

de Fysiotherapeut

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

KNGF-richtlijn

Artrose heup-knie

Supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie
Jaargang 120 • Nummer 1 • 2010



KNGF-richtlijn Artrose heup-knie

Praktijkrichtlijn

Onder redactie van:

W.F.H. Peter

M.J. Jansen

H. Bloo

L.M.M.C.J. Dekker-Bakker

R.G. Dilling

W.K.H.A. Hilberdink

C. Kersten-Smit

M. de Rooij

C. Veenhof

H.M. Vermeulen

I. de Vos

T.P.M. Vliet Vlieland

De richtlijn is samengevat op een bij de *Praktijkrichtlijn* ingesloten kaart.

De *Praktijkrichtlijn*, de *Samenvatting* en de bijbehorende *Verantwoording en toelichting* zijn te downloaden via www.fysionet.nl.

Creatief concept: Total Identity
Vormgeving – DTP – Drukwerk: Drukkerij De Gans, Amersfoort
Eindredactie: Tertius – Redactie en organisatie, Houten

© 2010 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

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

Het KNGF heeft als doel om de voorwaarden te scheppen waardoor fysiotherapeutische zorg van goede kwaliteit gerealiseerd wordt, die toegankelijk is voor de gehele Nederlandse bevolking, met erkenning van de professionele deskundigheid van de fysiotherapeut. Het KNGF behartigt voor ruim 20.000 aangesloten fysiotherapeuten de belangen op beroepsinhoudelijk, sociaal-maatschappelijk en economisch gebied.

Praktijkrichtlijn

W.F.H. Peter^I, M.J. Jansen^{II}, H. Bloo^{III}, L.M.M.C.J. Dekker-Bakker^{IV}, R.G. Dilling^V, W.K.H.A. Hilberdink^{VI}, C. Kersten-Smit^{VII}, M. de Rooij^{VIII}, C. Veenhof^{IX}, H.M. Vermeulen^X, I. de Vos^{XI}, T.P.M. Vliet Vlieland^{XII}

A Inleiding

De herziening van de *KNGF-richtlijn Artrose Heup-Knie* van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) is een leidraad voor het fysiotherapeutisch handelen bij mensen met gezondheidsproblemen die samenhangen met artrose van de heup en/of knie. In de richtlijn worden het diagnostisch en therapeutisch proces beschreven conform het methodisch fysiotherapeutisch handelen. Deze *Praktijkrichtlijn* is een samenvatting van de *Verantwoording en toelichting*, waarin de keuzes die zijn gemaakt bij de herziening van de eerste richtlijn uit 2001 zijn uiteengezet en toegelicht. Zoals te doen gebruikelijk bij de herziening van een richtlijn zijn alle ontwikkelingen met betrekking tot heup- en/of knieartrose verwerkt, die zich hebben voorgedaan na het verschijnen van de vorige versie, zowel ontwikkelingen op het gebied van de inhoudelijke zorg en de wetenschap, als die op het maatschappelijk vlak, na het verschijnen van de vorige versie. Een aantal veranderingen is doorgevoerd ten opzichte van de eerste versie van de richtlijn uit 2001.

Ten eerste zijn de 3 patiëntenprofielen vervangen door de 'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Sets for osteoarthritis' van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). De ICF loopt als een rode draad door de richtlijn.

De classificatie beschrijft de fysieke, psychische en sociaalmaatschappelijke gezondheidstoestand c.q. -problemen van mensen met heup- en/of knieartrose, rekening houdend met externe en persoonlijke factoren die daarop van invloed zijn.

Ten tweede is er uitgebreid systematisch literatuuronderzoek gedaan naar het effect van alle mogelijke fysiotherapeutische interventies bij heup- en/of knieartrose. Hierbij zijn ook inbegrepen de pre- en postoperatieve interventies.

Ten derde is in de literatuur gezocht naar de meest relevante meetinstrumenten voor heup- en/of knieartrose, als hulpmiddel voor het in kaart brengen van de gezondheidsproblemen of de evaluatie van de behandeling. Deze meetinstrumenten zijn gekoppeld aan de verschillende gezondheidsdomeinen van de ICF.

Bij het herschrijven van de richtlijn is gebruik gemaakt van de *CBO-Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van heup- en knieartrose* uit

2007 (van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO), de *NHG-Standaard Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen* uit 2008 (van het Nederlands Huisartsen Genootschap), de twee nationale richtlijnen, en daarnaast van internationale richtlijnen en aanbevelingen.

A.1 Doelgroep

Deze richtlijn is bedoeld voor alle fysiotherapeuten (zowel algemeen fysiotherapeuten als fysiotherapeuten met een verbijzondering, zoals manueel therapeuten en psychosomatische fysiotherapeuten) die mensen met gezondheidsproblemen ten gevolge van artrose van de heup en/of knie behandelen in een eerste-, tweede- of derdelijns setting. Deze richtlijn is ook bestemd voor oefentherapeuten die mensen met artrose van de heup en/of knie behandelen.

Om mensen met artrose van de heup en/of knie adequaat te kunnen behandelen, is het noodzakelijk dat de fysiotherapeut beschikt over bepaalde specifieke kennis en vaardigheden (verkregen via opleiding, werkervaring en/of via bij- en nascholing). Deze *KNGF-richtlijn Artrose heup-knie* verschaft de fysiotherapeut specifieke kennis over het beloop van artrose van de heup en/of knie (met de daarbij behorende pathofysiologische processen), de gevolgen van artrose van de heup en/of knie, de gevolgen van artrose van de heup en/of knie die door de fysiotherapeut te beïnvloeden zijn, en informatie over het diagnostisch en therapeutisch proces met daarbij de meest relevante klinisch-wetenschappelijke literatuur.

A.2 Afbakening van het gezondheidsprobleem

Deze richtlijn beschrijft het fysiotherapeutisch diagnostisch proces (waaronder het screeningsproces) en het therapeutisch proces bij mensen met artrose van de heup en/of knie. Ook de pre- en postoperatieve zorg bij chirurgische interventies in verband met heup- en/of knieartrose worden beschreven. De KNGF-richtlijn richt zich specifiek op artrose van de heup en/of knie en niet op artrose van andere gewrichten, zoals die van de wervelkolom of de handen.

^I Wilfred Peter, fysiotherapeut, afdeling Reumatologie Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, reuma-revalidatiecluster Jan van Breemen Instituut, Amsterdam.

^{II} Drs. Mariëtte Jansen, fysiotherapeut, bewegingswetenschapper, Capaciteitsgroep Epidemiologie Universiteit Maastricht, Maastricht.

^{III} Drs. Hans Bloo, fysiotherapeut, bewegingswetenschapper, eerstelijns praktijk fysiotherapie, Veenendaal en Roessingh.

^{IV} Leatitia Dekker-Bakker, fysiotherapeut, eerstelijns fysiotherapiepraktijk Dekker, Amstelveen.

^V Roelien Dilling, fysiotherapeut, Paramedisch Centrum voor Reumatologie en Revalidatie, Groningen.

^{VI} Wim Hilberdink, fysiotherapeut, Paramedisch Centrum voor Reumatologie en Revalidatie, Groningen.

^{VII} Clarinda Kersten-Smit, fysiotherapeut, Sint Maartenskliniek, Nijmegen.

^{VIII} Mariëtte de Rooij, fysiotherapeut-manueeltherapeut, onderzoeker Jan van Breemen Instituut Amsterdam.

^{IX} Dr. Cindy Veenhof, fysiotherapeut, onderzoeker Nederlands Instituut voor Onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht.

^X Dr. Eric Vermeulen, fysiotherapeut-manueeltherapeut, wetenschappelijk medewerker, Dienst Fysiotherapie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden.

^{XI} Ivonne de Vos, oefentherapeut, eerstelijns praktijk oefentherapie Utrecht.

^{XII} Dr. Thea Vliet Vlieland, fysiotherapeut, arts, epidemioloog, programmaleider niet-medicamenteuze behandelstrategieën bij reumatische aandoeningen, stafafdeling Reumatologie en afdeling Orthopaedie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden.

A.3 De aandoening heup- en/of knieartrose

Artrose is de meest voorkomende aandoening van het houding- en bewegingsapparaat. Kenmerkend is een langzaam en wisselend progressief verlies van gewrichtskraakbeen. Naast kraakbeenverlies kunnen ook veranderingen plaatsvinden van zowel het subchondrale bot en kan woekering optreden van het bot aan de gewrichtsranden (vorming van osteofyten). Periodiek kan de synoviale membraan geprikkeld zijn, wat leidt tot gewrichtsontsteking.

A.3.1 Epidemiologische gegevens

Op 1 januari 2007 hadden naar schatting 197.000 mannen en 353.000 vrouwen in Nederland heup- en/of knieartrose. Dit komt overeen met 24,5 op de 1000 mannen en 42,7 op de 1000 vrouwen. Knieartrose komt vaker voor dan heupartrose.

Het aantal nieuwe patiënten met heup- en knieartrose per jaar in Nederland werd in 2007 geschat op 23.100 mannen en 42.900 vrouwen. Dit komt overeen met 2,8 op de 1000 mannen en 5,1 op de 1000 vrouwen. Het risico op artrose neemt toe met de leeftijd, met een piek rond de 78 tot 79 jaar, na welke leeftijd het risico weer afneemt.

