek voor de deelnemers. Voor de leiders is er een wat uitgebreidere 'instructor's manual' met aanwijzingen waarop ze moeten letten bij het opzetten en leiden van het SMILE-programma.

3.4 Effecten van beweging en van voorlichting

In deze paragraaf worden enkele overzichtsartikelen en een meta-analyse behandeld over de effecten van respectievelijk bewegingsinterventies en voorlichting voor mensen met OA of RA.

Effecten van bewegingsinterventies:

Dekker e.a. (1993) hebben in een recent verschenen artikel een overzicht gegeven van (buitenlandse) onderzoeken naar het effect van bewegingstherapieën. Deze effecten zouden zowel een verbetering als een verslechtering van de conditie van de patiënt kunnen inhouden. Zij vonden 24 onderzoeken, waarvan er 9 met experimentele en controlegroepen opgezet zijn; de beste opzet voor een evaluatie-onderzoek. In deze 9 gecontroleerde studies zijn alleen verbeteringen of niet-significante resultaten gevonden; verslechtering van de conditie is nergens (ook niet in de overige 15 onderzoeken) gerapporteerd. Onderzoekstechnisch zijn kanttekeningen te plaatsen bij gebruikte methoden die leiden tot een versluiering van de negatieve effecten. Verbeteringen met betrekking tot pijn en handicap (geobserveerd en zelf-gerapporteerd) is aangetoond bij recreatieve oefeningen (fitness walking). Bij RA-patiënten is geen verbetering van pijn en beweeglijkheid van gewrichten aangetoond door aerobische oefening. Er is geen onderzoek gevonden dat uitgevoerd is onder sub-groepen van patiënten (aan de hand van ziekte-gerelateerde kenmerken). Verder is geconcludeerd dat het doen van oefeningen die het meest lijken op dagelijkse activiteiten het meest effectief zijn. Ondanks de beperkingen die alle onderzoeken vertonen lijkt er voldoende bewijs dat oefentherapie voor zowel RA- als OA-patiënten helpt.

Eén onderzoek dat besproken is in bovenstaand artikel wordt hieronder nader bekeken. De reden hiervoor is dat het één van de twee gecontroleerde onderzoeken is bij mensen met OA en de uitkomsten bruikbaar kunnen zijn bij het ontwikkelen van een cursus of voorlichtingsinterventie.

Bij 120 respondenten, waarvan 80 met OA en 40 met RA, is gekeken naar de lichamelijke conditie in vergelijking met gezonde leeftijdsgenoten en de mogelijkheden de conditie te verbeteren. Hieruit volgden drie publikaties (Minor et al., 1988; Minor et al., 1989 en Minor en Brown, 1993). Metingen zijn uitgevoerd vóór de interventie, direct na de interventie van twaalf weken, na 3, 9 en (voor de laatste studie) na 18 maanden. De respondenten zijn random ingedeeld in drie groepen met verschillende interventies: wandelen (aerobic walking), oefeningen in een zwembad (aerobic aquatics) of oefeningen ter verbetering van de beweeglijkheid van gewrichten (non-aerobic range of motion exercises).

De mensen met RA of OA uit het onderzoek blijken een duidelijk slechtere conditie (aerobische capaciteit, uithoudingsvermogen en flexibiliteit) te hebben in vergelijking met een gezonde groep van dezelfde leeftijd en geslacht. Waarschijnlijk is inactiviteit hiervan de belangrijkste oorzaak en niet zo zeer ziekte-gerelateerde kenmerken. Vrouwen blijken een grotere beperking in zuurstofopname te hebben dan mannen en verder blijken vrouwen met RA meer fysiek beperkt te zijn dan vrouwen met OA.

In de tweede studie (Minor et al., 1989) is de mogelijkheid tot verbetering van de conditie voor de drie verschillende interventies nader onderzocht. De groepen die wandelden of oefenden in een zwembad vertoonden na de interventie een significante verbetering van hun aerobische capaciteit, uithoudingsvermogen en ziekte-gerelateerde kenmerken; bij de groep die alleen bewegingsoefeningen deed was geen verbetering zichtbaar. Deze verbeteringen waren nog aanwezig in de meting 9 maanden na de interventie. Ongeveer 60% van de respondenten oefenden zelf nog steeds meer dan 60 minuten per week. Een onverwachte uitkomst was dat na 9 maanden ook de groep die gewone bewegingsoefeningen had gedaan een verbetering van de aerobische capaciteit vertoonde. Dit was waarschijnlijk het resultaat van het blijven oefenen, zoals door 70% was gerapporteerd. Het lijkt erop dat de inhoud van de oorspronkelijke interventie niet het belangrijkste is, maar dat het gaat om het hebben van een positieve ervaring met het doen van oefeningen. Veel respondenten hadden gezegd dat ze gewend raakten aan het doen van oefeningen en zelf bezig bleven of nieuwe bewegingsgroepen vonden. Mensen met artritis zijn in staat door training hun conditie en hun welzijn in het algemeen te verbeteren.

