

## 1 C.3.4. Duur

### 2 Praktijkrichtlijn

#### 3 Uitgangsvraag

4 Welke duur van oefentherapie wordt aanbevolen bij patiënten met Reumatoïde Artritis?

5 De volgende sub-uitgangsvragen werden hierbij geformuleerd:

- 6 1. Welke duur van oefentherapie wordt aanbevolen bij patiënten met RA met indicatie 1&2?
- 7 2. Welke duur van oefentherapie wordt aanbevolen bij patiënten met RA met indicatie 3?

#### 8 Aanbeveling(en)

9 Streef naar een behandelperiode tussen de drie en de zes maanden voor indicatie 1 & 2.

10 Bied langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie op indicatie (zie module B.4 {interne  
11 link inbouwen}) aan bij patiënten met RA met ernstige functionele basale beperkingen in het dagelijks leven  
12 (indicatie 3), zolang als er een indicatie is.

#### 13 Toelichting

14 !Let op: de modulaire herziening van C.3.4. beperkt zicht tot Indicatie 3. De overige teksten (indicatie 1&2)  
15 worden niet herzien. Zie [hier](#) de module C.3.4. 'Duur' van de KNGF-richtlijn 'Reumatoïde Artritis'!

#### 16 Aanleiding

17 De fysio- of oefentherapeut begeleidt de patiënt bij het proces van voorkómen of verminderen van en/of het  
18 leren omgaan met beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven en maatschappelijke participatie ten  
19 gevolge van Reumatoïde Artritis (RA). De belangrijkste middelen om dit doel te bereiken zijn het geven van  
20 oefentherapie, voorlichting en advies .

21 In 2012 zijn zes vormen van chronische artritis geschrapt van bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering (Bzv)(1). Dit  
22 omdat langdurige fysio- en oefentherapie bij deze aandoeningen niet bewezen effectief was. Reumatoïde artritis  
23 was een van deze aandoeningen.

24 In 2017 heeft het Zorginstituut het pakketadvies Fysio- en oefentherapie bij RA uitgebracht(2). Hierin is  
25 geconcludeerd dat gesuperviseerde oefentherapie (ten opzichte van usual care) niet kan worden beschouwd als  
26 bewezen effectieve behandeling bij RA. Gesuperviseerde oefentherapie bij patiënten met RA voldeed niet aan  
27 de stand van de wetenschap en praktijk. Er werd geconcludeerd dat aanvullend onderzoek van goede kwaliteit  
28 nodig was. In 2023 besloot de minister om langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie bij patiënten met  
29 RA met ernstige functionele beperkingen op te nemen in de voorwaardelijke toelating. Deze regeling biedt  
30 mogelijkheid om interventies die niet voldoen aan het wettelijke criterium 'de stand van de wetenschap en  
31 praktijk' voor een bepaalde periode voorwaardelijk toe te laten (voorwaardelijke toelating, VT) tot het  
32 basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

33 Hiertoe is de 'Longstanding EXercise Therapy for people with Rheumatoid Arthritis (L-EXTRA) studie' gestart naar  
34 de effecten van langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie (3).

35 N.a.v. deze L-EXTRA studie is er door het Zorginstituut geconcludeerd dat langdurige gepersonaliseerde actieve  
36 oefentherapie (≥52 weken) onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut beschouwd kan worden als  
37 effectieve behandeling bij volwassen patiënten (≥18 jaar) met RA met ernstige functionele beperkingen in het  
38 dagelijks leven. Deze interventie voldoet bij de genoemde indicatie daarom aan 'de stand van de wetenschap en  
39 praktijk'.

40 Naar aanleiding van dit onderzoek is de minister geadviseerd om, gelet op de weging van de vier pakketcriteria,  
41 langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij deze indicatie op te nemen in de  
42 basisverzekering, waar de minister mee akkoord is gegaan. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is dat de huidige  
43 KNGF-richtlijn 'Reumatoïde Artritis' (2018) wordt herzien op twee modules, namelijk B.4 'Indicatiestelling' en  
44 C.2.3 'Indicatie 3: Oefentherapie met intensieve begeleiding'.

