



De reumaverpleegkundige, een brug tussen...

Bachelorproef

Els Brandt

Lore Segers

Ylvi Van Horebeek

Anita Van Menxel

Heidi Van Otten

Bachelor in verpleegkunde
3^e jaar Brugopleiding

Academiejaar 2017-2018

Campus Turnhout, Campus Blairon 800, BE-2300 Turnhout

VOORWOORD

Graag stellen we u onze bachelorproef "De reumaverpleegkundige, een brug tussen..." voor. Het is geschreven in het kader van ons afstuderen aan de opleiding Bachelor Verpleegkunde aan de Thomas More Hogeschool campus Turnhout door Els Brandt, Lore Segers, Ylvi Van Horebeek, Anita Van Menxel en Heidi Van Otten. Als brugstudenten hebben we allemaal onze ervaring op verschillende werkdomeinen, hetgeen een mooie samensmelting bleek te zijn in deze bachelorproef.

Het is een aangenaam en leerzaam traject geweest waarin ieder van ons heeft kunnen aantonen dat verpleegkundige zorgverlening centraal staat en dat we in staat zijn om een zorgaspect te beschrijven, te analyseren op een wetenschappelijk verantwoorde manier en te komen tot integratie van theorie en praktijk.

Bij deze willen we graag onze projectbegeleidster bedanken voor de begeleiding en ondersteuning tijdens het volledige traject. Ook de reumaverpleegkundigen en de reumatoloog die ons achter de schermen lieten kijken zijn we erg dankbaar. Daarnaast danken we ook de patiënten die met ons spontaan hun ervaringen deelden. Zonder al deze mensen hun medewerking hadden we nooit tot dit resultaat kunnen komen.

Voor de creatieve uitwerking van de poster en flyer willen we graag de illustrator bedanken.

Uiteraard mogen we onze partners, kinderen en familie niet vergeten. Mede dankzij hun steun, begrip en geduld hebben we dit parcours kunnen afleggen.

We wensen u veel leesplezier toe en hopen dat u er iets van opsteekt.

mei, 2018

SAMENVATTING

Reuma is de verzamelnaam van verschillende reumatische ziekten waaronder ook reumatoïde artritis. We hebben bewust gekozen om ons te beperken tot reumatoïde artritis. Enerzijds vanuit de persoonlijke ervaring van één van ons met deze ziekte, anderzijds omdat deze vorm van ontstekingsreuma het meeste voorkomt in de praktijk. Op het werkveld wordt soms gesproken over reumaverpleegkundigen. We vroegen ons af waaruit het takenpakket van een reumaverpleegkundige kan bestaan en wat deze voor de patiënt zou kunnen betekenen. Hierover konden we in de literatuur weinig terugvinden vermits er geen invulling is van het takenpakket van een reumaverpleegkundige omdat de titel geen erkenning heeft.

Nadat we in kaart hebben gebracht wat reumatoïde artritis kan inhouden, zijn we verder individueel aan de slag gegaan. Er werd gekeken naar de wettelijke, juridische en feitelijke organisatie van het werkveld van de reumaverpleegkundige. Hiervoor werden gesprekken gedaan met mensen uit het werkveld en informatie verzameld bij de overheid en andere betrokken instanties. Daarnaast werd dieper ingegaan op de taken van de reumaverpleegkundige gebaseerd op de EULAR-aanbevelingen en de ervaringen van reumaverpleegkundigen. Uit gesprekken met reumapatiënten kwamen we te weten hoe zij de invulling van deze taken ervaren. Van hieruit werd de beleving van reumatoïde artritis door patiënten in kaart gebracht wanneer ze begeleid worden door een reumaverpleegkundige. Vanuit deze informatie zijn we aan de slag gegaan om een poster en een flyer te ontwikkelen ter promotie van de reumaverpleegkundige met de bedoeling deze te kunnen aanbieden aan het werkveld.

Gedurende dit proces bleek dat de noodzaak tot promotie van de reumaverpleegkundige erg hoog is. Vanuit de gesprekken met het werkveld kwam duidelijk naar voor dat er momenteel wel wat beweging en interesse is rond de concrete invulling van het takenpakket van de reumaverpleegkundige.

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD

SAMENVATTING	3
INHOUDSTAFEL	4
LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN	6
INLEIDING	8
1 REUMATOÏDE ARTRITIS	9
1.1 Prevalentie.....	10
1.2 Oorzaken	10
1.3 Verloop	10
1.4 Symptomen en gevolgen	11
1.4.1 Extra articulaire manifestaties	12
1.5 Diagnose en opvolging	13
1.6 Behandeling	16
1.6.1 Medicamenteus.....	16
1.6.1.1 NSAID's.....	16
1.6.1.2 DMARD's.....	16
1.6.1.3 Corticosteroïden.....	18
1.6.2 Niet-medicamenteus	19
1.6.2.1 Chirurgische behandeling	19
1.6.2.2 Alternatieve behandeling.....	19
1.6.2.3 Paramedische behandeling	19
1.6.3 Multidisciplinaire aanpak	19
1.6.3.1 Huisarts en reumatoloog.....	20
1.6.3.2 Reumaverpleegkundige.....	20
1.6.3.3 Thuisverpleegkundige.....	21
1.6.3.4 Ergotherapeut	21
1.6.3.5 Kinesitherapeut	21
1.6.3.6 Maatschappelijk werker	22
1.6.3.7 Psycholoog.....	22
1.6.3.8 Bandagist en orthopedisch schoenmaker.....	22
2 ORGANISATIE VAN HET WERKVELD (YLVI).....	23
2.1 Wettelijke en juridische organisatie van het werkveld van de RVK	23
2.2 Feitelijke organisatie van het werkveld van de RVK.....	26
2.2.1 Regionaal ziekenhuis	26
2.2.2 Universitair ziekenhuis.....	27
3 TAKEN VAN DE REUMEVERPLEEGKUNDIGE (HEIDI & LORE)	29
3.1 EULAR-aanbevelingen	29
3.1.1 Educatie	29
3.1.2 Communicatie	30
3.1.3 Continuïteit van de zorg	30
3.1.4 Integrale behandeling	30
3.1.5 Psychosociale begeleiding	31
3.1.6 Zelfmanagement.....	31
3.1.7 Evidence based.....	31
3.1.8 Kennis en vaardigheden	31
3.1.9 Specialistische rol	32
3.1.10 Kostenbesparing	32