In de derde studie (Minor en Brown, 1993) zijn de factoren die te maken hebben met het blijven doen van bewegingsoefeningen bestudeerd. De afhankelijke variabele was het zelf uitvoeren van oefeningen (in minuten per week). De variabelen die zijn meegenomen, zijn onder te verdelen in vijf categorieën, namelijk lichamelijke fitheid, artritis-gerelateerde factoren (bijvoorbeeld stijfheid, pijn), psychologische factoren (angst en depressie), sociale steun en factoren die samenhangen met het programma. Voor de drie momenten waarop na-metingen zijn uitgevoerd, zijn regressie-analyses uitgevoerd. Uit de modellen kon ongeveer 50% van het gerapporteerde oefengedrag verklaard worden. Na 18 of meer maanden waren de variabelen die het oefengedrag nog het meest verklaarden de oorspronkelijke aerobische capaciteit, een positieve verandering in pijn en het oefengedrag tijdens de twee voorgaande metingen. Hieruit kan opgemaakt worden dat na verloop van tijd als mensen hun eigen gewoonten gaan ontwikkelen, de oorspronkelijke gewoonten en conditie minder belangrijk worden. Tot slot bleek uit gesprekken met enkele respondenten dat voor velen het gevoel van controle over hun aandoening en dagelijkse activiteiten het belangrijkste voordeel is van het oefenen.

Effecten van voorlichting

Het doel van de literatuuroverzichten over effecten van voorlichting is naast het inventariseren van effecten het geven van richtlijnen voor toekomstige voorlichtingsprogramma's.

Door Lorig et al. (1987) zijn 76 studies op een rijtje gezet en door Kleijnen en Visser (1989) 15. Beiden kijken naar de variabelen: kennis, sociale en psychologische factoren, gedrag en gezondheid. In de studies waar kennis is gemeten, is vrijwel steeds een toename van kennis gevonden. Een toename van geleerd gedrag (bijvoorbeeld oefeningen, ontspanning of gewrichtsbescherming) is door Lorig in 77% van de onderzoeken gevonden en door Kleijnen en Visser in 2 van de 6 waarin deze variabele gemeten is.

De bestudeerde psychologische en sociale variabelen gaven in een aantal onderzoeken een verbetering aan, maar het aantal studies is klein en het aantal variabelen groot. Er zijn in beide artikelen geen 'harde' conclusies getrokken.

Tot slot de gezondheidsstatus: Lorig vond een verbetering in 61% van de onderzoeken. Maar aangezien veel patiënten ook onder toezicht staan van een arts en medicijnen gebruiken, is het onduidelijk of deze verbetering aan voorlichting toegeschreven kan worden. Kleijnen en Visser constateren bij 14 van de 35 gemeten 'gezondheids'-variabelen een verbetering.

Aanbevelingen voor verder onderzoek (Lorig):

- meer aandacht besteden aan de effect-grootte en het vaststellen van diverse effectvariabelen onderling;
- de mechanismen begrijpen die het effect via voorlichting heeft (leidt verandering van gedrag tot verandering van gezondheid?);
- de veronderstellingen van het onderzoeksdesign met interventie- en controlegroepen gaat bij artritis-patiënten misschien niet op, omdat de ziekte niet stabiel is. De controle-groep kan ook verbeteren, omdat de patiënten zoeken naar verlichting van pijn of behandeling. Als alternatief wordt een time-series design geadviseerd, met minstens drie baseline en drie post-interventie metingen;
- de omvang van de steekproef moet een adequate grootte hebben om significante effecten te kunnen meten;
- vooral wat betreft psychologische aspecten is er een gebrek aan betrouwbare meetinstrumenten.

Aanbevelingen voor de praktijk:

1. pijnbeheersing moet een hoofdthema zijn in interventies;
2. een interactieve, experimentele benadering met de nadruk op het ontwikkelen van een dagelijkse routine van activiteiten is belangrijk;

3. meer aandacht moet worden besteed aan voorlichtingsprogramma's voor OA-patiënten en niet alleen voor RA-patiënten;
4. er moeten meer niet-diagnose specifieke programma's ontwikkeld worden;
5. het lijkt dat programma's met conditie-oefening, coping, persoonlijke effectiviteit en probleemoplossing effectiever zijn dan de traditionele benadering met gewrichtsbeweging (range of motion) en gewrichtsbescherming.

Kleijnen en Visser hebben een onderscheid gemaakt naar de aard van de voorlichting: intramuraal-individueel, intramurale groepsvoorlichting, extramuraal-individueel en extramuraal-groep. Zij vonden geen aanwijzing voor een verband tussen het optreden van effecten en de vorm van voorlichting.