55 Naast de herziening van de bovengenoemd modules, geeft de L-EXTRA studie ook nieuwe inzichten over de duur  
56 van de behandeling van patiënten met RA met ernstige functionele beperkingen. In de herziening van deze  
57 module zal specifiek worden ingegaan op de duur van langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve  
58 fysio- en oefentherapie voor patiënten met RA met ernstige functionele beperkingen.  
59

## 60 **Rationale van de aanbeveling**

61 De werkgroep heeft besloten om een sterke aanbeveling te formuleren voor gesuperviseerde gepersonaliseerde  
62 actieve oefentherapie bij patiënten met RA met ernstige functionele basale beperkingen (indicatie 3) voor de  
63 duur van  $\geq 52$  weken. Deze duur is geformuleerd op basis van de gevonden literatuur vanuit het systematische  
64 literatuuronderzoek in C.2.3., namelijk de L-EXTRA studie. Deze L-EXTRA studie laat zien dat bij patiënten met RA  
65 met ernstige functionele basale beperkingen langdurige ( $\geq 52$  weken) gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve  
66 oefentherapie geen (belangrijke) bijwerkingen geeft en resulteert in overwegend klinisch relevante effecten op  
67 de cruciale uitkomstmaten. De werkgroep benadrukt dat deze duur verlengt wordt, zolang er een indicatie  
68 bestaat voor de behandeling van deze patiënten (zie module B.4 'Indicatiestelling'). De werkgroep stelt dat deze  
69 duur van de interventie voor patiënten met RA met ernstige functionele basale beperkingen gewaardeerd wordt  
70 door patiënten en dat de overige criteria van het EtD-proces (economische overwegingen en kosteneffectiviteit,  
71 gelijkheid, aanvaarbaarheid en haalbaarheid) grotendeels als haalbaar en realistisch worden beschouwd.  
72

## 73 **Conclusies op basis van de literatuur**

74 Voor het beantwoorden van deze uitgangsvraag is gebruik gemaakt van beschreven duur vanuit de gevonden  
75 literatuur in het systematisch literatuuronderzoek, uitgewerkt in de module C.2.3. 'Oefentherapie met intensieve  
76 begeleiding' [{interne link inbouwen}](#).

77 In deze module (C.2.3.) is het effect van langdurige ( $\geq 52$  weken) gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve  
78 oefentherapie bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele basale beperkingen in het dagelijks  
79 leven geëvalueerd. De conclusie hiervan was dat bij patiënten met RA met ernstige functionele basale  
80 beperkingen langdurige gesuperviseerde actieve oefentherapie geen (belangrijke) bijwerkingen geeft en  
81 resulteert in klinisch relevante effecten op de cruciale uitkomsten fysiek functioneren en fysieke kwaliteit van  
82 leven.

83 Deze bevindingen zijn tot stand gekomen op basis van een systematische literatuuronderzoek, waarbij de  
84 beschreven effecten zijn gebaseerd op één studie, namelijk de L-EXTRA studie (1). In onderstaand 'Van bewijs  
85 naar aanbeveling-overwegingen' wordt de beschreven duur voor deze studie toegelicht.  
86

### 87 L-EXTRA studie

88 De interventie bestond uit het vaststellen van gepersonaliseerde behandeldoelen en behandelmodaliteiten  
89 (aerobe, spierkrachttraining, flexibiliteit/gewricht range of motion en functioneel trainen van motorische  
90 vaardigheden, patiënteducatie en stimuleren van lichamelijke activiteit). Er werden twee sessies per week  
91 gedurende de eerste 12 weken gehanteerd. Daarna moest de frequentie worden afgebouwd naar één keer per  
92 week (totaal 64 sessies), met 14 optionele sessies, afhankelijk van de behoeftes van de patiënt.  
93