Jaarlijks wordt 4,3 procent van de mensen met heup- en/of knieartrose die zich aanmelden bij de huisarts verwezen naar de fysiotherapeut. Veel mensen met artrose zijn niet bekend bij de huisarts. De prevalentie en incidentie van artrose zijn geschat op basis van gegevens afkomstig van huisartsenregistraties. Het aantal personen met heup- of knieartrose in de bevolking is 2 tot 3,5 keer hoger dan het aantal patiënten dat bij de huisarts bekend is. Op basis van alleen demografische ontwikkelingen is de verwachting dat het absolute aantal personen met artrose tussen het jaar

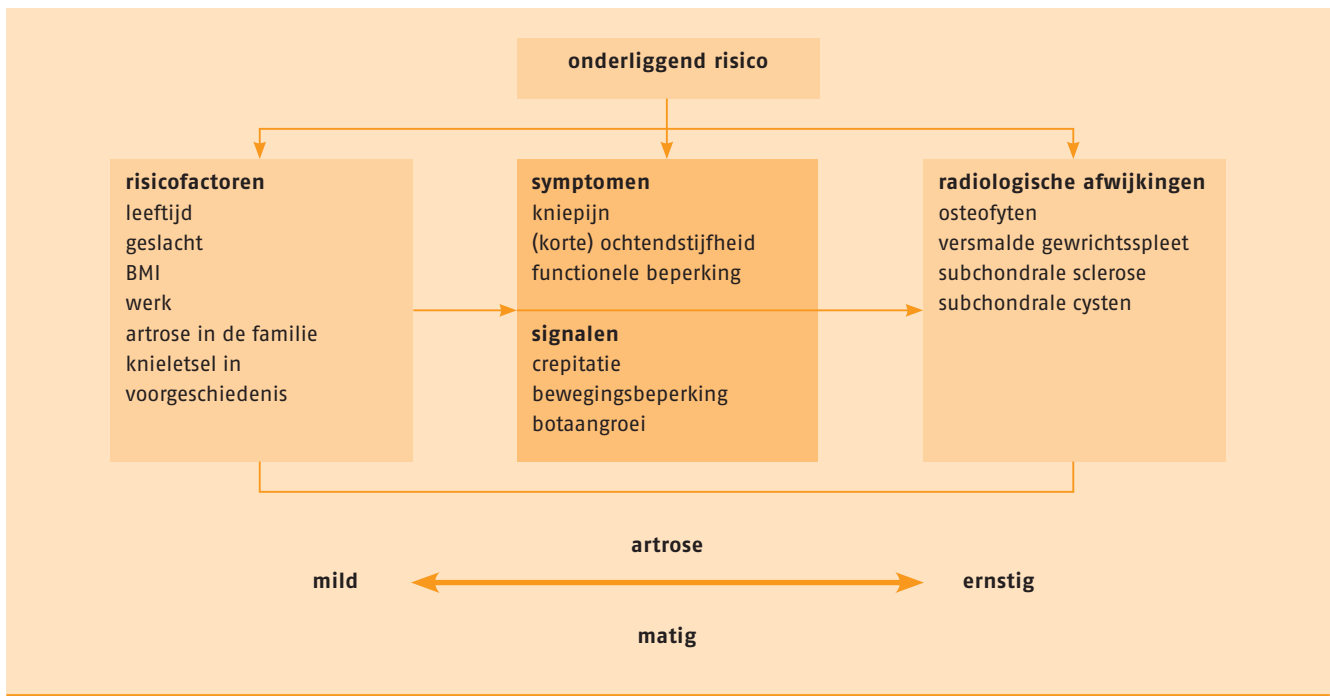
2000 en 2020 met bijna 40 procent zal stijgen. Wanneer ook rekening wordt gehouden met een toekomstige stijging van (ernstig) overgewicht (Body Mass Index, BMI > 30), zal de prevalentie van artrose in de toekomst mogelijk nog groter zijn.

A.3.2 De diagnose artrose

Kenmerkend voor artrose van de heup en/of knie is het ervaren van pijn, stijfheid en op den duur achteruitgang in dagelijks functioneren, die vermoedelijk veelal ontstaat door gebrek aan beweging. Daarnaast kan er sprake zijn van een verminderde beweeglijkheid in de gewrichten, verminderde spierkracht, instabiliteit van de gewrichten en crepitaties. Vaak is er sprake van radiologische afwijkingen, maar deze afwijkingen houden slechts in geringe mate verband met klachten als pijn, stijfheid en verminderde gewrichtsmobiliteit. Soms zijn er duidelijke radiologische afwijkingen die passen bij artrose, zonder pijnklachten en bewegingsbeperkingen. De kans op klinische symptomen neemt echter wel toe met de omvang van de radiologische afwijkingen.

Er bestaan nog geen diagnostische criteria voor heupartrose. Recentelijk zijn door de European League Against Rheumatism (EULAR) wel diagnostische criteria ontwikkeld voor knieartrose. De belangrijkste factoren die een rol spelen bij het stellen van de diagnose knieartrose staan vermeld in figuur 1.

De klinische diagnose wordt gesteld door een arts op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek. Daarnaast wordt in een aantal gevallen laboratoriumonderzoek en/of conventioneel radiologisch (röntgen)onderzoek verricht: strikt genomen zijn beide niet noodzakelijk bij een patiënt met een klassieke anamnese en bevindingen bij lichamelijk onderzoek.



Figuur 1. De belangrijkste factoren die een rol spelen bij de diagnose knieartrose (vertaald uit het Engels). Bron: Zhang W, Doherty M, Peat G, Bierma-Zeinstra SM, Arden NK, Bresnihan B, et al. EULAR evidence based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2009 Sep 17.

Laboratoriumonderzoek laat in geval van artrose een normale bloedbezinking zien, bij reumatoïde artritis daarentegen niet. Het radiologisch onderzoek vindt vaak plaats op verzoek van de patiënt, ter bevestiging van de diagnose.

Voor röntgenonderzoek zijn diverse graderingssystemen. Het meest gangbare is het scoringssysteem volgens Kellgren en Lawrence, dat is gebaseerd op de mate van kraakbeenverlies, de aanwezigheid van osteofyten, de mate van sclerosering van het subchondrale bot en de vorming van cysten. Er zijn 5 graden (0-4). Bij graad 2 of hoger is sprake van artrose. In zo'n geval kan er al jaren sprake zijn van een sluimerend voorstadium van artrose.

Echografisch onderzoek kan, in uitzonderingsgevallen, een rol spelen bij de differentiaaldiagnose. Magnetic resonance imaging (MRI) onderzoek is niet geïndiceerd bij de diagnostiek van artrose in de dagelijkse praktijk; bovendien is het een kostbaar onderzoek. Wel bestaat in onderzoeksverband veel belangstelling voor MRI, omdat het door middel van MRI aangetoonde beenmergoedeem een voorspeller kan zijn voor toename van radiologische schade. In de tweede lijn kan aanvullend radiologisch onderzoek worden overwogen ter ondersteuning van de diagnose, voor het instellen van de optimale therapie, bij een discrepantie tussen de bevindingen uit lichamelijk onderzoek en de klachten van de patiënt, bij onvoldoende reactie op ingestelde therapie of ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek.

In de dagelijkse praktijk wordt voornamelijk gewerkt met de klinische diagnose heup- en/of knieartrose. Vanwege het ontbreken van een duidelijk verband tussen de ernst van de klachten en functionele beperkingen enerzijds en de mate van radiologische afwijkingen anderzijds is aanvullend radiologisch onderzoek voor het stellen van de diagnose artrose in de eerste lijn niet zinvol. Aanvullend radiologisch onderzoek kan echter wel richtinggevend zijn voor de dagelijkse klinische praktijk.

A.3.3 Algemeen klinisch beeld

Pijn is voor de meeste mensen het belangrijkste symptoom van heup- en/of knieartrose. Deze pijn treedt aanvankelijk op bij het starten van bewegen en bij langdurig belasten; de pijn neemt vaak toe naarmate de dag vordert. In latere fasen is er ook pijn in rust en nachtelijke pijn. Stijfheid bij artrose is meestal startstijfheid, die na enkele minuten verdwenen is. Aan de gewrichtsranden kunnen benige zwellingen (osteofyten) worden gepalpeerd, die gevoelig zijn bij druk. Naast benige zwelling kan er sprake zijn van wekedelenzwelling of intra-articulaire zwelling (hydrops of synovitis). Karakteristiek voor artrose zijn crepitaties die worden gehoord en gevoeld en waarschijnlijk worden veroorzaakt door ruwe gewrichtsoppervlakken en de benige verdikkingen aan de gewrichtsranden, die langs de ligamenten strijken.

Bij heupartrose zit de pijn meestal in de lies en aan de voor-laterale zijde van de heup, soms in het bovenbeen of uitstralend naar het bovenbeen en de knie. Naast leeftijd (≥ 60 jaar) is bij mensen

met pijn in de heup een aantal klinische factoren voorspellend voor de ernst en aanwezigheid van radiologische artrose, en de mate waarin deze klinische factoren optreden. Deze factoren zijn: meer dan drie maanden pijnklachten, geen verergering van de pijn bij zitten, pijn bij palpatie over het ligamentum inguinale, verminderde exorotatie, endorotatie en adductie, een benig eindgevoel en spierkrachtverlies van abductie van de heup).