3.2	Terugkoppeling van de taken van de RVK	32
4	RA IN HET DAGELIJKSE LEVEN (ANITA)	33
4.1	Werk	33
4.2	Financieel.....	33
4.3	Huishouden.....	33
4.4	Sociaal	34
4.5	Psychisch	34
4.6	Seksualiteit en intimiteit.....	34
4.7	Beweging	34
4.8	Zingeving	35
4.9	Medicatie	35
4.10	Communicatie	35
4.11	Hoe wordt de RVK ervaren	35
5	UITWERKING POSTER EN FLYER (ELS)	36
	BESLUIT....	42
	LITERATUURLIJST	43

LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

BBK: Bijzondere BeroepsBekwaamheid (NVKVV, s.a.)

BBT: Bijzondere BeroepsTitel (NVKVV, s.a.)

BSE: bloedbezinking (Bos & Lems, 2015)

CRP: C- reactieve proteïne (Bos & Lems, 2015)

DAS28- score: Disease Activity Score (DAS 28, 2017)

HAQ vragenlijst: Health Assessment Questionnaire (DAS 28, 2017)

RA: Reumatoïde artritis (RA Liga, s.a.)

RIZIV: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

RVK: Reumaverpleegkundige

VAS score: Visual Analogue Scale

INLEIDING

Vanuit de aanwezigheid van een ervaringsdeskundige in onze groep, wordt ervaren dat de rol van de reumaverpleegkundige nog onvoldoende aandacht krijgt. De meerwaarde van de aanwezigheid van deze gespecialiseerde verpleegkundige wordt nog te vaak onderschat. Hierdoor lijkt het zeer zinvol om in deze bachelorproef de reumaverpleegkundige wat meer ruchtbaarheid te geven.

De taken van de reumaverpleegkundige werd onder de loep genomen, de wettelijke, juridische en feitelijke organisatie van het werkveld werd bekeken en er werd stilgestaan bij de beleving van de reumapatiënt. Er kwamen veel vragen naar boven waarmee aan de slag werd gegaan. Vanuit het werkveld werd opgemerkt dat er veel interesse is om dit verder uit te werken maar dat de tijd momenteel ontbreekt. Dit werkstuk kan hierin een extra aanzet geven.

Het wetenschappelijk onderzoeken van de materie was niet de opzet van deze bachelorproef. Ze is echter wel gebaseerd op wetenschappelijke artikels en gesprekken met professionals in het werkveld en ook met ervaringsdeskundigen zoals de reumapatiënt zelf. De artikels zijn opgezocht via verschillende databanken tussen een tijdsspanne van 2011 – 2018. De databanken Pubmed, Cochrane, Trip Database en Cinahl werden geraadpleegd. Hiervoor werden de zoektermen arthritis, rheumatology, rheumatism, nursing, education, reumaverpleegkundige en reumatoïde arthritis.

Vermits het meer zichtbaarheid geven aan de reumaverpleegkundige de opzet was, is er een poster en een flyer ontwikkeld waarop de taken van de reumaverpleegkundige duidelijk gemaakt worden naar patiënten.

1 REUMATOÏDE ARTRITIS

Reumatoïde artritis ook wel RA genoemd is een aandoening die behoort tot de inflammatoir reumatische ziekten of ontstekingsreuma 's.

Het overkoepelende begrip "reuma" wordt gebruikt om verschillende reumatische aandoeningen te classificeren. Reumatische aandoeningen kunnen acuut of chronisch optreden en tasten het bewegingsstelsel en het bindweefsel aan. Een aandachtspunt hierbij is dat reumatische aandoeningen niet aangeboren zijn en dat ze niet veroorzaakt zijn door een ongeval. (Reumanet, 2016)

Er zijn meer dan 200 reumatische aandoeningen. De verschillende reumatische aandoeningen worden onderverdeeld in vier verschillende groepen: (Vlaamse Reumaliga vzw, 2015)

1. Artritis (ontstekingsreuma)

Artritis kan chronisch of acuut zijn. Artritis komt voor in gewrichten. De aandoening gaat vaak gepaard met pijn, zwelling, warmte, krachtvermindering en/of stijfheid van één of meerdere gewrichten. Aandoeningen die onder deze groep vallen zijn reumatoïde artritis (RA), jicht, spondylitis ankylosans, etc.

2. Systeemziekten

Systeemziekten zijn aandoeningen die ontstaan doordat het eigen afweersysteem het lichaam aanvalt. Ze worden ook wel auto-immuunziekten genoemd. Aandoeningen die onder deze groep vallen zijn systemische lupus erythematoses, de ziekte van Sjögren en sclerodermie. (AZ Turnhout, s.a.)

3. Weke delen reuma

De weke delen reuma wordt gekenmerkt door aandoeningen die de omgeving rond het gewricht aantasten. Aandoeningen die onder deze groep vallen zijn tenniselleboog, lumbago, etc.