94 Er werden 394 deelnemers gescreend op de in- en exclusiecriteria. Tijdens de screening zijn 177 deelnemers  
95 (45%) afgevallen, waarbij 74 deelnemers omdat de functionele basale beperkingen niet ernstig genoeg waren  
96 en 19 deelnemers omdat de diagnose niet werd bevestigd door de reumatoloog. Er werden 217 patiënten  
97 gerandomiseerd in de interventiegroep en controlegroep. Na één uitvaller in beide groepen zaten er 109  
98 patiënten in de interventiegroep en 106 in de controlegroep. De metingen waren bij 52 weken compleet van  
99 105 patiënten in de interventiegroep en 99 in de controlegroep. In de ITT-analyse zitten 104 patiënten van de  
100 interventiegroep en 98 van de controlegroep, omdat in beide groepen van 1 patiënt de metingen niet voltooid  
101 waren binnen het vooraf gedefinieerde tijdsbestek van 6 weken. Van de 109 patiënten in de interventiegroep  
102 maakte 99 patiënten (91%) daadwerkelijk gebruik van de interventie in de eerste 52 weken. Het gemiddeld  
103 aantal sessies van deze 99 patiënten was 39. In de controlegroep maakte 70 patiënten (66%) gebruik van fysio-  
104 of oefentherapie. Tussen 52 en 104 weken maakten 74 van de 105 patiënten (70%) uit de interventiegroep, die  
105 op 52 weken nog in de studie zaten, gebruik van de interventie. Het gemiddeld aantal sessies van deze  
106 patiënten was 20 (SD 16). Het tijdstip van de 104 weken of eindmeting varieerde tussen de 80 en 122 weken  
107 ten opzichte van de baseline. Van de 99 patiënten die gebruikelijke zorg kregen en die op 52 weken nog in de  
108 studie zaten, maakten 61 patiënten (62%) gebruik van de interventie.  
109

110 In de L-EXTRA studie werd voorafgaand aan het onderzoek een aantal van 64-78 behandelingen in het eerste  
 111 jaar (24 behandelingen in de eerste 12 weken en 40 in de volgende 40 weken en 14 optioneel in geval van  
 112 progressie of exacerbatie van de problematiek) en 52 behandelingen in de daarna volgende jaren beoogd. Het  
 113 gemiddeld aantal sessies lag echter lager in zowel het eerste als het tweede jaar. Een verklaring wordt gezocht  
 114 in de COVID-19-pandemie. Door deze pandemie is de studie enige tijd geheel stilgelegd. Ook heeft de studie te  
 115 lijden gehad onder maatregelen zoals quarantaine van patiënten en behandelaars en terughoudendheid van  
 116 deze groep patiënten met een kwetsbare gezondheid om de kans op besmetting te minimaliseren.

117  
 118 De effecten op de uitkomstmaten (52 weken) zijn beschreven in module C.3.2. Hieronder worden de effecten  
 119 van langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie op de uitkomstmaten tussen de 52 en  
 120 104 weken gerapporteerd:  
 121

Meetinstrument	Tijd	Aantal patiënten	Gemiddelde (SD)	Gemiddelde verschil ten opzichte van baseline (95% BI)
<b>Zelf-gerapporteerd fysiek functioneren</b>				
PSK 1	Baseline	109	7.5 (1.4)	
	52 weken	105	4.7 (2.5)	-2.77 [-3.29 tot -2.24]*
	104 weken	73	5.0 (2.9)	-2.47 [-3.16 tot -1.77]*
PSK 2	Baseline	109	7.5 (1.3)	
	52 weken	105	4.7 (2.6)	-2.83 [-3.30 tot -2.37]*
	104 weken	73	4.9 (2.8)	-2.53 [-3.17 tot -1.88]*
PSK 3	Baseline	109	7.6 (1.4)	
	52 weken	105	4.5 (2.5)	-3.12 [-3.60 tot -2.63]*
	104 weken	73	5.0 (2.6)	-2.58 [-3.16 tot -1.99]*
PROMIS PF-10	Baseline	109	33.7 (5.4)	
	52 weken	104	36.8 (6.2)	2.74 [1.89 tot 3.59]*
	104 weken	62	36.7 (7.4)	3.19 [1.91 tot 4.47]*
HAQ-DI	Baseline	109	1.7 (0.5)	
	52 weken	104	1.5 (0.6)	-0.16 [-0.24 tot -0.08]
	104 weken	61	1.5 (0.7)	-0.21 [-0.32 tot -0.11]
<b>Fysiek functioneren gemeten met fysieke testen</b>				
6MWT	Baseline	109	304 (95)	
	52 weken	101	379 (106)	69.07 [56.11 tot 82.02]*
	104 weken	50	366 (113)	64.84 [42.30 tot 87.37]*
<b>Kwaliteit van leven</b>				
SF-36 PCS	Baseline	109	29.8 (7.5)	
	52 weken	102	33.5 (9.0)	3.49 [1.83 tot 5.15]*
	104 weken	60	32.5 (10.2)	2.53 [0.62 tot 4.44]*
SF-36 MCS	Baseline	109	46.2 (12.3)	
	52 weken	102	47.7 (10.9)	1.31 [-0.83 tot 3.46]*
	104 weken	60	48.2 (10.3)	1.37 [-0.81 tot 3.55]*
RA-QoL	Baseline	109	16.7 (6.2)	
	52 weken	102	14.8 (6.7)	-1.75 [-2.72 tot -0.78]*
	104 weken	61	14.3 (7.4)	-2.18 [-3.38 tot -0.97]*
*Klinisch relevant op basis van de klinische relevantiegrenzen die in module C.2.3 <a href="#">{interne link inbouwen}</a> zijn bepaald.				