Bij knieartrose bevindt de pijn zich meestal in en rondom de knie, maar soms kan de pijn ook gelokaliseerd zijn in het bovenbeen of de heup. Bij pijn in de knie is ook een aantal klinische factoren voorspellend voor de ernst en aanwezigheid van radiologische artrose. Bij knieartrose zijn deze factoren: leeftijd ouder dan 50 jaar, ochtendstijfheid van minder dan 30 minuten, crepitaties bij bewegingsonderzoek, gevoeligheid van de benige structuren, benige verbreding van het kniegewricht en de afwezigheid van een verhoogde temperatuur in het kniegewricht.

Soms ontstaat er in de heup of knie een ontstekingsreactie van het synovium. Deze ontstekingsreactie kan pijn, zwelling en temperatuurverhoging in het gewricht teweegbrengen. Een ander kenmerk van artrose is het ontstaan van bewegingsbeperkingen van het gewricht. Daarnaast kunnen door toenemende destructie van de gewrichtsstructuren standsveranderingen ontstaan, zoals een varus- of valgusstand van de knie. Deze standsveranderingen kunnen leiden tot klachten van instabiliteit. Stabiliteit van een gewricht kan worden gedefinieerd als 'het vermogen om een positie van een gewricht te handhaven of om bewegingen, beïnvloed door externe belastingen, te kunnen controleren'. De stabiliteit van een gewricht wordt verzorgd door het passieve steunapparaat (ligamenten, kapsel) en het actieve neuromusculaire systeem (spierkracht, proprioceptie). Het bereiken van stabiliteit van een gewricht moet worden beschouwd als een proces dat door een aantal factoren (onder andere kracht, proprioceptie en laxiteit) wordt beïnvloed.

Zowel bij heup- als knieartrose kunnen er ten gevolge van pijn, stijfheid, bewegingsbeperkingen, standsafwijkingen en/of instabiliteit problemen ontstaan bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten zoals lopen, traplopen, gaan zitten en opstaan en sokken en schoenen aantrekken. Problemen met de stabiliteit kunnen leiden tot een gevoel van onzekerheid tijdens het uitvoeren van activiteiten. Uiteindelijk kunnen de stoornissen en de beperkingen in dagelijkse activiteiten leiden tot beperkingen in de maatschappelijke participatie zoals werk, recreatie of sport.

A.3.4 Risicofactoren voor ontstaan en progressie

Artrose is een aandoening die in de meeste gevallen multifactorieel wordt bepaald. Welke factoren bij welke patiënten een rol spelen, is nog niet duidelijk. Factoren die invloed hebben op het ontstaan van artrose van de heup en/of knie worden onderverdeeld in systemische en biomechanische factoren (zie tabel 1a).

Tabel 1a. Risicofactoren voor het ontstaan van heup- en/of knieartrose.

| systemische factoren | biomechanische factoren | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • leeftijd • ras* • genetische aanleg* • geslacht • overgewicht** • gegeneraliseerde artrose • malalignement (knie) | <p><i>intrinsieke factoren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • trauma in verleden • gewrichtsaandoening (o.a. septische artritis, reactieve artritis of kristalartritis) • congenitaal (o.a. congenitale heupdysplasie, ziekte van Perthes en femorale epifysiolyse) • operatie (o.a. menisectomie) • spierzwakte** • laxiteit** | <p><i>extrinsieke factoren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • overgewicht** • zwaar beroep (veel tillen, hurken en knielen) • sport (m.n. topsport als voetbal, ballet) • zitten in hurkhouding** |
| <p>* in mindere mate voor knieartrose. ** in mindere mate voor heupartrose.</p> | | |

Systemische factoren bepalen de individuele gevoeligheid van het gewricht voor de inwerking van lokale biomechanische factoren, met als resultaat artrose in een bepaald gewricht van een bepaald ernst. Zo kan ras bijvoorbeeld van invloed zijn en hebben mensen op een hogere leeftijd een groter risico op het krijgen van artrose. Ook is aangetoond dat bepaalde genetische factoren een rol spelen bij het ontstaan van artrose van de heup en/of knie. Verder komt artrose bij vrouwen meer voor dan bij mannen. Lokale biomechanische factoren kunnen worden ingedeeld in intrinsieke lokale factoren, die de gewrichtsbelastbaarheid beïnvloeden, en extrinsieke lokale factoren die van invloed zijn op de gewrichtsbelasting. Niet alle risicofactoren spelen in gelijke mate een rol bij de lokalisatie van de artrose. Zo lijken ras en genetische aanleg belangrijker te zijn bij het ontstaan van heupartrose en overgewicht en zitten in een gehurkte houding bij het ontstaan van knieartrose. Naast risicofactoren voor het ontstaan van heup- en/of knieartrose zijn er ook risicofactoren voor de progressie (zie tabel 1b). Deze risicofactoren kunnen gerelateerd zijn aan radiologische progressie of progressie van klinische verschijnselen. Ook bij de determinanten van progressie gelden niet alle risicofactoren in dezelfde mate voor heup- en knieartrose. Zo is overgewicht een sterkere risicofactor voor progressie van knieartrose dan voor progressie van heupartrose, en zijn hogere leeftijd, vrouwelijk geslacht en radiologische afwijkingen bij de eerste diagnosestelling juist sterkere risicofactoren voor progressie van heupartrose dan voor progressie van knieartrose.

trose, en zijn hogere leeftijd, vrouwelijk geslacht en radiologische afwijkingen bij de eerste diagnosestelling juist sterkere risicofactoren voor progressie van heupartrose dan voor progressie van knieartrose.

A.3.5 Beloop van de aandoening

Het natuurlijke beloop van artrose is zeer heterogeen. Over het algemeen is artrose een langzaam voortschrijdend proces, waarbij perioden van relatieve stabiliteit zonder veel symptomen worden afgewisseld met perioden waarin de aandoening actiever is (meer pijn en/of inflammatoire verschijnselen). Ook kan een 'flare' voorkomen, het 'opvlammen' van de artrose met ontstekingsverschijnselen. De snelheid waarmee de artrose zich ontwikkelt, hangt onder andere af van de aanwezige risicofactoren. Bij ernstige radiologische afwijkingen en veel pijn kan het uiteindelijk nodig zijn een operatie van de heup of knie te overwegen. Gemiddeld zijn in de periode 2001-2004 in Nederland per jaar 35.373 ziekenhuisopnames geregistreerd vanwege artrose, veelal ten behoeve van gewrichtsvervangende operaties. De verwachting is dat het jaarlijkse aantal operaties in verband met artrose van de heup of knie in de komende jaren zal stijgen.

Tabel 1b. Risicofactoren voor de radiologische en klinische progressie van heup en/of knieartrose.

| radiologische progressie | klinische progressie |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • overgewicht • gegeneraliseerde artrose • radiologische afwijkingen (mate van gewrichtsdestructie) eerste diagnosestelling* • botatrofie* • verhoogde CRP • hoog niveau van hyaluronzuur in het gewricht • malalignement (knie) • erfelijke aanleg | <ul style="list-style-type: none"> • psychosociale factoren • depressie • lage inschatting van eigen mogelijkheden ('self-efficacy') • lage sociaaleconomische status • gebrek aan beweging • hogere leeftijd* • vrouwelijk geslacht* • comorbiditeit (hart- en longziekten, diabetes mellitus type 2, slechte visus, andere gewrichtsaandoeningen) • pijn • spierzwakte • verminderde proprioceptie • verhoogde laxiteit |
| <p>* geldt niet bij knieartrose. CPR = C-reactive proteïne.</p> | |

A.3.6 Gezondheidsproblemen

De probleemgebieden waarmee mensen met artrose van de heup en/of knie te maken krijgen, vormen onderdeel van een breder scala aan gezondheidsproblemen van deze patiëntengroep. Deze probleemgebieden kunnen worden beschreven met behulp van de 'ICF Core Sets for osteoarthritis' (ICF Core Sets artrose, zie tabel 2).