Voorlichting blijkt vaak alleen een vorm van informatieverstrekking. De onderzoekers bevelen daarom aan voor de verdere ontwikkeling van voorlichting aan patiënten met reumatische aandoeningen het accent te leggen op gedragsverandering. Belangrijk hierin zijn het motiveren van patiënten voor het uitvoeren van het gewenste gedrag en het ontwikkelen van vaardigheden om moeilijkheden daarmee met betrekking tot het fysiek, sociaal en psychisch functioneren op te lossen. Voorbeelden hiervan zijn het uitvoeren van gewrichts- en ontspanningsoefeningen en het actief onderhouden of vernieuwen van sociale relaties. Verder zal er een kosten-effectiviteitsevaluatie plaats moeten vinden.

Door Mullen et al. (1987) is een meta-analyse uitgevoerd, wat wil zeggen dat data uit verschillende (op dezelfde manier opgezette) onderzoeken gecombineerd worden om de power van de statistische analyses te vergroten. Vijftien studies naar het effect van voorlichtingsinterventies voor mensen met OA of RA zijn op deze manier geanalyseerd. De variabelen die gebruikt zijn betreffen de mate van gehandicapt zijn, pijn en depressie. De resultaten van de meta-analyse tonen aan dat voor depressie de beste vooruitgang wordt behaald, gevolgd door vermindering van pijn. Wat betreft de mate van gehandicapt zijn wordt over het algemeen slechts een geringe vooruitgang geboekt.

Verder is een vergelijking gemaakt met de resultaten van klinische proeven met medicijnen voor patiënten met artritis (NSAID's), waarin ook de variabelen pijn en de mate van gehandicapt zijn gemeten zijn. De uitkomsten uit deze laatste onderzoeken waren gunstiger.

Mullen et al. concluderen dat de waarde van patiëntenvoorlichting kan liggen in meer pijnreductie, die behaald kan worden als het toegevoegd wordt aan het gebruik van NSAID's. Zo kan patiëntenvoorlichting bijdragen aan de gezondheidstoestand van mensen met RA of OA boven de standaard medische zorg. Toekomstige meta-analyses zouden moeten onderzoeken hoe de beste resultaten voor specifieke patiëntengroepen met voorlichting verkregen kunnen worden.

4. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Er blijken in Nederland geen speciale cursussen of voorlichtingsprogramma's voor mensen met artrose georganiseerd te worden. Het enige dat op dit gebied gebeurt, is het trainen van mensen met artrose (OA) in groepjes, door een gezondheidscentrum in Utrecht.

Voor mensen met artrose is het mogelijk lid te worden van een reumavereniging en/of mee te doen met hydro-therapie (zwemmen in warm water), waarbij er geen specifieke aandacht is voor artrose. In verschillende ziekenhuizen is men bezig met cursussen voor patiënten met reumatoïde artritis (RA). In de Verenigde Staten en in Israël zijn activiteiten ontwikkeld voor mensen met RA en OA samen. Het buitenlandse materiaal is nog niet aangewend om in Nederland een voor artrose specifieke interventie op zetten. Aangezien er verschillen zijn in de opzet van de gezondheidszorg is het niet mogelijk de resultaten van buitenlandse interventies voor RA en OA samen, in het geval van artrose ook voor Nederland geldig te achten. Niettemin kan de opzet van dergelijke cursussen tot voorbeeld dienen.

Over het algemeen geven de in hoofdstuk 3 gerapporteerde onderzoeken aan dat er een, zij het soms gering, positief effect aan voorlichting kan worden toegeschreven. In aanvulling op de eventuele medische zorg die de patiënt ontvangt, kan een voorlichtingsinterventie bijdragen aan het beter leren omgaan met de gevolgen van de ziekte.

Het in Amerika door Lorig ontwikkelde Arthritis Self Management Program is in het Nederlands vertaald en aangepast voor patiënten met RA. Via hun specialist is een groep patiënten voor het deelnemen aan de interventie benaderd. De evaluatie hiervan, uitgevoerd door de Vakgroep Psychologie van de Universiteit Twente viel positief uit, maar aangezien het in dit onderzoek om een specifieke groep patiënten ging, zijn de effecten van een soortgelijke cursus voor mensen met artrose onvoorspelbaar.

Enkele deskundigen is gevraagd wat zij ervan vinden dat mensen met RA en mensen met OA bij elkaar in één groep samenkomen, zoals in Amerika meestal gebeurt. Enkele positieve, maar overwegend negatieve reacties zijn hierop vernomen.

Aangevoerd als positieve argumenten zijn:

- beide groepen patiënten ervaren dezelfde problemen in verband met pijn en moeheid;
- onderzoek heeft aangetoond dat het Arthritis Self Management Program werkt bij alle groepen reumatische patiënten, omdat de vaardigheden die nodig zijn om met de ziekte om te gaan (zoals pijn-management, communicatieve vaardigheden en vergroten van self-efficacy) hetzelfde zijn (Lorig, 1992);
- het is efficiënter want zo kan een grotere groep mensen bereikt worden.