4. Metabool degeneratieve aandoeningen

Onder de metabole degeneratieve aandoeningen vallen de aandoeningen die een vorm weergeven van een kraakbeen falen, bijvoorbeeld artrose. Botontkalking of osteoporose behoort ook tot deze groep.

In deze bachelorproef wordt enkel ingegaan op Reumatoïde Artritis.

Reumatoïde artritis is een auto- immuunziekte. Jochems & Joosten (2009) geven hiervan volgende definitie: "Auto-immuunziekten: ziekten waarvan het ontstaan in vele gevallen wordt toegeschreven aan het vormen van antistoffen tegen eigen lichaamsweefsel, hoewel niet altijd het strikte bewijs is geleverd."

RA verloopt chronisch, de pathologie kan sluipend ontstaan of kan plots optreden. RA kan alle synoviale gewrichten aantasten. Dit zijn vooral in de perifere gewrichten, zoals handen, voeten, knieën en heupen. Echter kan RA-gewrichten in het hele lichaam aantasten, zoals de ellebogen, schouders, etc. Vaak zijn naast de gewrichten ook de weefsels rond de gewrichten beschadigd, zoals de peesschede en de aanhechtingsplaats van spieren. (Meijden & Jüngen, 2015)

RA wordt geclassificeerd onder de noemer van inflammatoire systeemziekte omdat RA in het hele lichaam kan voorkomen met ontstekingsreacties. RA Liga omschrijft het als volgt: "een chronische symmetrische polyartritis dat leidt tot gewrichtspijn, stijfheid, radiologische schade en functieverlies".

1.1 Prevalentie

Recente cijfers over de prevalentie van RA in België dateren van 2015. De schatting van de prevalentie werd gemaakt op basis van huisartsenregistraties. In 2015 werd in België naar schatting bij 10,3/1000 mannen en bij 17,3/1000 vrouwen de diagnose RA gesteld. (Rijksinstituut voor Volksgezondheid, 2017)

Cijfers uit 2015 zeggen dat 0.6/100.000 mannen en 1.5/100.000 vrouwen in België gestorven zijn aan RA. De cijfers geven de sterfgevallen weer waarbij RA als werkelijke doodsoorzaak werd geregistreerd. Het aantal sterfgevallen waarbij de complicaties van RA de doodsoorzaak zijn, ligt hoger. Men merkt dat vooral op hogere leeftijd mensen sterven ten gevolge van RA. (Rijksinstituut voor Volksgezondheid, 2017)

1.2 Oorzaken

De mogelijke oorzaken van RA zijn tot op heden onbekend en vragen om meer onderzoek.

RA komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Hormonale invloeden liggen waarschijnlijk aan de basis hiervan. Er zijn aanwijzingen dat genetische factoren een rol spelen bij het falen van het immuunsysteem bij RA patiënten.

De intensiteit en de duur van roken blijkt een risicofactor te zijn om RA te ontwikkelen. RA kan zich op elke leeftijd ontwikkelen echter tussen de leeftijd van 40 - 60 jaar ligt dit het hoogst.

Andere factoren, zoals bepaalde voedingsgewoonten, beroepsrisico's, infecties, obesitas, worden soms aangehaald als mogelijke risicofactor maar zijn niet wetenschappelijk bewezen. (RA Liga, s.a; Rijksinstituut voor Volksgezondheid, 2017)

1.3 Verloop

RA kan sluipend of plots ontstaan. De pathologie kent opflakkingen en remissies.

Bij elke patiënt met RA verloopt de pathologie anders. Bij het begin van de diagnosestelling kan er niet gezegd worden hoe de RA bij de patiënt zal verlopen. Met een goede behandeling verloopt het ziekteproces langzamer. Bij sommige patiënten verloopt de pathologie erg agressief en is ze erg moeilijk onder controle te houden. De klachten kunnen snel leiden tot functiebeperkingen. Een vroege herkenning en een snelle start van de behandeling zijn van groot belang. Het functieverlies zal hierdoor tot een minimum beperkt kunnen worden. (Reumanet, 2016)

Bij de opflakkingen van RA zal er een toename zijn van de ontstekingsactiviteit. De patiënt zal tijdens een opflakking een toename kennen van de RA-symptomen. De gewrichten kunnen extra gezwollen zijn, extra vermoeidheid, verhoogde behoefte aan pijnstillende medicatie, extra stijfheid, etc.

De symptomen (later besproken onder punt 1.3) kunnen van dag tot dag verschillen. Soms kunnen de symptomen weken aanhouden en soms houden de symptomen slechts enkele dagen aan. De ontstekingen hebben een wisselend verloop (bv. de ene dag is het polsgewricht pijnlijk, de andere dag is het heupgewricht pijnlijk).

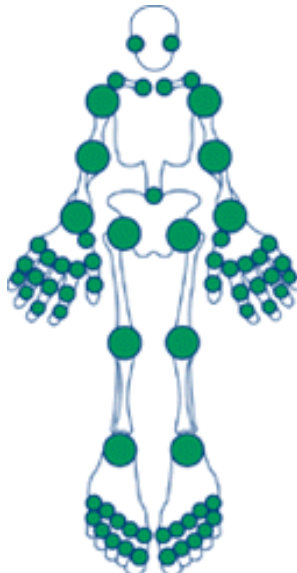
Vaak verloopt RA symmetrisch. Dit wil zeggen dat de patiënt zijn linker en rechter gewricht vaak tegelijkertijd zijn aangetast. (Reumanet, 2016; RA Liga, s.a.)

Stress, veranderingen in de hormoonhuishouding, menopauze en menstruatie kunnen een invloed hebben op een toename van de klachten bij RA.