A.4 De rol van de fysiotherapeut

Voor de fysiotherapeut is in de verschillende fasen van de aandoe-ning een rol weggelegd. De fysiotherapeut begeleidt een patiënt bij het proces van verbeteren en/of leren omgaan met de klachten en beperkingen in activiteiten in het dagelijks leven door mid- del van adaptieve en/of compensatoire behandelstrategieën. De

Tabel 2. ICF Core Sets artrose, aangepast voor heup- en/of knieartrose.

| | |
|--|--|
| <p>Functies</p> <ul style="list-style-type: none"> • Energie en driften (b130) • Slaap (b134) • Stemming (b152) • Proprioceptie (b260)* • Pijngewaarwording (b280) • Mobiliteit van gewrichten (b710) • Stabiliteit van gewrichten (b715) • Mobiliteit van botten (b720) • Spiersterkte (b730) • Spiertonus (b735) • Spieruithoudingsvermogen (b740) • Controle van willekeurige bewegingen (b760) • Gangpatroon (b770) • Gewaarwordingen verband houdend met spieren en bewegingsfuncties (b780) | <p>Externe factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Producten of stoffen voor menselijke consumptie (e110) • Producten en technologie voor persoonlijk gebruik in het dagelijks leven (e115) • Producten en technologie voor verplaatsing van personen binnenshuis en buitenshuis en voor vervoer (e120) • Producten en technologie voor werkdoeleinden (e135) • Producten en technologie voor culturele, ontspanning- en sportdoeleinden (e140)* • Technische aspecten van openbare gebouwen (e150) • Technische aspecten van private gebouwen (e155) • Klimaat (e225) • Naaste familie (e310) • Vrienden (e320) • Persoonlijke verzorgers en assistenten (e340) • Hulpverleners in de gezondheidszorg (e355) • Persoonlijke attitudes van naaste familieleden (e410) • Persoonlijke attitudes van hulpverleners in de gezondheidszorg (e450) • Maatschappelijke attitudes (e460) • Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot vervoer (e540) • Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot welzijn (e575) • Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot gezondheidszorg (e580) |
| <p>Anatomische eigenschappen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anatomische eigenschappen van bekkengordel (s740) • Anatomische eigenschappen van onderste extremiteit (s750) • Anatomische eigenschappen van extra structuren verwant aan beweging (s770) • Anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging, niet gespecificeerd (s799) | <p>Persoonlijke factoren*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leeftijd • Geslacht • Etniciteit • Sociale achtergrond • Opleiding • Beroep • Ervaringen uit heden en verleden • Andere aandoeningen • Persoonlijkheidskenmerken • Bekwaamheden • Levensstijl • Levensgewoonten • Opvoeding • Coping • (Zelf)redzaamheid • Ziekteperceptie |
| <p>Activiteiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veranderen van basale lichaamshouding (d410) • Handhaven van lichaamshouding (d415) • Uitvoeren van transfers (d420)* • Lopen (d450) • Zich verplaatsen (d455) • Gebruiken van vervoermiddel (d470) • Zich verplaatsen met speciale middelen (d465)* • Besturen (d475) • Zich wassen (d510) • Zorgdragen voor toiletgang (d530) • Zich kleden (d540) • Verwerven van goederen en diensten (d620) • Huishouden doen (d640) • Assisteren van andere personen (d660) • Intieme relaties (d770) | |
| <p>Participatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betaald werk (d850) • Onbetaald werk (d855)* • Maatschappelijk leven (d910) • Recreatie en vrije tijd (d920) | |

* toegevoegd door werkgroep 1.

radiologische progressie bij artrose is niet te beïnvloeden door de fysiotherapeut. De gevolgen van de aandoening, zoals beperkingen in activiteiten en participatie, verminderde inspanningstolerantie of spierkracht echter wel. Op deze gebieden speelt de fysiotherapeut een belangrijke rol in het beloop van de heup- en/of knieartrose. Deze manier van zorgverlening valt onder tertiaire preventie, dat wil zeggen het voorkomen van verergering of complicaties van een aandoening en het vergroten van de zelfredzaamheid. De fysiotherapeut kan ook worden ingeschakeld in de periode voor en na een operatieve ingreep in verband met heup- en/of knieartrose, om ervoor te zorgen dat de patiënt goed wordt voorbereid op de operatie en na de operatie zo spoedig mogelijk weer in de thuis-situatie kan functioneren. Zie ook paragraaf C.2.7.

De behandelmethoden die de fysiotherapeut ter beschikking staan zijn het geven van informatie en voorlichting, individueel of in groepsverband, oefenen en sturen, individueel, in groepsverband, op het droge of in het water, fysieke therapie in engere zin en manuele verrichtingen.

De fysiotherapeutische behandelmethoden staan uitgebreid beschreven in paragraaf C van deze *Praktijkrichtlijn*.

A.5 Algemene behandeling

Er is nog geen behandeling bekend die artrose kan genezen. De belangrijkste pijlers waarop de behandeling rust zijn oefentherapie, leefstijladviezen (onder meer ten aanzien van bewegen/oefenen, gewrichtsbescherming en afvallen), medicamenteuze pijnbestrijding en, indien genoemde interventies onvoldoende effect sorteren, chirurgische behandeling.

In de dagelijkse praktijk worden veelvuldig verschillende interventies tegelijkertijd toegepast. Een voorbeeld is de combinatie van oefentherapie, voorlichting en het gebruik van pijnstillers.

Voor een uitgebreidere beschrijving van de diverse al dan niet medicamenteuze en chirurgische interventies wordt verwezen naar de *Verantwoording en toelichting*.

B Diagnostische proces

Het doel van het diagnostisch proces is inventarisatie van de ernst, de aard en de mate van beïnvloedbaarheid van het gezondheidsprobleem door de fysiotherapeut. Uitgangspunt is de hulpvraag die de patiënt zelf formuleert. De fysiotherapeut vertaalt deze hulpvraag en de hiermee verband houdende gezondheidsproblemen in termen van de ICF.

Als basis voor een klinische inventarisatie van de meest relevante gezondheidsproblemen van mensen met heup- en knieartrose is gekozen voor de zogenaamde 'comprehensive' en verkorte ICF Core Sets voor artrose (zie figuur 2).

B.1 Aanmelding en verwijzing

Indien een patiënt is verwezen naar de fysiotherapeut, dienen de volgende gegevens vermeld te staan op de verwijzing:

- naam patiënt (eventueel adres en gegevens over de zorgverzekering);
- burgerservicenummer (BSN);
- datum verwijzing;
- diagnose (eventueel diagnosecode);
- verwijfsindicatie;
- hulpvraag patiënt;
- relevante gegevens over de gezondheidstoestand (onder andere radiologische afwijkingen van de gewrichten, comorbidi-

teit, medicatiegebruik en eventueel een prognose);

- naam verwijzer;
- handtekening van de verwijzer;
- naam van de huisarts (indien deze niet de verwijzer is).

B.2 Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF)

Bij iedere patiënt die zich zonder verwijzing (DTF) aanmeldt bij de fysiotherapeut, zal eerst een screening plaatsvinden. Deze screening is bedoeld om na te gaan of fysiotherapeutische behandeling is geïndiceerd. De fysiotherapeut moet zich een beeld vormen van de klachten en symptomen en de eventuele aanwezigheid van zogeheten gele en rode vlaggen. Gele vlaggen zijn aanwijzingen voor psychosociale en gedragsmatige risicofactoren voor het onderhouden en/of verergeren van de gezondheidsproblemen. Rode vlaggen zijn patronen van symptomen of tekenen (waarschuwingssignalen) die kunnen wijzen op min of meer ernstige pathologie, die aanvullende medische diagnostiek vereisen. Herkenning van het klachtenpatroon dat specifiek is voor artrose van de heup- en/of knie is van belang teneinde vast te kunnen stellen of er specifieke rode vlaggen aanwezig zijn die niet bij dit patroon passen.

Rode vlaggen*

- onverklaarbare warme en gezwollen (rode) knie (bacteriële infectie?)
- onverklaarbare pijn in heup en/of knie
- zwelling in de lies (maligniteit?)
- ernstige slotklachten in de knie
- (hevige) pijn in rust en zwelling (zonder trauma) (maligniteit?)

bij aanwezigheid van een of meer gewrichtsvervangende prothesen:

- koorts
- infectie
- onverklaarbare hevige pijn in heup en/of knie

* Deze rode vlaggen zijn specifiek voor artrose van de heup- en/of knie. Naast rode vlaggen, zijn er ook gele, blauwe en zwarte vlaggen (zie paragraaf B.3).