In negatieve zin zijn de volgende argumenten aangevoerd:

- de patiënten met verschillende reumatische aandoeningen verkeren in verschillende levensfasen, aangezien artrose zich vaak pas openbaart op latere leeftijd. Verwerking van problemen, bijvoorbeeld in verband met werk/studie en gezinssituatie, kan anders zijn;
- de vooruitzichten bij OA en RA verschillen: RA verergert vaak en bij OA hoeft dat niet het geval te zijn;
- pijn en klachten uiten zich bij OA anders dan bij RA;
- angst om reuma te hebben zou versterkt kunnen worden door het benaderen van zowel mensen met RA als mensen met OA voor dezelfde cursus. Wouterlood en Van Rijen (1993) spreken in dit verband van 'reumatofobie'.

Afsluitend kan gesteld worden dat het zinvol lijkt om voor mensen met klachten vanwege beginnende of ernstiger artrose een Nederlandse cursus of voorlichtingsinterventie te ontwikkelen. Verschillende elementen die in de beschreven interventies naar voren komen, kunnen hierbij tot voorbeeld dienen. Een interventie die gericht is op verschillende herkenbare facetten zal effectiever zijn dan een interventie die gericht is op één aspect, bijvoorbeeld alleen het doen van bewegingsoefeningen (Lorig et al., 1987).

Aanbevelingen voor elementen die in een dergelijke cursus opgenomen zouden kunnen worden:

- doen van bewegingsoefeningen;
- aanleren van ontspanningsoefeningen;
- leren omgaan met pijn;
- informatie over de aandoening en het verloop ervan;
- gebruik van medicijnen;
- gebalanceerde voeding om overgewicht te voorkomen;
- afsluiten van contracten om self-efficacy te vergroten;
- stimuleren van onderlinge gesprekken en discussies.

De oefeningen en opdrachten daarbij moeten zoveel mogelijk aansluiten bij het dagelijks leven. Deelnemers moeten geholpen worden een dagelijkse routine te ontwikkelen die bij hun specifieke situatie en omstandigheden past.

Voor mensen met artrose is het meestal niet noodzakelijk om vaak door een arts gecontroleerd te worden of medicijnen voorgeschreven te krijgen. Daarom is het goed om voor een op te zetten interventie deelnemers niet alleen te werven via een huisarts of specialist, maar juist diegenen te bereiken die ondanks klachten het zelf proberen te redden. Zij zouden een steuntje in de rug kunnen

krijgen als hun problemen serieus genomen worden en zij strategieën aangereikt krijgen om te leren met de aandoening om te gaan.

Om in Nederland een dergelijke cursus of leefstijlprogramma uit te voeren en te verspreiden zijn onder andere de volgende wegen, afhankelijk van de vorm van de cursus, mogelijk: kruisverenigingen/thuiszorg, GGD-en, ouderenbonden, Teleac. Door deze organisaties kunnen de mensen uit de doelgroep direct worden benaderd, zonder tussenkomst van de gezondheidszorg. Wel ligt het voor de hand dat huisarts of specialist op de hoogte zijn en op zo'n cursus kunnen wijzen en een deelnameadvies kunnen geven.

Wetenschappelijke expertise kan aangewend worden om een dergelijke interventie op basis van gefundeerde theorieën te ontwikkelen en op een objectieve manier te evalueren.

Boeken en brochures kunnen een ondersteunende rol spelen, bijvoorbeeld als naslagwerk bij een cursus.

LIJST VAN BENADERDE PERSONEN EN ORGANISATIES

- Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid te Arnhem; dhr. B. Coumans
- Landelijke Vereniging voor Gezondheidscentra te Utrecht; mevr. I.E. Wouterlood
- Landelijk Centrum voor GVO te Utrecht; dhr. A. Schoenmaker
- Nederlandse Bond van Verenigingen van Patiënten met Reumatische Aandoeningen te Amersfoort
- Unie Katholieke Bonden van Ouderen te 's-Hertogenbosch
- Provinciale Groningse kruisvereniging
- Thuiszorg van de stad Groningen
- Reumapoli van het Academisch Ziekenhuis te Groningen
- Reumaconsulente van het Academisch Ziekenhuis te Groningen; mevr. A. Bos
- Nederlandse vereniging van verzorgenden in de Reumatologie
- Landelijke Vereniging voor Thuiszorg te Bunnik
- Reumaverenigingen in Breda, Groningen, Leeuwarden en Rotterdam
- Kruisvereniging Gouda, Delft, Assen, Rijn&Duin
- Patiënten Service Bureau van Bleulandziekenhuis te Gouda
- Fysiotherapeut van Gezondheidscentrum Overvecht te Utrecht; dhr. J. Broerse
- Reumaconsulente van enkele ziekenhuizen in Zuid-Limburg; mevr. H. Demkes
- Stichting Teleac te Utrecht
- Patiënten Service Bureau van het AZU
- Reumaverpleegkundige van het AZU; mevr. C. Cornelis
- Patiëntenvoorlichtster van de Sint Maartenkliniek te Nijmegen; mevr. A. Graafsma
- secretariaat van onderzoeksgroep SWORA te Utrecht; mevr. R. Brons
- Onderzoeker van Universiteit Twente; dhr. R. Riemsma
- Documentalist van Instituut voor Revalidatie-vraagstukken te Hoensbroek
- Fysiotherapeut van Lucasstichting voor Revalidatie te Hoensbroek; dhr. R. Pelt

LITERATUUR

BARNARD C. Gewrichtsreuma: over het omgaan en leren leven met reumatoïde arthritis en aanverwante aandoeningen. Amsterdam: Elsevier, 1985.