122  
 123 De resultaten op 104 weken (range 80-122) zijn voor alle uitkomsten in de interventiegroep significant beter dan  
 124 op baseline. De scores tussen 52 en 104 weken blijven nagenoeg gelijk op alle uitkomstmaten wat indiceert dat  
 125 de effecten aanhouden als de patiënten in de interventiegroep de langdurige gesuperviseerde actieve  
 126 oefentherapie voortzetten. Er zijn geen gegevens over het al dan niet aanhouden van het effect in de groep  
 127 patiënten die de interventie niet voortzet.  
 128

<b>Bewijskracht:</b> -	Er is geen bewijskracht (GRADE) vastgesteld.
<b>Klinische relevant</b>	

130

131

## 132 Van bewijs naar aanbeveling-overwegingen

### 133 *Effecten en kwaliteit van bewijs*

134 Het onderdeel van bewijs naar aanbeveling bevat een negental criteria.

135 In deze module is er bij het beantwoorden van de uitgangsvraag geen bewijskracht vastgesteld. De bewijskracht  
136 van langdurige, gesuperviseerde actieve oefentherapie zijn uitgewerkt in de module C.2.3. 'Oefentherapie met  
137 intensieve begeleiding' {interne link inbouwen}. Om die reden heeft de werkgroep geen gewenste effecten,  
138 ongewenste effecten, kwaliteit van bewijs en balans van gewenste en ongewenste effecten geformuleerd.

139

#### 140 *1. Waarden en voorkeuren van patiënten*

141 De werkgroep heeft de ervaring dat de patiënten grote waarde hechten aan het gepersonaliseerde  
142 gesuperviseerde actieve oefentherapie. De ervaring is dat patiënten met RA behoefte hebben aan langdurige  
143 gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie, gericht op de hulpvraag. De ervaring is dat RA-  
144 patiënten met ernstige functionele basale beperkingen óók na 52 weken een actieve hulpvraag hebben (of  
145 ontwikkelen) en daarbij ondersteuning wensen van de fysio- of oefentherapeut.

146 Deze ervaring wordt bevestigd door data vanuit de L-EXTRA-studie (zie bijlage 1). Hierin zien we dat het globaal  
147 waargenomen effect als 2 (mediaan (IQR: 2-3)) wordt beschreven, waarbij 1 een zeer sterk verbeterd en 7 een  
148 zeer sterk verslechterd effect betekent

149

#### 150 *2. Economische overwegingen en kosteneffectiviteit*

151 Voor fysio- en oefentherapeuten wordt de eis gesteld dat zij een verplichte scholing volgen om deze specifieke  
152 patiëntengroep te kunnen behandelen. De kosten die hiermee gepaard gaan zijn wel een investering, echter de  
153 werkgroep ervaart deze als laag. De benodigde middelen voor het uitvoeren van langdurige gepersonaliseerde  
154 gesuperviseerde actieve oefentherapie worden als verwaarloosbaar beoordeeld.