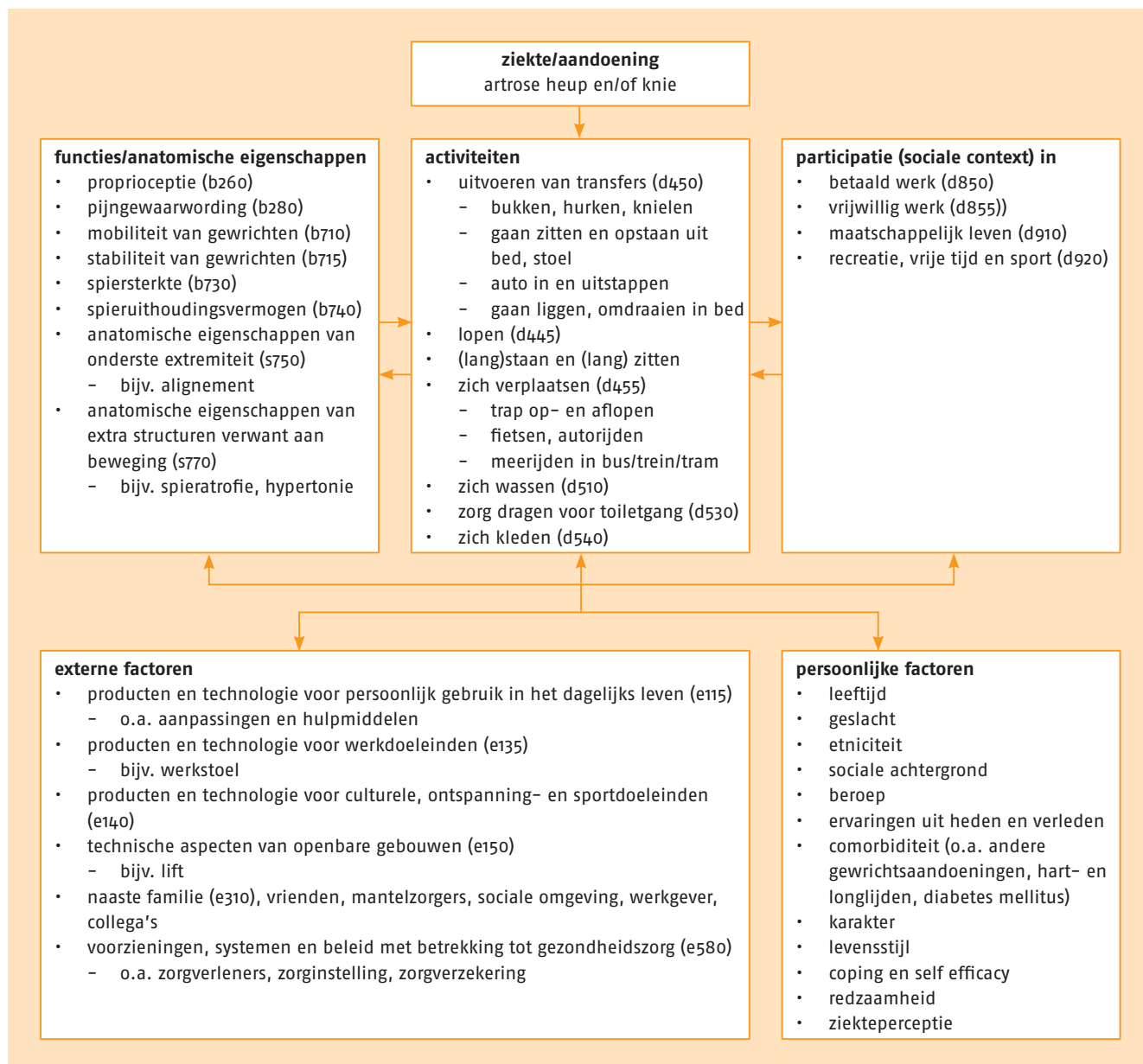
Indien een of meerdere rode vlaggen aanwezig zijn, moet de fysiotherapeut de patiënt hierover informeren. Ook de huisarts dient, in overleg met de patiënt, hierover te worden geïnformeerd. Daarnaast is het advies aan de patiënt om contact op te nemen met de huisarts of behandelend specialist.

Over de communicatie tussen de fysiotherapeut en de huisarts zijn lokaal afgestemde afspraken mogelijk ten aanzien van de gang van zaken als de fysiotherapeut rode vlaggen constateert.

B.3 Anamnese

Als de patiënt is verwezen door de huisarts of de specialist zal een uitgebreide intake worden gedaan om te beoordelen of er een indicatie bestaat voor fysiotherapie.

Indien er in het geval van DTF een behandeling fysiotherapie is geïndiceerd, zal de al uitgevraagde informatie worden aangevuld door middel van de hierna beschreven intakeprocedure. Tijdens deze intake stelt de fysiotherapeut vragen die nodig zijn om de



Figuur 2. Schematisch overzicht van probleemgebieden en beïnvloedende factoren bij artrose van heup en/of knieartrose aan de hand van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Sets for osteoarthritis (verkorte ICF Core Sets, aangevuld met klinisch relevante factoren op basis van expert opinion).

Bron: Dreinhofer K, Stucki G, Ewert T, Huber E, Ebenbichler G, Gutenbrunner C, et al. ICF Core Sets for osteoarthritis. J Rehabil Med. 2004 Jul;(44 Suppl): 75-80.

gezondheidsproblemen in kaart te brengen (die zullen leiden tot formulering van de uiteindelijke hulpvraag). Daarbij maakt de fysiotherapeut gebruik van meetinstrumenten (zie paragraaf B.7). Een voorbeeld van een meetinstrument is een vragenlijst die beperkingen in dagelijkse activiteiten uitvraagt.

Bij de meeste mensen met artrose van de heup en/of knie staat pijn op de voorgrond. Daarom zal de intake zich in eerste instantie richten op stoornissen (waaronder pijn) in functies en anatomische eigenschappen. Daarna zal de intake zich toespitsen op de beperkingen op het gebied van activiteiten en participatie, om vervolgens aandacht te besteden aan de invloed van externe en persoonlijke factoren (zie figuur 1). Deze externe en persoonlijke

factoren kunnen belemmerend of bevorderend werken en kunnen overleg met de huisarts of (andere) verwijzer noodzakelijk maken. Eventueel kan behandeling door een andere zorgverlener worden ingezet, zoals een diëtist, ergotherapeut, psycholoog of medisch specialist, hetzij voorafgaand aan de fysiotherapeutische behandeling (voorwaarde scheppend), hetzij gelijktijdig, hetzij aansluitend aan de fysiotherapeutische behandeling.

De laatste jaren wordt er steeds meer bekend over de rol van comorbiditeit bij de ervaren beperkingen in het functioneren van mensen met artrose van de heup en/of knie en de problemen die deze patiënten ervaren. Deze comorbiditeit betreft: andere ge-

Voorbeelden van belemmerende externe persoonlijke factoren:

- comorbiditeit;
- een inadequate wijze van omgaan met klachten.

Voorbeelden van bevorderende externe persoonlijke factoren:

- een hoge mate van zelfredzaamheid;
- actieve coping.*

* De patiënt zoekt zelf naar oplossingen om klachten te verminderen en activiteiten te kunnen blijven uitvoeren (aanschaf van een elektrische fiets waardoor het mogelijk blijft om zich te verplaatsen) en/of probeert zelf de grenzen van zijn belastbaarheid te vinden.

wrichtsaandoeningen, hart- en longziekten, diabetes mellitus type 2, hypertensie, oriëntatiestoornissen zoals visus- of gehoorproblemen, chronische urineweginfecties, chronische lage rugklachten, depressie, chronische aspecifieke pijn en obesitas. De fysiotherapeut maakt een inschatting van de prognose, de motivatie en de ziekteperceptie van de patiënt en stelt vast of de patiënt kan worden behandeld volgens de richtlijn. Tijdens de intake houdt de fysiotherapeut rekening met de mogelijk aanwezige rode, gele, blauwe en zwarte vlaggen. De rode vlaggen zijn beschreven in paragraaf B.1.2. Gele vlaggen zijn aanwijzingen voor psychosociale risicofactoren, blauwe vlaggen zijn aanwijzingen voor sociale en economische risicofactoren en zwarte vlaggen voor beroepsmatige risicofactoren. Indien nodig kan, in overleg met de patiënt, aan de verwijzend arts worden voorgesteld de patiënt te verwijzen naar voor deze problemen relevante specialistische zorg.

B.4 Onderzoek

Het lichamelijk onderzoek bestaat uit het beoordelen van (de kwaliteit van) het bewegend functioneren van de patiënt.

B.4.1 Inspectie

Tijdens de inspectie observeert de fysiotherapeut wat de stand is van de gewrichten in rust en hoe de patiënt beweegt, door de patiënt dagelijkse activiteiten te laten uitvoeren, zoals gaan zitten en weer opstaan, overeind komen vanuit liggende houding, lopen en traplopen. Daarbij besteedt de fysiotherapeut ook aandacht aan de rug, het bekken, de enkels en de voeten. Ook wordt er gelet op de kwaliteit van bewegen en of de patiënt gebruik maakt van hulpmiddelen. In geval van loophulpmiddelen besteedt de fysiotherapeut extra aandacht aan de functie van de bovenste extremiteit.

B.4.2 Palpatie

Door middel van palpatie en functieonderzoek brengt de fysiotherapeut vervolgens stoornissen in functies en anatomische structuren in kaart. Bij palpatie wordt de aanwezigheid van zwelling, verdikkingen, temperatuurverhoging en spiertonus beoordeeld.

B.4.3 Functieonderzoek

Bij het functieonderzoek worden spierkracht, mobiliteit, balans en coördinatie beoordeeld, maar er is ook aandacht voor de stabiliteit, omdat stabiliteit een belangrijke rol speelt in het functioneren. Bij het beoordelen van de coördinatie en de stabiliteit kan worden

gebruik gemaakt van functionele tests, zoals het staan op één been of het lopen op diverse soorten ondergrond. De passieve stabiliteit kan worden beoordeeld door gebruik te maken van de bestaande manuele tests voor laxiteit, zoals de passieve angulaire abductie vanuit 20 graden flexiestand van de knie, de passieve angulaire adductie van extensiestand en de schuifladetests van de knie. Bij de stabiliteit speelt naast kracht en passieve stabiliteit ook proprioceptie een belangrijke rol. Bij het testen van de proprioceptie wordt onderscheid gemaakt tussen twee gevoelsgevoelings van de patiënt, namelijk de 'joint position sense' (het voelen van de stand van het gewricht, zoals door de fysiotherapeut in positie gezet) en de 'joint motion sense' (het waarnemen van het bewegen van het gewricht door de fysiotherapeut).

Alle bevindingen uit het lichamelijk onderzoek worden vervolgens in relatie gebracht met eventuele eerder geobserveerde beperkingen in activiteiten en participatie (zie figuur 2).

Er is een aantal meetinstrumenten voor het bepalen van de spierkracht en de mobiliteit bij patiënten met heup- en/of knie-artrose. Deze meetinstrumenten staan vermeld in bijlage 2 van deze *Praktijkrichtlijn*. Alle meetinstrumenten zijn beschikbaar via www.fysionet.nl.