DEKKER J, MULDER PH, BIJLSMA JWJ, et al. Exercise therapy in patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis: a review. *Adv Behav Res Ther* 1993;15:211-38.

GOEPPINGER J, ARTHUR MW, BAGLIONI AJ, et al. A reexamination of the effectiveness of self-care education for persons with arthritis. *Arthritis Rheum* 1989;32:706-16.

HARTEN A van. De reumaconsulente, een nieuwe functie binnen de reumazorg. *Reuma-bulletin* 1992;32(1):12-14.

HICKEY T. The SMILE Program (So Much Improvement with a Little Exercise): instructor's manual. Ann Arbor: University of Michigan, 1992.

HOLMAN H, MAZONSON P, LORIG K. Health education for self-management has significant early and sustained benefits in chronic arthritis. *Trans Assoc Am Physicians* 1989;102:204-8.

HUISKES CJAE, BIJLSMA JWJ. Reuma. 2e, herz. druk. Utrecht: Bohn, Stafleu, Van Loghum, 1992. Mondig ziek zijn.

KLEIJNEN JGVM, VISSER APH. Effectiviteit van voorlichting aan patiënten met reumatische aandoeningen: een literatuuroverzicht. *Gedrag & Gezondheid* 1989;17:18-27.

KORST JK van der. Reuma. Utrecht: Stichting Teleac, 1983, in samenwerking met uitgeversmaatschappij De Tijdstroom, Lochem-Poperinge. Gezondheidsvoorlichting deel 5.

LORIG K, LUBECK D, KRAINES RH, et al. Outcomes of self-help education for patients with arthritis. *Arthritis Rheum* 1985;28:680-5.

LORIG K, KONKEL L, GONZALEZ V. Arthritis patient education: a review of the literature. *Patient Educ Counseling* 1987;10:207-52.

LORIG K, CHASTAIN RL, UNG E, et al. Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis Rheum* 1989;32:37-44.

LORIG K, SELEZNICK M, LUBECK D, et al. The beneficial outcomes of the arthritis self-management course are not adequately explained by behavior change. *Arthritis Rheum* 1989b;32:91-5.

LORIG K, GONZALEZ V. The integration of theory with practice: a 12-year case study. *Health Educ Q* 1992;19:355-68.

LORIG K, HOLMAN H. Arthritis self-management studies: a twelve-year review. *Health Educ Q* 1993;20:17-28.

MAISIAK R, KOPLON S, HECK LW. Subsequent behavior of an arthritis information telephone service. *Arthritis Rheum* 1990;33:212-8.

MINOR MA, HEWETT JE, WEBEL RR, et al. Exercise tolerance and disease related measures in patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *J Rheumatol* 1988;15:905-11.

MINOR MA, HEWETT JE, WEBEL RR, et al. Efficacy of physical conditioning exercise in patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 1989;32:1396-1405.

MINOR MA, BROWN JD. Exercise maintenance of persons with arthritis after participation in a class experience. *Health Educ Q* 1993;20:83-95.

MULLEN PD, LAVILLE EA, BIDDLE AK, et al. Efficacy of Psychoeducational Interventions on Pain, Depression, and Disability in People with Arthritis: A Meta-Analysis. *J Rheumatol* 1987; (suppl 15) 14:33-39.

REUMA EN U. Arthrosis Deformans en wat dat voor u betekent: een uitgave van het Nationaal Reumafonds, 14e dr. Den Haag: Reumafonds, 1990.

RIPPEY RM, BILL D, ABELES M, et al. Computer-based patient education for older patients with osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 1987;30:932-5.

RONEN R. Improvement and maintenance of functional capacity in arthritic patients. Raanana (Israel): Fleishman Unit for the Study of Disability, Loewenstein Hospital-Rehabilitation Centre, 1993.

SAMEN staan we sterker. Gesprekken uit de praktijk. Amersfoort: Nederlandse Bond van Verenigingen van Patiënten met Reumatische Aandoeningen, s.a.

TAAL E, SEYDEL ER, RIEMSMA RP, et al. Omgaan met reumatoïde artritis: handleiding voor begeleiders van het groepsprogramma voor mensen met reumatoïde artritis. Enschede: Universiteit Twente, Vakgroep Psychologie, 1991a. Aspekt 27.

TAAL E, SEYDEL ER, RIEMSMA RP, et al. Omgaan met reumatoïde artritis: werkboek voor deelnemers aan het groepsprogramma voor mensen met reumatoïde artritis. Enschede: Universiteit Twente, Vakgroep Psychologie, 1991b. Aspekt 28.