Bos en Lems stellen dat met de bestaande medicamenteuze behandelmogelijkheden 50% van de patiënten met RA, remissie bereikt. Bij de andere 50% wordt een lage ziekteactiviteit bereikt. (Bos & Lems, 2015)

De levensverwachting van patiënten met RA neemt gemiddeld genomen drie tot zeven jaar af. (Meijden & Jüngen, 2015)

1.4 Symptomen en gevolgen

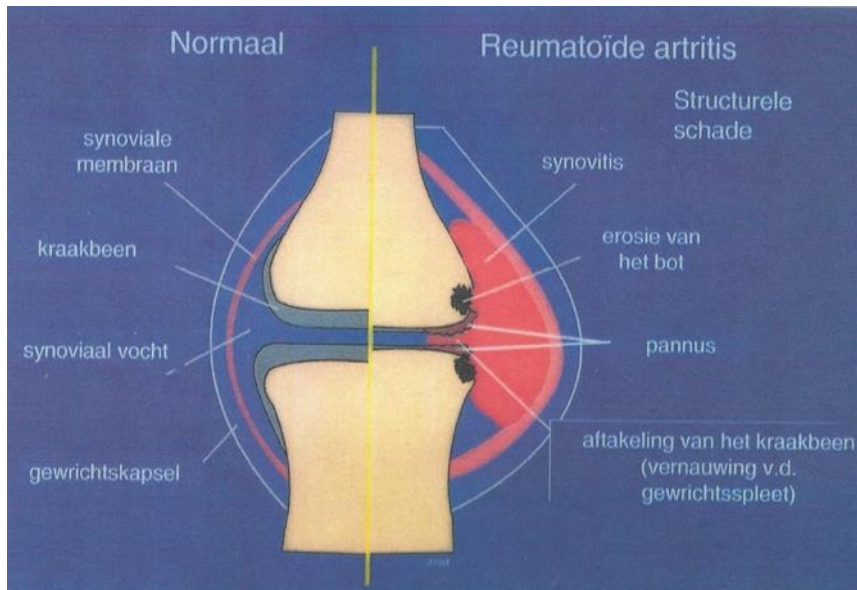


De figuur links geeft weer welke gewrichten aangetast kunnen worden door de ziekte RA.

Bij RA is er sprake van een chronisch ontstekingsproces van het synovium. Als het synovium ontstoken is dan spreekt men van synovitis. Het synovium of het synoviale membraan is het slijmvlies dat de binnenbekleding vormt van het gewricht. Als een gevolg van een aanhoudende ontsteking gaat het slijmvlies verdikken of hypertrofisch worden. Het synovium wordt een celrijke en bloedvatrijke massa, die geleidelijk aan alle structuren van het gewricht aantast. Er is een geleidelijke aftakeling van het kraakbeen, er komt een vernauwing van de gewrichtsspleet en er is aantasting van het bot (boterosie).

Figuur 1.4: mogelijke gewrichten die aangetast kunnen worden door RA. (RA Liga, s.a.)

Het verdikte en ontstoken synovium wordt pannus genoemd. Doordat dit allemaal gebeurt, wordt het gewrichtskapsel van binnenuit opgespannen met als gevolg een beperkte beweeglijkheid en functieverlies van het gewricht. RA kan ook pezen aantasten. Het vlies rond een pees noemen we het tenosynovium. Ook dit kan ontsteken en wordt dan tenosynovitis genoemd. (Patiënt Partner Program, 2016)



Figuur 1.4: het verschil tussen een ontstoken en niet ontstoken gewricht. (Patiënt Partner Program, 2016)

Het chronisch ontstekingsproces uit zich door ontstekingsklachten zoals pijn die ook optreedt in rust, zwelling van de aangedane gewrichten en stijfheid van de aangedane gewrichten.

De RA-patiënt ervaart vaak ochtendstijfheid, startpijn en een startstijfheid. De ochtendstijfheid duurt vaak één uur. Startpijn is een typische pijn voor RA. Het is een pijn die vooral bij het begin van een beweging en gedurende de eerste belasting van een gewricht start. De startpijn en de startstijfheid verminderen naarmate de dag vordert. (RA Liga, s.a.; Meijden & Jüngen, 2015)

Naast de gewrichtsklachten kunnen er ook algemene symptomen voorkomen. Hieronder vallen onder andere vermoeidheid, vermagering, psychische klachten, ...