B.5 Analyse

Op basis van de gegevens die zijn verzameld tijdens de stappen 'Aanmelding/verwijzing', 'Intake' en 'Onderzoek', formuleert de fysiotherapeut in het analyseproces de hulpvraag en het gezondheidsprobleem van de patiënt in termen van stoornissen in functies, anatomische eigenschappen, beperkingen in activiteiten en participatie, en externe en persoonlijke factoren. Geconcludeerd wordt welk(e) gezondheidsproble(e)m(en) centraal staat(n) en in welke mate deze gezondheidsproblemen beïnvloedbaar zijn door fysiotherapie. Hieruit volgt of er een indicatie is voor fysiotherapie. Daarnaast bepaalt de fysiotherapeut of er een indicatie is voor de inschakeling van een andere zorgverlener. Als dat het geval lijkt te zijn, moet overleg met de huisarts of (andere) verwijzer plaatsvinden.

Na beantwoording van de bij het analyseproces genoemde vragen formuleert de fysiotherapeut het behandelplan, in overleg met de patiënt. Alle vervolgstappen in het behandelproces zullen in samenspraak met de patiënt plaatsvinden.

Indien er geen indicatie is voor fysiotherapie, vindt, eveneens na overleg met de patiënt, terugverwijzing plaats naar de huisarts of andere behandelaar met, desgewenst, een advies voor verwijzing naar een andere zorgverlener.

B.6 Behandelplan

Het behandelplan omvat de fysiotherapeutische behandeldoelen en de prioritering ervan. Voor dit plan dient een minimaal mondelinge overeenstemming tussen de fysiotherapeut en de patiënt te zijn bereikt.

De hoofddoelstelling, dit is de doelstelling die in het behandelplan centraal staat, sluit aan bij de hulpvraag van de patiënt. Bij de formulering van de hoofd- en subdoelstellingen wordt rekening gehouden met de motivatie, de aanwezigheid van bevorderende en belemmerende factoren en het te verwachten herstel, op basis van uitkomsten van de meetinstrumenten.

Formulering van hoofd- en subdoelstellingen dient plaats te vinden volgens de SMART-principes. SMART staat voor 'Specifiek',

‘Meetbaar’, ‘Acceptabel’, ‘Realistisch’ en ‘Tijdgebonden’. Een SMART-doelstelling is richtinggevend: de doelstelling geeft aan wat de patiënt wil bereiken en stuurt het gedrag van zowel de patiënt als de fysiotherapeut. De doelen worden geformuleerd op activiteitsniveau. In de SMART-formulering wordt aangegeven welke resultaten moeten worden bereikt en wanneer. Afhankelijk van de mate van individuele aandacht die nodig is voor het behandelen van het gezondheidsprobleem, wordt bepaald of een individuele of groepsgewijze fysiotherapeutische behandeling geïndiceerd is.

B.7 Meetinstrumenten

Meetinstrumenten kwantificeren het gezondheidsprobleem of de belastbaarheid van de patiënt. Voor het inventariseren van de gezondheidsproblemen die samenhangen met artrose van de heup en/of knie en het evalueren van de behandeling is een aantal meetinstrumenten beschikbaar. Het geniet de voorkeur om gebruik te maken van een combinatie van een of meerdere vragenlijsten en een of meerdere performancetests.

Bij voorkeur wordt gebruik gemaakt van de Patiënt Specifieke Klachten (PSK) en de Timed Up and Go test (TUG-test).

In figuur 3 is een overzicht gegeven van de verschillende meetinstrumenten, gekoppeld aan de verschillende gezondheidsdomeinen van de ICF.

Bij vier vragenlijsten is sprake van overlap tussen de vragen over pijn, stijfheid en fysiek functioneren:

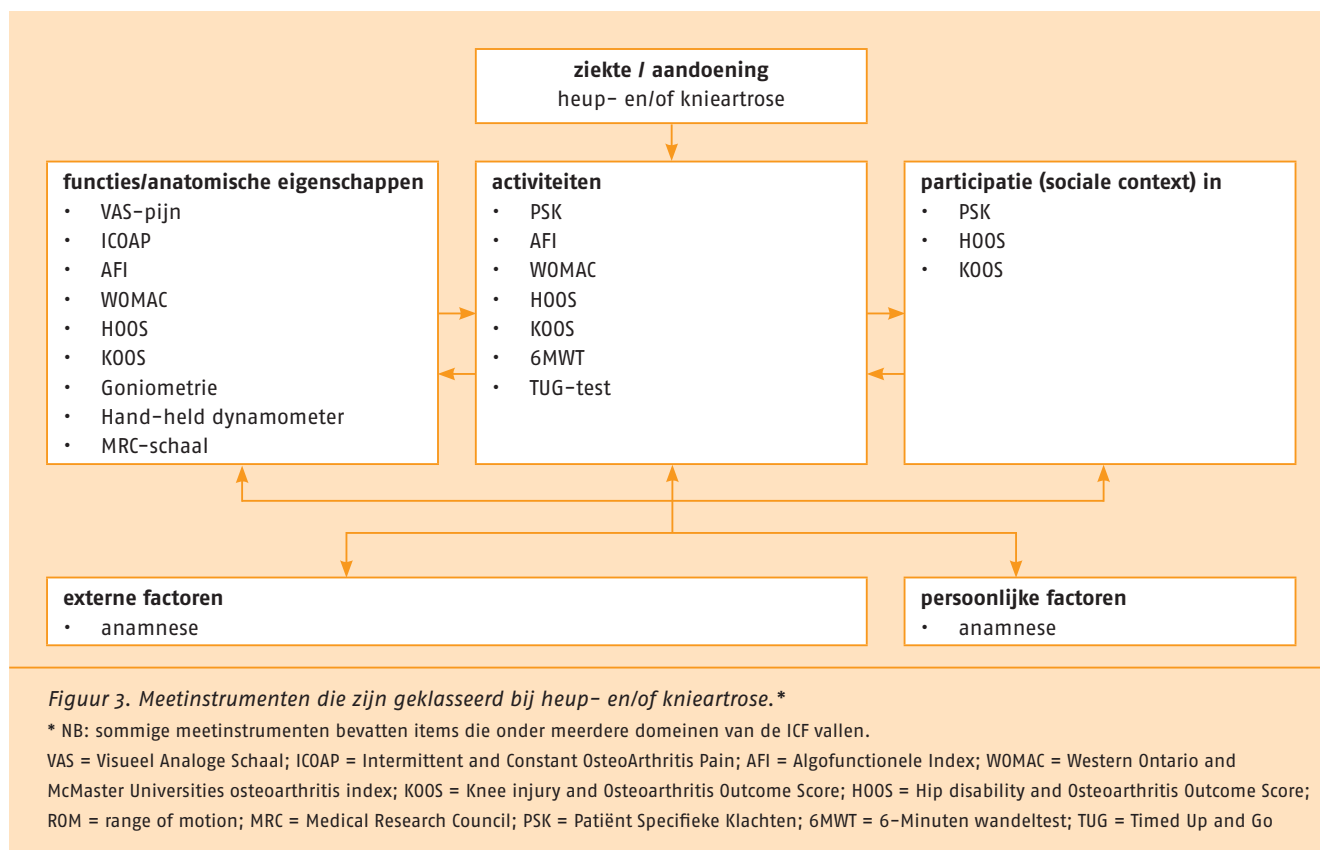
- De Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis index (WOMAC) is een vragenlijst die de laatste jaren nationaal

Aandachtspunten

- Het is belangrijk om bij het gebruik van meetinstrumenten rekening te houden met de belasting die het gebruik van dat meetinstrument met zich meebrengt voor de patiënt. Een gerichte, weloverwogen keuze uit de beschikbare meetinstrumenten is daarom essentieel.
- Een aantal vragenlijsten gaat uit van één aangedaan gewricht. Als meerdere gewrichten zijn aangedaan moet de fysiotherapeut, in het licht van bovenstaande en indien mogelijk, kiezen voor een meetinstrument dat geschikt is voor de meting van problemen in meerdere gewrichten.

en internationaal veel wordt gebruikt, ook in wetenschappelijk onderzoek; het meetinstrument legt het accent op beperkingen in een aantal activiteiten bij heup- én knieartrose.

- De Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) en de Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) zijn vragenlijsten die in grote mate met elkaar en de WOMAC overeenkomen, maar specifiek zijn voor respectievelijk de heup en de knie. De HOOS en de KOOS zijn uitgebreid met vragen over functioneren in de vrije tijd en tijdens sport en met vragen over kwaliteit van leven. Zowel uit de HOOS als uit de KOOS kan de WOMAC worden berekend.
- De Algofunctionele Index (AFI) is een vragenlijst die ook was opgenomen in de eerste versie van de richtlijn; de AFI legt het accent op pijn tijdens lopen en op de loopafstand die voor de patiënt mogelijk is.



C Therapeutisch proces

C.1 Algemene kenmerken van de behandeling

C.1.1 Behandellocatie

Fysiotherapeutische behandeling vindt plaats bij de patiënt aan huis of in de eerstelijns praktijk, de reumakliniek of het revalidatiecentrum, of in het verpleeg- of ziekenhuis, mocht de patiënt daar verblijven.

Er moet rekening worden gehouden met de toegankelijkheid van de behandellocatie/behandelruimte en met praktijkfaciliteiten (bijvoorbeeld een hoge stoel in de wachtkamer, een lange schoenlepel).