TAAL E, SEYDEL ER, RIEMSMA RP, et al. Omgaan met reumatoïde artritis: een zelf-hulpboek voor mensen met reumatoïde artritis. Boek behorende bij het groepsprogramma 'Omgaan met reumatoïde artritis'. Enschede: Universiteit Twente, Vakgroep Psychologie, 1991c. Aspekt 29.

TAAL E, SEYDEL ER, RIEMSMA RP, et al. Omgaan met reumatoïde artritis: Ontwikkeling en evaluatie van een groepsprogramma voor patiënten met reumatoïde artritis. Enschede: Universiteit Twente, Vakgroep Psychologie, 1992. Aspekt 35.

THOMANN, KD. Artrose, leven met gewrichtsslijtage, de medische behandeling van artrose, wat men zelf tegen artrose kan doen. Haarlem: Uitgeversmaatschappij Holland, 1990. (vertaling uit het Duits door A. Calame; Nederlandse bewerking door I. Weldink, arts).

WEINBERGER M, TIERNEY WM, BOOHER P, et al. Can the provision of information to patients with osteoarthritis improve functional status? *Arthritis Rheum* 1989;32:1577-83.

WOUTERLOOD IE, RIJEN M van. Artrose: project werkafspraken in gezondheidscentra. Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG), 1993.

BIJLAGEN

pagina

Bijlage 1	Oproep in het blad van de NvvvR	31
Bijlage 2	Voorbeeld van instructie voor bewegingsoefeningen uit een boek van Barnard	35
Bijlage 3	Contractformulier uit de cursus 'Omgaan met Reumatoïde Artritis'	39
Bijlage 4	Voorbeeld van instructie voor bewegingsoefeningen uit het 'Arthritis Helpbook'	43
Bijlage 5	Voorbeeld van instructie voor bewegingsoefeningen uit het SMILE-programma	47

Bijlage 1

Oproep in het blad van de NvvvR

OPROEP

Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg is bezig met een onderzoek getiteld 'Omgaan met artrose'. Daarbij wordt ook geïnventariseerd welke voorlichtingsactiviteiten of cursussen voor reuma/artrose-patiënten worden uitgevoerd. Het gaat hierbij niet om individuele voorlichting of begeleiding, maar om groepsgerichte activiteiten. Wat betreft onderwerpen kan het gaan over allerlei aspecten die met de aandoening te maken hebben.

Voert u zelf dergelijke activiteiten uit, of kent u andere organisaties of mensen die dat doen, dan zou ik graag hierover geïnformeerd willen worden. Alvast bedankt!

Reacties sturen aan:

NIPG, afdeling OG&G

t.a.v. Leontine van Hell

Postbus 124

2300 AC Leiden

Opbellen kan ook: 071-181837

Bijlage 2

Voorbeeld van instructie voor bewegingsoefeningen uit een boek van Barnard

Speciale oefeningen

Afgezien van de lichaamsbeweging ten behoeve van uw gezondheid, waardoor u zich lekkerder gaat voelen en slanker blijft, is er een aantal oefeningen speciaal voor de reumapatiënt. Ze zijn zo ontworpen dat ze het gewricht zijn normale bewegingsmogelijkheden geven door het soepel en beweeglijk te houden zonder het te belasten en het abnormale verdraaiingen te laten uitvoeren. Zij behoren regelmatig te worden gedaan, elke dag, zo mogelijk 's morgens en 's avonds, en liefst als u warm bent na een bad of douche. De meeste fysiotherapeuten die in een reumatologische afdeling werken kunnen u wel een gedrukt lijstje van zulke oefeningen geven, maar misschien wilt u graag weten waar ik zelf het meest aan heb gehad. Als u iets zwaardere oefeningen wilt doen dan de lichtste van de hier volgende, vraag dan eerst aan uw dokter of fysiotherapeut of ze voor u persoonlijk geschikt zijn.

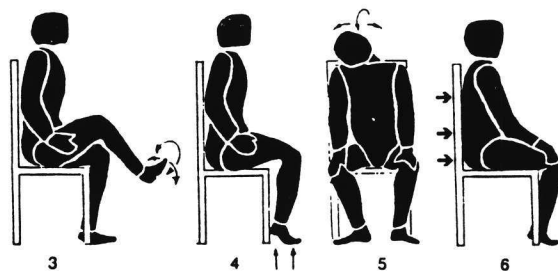
Algemene oefeningen

Lenigheidsoefeningen

Voor deze oefeningen hebt u een rechte stoel nodig. Als u een bepaalde beweging niet kunt maken, doe die dan niet. Niets forceren.



1. Trek – met behulp van een sjaal – de voeten afwisselend een aantal keren langzaam omhoog.
2. Leg uw armen afwisselend, door naar links en daarna naar rechts te draaien, op de rugleuning van de stoel.