155 De maatschappelijke kosten zijn betreft de werkgroep onduidelijk. In de L-EXTRA studie is ook een economische  
156 evaluatie uitgevoerd (2). In C.2.3. 'Oefentherapie met intensieve begeleiding ' zijn de resultaten van de  
157 onderzoekers beschreven. De werkgroep geeft aan dat het niet duidelijk is hoe deze maatschappelijke kosten  
158 uiteindelijk zullen zijn. Mogelijk neemt het aantal patiënten met RA met ernstige functionele basale beperkingen  
159 af t.g.v. verbeterde behandeling (o.a. medicatie) en kan deze populatie meer participeren in de maatschappij.  
160 Dit zijn onzekere factoren.

161

#### 162 *3. Gelijkheid*

163 De werkgroep verwacht dat het langdurig uitvoeren van de gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve  
164 oefentherapie niet zal leiden tot een toename of afname van de gezondheidsgelijkheid. Hierbij wordt uitgegaan  
165 dat de fysio- of oefentherapeutische zorg van patiënten met RA met ernstige functionele basale beperkingen al  
166 is opgenomen in het basispakket. Het wel of niet toepassen van deze interventie, binnen het basispakket, heeft  
167 (ook voor specifieke patiëntencategorieën) geen gevolgen.

168

#### 169 *4. Aanvaardbaarheid*

170 De werkgroep verwacht dat het langdurig uitvoeren van gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve  
171 oefentherapie door alle key stakeholders zal worden geaccepteerd. De middelen die van de therapeut geëist  
172 worden (tijd en trainingsinvestering) worden door de werkgroep als verwaarloosbaar beschouwt en wegen op  
173 tegen het mogen toepassen van deze interventie bij deze specifieke patiëntengroep.

174 De werkgroep benadrukt dat er een verantwoordelijkheid bij de fysio- of oefentherapeut en patiënt ligt dat als  
175 er geen indicatie meer is, de behandeling gestopt dient te worden. De werkgroep spreekt uit dat zij er vertrouwen  
176 in hebben dat dit wordt toegepast, mede gezien de afname van frequentie en aantal patiënten die deelnamen  
177 in de L-EXTRA-studie, alsmede door het hedendaags fysio- en oefentherapeutisch handelen.

178

179 **5. Haalbaarheid**

180 De implementatie van langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie wordt als realistisch  
181 beoordeeld.

182

183 **Eventuele additionele overwegingen**

184 Er zijn geen additionele overwegingen geformuleerd.

185

186 **Aandachtspunten voor implementatie**

187 Zie het onderdeel 'haalbaarheid'.

188

189 **Kennislacunes**

190 Er zijn geen kennislacunes geformuleerd.

191

192 **Overige informatie**

193

194 **Initiatiefnemers**

195 Het initiatief voor deze modulaire herziening lag bij het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF),  
196 in samenwerking met Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM).

197

198 **Betrokkenheid van belanghebbenden (auteurs)**

199 Voor het ontwikkelen van de richtlijnmodule is in 2024 een projectgroep samengesteld, bestaande uit een  
200 kerngroep en een multidisciplinaire werkgroep. De werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van alle primair  
201 betrokken professionals bij de zorg voor Reumatoïde Artritis (RA). De werkgroep werd ondersteund in de  
202 ontwikkeling door richtlijnadviseurs vanuit het KNGF.

203 De rollen en taken van de belanghebbenden van de richtlijn worden beschreven in de KNGF-richtlijnenmethodiek  
204 (18).

205

206 **Richtlijnadviseurs KNGF en VvOCM**

207

D. Conijn, MSc	Projectleider, richtlijnadviseur, KNGF, Amersfoort
M.C.M. van Doormaal, MSc	Richtlijnadviseur, KNGF, Amersfoort
dr. T.J.M. Kooiman	Richtlijnadviseur, VvOCM, Utrecht
KNGF = Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, VvOCM = Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.	