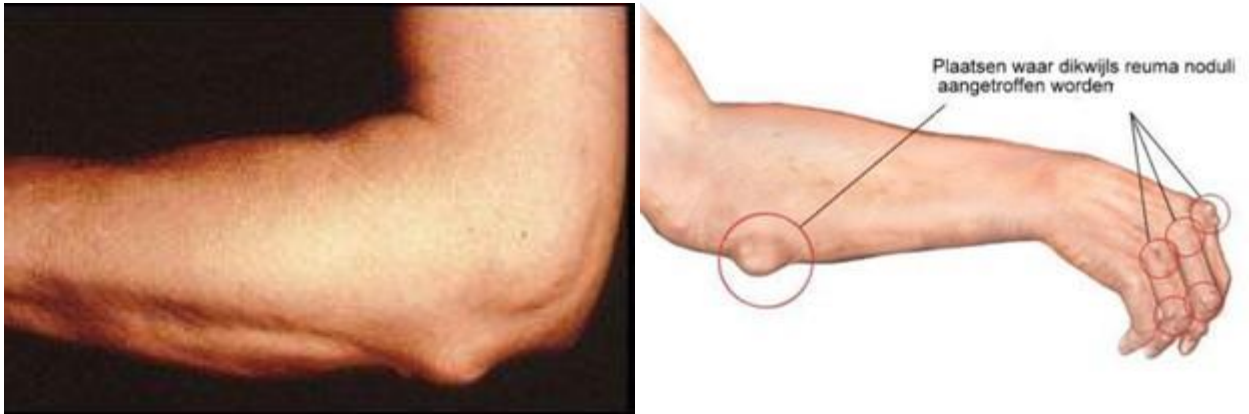
1.4.1 Extra articulaire manifestaties

- Reuma noduli

De reuma noduli zijn onderhuidse reumaknobbels. Door intensieve behandeling komen ze nu minder vaak voor. Ze zijn ook geen item meer in de vroege criteria om een diagnose te kunnen stellen. De reuma noduli worden ook subcutane huidknobbels genoemd en zijn dus verdikkingen gelegen onder de huid, meestal aan de strekzijde van het lidmaat. De knobbels zijn vaak te vinden op handen, vingers, ellebogen, etc. De reuma noduli groeien vaak in de nabijheid van een gewricht of ze groeien aan op een pees of op bindweefsel.

De meeste mensen met RA die reuma noduli ontwikkelen hebben geen pijn of symptomen. De reuma noduli kunnen een negatieve invloed hebben op de dagelijkse activiteiten van de patiënt. De knobbels kunnen een druk uitoefenen op de zenuwen van de patiënt waardoor gevoelsveranderingen of tintelingen kunnen optreden. (RA Liga, s.a.)

Reuma noduli kunnen chirurgisch verwijderd worden maar recidiveren vaak na enkele maanden. Een risicofactor om reuma noduli te ontwikkelen is roken en het gebruik van het geneesmiddel methotrexaat. (RA Liga, s.a.)



Figuur 1.4.1: reuma noduli. (RA Liga, s.a.)

- Inflammatoire anemie
De RA-patiënt heeft meestal een normale ijzervoorraad. Het probleem zit in de rode bloedcel, bij de inbouw van ijzer.
- Spieratrofie
- Abnormaal droog mondslijmvlies door een verminderde aanmaak van speeksel waardoor ook een verhoogd risico op het ontwikkelen van mondaandoeningen
- Een verhoogd risico op het ontwikkelen van een hoornvliesontsteking door een verminderde aanmaak van traanvocht
- Pleuritis
- Pericarditis

1.5 Diagnose en opvolging

Het stellen van de diagnose RA is vaak een langdurig proces. Er bestaat momenteel nog geen enkele test die met zekerheid chronische gewrichtsreuma kan diagnosticeren. Hierdoor kan het een lange tijd duren vooraleer reumatoïde artritis gediagnosticeerd wordt. Het laattijdig diagnosticeren is in het nadeel van de patiënt. Vaak zijn er al symptomen opgetreden. (Reumanet, 2016)

In de praktijk worden vaak de laatste classificatiecriteria van The 2010 American College of Rheumatology (2010) gebruikt in het diagnostisch proces. Deze werden initieel opgesteld voor wetenschappelijk onderzoek maar zijn ook nuttig in de praktijk.

	Score
Target population (Who should be tested?): Patients who	
1) have at least 1 joint with definite clinical synovitis (swelling)*	
2) with the synovitis not better explained by another disease†	
Classification criteria for RA (score-based algorithm: add score of categories A–D; a score of $\geq 6/10$ is needed for classification of a patient as having definite RA)‡	
A. Joint involvement§	
1 large joint¶	0
2–10 large joints	1
1–3 small joints (with or without involvement of large joints)#	2
4–10 small joints (with or without involvement of large joints)	3
>10 joints (at least 1 small joint)**	5
B. Serology (at least 1 test result is needed for classification)††	
Negative RF and negative ACPA	0
Low-positive RF or low-positive ACPA	2
High-positive RF or high-positive ACPA	3
C. Acute-phase reactants (at least 1 test result is needed for classification)‡‡	
Normal CRP and normal ESR	0
Abnormal CRP or abnormal ESR	1
D. Duration of symptoms§§	
<6 weeks	0
≥ 6 weeks	1

Figuur 1.5: Rheumatoid Arthritis Classification Criteria. (Aletha et al, 2010)

De huisarts dient bij het minste vermoeden van RA, op basis van het klachtenpatroon van de patiënt, de patiënt door te verwijzen naar een reumatoloog voor verder onderzoek. De reumatoloog zal een uitgebreide anamnese afnemen. Hierbij zullen de klachten uitgebreid bevraagd worden.

Aan de hand van de HAQ vragenlijst (Health Assessment Questionnaire) zal de reumatoloog de beperkingen in het dagelijks leven van de patiënt in kaart brengen. De reumatoloog zal ook een lichamelijk onderzoek uitvoeren en kijken of er sprake is van symmetrie. (Reumanet, 2016)

De patiënt zal een uitgebreid laboratoriumonderzoek ondergaan waarbij de arts zal kijken naar de BSE (bloedbezinking) en de CRP (C-reactieve proteïne). Beide waarden kunnen echter ook verhoogd zijn wanneer de patiënt geen reumatoïde artritis heeft, hierdoor wordt laboratoriumonderzoek enkel gebruikt als aanvulling bij het klinisch onderzoek. 45% van de RA patiënten presenteren zich met een normale CRP en BSE. (Bos & Lems, 2015)

In het laboratoriumonderzoek kan de arts bij 60- 70% van de patiënten een reumafactor IgM en/of anti-CCP terugvinden. Het wil echter niet zeggen dat bij een positieve reumafactor de patiënt meteen gediagnosticeerd kan worden met RA. Dit hetzelfde omgekeerd. Indien de reumafactor negatief is, biedt dit nog geen uitsluitel dat de patiënt geen RA heeft. Een reumafactor komt bij ongeveer 5% van de bevolking voor. Het ontwikkelen van een reumafactor neemt toe met de leeftijd. (Bos & Lems, 2015)

Bos & Lems (2015) stellen dat röntgenonderzoek als aanvulling wordt gebruikt om de diagnose RA te stellen. Röntgenfoto's van hand- of voetgewrichten tonen erosies specifiek voor RA. Echter tonen röntgenfoto's dit pas in een later stadium van de pathologie. Slechts een deel van de RA-patiënten in een vroeg stadium vertoont al radiologisch waarneembare afwijkingen.