3. Leg uw linkerbeen over het rechter en breng de tenen omhoog, omlaag, naar buiten, naar binnen en draai de voet dan in de rondte, links- of rechtsom. Leg vervolgens rechterbeen over linker en herhaal de oefening.
4. Houd beide voeten op de grond en til eerst de tenen en vervolgens de hielen van de grond. Doe dat met elke voet apart en vervolgens met beide tegelijk (4).
5. Laat uw hoofd naar voren hangen (niet duwen) en licht het dan op. Daarna opzij laten zakken en optillen, afwisselend naar links en naar rechts.
6. Ga rechtop de stoel zitten, rug helemaal tegen de leuning, voeten op de grond. Strek uw lichaam zover mogelijk uit.

Oefeningen voor de wervelkolom

Drie bewegingen van de wervelkolom die een goede oefening vormen (tenzij de rug zo pijnlijk is dat het niet kan) zijn: achterover- en vooroverbuigen, zijwaarts buigen en naar links en rechts draaien.

1. Sta rechtop en buig zo ver u kunt zo diep mogelijk voorover naar de tenen. Kom weer overeind, kruis de armen voor de borst en buig achterover zodat u naar het plafond kijkt. Buig daarna weer naar voren.

Bij deze oefening moet de wervelkolom gelijkmatig, wervel voor wervel worden gebogen, te beginnen bij de onderste wervels. De oefening kan ook liggend worden uitgevoerd.

Bijlage 3

Contractformulier uit de cursus 'Omgaan met Reumatoïde Artritis'

Bij het opstellen van een contract moet u denken aan:

1. Wat gaat u doen.
2. Hoeveel gaat u doen.
3. Wanneer gaat u het doen (welk uur van de dag).
4. Hoeveel dagen per week gaat u het doen.

Voorbeeld: Deze week zal ik op 3 dagen (hoeveel dagen) 1500 meter (hoeveel) wandelen (wat) voor de lunch (wanneer).

Deze week zal ik (Wat)

.....(Hoeveel)

..... (Wanneer)

.....(Hoeveel dagen)

Hoe zeker bent u?%

**Zet bij elke dag
waarop u uw contract
realiseert een kruisje:**

Commentaar

.....dag

.....dag

.....dag

.....dag

.....dag

.....dag

.....dag

Bijlage 4

Voorbeeld van instructie voor bewegingsoefeningen uit het 'Arthritis Helpbook'

HIP AND LEG EXERCISES

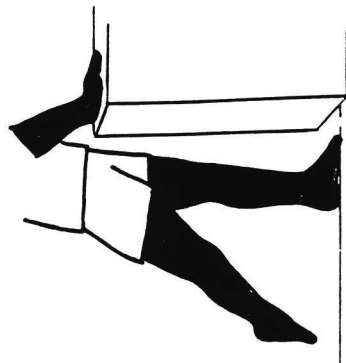
19. Straight Leg Raise

This exercise strengthens the muscles that bend the hip and straighten the knee. Lie on your back, knees bent, feet flat. Straighten one leg. Tighten the muscle on the top of that thigh and straighten the knee as much as possible. Keeping the knee straight, raise your leg one to two feet (about 50 cm) off the ground. Do not arch your back. Hold your leg up and count out loud for ten seconds. Relax. Repeat with the other leg.



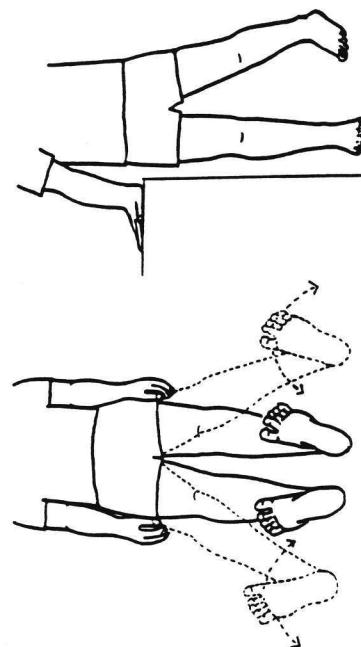
21. Back Kick (VIP)

This exercise increases the backward mobility and strength of your hip. Hold onto a counter for support. Move the leg up and back, knee straight. Stand tall and do not arch your back.



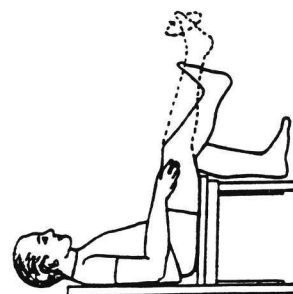
20. Hip Hooray

This exercise can be done standing or lying on your back. If you lie down, spread your legs as far apart as possible. Roll your legs and feet out like a duck and then in, pigeon-toed. If you are standing, move one leg out to your side as far as you can. Lead out and in with the heel. Hold onto a counter for support.



22. Knee Strengtheners (VIP)

Strong knees are important for walking and standing comfortably. This exercise strengthens the knee. Sitting in a chair, straighten the knee by tightening up the muscle on top of your thigh. Place your hand on your thigh and feel the muscle work. Holding your knee as straight as possible, push out with your heel and then point your toes. Make circles with your toes. As your knee strengthens, see if you can build up to holding your leg out for thirty seconds. Count out loud. Do not hold your breath.