C.1.2 Behandelfrequentie en -duur

De behandelfrequentie en -duur bij deze patiëntengroep zijn wisselend, afhankelijk van de mate van ervaren beperkingen in activiteiten en participatie en stoornissen in functies en anatomische eigenschappen. Op basis van de opgestelde (SMART-)behandeldoelen bepaalt de fysiotherapeut, in overleg met de patiënt, de behandelfrequentie en -locatie en de verwachte hoeveelheid fysiotherapeutische begeleiding. Het werkelijke aantal sessies dat nodig zal zijn om de behandeldoelen te behalen, is afhankelijk van de motivatie van de patiënt, de aanwezigheid van gunstige of ongunstige determinanten en de wijze waarop de patiënt met de gezondheidsproblemen omgaat.

Zodra de behandeldoelen zijn behaald, dient de behandeling te worden gestopt; er is geen bewijs voor het permanent behandelen van deze patiëntengroep. Wel moet de fysiotherapeut de patiënt informeren over hoe deze de bereikte behandeldoelen zelf kan handhaven of mogelijk verder uitbereiden.

C.2 Behandelmethode

C.2.1 Oefenen en sturen

C.2.1.1 Oefentherapie

Oefentherapie is bewezen effectief ter vermindering van de pijn en verbetering van het fysiek functioneren op de korte termijn en moet plaatsvinden onder begeleiding.

De inhoud en intensiteit van het oefenprogramma dient bij elke patiënt te worden aangepast aan individuele doelstellingen op het niveau van beperkingen in activiteiten of participatie. De werkgroep is van mening dat hierbij gebruik gemaakt kan worden van de volgende oefenvormen: spierversterkende oefeningen, oefeningen ter verhoging van de aerobe capaciteit en looptraining, aangevuld met functionele oefenvormen, hoewel de effectiviteit van een van deze specifieke oefenvormen of een optimale combinatie ervan door middel van onderzoek onvoldoende is bewezen.

De werkgroep is van mening dat in individuele gevallen balans- en proprioceptieoefeningen kunnen worden overwogen bij patiënten met een actieve instabiliteit van de knie; een behavioral graded activityprogramma kan worden overwogen bij een relatief laag niveau van fysiek functioneren.

De werkgroep is van mening dat het tot stand brengen van leefstijlverandering, zoals het verhogen en handhaven van de hoeveelheid lichamelijke activiteit, een proces is dat tijd kost. Bij het nastreven van een dergelijk doel verdient het aanbeveling om het aantal behandelsessies over langere tijd te spreiden. Hierbij kan ook gedacht worden aan controleafspraken in de praktijk of aan telefonisch contact.

Na afloop van de behandelperiode is het zinvol om reguliere bewegings- of sportactiviteiten te stimuleren.

C.2.1.2 Hydrotherapie

Een grote diversiteit aan hydrotherapie-interventies is onderzocht. Het is daarom moeilijk om een uitspraak te doen over de effectiviteit van hydrotherapie bij heup- en/of knieartrose. Er zijn geen studies gevonden die de effectiviteit van oefenprogramma's in water vergeleken met inhoudelijk vergelijkbare oefenprogramma's op het droge.

In een internationale richtlijn wordt hydrotherapie wel aanbevolen. Ondanks tegenstrijdig bewijs kan hydrotherapie in individuele gevallen een alternatief zijn wanneer sprake is van veel pijn, als oefenen op het droge niet mogelijk is en andere behandel mogelijkheden (medicamenteus of chirurgisch) ontbreken. Bij patiënten met veel pijn kan er bijvoorbeeld worden gestart met hydrotherapie ter voorbereiding van het oefenen op het droge.

C.2.2 Informeren en adviseren

C.2.2.1 Voorlichting en zelfmanagementinterventies

Als monotherapie kunnen voorlichting en zelfmanagementinterventies effectief zijn voor het mentaal functioneren, maar ten aanzien van pijn en fysiek functioneren leveren de onderzoeksresultaten tegenstrijdig bewijs. In de dagelijkse praktijk wordt vaak succesvol gebruik gemaakt van een combinatie van voorlichting, zelfmanagementinterventies en oefentherapie. De CBO-richtlijn geeft aan dat psycho-educatieve interventies, in combinatie met oefentherapie en medicatie, kunnen worden overwogen ter vermindering van de pijn. Op basis van onderzoeksresultaten en ervaringen in de dagelijkse praktijk kan de combinatie van voorlichting, zelfmanagementinterventies en oefentherapie worden aanbevolen ter vermindering van de pijn en verbetering van mentaal en fysiek functioneren.

De werkgroep is van mening dat de voorlichting en de zelfmanagementinterventies in ieder geval gericht moeten zijn op:

- de aandoening heup- en/of knieartrose;
- de gevolgen van de aandoening voor het bewegend functioneren, activiteiten en participatie;
- de verhouding tussen belasting en belastbaarheid;
- de wijze van omgaan met de klachten;
- actieve en gezonde leefstijl (bewegen, voeding/overgewicht);
- (beweeg)gedragsverandering;
- gewrichtsbescherming en
- het gebruik van hulpmiddelen.

Zie voor een nadere toelichting op deze onderdelen de *Verantwoording en toelichting* en de *KNGF-standaard Beweginginterventie Artrose* (zie www.fysionet.nl).

C.2.3 Manuele verrichtingen

C.2.3.1 Het tweewegbrengen van een passieve beweging in een gewricht

Het is binnen de fysiotherapie in Nederland gebruikelijk om verschillende vormen van het tweewegbrengen van een passieve beweging in een gewricht toe te passen bij de behandeling van mensen met heup- en/of knieartrose. De effectiviteit van deze interventie is door middel van onderzoek bewezen, mits deze interventie wordt gecombineerd met actieve oefentherapie.

De werkgroep is van mening dat het teweegbrengen van een passieve beweging in een gewricht als monotherapie in individuele gevallen kan worden toegepast op basis van bevindingen in het diagnostisch proces en de opgestelde behandeldoelen. Op die manier kunnen factoren worden behandeld die het oefenen belemmeren, zoals pijn en een mobiliteitsbeperking in een gewricht, zodat in aansluiting daarop actieve oefentherapie beter kan worden toegepast.

C.2.3.2 Massage

Massage is in het verleden veel toegepast binnen de fysiotherapie. Tegenwoordig richt de fysiotherapeutische behandeling van mensen met heup- en/of knieartrose zich vooral op het activeren en laten bewegen van de patiënt, waarbij massage eigenlijk geen plaats meer heeft. De mening van de werkgroep in dezen wordt ondersteund door de literatuur, waarin onvoldoende bewijskracht bestaat voor het effect van massage.

C.2.4 Fysische therapie in de engere zin

C.2.4.1 Thermo therapie

De effectiviteit van thermo therapie bij mensen met heup- en/of knieartrose is door middel van onderzoek onvoldoende aangetoond. De werkgroep is van mening dat warmtetherapie kan worden overwogen in individuele gevallen, als voorbereiding op het oefenen en bewegen, bijvoorbeeld bij erg stijve gewrichten en/of bij mensen die minder goed kunnen ontspannen. Het toedienen van warmte op of rondom het gewricht is gecontra-indiceerd als er sprake is van artrose met een ontstekingscomponent, omdat deze warmte de intra-artculaire temperatuur kan verhogen. In geval van ontsteking kan het toedienen van koude met behulp van ijspakkingen wel worden overwogen.

C.2.4.2 TENS/elektrotherapie

Op basis van de huidige evidentie kan TENS noch worden aanbevolen, noch afgeraden bij de behandeling van mensen met knieartrose ter vermindering van de pijn op de korte termijn. Gezien het mogelijke kortetermijneffect van TENS is de werkgroep van mening dat deze interventie in individuele gevallen kan worden overwogen als sprake is van knieartrose en veel pijnklachten. TENS dient dan ter ondersteuning van het oefenen. Ter verbetering van pijn en fysiek functioneren kan ook de combinatie van TENS en oefentherapie worden overwogen. Dit is echter niet de behandeling van eerste keus.

Op basis van tegenstrijdige onderzoeksresultaten en het feit dat in Nederland elektrostimulatie van de musculus quadriceps geen gebruikelijke interventie is bij de behandeling van mensen met knieartrose, wordt deze interventie niet aanbevolen.

C.2.4.3 Ultrageluid

De onderzoeksresultaten voor het toepassen van ultrageluid bij mensen met heup- en/of knieartrose spreken elkaar tegen. Bovendien varieert de intensiteit van de verschillende ultrageluid-interventies nogal, waardoor de studies niet goed met elkaar zijn te vergelijken. In de nationale en internationale richtlijnen worden geen aanbevelingen gedaan voor het gebruik van ultrageluid bij heup- en/of knieartrose. De Gezondheidsraad heeft een negatief advies afgegeven over het gebruik van ultrageluidtherapie anders dan bij een tenniselleboog.

Op basis van deze overwegingen wordt het gebruik van ultrageluid bij mensen met heup- en/of knieartrose niet aanbevolen.

C.2.4.4 Elektromagnetisch veld

Op basis van onderzoeksresultaten wordt behandeling met een elektromagnetisch veld bij mensen met knieartrose niet aanbevolen. Deze conclusie wordt ook getrokken in nationale en internationale richtlijnen.