Figuur 1.5: röntgenbeeld van handen die aangetast zijn met een vergevorderd ontstekingsproces van RA. (Reumanet, 2016)

In een vroeg stadium kan botschade wel opgespoord worden via echografie. Daarnaast kunnen ook ontstekingen op deze manier in beeld gebracht worden. Het is dus een geschikt middel als aanvulling van het klinische onderzoek. De rol van echografie in opvolging van de ziekteactiviteit en monitoring van de therapie is nog onduidelijk.

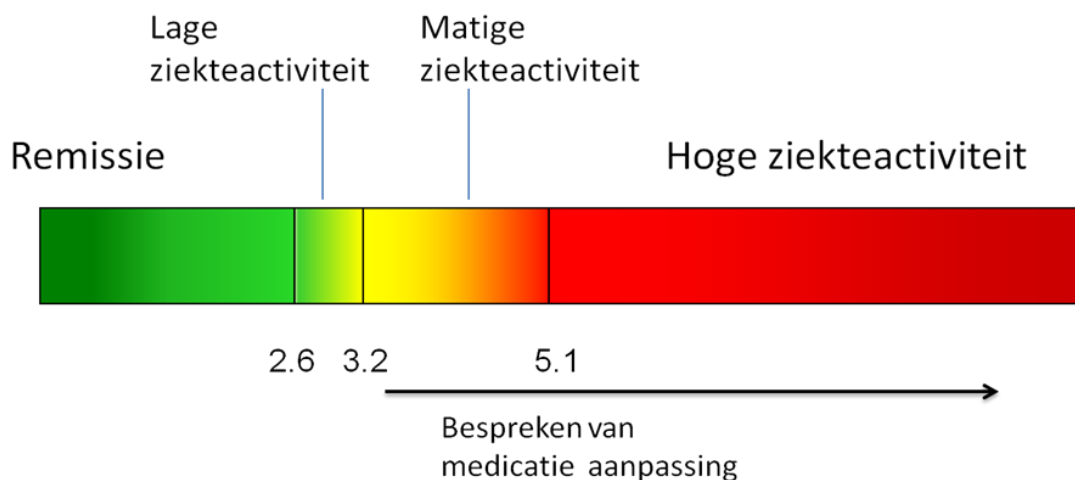
De reumatoloog zal na de diagnose de ziekteactiviteit opvolgen. De reumatoloog maakt hierbij gebruik van de DAS28- score. Deze score staat voor: Disease Activity Score, de 28 staat voor het aantal gewrichten waarmee de reumatoloog rekening mee houdt. (Reumanet, 2016)

De reumatoloog zal rekening houden met verschillende factoren om deze hierna om te zetten in een formule. Deze kijkt naar het aantal pijnlijke gewrichten, het aantal gezwollen gewrichten, bezinkingssnelheid van de erythrocyten/sedimentatie en de VAS score (Visual Analogue Scale). (DAS 28, 2017)

De DAS28- score zal ingedeeld worden in categorieën, waaronder:

1. Remissie: lager dan 2.6
2. Lage ziekteactiviteit: tussen 2.6- 3.2
3. Matige ziekteactiviteit: tussen 3.2 en 5.1
4. Hoge ziekteactiviteit: hoger dan 5.1

Bij een verhoogde ziekteactiviteit dient de reumatoloog de therapie aan te passen. Aanpassingen van de medicatie kunnen de ziekteactiviteit beperken. (DAS 28, 2017)



Figuur 1.5: scoreverdeling DAS 28 (DAS 28, 2017)

1.6 Behandeling

Reuma kan niet genezen maar wel behandeld worden. Hieronder volgt een overzicht van de mogelijkheden die RA in remissie kunnen krijgen.

1.6.1 Medicamenteus

In de medicamenteuze behandeling van RA is de laatste jaren een ware revolutie geweest. Nieuwe geneesmiddelen, combinatietherapie, intensief behandelen en eerder ingrijpen hebben geleid tot een aanmerkelijke verbetering van de prognose. Er wordt gestreefd naar een volledige onderdrukking van de ziekteactiviteit. Dit wordt ook wel "treat to target" genoemd.

De medicatie die op dit moment wordt ingezet om ontstekingen te onderdrukken en te voorkomen, worden volgens het BCFI (2016) opgedeeld in 4 types:

- symptomatische behandeling door NSAID's
- klassieke basisbehandeling met DMARD's: Disease Modifying Anti-Reumatic Drugs ("reuma-remmers")
- corticosteroiden
- biologische behandeling met biologicals (deze vallen ook onder de DMARD's)

1.6.1.1 NSAID's

Bijvoorbeeld Brufen®, Diclofenac®, Feldene®, Voltaren®,...

De NSAID's zijn eerstelijnsmedicatie en werken snel en effectief. Ze helpen de pijn bij chronische ontsteking te verminderen maar ze hebben geen rechtstreekse invloed op de ontsteking. Ze kunnen ook geen beschadiging van gewrichten voorkomen. NSAID's richten zich enkel op symptoombestrijding. Pijnbehandeling is echter wel van belang om de kwaliteit van leven positief te beïnvloeden.