208

209 **Werkgroep**

210

prof. dr. P.J. van der Wees	Onafhankelijk voorzitter werkgroep, Nijmegen
dr. M.G.J. Gademan	Inhoudsdeskundig wetenschapper, Leiden
dr. W. Peter	Inhoudsdeskundig wetenschapper, Leiden
A. de Jong	Fysiotherapeut 1 <sup>e</sup> lijn, Haarlem
S. van de Kamp-Werkman	Fysiotherapeut 1 <sup>e</sup> lijn, Groningen
D.A. Ueckert	Fysiotherapeut 2 <sup>e</sup> lijn, Leiden
dr. M.J. Nijkraake	Fysiotherapeut 2 <sup>e</sup> lijn, afgevaardigde NVFG, Nijmegen
M. Esseboom	Oefentherapeut 1 <sup>e</sup> lijn, afgevaardigde VvOCM, Waddinxveen
prof. dr. D. van Schaardenburg	Reumatoloog, afgevaardigde NVR, Amsterdam
dr. A. Kok, (alleen meelezend werkgroep lid)	Huisarts, afgevaardigde NHG, Hilversum.

NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap, NVFG = Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie, NVR = Nederlandse Vereniging Reumatologie, VvOCM = Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck

211

212 **Belangen**

213 Voorafgaand aan en bij afsluiting van het project hebben alle projectgroep leden een belangenverklaring  
214 ingevuld. De belangenverklaringen zijn beoordeeld door de richtlijnadviseurs en indien nodig (bij een 'conflict of  
215 interest') werden gedurende het richtlijnproject maatregelen getroffen (bijvoorbeeld het niet participeren in het  
216 proces 'van bewijs naar aanbeveling' in de werk- of klankbordgroep) om (schijn van) oneigenlijke beïnvloeding  
217 door belangenverstrengeling zo veel mogelijk te voorkomen, conform de 'KNGF-richtlijnenmethodiek 2022' (19,  
218 20)

219 In de belangenverklaringen is een overzicht opgenomen met de affiliaties (de organisatie of instelling en plaats  
220 van werkzaamheden) van de leden van de projectgroep.

	Hoofdfuncties	Nevenwerkzaamheden	Persoonlijke financiële belangen	Persoonlijke relaties	Extern gefinancierd onderzoek	Intellectuele belangen en reputatie	Overige belangen	Restricties
<b>Kerngroep</b>								
Daniëlle Conijn	Projectleider, medior beleidsmedewerker, richtlijnadviseur KNGF	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen belemmeringen voor deelname aan commissie
Mitchell van Doormaal	Senior beleidsmedewerker, richtlijnadviseur KNGF	Voorzitter Richtlijn Advies- en autorisatie Commissie Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) (betaald op basis van vacatievergoeding)	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen belemmeringen voor deelname aan commissie
Thea Kooijman	Beleidsmedewerker kwaliteit en wetenschap/ richtlijnadviseur bij VvOCM; Oefentherapeut bij Fysiotherapie90.	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen belemmeringen voor deelname aan commissie
Philip van der Wees	Hoogleraar Paramedische Wetenschappen IQ Health en afdeling Revalidatie Radboudumc Nijmegen	Adjunct professor of Clinical Research and Leadership (betaald); PhD program in Translational Health Sciences School of Medicine and Health Sciences; voorzitter stuurgroep Richtlijnen Netwerk Nederland (onbetaald); Associate Editor Clinical Practice Guidelines van Physical Therapy Journal (onbetaald); The George Washington University Washington, DC, USA	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen belemmeringen voor deelname aan commissie
<b>Werkgroep</b>								
Maike Gademan	Assistant Professor, afdelingen Ortopaëdie en Klinische Epidemiologie, LUMC	Lid Wetenschappelijke Adviesraad Landelijke Registratie Orthopedische Interventies (betaald), Lid Wetenschapscommissie HMC+ (betaald)	Geen	Geen	De L-EXTRA en L-EXSPA studies waren gefinancierd door ZonMW, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, KNGF en ReumaNederland	Medeauteur L-EXTRA-studie. De L-EXTRA studie zal wellicht meer bekendheid krijgen door het advies van de richtlijn.	Geen	Deelname aan commissie onder de volgende voorwaarde; dat betrokkene zich uit beraadslaging terugtrekt bij behandeling en besluitvorming waarbij het intellectueel belang van de L-EXTRA studie in het voordeel is van belanghebbende.
Wilfred Peter	Fysiotherapeut Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie 16 uur. Per 1-7-2024 Fysiotherapeut, Leids Universitair Medisch centrum 24 uur	Voorzitter Stichting ReumanetNL, onbetaald, voorzitterEULAR HPR Education Subcommittee, onbetaald	Geen	Geen	De L-EXTRA en L-EXSPA studies waren gefinancierd door ZonMW, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, KNGF en ReumaNederland	Medeauteur L-EXTRA-studie. De L-EXTRA studie zal wellicht meer bekendheid krijgen door het advies van de richtlijn.	Geen	Deelname aan commissie onder de volgende voorwaarde; dat betrokkene zich uit beraadslaging terugtrekt bij behandeling en besluitvorming waarbij het intellectueel belang van de L-EXTRA studie in het