C.2.4.5 Low level lasertherapie

Hoewel uit onderzoeksresultaten de effectiviteit van laserbehandeling naar voren is gekomen, wordt laserbehandeling bij mensen met knieartrose in nationale en internationale richtlijnen niet aanbevolen. Bovendien is in Nederland lasertherapie bij mensen met knieartrose niet gangbaar. Lasertherapie is een passieve behandelmethode, met een kortetermijneffect op pijn, maar geen effect op het fysiek functioneren. Low level lasertherapie wordt daarom niet aanbevolen ter behandeling van mensen met knieartrose.

C.2.5 Balneotherapie (passieve hydrotherapie)

De onderzoeksresultaten ten aanzien van balneotherapie ter behandeling van mensen met heup- en/of knieartrose spreken elkaar tegen. Balneotherapie wordt toegepast in kuuroorden, vaak in combinatie met andere interventies, zoals oefentherapie. Het is aannemelijk dat bij deze kuurbehandelingen de omgevingscomponent een positieve bijdrage levert aan de verbetering van het algemeen welbevinden van patiënten met heup- en/of knieartrose. Balneotherapie is geen gebruikelijke interventie in Nederland. In nationale, noch internationale richtlijnen wordt deze therapie aanbevolen.

Balneotherapie kan noch worden aanbevolen, noch afgeraden.

C.2.6 Hulpmiddelen

C.2.6.1 Braces en ortheses

In het kader van de behandeling van mensen met knieartrose wordt er vaak gebruik gemaakt van kniebraces en van zooltjes. Onderzoek hiernaar is wisselend van kwaliteit en de inhoud van de onderzochte interventies verschilt veelal. Daarom is het moeilijk om een eensluidende conclusie over de effectiviteit van deze hulpmiddelen te trekken.

De werkgroep is van mening dat het dragen van een kniebrace bij algemene knieartrose en een lateraal verhoogd zooltje bij mediale compartimentartrose overwogen kan worden. Hiermee sluit de werkgroep aan bij de nationale en internationale richtlijnen. Tevens denkt de werkgroep dat een mediaal verhoogd zooltje bij laterale compartimentartrose overwogen kan worden.

C.2.6.2 Tapen

Het is aangetoond dat tapen in lichte mate effectief is ter behandeling van pijn bij mensen met patellofemorale artrose. De werkgroep is wel van mening dat deze interventie gecombineerd moet worden met functionele oefentherapie en voorlichting, waarvoor aanwijzingen in de literatuur te vinden zijn.

C.2.7 Pre- en postoperatieve fysiotherapie bij een gewrichtsvervangende operatie van heup- en/of knie

C.2.7.1 Preoperatieve oefentherapie

De effectiviteit van preoperatieve fysiotherapie ter verbetering van het fysiek functioneren bij een gewrichtsvervangende operatie van de heup of knie is onvoldoende bewezen. In de internationale richtlijnen is de preoperatieve fysiotherapie niet opgenomen in de aanbevelingen. De CBO-richtlijn geeft aan dat preoperatieve fysiotherapie niet effectief is.

Uit onderzoek blijkt dat de preoperatieve functionele status een belangrijke voorspeller is voor postoperatief herstel. Hoewel in de literatuur geen duidelijke effecten van preoperatieve oefentherapie zijn beschreven, lijkt het toch zinvol om met name patiënten met een slechte functionele status zo goed mogelijk voor te bereiden op de operatie. Het gaat hier bijvoorbeeld om patiënten met comorbiditeit of patiënten bij wie meerdere gewrichten zijn aangedaan. Deze patiënten zijn vaak niet in staat deel te nemen aan preoperatieve informatiebijeenkomsten of joint careprogramma's, maar kunnen waarschijnlijk baat hebben bij een meer individueel afgestemde fysiotherapeutische voorbereiding.

Op basis van deze overwegingen kan preoperatieve fysiotherapie worden overwogen voorafgaand aan een gewrichtsvervangende operatie.

C.2.7.2 Preoperatieve voorlichting

Uit onderzoek is de effectiviteit van preoperatieve voorlichting onvoldoende naar voren gekomen om bij mensen die een gewrichtsvervangende operatie hebben ondergaan de pijn te verminderen, de opnameduur te bekorten, de therapietrouw na de operatie en de patiënttevredenheid te vergroten, de range of motion (ROM) en de mobiliteit te verbeteren of diepveneuze trombose te voorkomen.

Wel is het gebruikelijk om mensen voorafgaand aan een operatie informatie te geven over de operatie en het daaraan gekoppelde verblijf in het ziekenhuis. Deze voorlichting kan worden overwogen om de angst voor de operatie te verminderen.

C.2.7.3 Postoperatieve oefentherapie

Postoperatieve oefentherapie ter verbetering van het fysiek functioneren na een gewrichtsvervangende operatie van de heup- en/of knie kan worden aanbevolen, hoewel uit onderzoeksresultaten blijkt dat de effectiviteit van oefentherapie na een knieoperatie groter is dan de effectiviteit van oefentherapie na een heupoperatie. Postoperatieve oefentherapie wordt ook aanbevolen in de CBO-richtlijn.

De werkgroep is van mening dat kracht- en functionele oefeningen het meest effectief zijn.

C.2.7.4 Continuous Passive Motion (CPM)

CPM is een door een apparaat passief uitgevoerde beweging van het kniegewricht in een door de fysiotherapeut ingesteld aantal graden. De resultaten van onderzoek naar de effectiviteit van CPM na een gewrichtsvervangende operatie van de knie spreken elkaar tegen.

Op grond hiervan kan CPM noch worden aanbevolen, noch afgeraden bij de nabehandeling van mensen met een gewrichtsvervangende operatie van de knie, ondanks het feit dat CPM in veel ziekenhuizen wordt toegepast.

C.3 Evaluatie

C.3.1 Nazorg

De fysiotherapeut dient de patiënt te adviseren over het in stand houden van behaalde doelstellingen. Daarbij kan de fysiotherapeut de patiënt onder andere tips geven over het handhaven van een adequaat beweeggedrag in het dagelijks leven of, indien gewenst, de patiënt begeleiden bij het doorstromen naar een reguliere beweeg- of sportactiviteit, ofwel gesuperviseerde groepsoefenprogramma's, zoals tai chi, nordic walking, 'Sportief Wandelen', 'Bewegen is Plezier', 'Meer Bewegen voor Ouderen' of een (ander) beweegaanbod van de plaatselijke reumapatiëntenvereniging.

C.3.2 Afsluiting, verslaglegging en verslaggeving

Indien de behandeldoelen zijn gerealiseerd (bereikt) of indien de fysiotherapeut van mening is dat fysiotherapie geen toegevoegde waarde meer heeft, wordt de behandeling afgesloten. De behandeling wordt eveneens afgesloten indien de fysiotherapeut inschat dat de patiënt de doelstellingen zelfstandig kan bereiken (zonder fysiotherapeutische begeleiding). De fysiotherapeut informeert de verwijzer tussentijds, maar in ieder geval na het beëindigen van de behandelperiode over onder andere de (individueel vastgestelde) behandeldoelen, het behandelproces en de behandelresultaten. De huisarts, indien deze niet de verwijzer is, ontvangt een kopie hiervan. De verslaglegging geschiedt volgens de *KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaggeving* (versie december 2007). Het is wenselijk om in het eindverslag, conform genoemde richtlijn, naast de minimaal vereiste gegevens, te vermelden:

- of er volgens de richtlijn is behandeld, op welke punten (eventueel) is afgeweken en waarom en
- of er afspraken zijn gemaakt betreffende een controlebehandeling.

D Dankwoord

Voor de totstandkoming van deze KNGF-richtlijn is een bijzonder woord van dank op zijn plaats aan de leden van de werkgroep tweede kring voor hun bijdrage aan alle inhoudelijke teksten: mevrouw dr. J.N. Belo, mevrouw dr. S Bierma-Zeinstra, de heer prof. dr. J.W.J. Bijlsma, mevrouw H. Buitelaar, de heer prof. dr. J. Dekker, mevrouw dr. C.H.M. van den Ende, de heer dr. P. Heuts, mevrouw prof. dr. M. Hopman-Rock, mevrouw dr. M. Kloppenburg, de heer drs. A. Köke, mevrouw M. Krijgsman, de heer prof. dr. W.F. Lems, mevrouw drs. I.C. Lether, de heer prof. dr. R.G.H.H. Nelissen, de heer dr. L.D. Roorda, de heer J.N.A.A. Vaassen, de heer prof. dr. R. Westhovens en de leden van de stuurgroep: de heer dr. J.W.H. Custers, de heer dr. Ph.J. van der Wees en de heer prof. dr. R.A. de Bie.

Tot slot nog een woord van dank voor de heer drs. J. Schoones voor zijn grote bijdrage aan de literatuurstudie, de heer dr. T.J. Hoogbeem en de heer dr. A.F. Lenssen voor hun bijdrage aan het gedeelte over de pre- en postoperatieve fysiotherapie. Naamsvermelding als referent betekent niet dat iedere referent de richtlijn inhoudelijk op elk detail onderschrijft.



de Fysiotherapeut

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Postadres

Postbus 248, 3800 AE Amersfoort

www.kngf.nl

www.defysiotherapeut.com

info@kngf.nl