De belangrijkste nevenwerking van deze groep medicatie is de invloed die ze hebben op het maag-darmstelsel. Het kan nierproblemen, maagklachten (maagpijn, misselijkheid, braken, zuurbranden, vol gevoel en oprispingen), maagzweren en maagbloedingen veroorzaken. Daarom wordt een combinatie met een maagbeschermer meestal aangeraden.

Selectieve COX-2-remmers zijn afgeleid van de "oudere" NSAID's. Deze hebben minder nevenwerkingen op het niveau van het maag-darmstelsel maar kunnen dan weer een verergerend effect hebben op bestaande klachten zoals hartfalen.

1.6.1.2 DMARD's

DMARD staat voor "Disease-modifying antirheumatic drugs". Ze worden opgedeeld in 3 groepen:

- csDMARD's (conventional synthetic DMARD's)
 - bDMARD's (biological DMARD's)
 - tsDMARD's (targeted synthetic DMARD's)
- Conventional synthetic DMARDS

De csDMARD's zijn tweedelijnsmedicatie die vaak als basismedicatie wordt gezien. Het zijn traag- en langwerkende antireumatische middelen die diep inwerken. Ze beogen vooral ziekteactiviteit te remmen en verminderen bijgevolg ook pijn. De optimale werking van deze groep medicijnen is pas na enkele weken of zelfs maanden merkbaar.

Er is een invloed op het ziekteproces en het verloop van de ziekte wordt erdoor beïnvloed.

Voorbeelden van werkende bestanddelen in csDMARD's zijn methotrexaat, sulfasalazine, anti-malariamiddelen en leflunomide.

csDMARD's geven soms bijwerkingen zoals huiduitslag, griepachtige verschijnselen, maagdarmlaaijten en nier- en leverstoornissen. Regelmatige bloedcontroles zijn aangeraden omdat in sommige gevallen er afwijkingen in de bloedaanmaak werden opgemerkt. Deze zijn echter snel weer bij te sturen. Ook het immuunsysteem kan onderdrukt worden waardoor een regelmatige opvolging noodzakelijk is.

Methotrexaat (Ledertrexate) blijkt de eerste keuze als basisbehandeling te zijn. Om bepaalde ongewenste nevenwerkingen te beperken, wordt het in combinatie met foilumzuur voorgeschreven. Leflunomide kan een goed alternatief voor methotrexaat zijn. Anti-malariamiddelen (hydroxychloroquine en chloroquine) worden alleen of in combinatie met methotrexaat gebruikt.

- Biological DMARD's

bDMARD's of biologicals zijn een vijftien jaar geleden in opmars gekomen. Ze worden opgestart wanneer de klassieke csDMARD's niet voldoende verbetering geven. Bij RA zijn er te veel ontstekingseiwitten (cytokines) in het lichaam en dat is het niveau waar de biologicals op inwerken. Deze groep medicatie bestaat geheel of gedeeltelijk uit dierlijk of menselijk eiwit. Ze kunnen het teveel aan cytokines onderscheppen en blokkeren waardoor de balans in het lichaam zich kan herstellen. TNF-alfa en interleukines zijn voorbeelden van cytokines. B- en T-cellen zijn afweercellen. Biologicals remmen hun werking waardoor ontstekingen tot rust komen. Er zijn dus drie soorten biologicals:

- TNF-alfaremmers
- Interleukineremmers
- B-lymfocyten remmers en T-lymfocyten remmers

Er zijn hoopgevende resultaten bekend door de behandeling met biologicals. Toch blijken heel wat patiënten last te hebben van (ernstige) bijwerkingen. De meest gekende zijn:

- verhogen van het risico op infecties omdat het immuunsysteem wordt onderdrukt
- problemen ter hoogte van de lever of van de nieren
- huidreacties
- wijzigingen in de bloedsamenstelling

Omdat biologicals voorlopig nog niet in pilvorm bestaan en moeten worden geïnjecteerd, geeft dit soms klachten op de plaats van injectie: roodheid, zwelling, blauwe plekken, jeuk of pijn.

Biologicals hebben een hoge kostprijs (rond €1000/maand), er zijn strenge voorwaarden verbonden aan de terugbetaling en er is nog onvoldoende bekend wat de langetermijneffecten zijn. Geschat wordt dat ruim één op drie patiënten niet adequaat reageert op de medicatie: onvoldoende effect, te veel nevenwerkingen. Bij de meerderheid van de patiënten waar ze effect hebben, leiden ze tot remissie van RA.

Sinds 2015 zijn er ook biosimilars op de markt. Het European Medicines Agency (EMA of Europees Geneesmiddelenagentschap) omschrijft een biosimilar als volgt:

“Een biosimilar is een geneesmiddel dat zo is ontwikkeld dat het gelijkwaardig is met een bestaand biologisch geneesmiddel (het ‘referentiegeneesmiddel’). Biosimilars zijn niet hetzelfde als generieke geneesmiddelen, die een eenvoudiger chemische structuur hebben en worden beschouwd als identiek aan het referentiegeneesmiddel.

De werkzame stof van een biosimilar en die van het referentiegeneesmiddel is in wezen dezelfde biologische stof, hoewel er sprake kan zijn van kleine verschillen als gevolg van de complexe aard ervan en de gehanteerde productiemethoden. Evenals het referentiegeneesmiddel vertoont de biosimilar enige natuurlijke variabiliteit. Een biosimilar wordt alleen goedgekeurd wanneer is aangetoond dat de variabiliteit ervan en de verschillen ten opzichte van het referentiegeneesmiddel niet van invloed zijn op de veiligheid of de werkzaamheid ervan.”