Bijlage 5

Voorbeeld van instructie voor bewegingsoefeningen uit het SMILE-programma

Voorbeeld van een oefening voor het onderlichaam

22. Hip Rotations

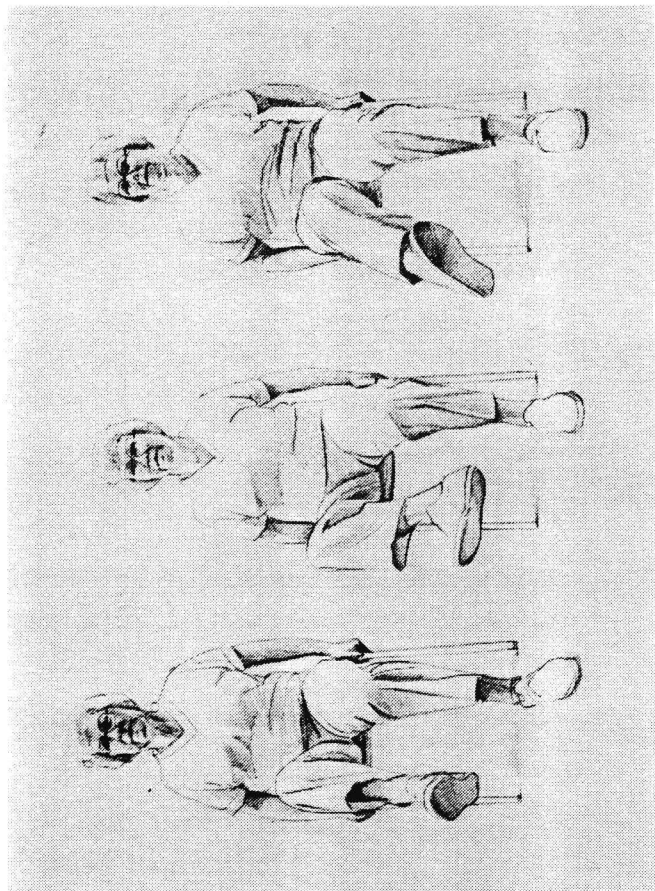
4 times for each leg

For hip flexibility and hip muscle strengthening

You can steady yourself when doing this exercise by holding onto your chair.

Sit upright in your chair, feet flat on the floor and your hands holding onto the sides of the chair. Lift up your right leg with the knee bent. Move your right heel up, pointing your heel to the left and your right knee pointing to the right. Hold. Return to the straight position, with your leg still lifted and your knee bent. Now, move your heel out to the right, with your knee pointing inward toward the left. Hold. Bring your leg back and put your foot down. Complete the repetitions. Repeat on your left side.

When observing your group, make sure they are getting an adequate rotation on the inward and outward turns and are keeping their upper body still.



Voorbeeld van een cooling-down oefening

38. Leg Stretch with Straight Knee

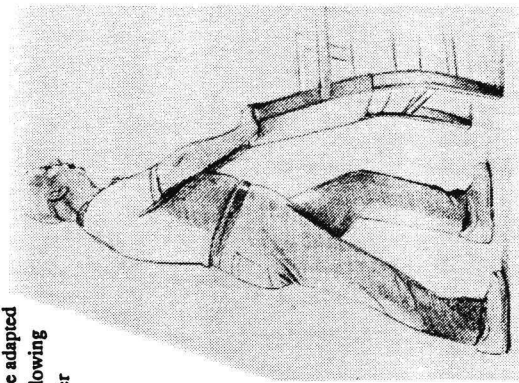
6 times with each leg

For stretching the back leg muscles

Stand behind your chair, placing both hands on the back of your chair for support. Bend your left leg slightly and extend your right leg straight out behind you, making sure that both of your feet are pointed straight ahead. Lean slightly into your chair and keep your body as upright as possible. Keep your heels on the floor. If you cannot keep your heels on the floor, move your feet closer together. Hold. You should feel a pull in the back of your right (extended) leg. Return to starting position. The more you lean into the chair (the further your right leg is from the chair), the greater the stretch you will feel. You should feel the stretch in your thigh, calf, and ankle muscles and the tendons behind your knees. Complete the repetitions. Next, change legs and bring your right leg in front, the toes of your feet pointed ahead, and extend your left leg out behind you. Repeat, stretching your left leg.

Position is very important for this exercise movement as well as the Leg Stretch with a Bent Knee (Exercise #39). Be sure that the participants keep their heels on the floor and their toes pointed forward. You can help them adjust the distance their legs are from each other and the chair as needed to assure adequate stretch.

Seated option: This movement cannot be adapted for a seated position. For this and the following exercise, you may wish to substitute either additional Point and Flex (Exercise #24) or Foot Circles (Exercise #25).



Reprografie: PG-TNO
Projectnummer: 5326