								voordeel is van belanghebbende of bij besluitvorming over scholing of netwerkvorming.
Arie de Jong	Master Sportfysiotherapeut (MSF) - Extended Scope Specialist (ESS) - Health Professional Rheumatology (HPR-EULAR) bij Fysiotherapie De Koningin, Haarlem	Geen	Geen	Deelnemend fysiotherapeut aan L-EXTRA onderzoek; geen belang over uitkomst	Geen	Geen	Geen	Geen belemmeringen voor deelname aan commissie
Stéphanie van de Kamp - Werkman	Fysiotherapeut (geriatriefysiotherapeut i.o.)	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen belemmeringen voor deelname aan commissie
David Ueckert	Fysiotherapeut, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) (20 uur/week) Junior researcher, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) (16 uur/week)	Bestuurslid ReumanetNL (vrijwillig)	Geen	Geen	Geen	Voert een studie uit die een vervolg is van de L-EXTRA studie; geen belang in de uitkomst.	Geen	Deelname aan commissie onder de volgende voorwaarde; dat betrokkene zich uit beraadslaging terugtrekt bij behandeling en besluitvorming over scholing en netwerkvorming
Maarten Nijkraake	Fysiotherapeut en senior onderzoeker, Radboudumc	Bestuurslid Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG), betaald						Geen belemmeringen voor deelname aan commissie
Dirkjan van Schaardenburg	Reumatoloog-onderzoeker bij Reade Research BV en emeritus hoogleraar reumatologie bij Amsterdam UMC (gepensioneerd, beide onbezoldigd)	Lid Artsenvereniging voor Integrale Geneeskunde (AVIG), (kleine) praktijk voor homeopathie. Aandeelhouder van Plants for Health BV, een social enterprise die een aangepaste versie van het Plants for Joints programma (een multidisciplinaire leefstijl interventie van volwaardige plantaardige voeding, bewegen en stress management voor mensen met reumatoïde artritis of artrose) aanbiedt als een aanvullende behandeling voor mensen met reumatische ziekten.	Geen	Geen	De L-EXTRA en L-EXSPA studies waren gefinancierd door ZonMW, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, KNGF en ReumaNederland	Medeauteur L-EXTRA-studie. De L-EXTRA studie zal wellicht meer bekendheid krijgen door het advies van de richtlijn.	Geen	Deelname aan commissie onder de volgende voorwaarde; dat betrokkene zich uit beraadslaging terugtrekt bij behandeling en besluitvorming waarbij het intellectueel belang van de L-EXTRA studie in het voordeel is van belanghebbende.
Raymond Frans	Programma coördinator reumanederland	Lid participatieraad van gemeente Haarlem (vrijwilligersvergoeding)	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen belemmeringen voor deelname aan commissie
Aimée Kok-Pigge	Wetenschappelijk medewerker richtlijnen, NHG (0,2 fte); huisarts (1,0 fte)	Orthopedisch chirurg np.	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen belemmeringen voor deelname aan commissie



221 **Autoriserende partijen** {wordt later ingevuld}  
222 De volgende partijen hebben deze module geautoriseerd of geaccordeerd:  
223 [een lijst opnemen van de autoriserende partijen en de partijen die een verklaring van geen bezwaar hebben  
224 gegeven].

