

Prof. dr. Piet van Riel:

We geven aan wat de meest optimale behandeling is

De behandeling van reumatoïde artritis (RA) is de laatste jaren onder invloed van diverse ontwikkelingen ingrijpend veranderd. Om de zorgverlening aan RA-patiënten te ondersteunen, heeft de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie de Richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van reumatoïde artritis' ontwikkeld. Hierin staan belangrijke aanbevelingen voor diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met RA.

foto: Studio Kastermans, Hilversum



Judith Urban

“Er is de afgelopen jaren veel gebeurd op het gebied van de behandeling van RA. Zo zijn er nieuwe geneesmiddelen beschikbaar die sneller effect hebben op de ziekteverschijnselen dan de traditionele therapieën. Een ander belangrijk inzicht is dat door behandeling in de vroege fase van de ziekte met antireumatica, de kans op gewrichtsschade in een later stadium afneemt”, zegt Piet van Riel, reumatoloog bij het Universitair Medisch Centrum St. Radboud in Nijmegen. Van Riel maakt als een van

de initiatiefnemers deel uit van de multidisciplinaire werkgroep die de nieuwe Richtlijn voor reumatoïde artritis heeft samengesteld.

Gereedschapskist

Een belangrijk doel van de Richtlijn is om minder variatie te krijgen in de behandeling van RA. “De Richtlijn geeft aan wat de meest optimale behandeling is. Waar we met z'n allen naar streven, is om de ziekteactiviteit zo snel mogelijk te onderdrukken. In de Richtlijn staan

therapeuten, maatschappelijk werkers en bedrijfsartsen.

De Richtlijn begint met aanbevelingen voor de diagnostiek. Hierin staat bijvoorbeeld welk onderzoek de huisarts het beste kan uitvoeren om vast te stellen of een patiënt een reumatische aandoening heeft en wanneer de huisarts een patiënt moet doorverwijzen naar de reumatoloog.

Meest optimale behandeling

De meest optimale behandelstrategie voor reumapatiënten is volgens de Richtlijn ‘een strategie waarbij snel wordt gestreefd naar significante vermindering van de ziekteactiviteit’. Het eerste keuzemiddel is methotrexaat, eventueel in combinatie met glucocorticosteroiden (bijvoorbeeld prednison). Bij aanhoudende ernstige klachten kan de reumatoloog na drie maanden een combinatietherapie overwegen. De Richtlijn geeft verschillende suggesties voor combinatietherapieën, waaronder een combinatie van methotrexaat met een biological.

Dat is goed nieuws voor de patiënt, want tot nu toe komen RA-patiënten pas voor behandeling met de prijzige biologicals in aanmerking als minstens twee conventionele langwerkende anti-reumatica aanwijsbaar hebben gefaald. “Zorgverzekeraars gaan voor het vergoeden van geneesmiddelen over het algemeen uit van de Richtlijnen. Ik denk dat deze nieuwe Richtlijn in dit kader mensen met reuma een steuntje in de rug kan bieden en dat is ook terecht, want ik ben van mening dat patiënten recht hebben op de meest effectieve behandeling”, aldus Van Riel.

Intensieve monitoring

Ook de monitoring van de ziekteactiviteit komt in de Richtlijn aan de orde. De Richtlijn beveelt aan om bij patiënten in de actieve fase van de ziekte tenminste iedere drie maanden de ziekteactiviteit te meten met behulp van bijvoorbeeld

de DAS-score. DAS betekent Disease Activity Score, ziekte activiteitsscore. De DAS-score is een berekening van de ernst van de ziekte op dat moment (zie ook In Beweging, augustus 2008). Om deze score te bepalen, wordt gekeken naar het aantal gezwollen en pijnlijke gewrichten, de bloedbezinking en het welbevinden van de patiënt. Hoe lager de DAS-score, hoe minder ziekteactiviteit. De Richtlijn streeft naar het terugbrengen van de DAS-score naar minder dan 2,6.

Van Riel benadrukt dat intensieve monitoring alleen zin heeft als de behandeling met medicijnen snel en adequaat wordt aangepast aan de hoogte van de ziekteactiviteit. “In de praktijk wordt het monitoren nog te weinig toegepast, terwijl uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat je door intensieve monitoring en, indien nodig, aanpassing van de medicatie, de ziekteactiviteit aanzienlijk kunt terugbrengen. Het niet beschikbaar hebben van voldoende getrainde reumaverpleegkundigen zou hierbij een rol kunnen spelen. Het zou interessant zijn om uit te zoeken wat poliklinieken nodig hebben om hun patiënten actief te monitoren.”

Nu het samenstellen van de Richtlijn is afgerond, zijn de inspanningen van de werkgroep gericht op de verspreiding. “We moeten er nu voor zorgen dat de Richtlijn daadwerkelijk gaat worden toegepast. Het streven is dat er een beknopte goed leesbare samenvatting van de Richtlijn voor de patiënt verschijnt, zodat deze zelf ook in staat is om met de reumatoloog mee te denken over de meest optimale behandeling”, aldus Piet van Riel.

Dick Mos:

Reumapatiënten moeten een vuist maken!

Dick Mos is ervaringsdeskundige en vertegenwoordigt de Reumapatiëntenbond in de werkgroep die de Richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van reumatoïde artritis' heeft opgesteld.

Mos is blij dat de Richtlijn er ligt. "Reumatologen in Nederland hebben verschillende visies over de manier waarop zij reuma kunnen behandelen. Die denkbeelden zijn grotendeels gebaseerd op hun eigen ervaringen en voorkeuren. Een belangrijk uitgangspunt van de Richtlijn is dat mensen met een chronische ziekte als reuma zo lang mogelijk in het arbeidsproces blijven. Om dit te bereiken zal de behandelaar sneller een zwaarder middel moeten voorschrijven. Ik vind het voor de patiënt echt een enorme winst dat de strategie om in een vroeg stadium van de ziekte zware anti-reumatica in te zetten als aanbeveling in de Richtlijn is opgenomen", zegt hij. In de bijeenkomsten met de werkgroep ondersteunde hij het idee om zoveel mogelijk geneesmiddelen in de Richtlijn op te laten nemen. "Reuma bestrijkt zo'n breed gebied dat er bijna geen standaardbehandeling voor valt te definiëren. We moeten voorkomen dat mensen straks door hun zorgverzekeraar worden uitgesloten van vergoeding omdat het middel dat zij gebruiken niet in de Richtlijn is opgenomen." Een winstpunt van de Richtlijn vindt hij de aanbeveling om intensief te monitoren met behulp van de DAS-score. "De DAS-score is een uitstekend instrument om de ziekteactiviteit te meten. Helaas wordt deze in de praktijk nog te weinig gebruikt. Er lopen nog steeds patiënten rond die al twintig jaar reuma hebben, voordat de officiële diagnose wordt gesteld. Dat zou tegenwoordig niet meer mogen gebeuren. Ik denk dat met name de oudere generatie reumatologen wat terughoudend is met het toepassen van

nieuwe ontwikkelingen. In de afgelopen drie jaar heeft de reumatoloog mijn ziekteactiviteit twee keer met de DAS-score gemeten. Dat vind ik jammer. Overigens denk ik dat de zorgverzekeraars hierin ook een belangrijke rol kunnen vervullen. Als zij de DAS-score als meetinstrument gaan inzetten, zullen reumatologen dit waarschijnlijk wel gaan volgen", denkt Mos. Mensen met reumatoïde artritis kunnen zelf het heft in handen nemen door de Reumamonitor te gebruiken. Lees daarover in **In Beweging**, juni 2008, of kijk op www.reumabond.nl en klik op het logo Reumamonitor rechtsonder.

Scherper geformuleerd

Sommige onderdelen hadden volgens Dick Mos wel wat scherper mogen worden geformuleerd. Zo is in de Richtlijn de aanbeveling opgenomen dat *oefentherapie wordt aanbevolen voor patiënten met reumatoïde artritis. Geadviseerd wordt een door een deskundige fysiotherapeut of oefentherapeut gesuperviseerd, in de tijd afgebakend, oefenprogramma aan te bieden, gericht op behoud of verbetering van beweeglijkheid van de gewrichten, spierkracht, conditie, het dagelijks functioneren en de maatschappelijke participatie.* "Ik vind dat het beweegaanbod niet duidelijk genoeg is omschreven. Ik heb het gevoel dat we er voor de patiënten meer uit hadden moeten halen. Nu is het te vrijblijvend. Ik ken programma's waarbij is vastgesteld dat als een patiënt na drie maanden oefentherapie goede resultaten heeft geboekt, hij uit het oefenprogramma gaat. Hij kan dan bijvoorbeeld zelf een lidmaatschap aangaan bij een

sportschool, net als iedereen. Mochten de klachten terugkeren, dan wordt op nieuw oefentherapie voorgeschreven. Een dergelijk omschreven programma biedt de patiënt meer houvast omdat duidelijk is vastgelegd wat wordt vergoed en wat hij zelf moet betalen. Dat is met de aanbeveling uit deze Richtlijn niet helder vast te stellen", vindt Mos. Toch is hij tevreden over het totaalplaatje. "Het ziet er goed uit. Ik ben wel benieuwd hoe de Richtlijn bij de mensen over gaat komen. De Richtlijn zoals die er nu ligt, is niet geschikt voor het grote publiek. Daarom is het belangrijk dat er een duidelijke samenvatting komt".

Het verschijnen van de publieksversie van de Richtlijn zou een uitstekende gelegenheid zijn voor de reumapatiënten om zich te profileren. Er zijn in Nederland meer dan 2,3 miljoen mensen die een vorm van reuma hebben, inclusief artrose. "Met zo'n aantal moet je toch in staat zijn om een vuist te maken!", aldus Dick Mos.

U kunt de ontwikkelingen rond de Richtlijn volgen via www.reumabond.nl, klik op 'belangenbehartiging' en vervolgens op 'goede reumazorg'.