225  
226 **Geldigheid en onderhoudsprocedure**

227 Publicatiedatum:  
228 Laatst beoordeeld:  
229 Laatst geautoriseerd:

230  
231 De eerstvolgende beoordeling op actualiteit vindt plaats op ....  
232 Zie de KNGF-richtlijnenmethodiek voor informatie over het beleid betreft richtlijnenonderhoud.

233  
234 **Financiering**

235 De ontwikkeling van deze module is gefinancierd door het KNGF.  
236

237 **Toepassing van de KNGF-richtlijnen methodiek**

238 De ontwikkeling van deze module heeft plaatsgevonden volgens de 'KNGF Richtlijnenmethodiek 2022'. Deze  
239 methodiek is gebaseerd op het AGREE II-instrument en de AQUA-. Binnen de KNGF-richtlijnenmethodiek wordt  
240 gebruikgemaakt van GRADE voor de beoordeling van de bewijskracht en voor het proces van 'evidence to  
241 decision'(18).

242  
243 **Tabblad 5: Bijlagen bij verantwoording**

244  
245 **Bijlagen bij verantwoording**

246  
247

248  
249

**Bijlage 1: Ervaren effect, tevredenheid met de behandeling en ervaren bijwerkingen.**

<b>Tabel 3. Ervaren effect, tevredenheid met de behandeling en ervaren bijwerkingen van 89 patiënten met RA en ernstige functionele beperkingen die gerandomiseerd waren in de interventiegroep (N varieert 85-89 per variabele) (14)</b>	
<b>Ervaren Effect (1-7);</b> mediaan [interquartile range] 1=zeer sterk verbeterd – 7=zeer sterk verslechterd);	
<b>Global Perceived Effect</b>	2 [2;3]
<b>Perceived effect per Dimensie:</b>	
Pijn	3 [2;3]
Vermoeidheid	3 [2.5;4]
Spierkracht	2 [2;3]
Uithoudingsvermogen	2 [2;3]
Beweeglijkheid van de gewrichten	3 [2;3]
Balans	3 [2;3.5]
Lopen	2 [2;3]
Omggaan met beperkingen	3 [2;4]
Hoeveelheid activiteit op een dag	2 [2;3]
Werk	4 [3;4]
Hobbies en vrije tijdsbesteding	3 [2;4]
<b>Tevredenheid met behandelaar</b> (0-10, 0=zeer slecht, 10=zeer goed); mean (SD)	8.9 (1.1)
<b>Waarschijnlijkheid waarmee behandelaar wordt aanbevolen</b> (0-10, 0=helemaal niet, 10=zeker wel); mean (SD)	9.1 (1.3)
<b>Ervaren bijwerkingen</b>	
Sierpijn, aantal (%)	62 (70%)
Ernst sierpijn, 0-10 (geen – zeer ernstig); mean (SD)	4.0 (2.4)
Vermoeidheid, aantal (%)	63 (71%)
Ernst vermoeidheid, 0-10 (geen – zeer ernstig); mean (SD)	4.8 (2.8)

250  
251

252 **Bijlage 2: Bronnen**

253

254 1. Teuwen MMH, van Weely SFE, Vliet Vlieland TPM, van Wissen MAT, Peter WF, den Broeder AA, et al.  
255 Effectiveness of longstanding exercise therapy compared with usual care for people with rheumatoid arthritis  
256 and severe functional limitations: a randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis.* 2024;83(4):437-45.

257 2. Akl EA, Welch V, Pottie K, Eslava-Schmalbach J, Darzi A, Sola I, et al. GRADE equity guidelines 2:  
258 considering health equity in GRADE guideline development: equity extension of the guideline development  
259 checklist. *J Clin Epidemiol.* 2017;90:68-75.

260 3. Zorginstituut Nederland. AQUA-Leidraad: Zorginstituut Nederland; 2021 [Available from:  
261 <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/aqua-leidraad>.

262 4. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Vreeken H, Van Doormaal MCM, Conijn D,  
263 Meerhoff G, Swart N. KNGF-richtlijnenmethodiek: ontwikkeling en implementatie van KNGF-richtlijnen, versie 3  
264 Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2022 [Available from:  
265 <https://www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen>.

266