Hoewel deze biosimilars goedkoper zijn voor de maatschappij zijn ze nog niet erg populair in België. Het marktpotentieel van biosimilars wordt te weinig benut in vergelijking met andere landen waardoor de producenten zich terugtrekken uit België.

- Target synthetic DMARD’s

tsDMARD’s of targeted synthetic DMARD’s worden gebruikt wanneer de klassieke csDMARD’s onvoldoende werken of niet goed verdragen worden. Een voorbeeld van een tsDMARD is een JAK-remmer. JAK staat voor Janus kinase. Deze nieuwe klasse remt binnen in de cel een signaalroute die verantwoordelijk is voor de ontsteking. JAK-remmers stoppen de werking van schadelijke cytokines (eiwitten) en doorbreken de vicieuze cirkel die de ontsteking in stand houdt. Doordat een JAK-remmer RA in de cel bestrijdt, beïnvloedt het tegelijkertijd meerdere schadelijke cytokinen. Dit in tegenstelling tot de huidige therapieën die zich allemaal richten op het blokkeren van een enkele cytokine. De werkingsplaats is wel dezelfde als bij de bDMARD’s. JAK-remmers bestrijden geen pijn, maar dit neemt wel af naarmate ontstekingen verminderen.

De laatste jaren zijn meer artsen gewonnen voor een combinatietherapie van meerdere conventionele synthetic DMARD’s. Niet enkel wegens de regelgeving maar ook door de kostprijs van bDMARD’s. Meestal is methotrexaat een vaste waarde in de medicinale basisbehandeling van RA. De aanvulling van de therapie met NSAID’s voor de pijn en eventueel corticosteroiden zijn een meerwaarde. Hoe vroeger en intensiever er kan gestart worden met de juiste medicatie, hoe beter de resultaten zijn. Tijdig starten met DMARD’s is noodzakelijk. De plaats van de biologicals in het beginstadium van de ziekte, is momenteel alleen voor therapie-resistente patiënten. Een individuele behandeling is steeds noodzakelijk.

1.6.1.3 Corticosteroiden

Tot de corticosteroiden behoren onder andere methylprednisone, dexamethason, prednisone en prednisolone.

Corticosteroiden geven een controle van de ziekteactiviteit bij RA en hebben een beperkt effect op het ziekteverloop. Omwille van hun ongewenste effecten (osteoporose, spieratrofie, onderdrukking bijniere, etc.) wordt het gebruik ervan best zoveel mogelijk vermeden. Het wordt bij een hoge ontstekingsgraad gebruikt om de ontsteking te onderdrukken en de periode tot de werking van de basismedicatie te overbruggen. Ze hebben een algemene immunosuppressieve werking, verhogen het metabolisme van koolhydraten en eiwitten en verminderen ontstekingen. Ze worden vaak lokaal ingespoten, rechtstreeks in het gewricht. Ze kunnen ook intramusculair ingespoten worden en worden vaak bij aanvang van een behandeling per os voorgeschreven.

(Bijlsma et al, 2015; Hazes et al, 2013; Mcfadden & Hollander, 2015; RA Liga, s.a.; Reumanet, 2016; van der Heide et al, 2015)

1.6.2 Niet-medicamenteus

1.6.2.1 Chirurgische behandeling

De laatste twintig jaar is het aantal reumachirurgische interventies afgenomen door een betere medicamenteuze behandeling. Operaties zijn onder te verdelen in: synovectomie, gewrichtsoperaties, peesreconstructies en overige ingrepen. (Bijlsma, 2015)

Bij een synovectomie wordt het slijmvlies dat ontstoken is in het gewricht weggehaald rond een pees of bursa. Gewrichtsprothesen, artrodesen, zijn in de reumachirurgie zeker geen uitzondering. Dit kan een gewrichtsoperatie zijn aan het gewricht waarbij het aangetaste gewricht wordt vervangen door een prothese. Peesreconstructies worden meestal uitgevoerd bij een ruptuur van één of meerdere pezen in het pols/handgebied, maar ze kunnen ook in de schouder worden toegepast. Onder de overige ingrepen vallen voornamelijk het vrijmaken van beknelde zenuwen (bijvoorbeeld bij carpaal tunnel syndroom), contractuur resectie (uitsnijding van verdikking van weefsel dat een contractuur veroorzaakt), verwijdering van een chronisch ontstoken slijmbeurs of een ingreep om de pijnklachten te verminderen bij een ontstekingsreactie op een plaats waar één of meerdere pezen vasthechten aan het bot. (Bijlsma, 2015)

1.6.2.2 Alternatieve behandeling

RA-patiënten willen vaak zelf iets aan hun ziekte kunnen doen en gaan soms op zoek naar niet-medicamenteuze, alternatieve behandelingen. Uiteraard is overleg met de behandelende arts noodzakelijk. Van de meeste alternatieve behandelingen is het effect niet of onvoldoende wetenschappelijk aangetoond.

In een literatuurstudie naar alternatieve behandelingswijze (Jacobs et al, 1991) bij RA werd onderzoek gedaan naar de effecten van acupunctuur, badtherapie, diëten en dieetsupplementen, enzymtherapie, de groenlipmossel, homeopathie, manuele therapie en moederkruid. Deze behandelingen hadden geen overtuigend effect tegenover de controle- of placebobehandeling. Een recenter onderzoek uit Libanon (Alaeeddine, Okais, Ballane, & Baddoura, 2012) beschrijft onder alternatieve behandelingen kruidentherapie, massage, oefeningen, acupunctuur, yoga en meditatie. Ook hier kon geen wetenschappelijk bewijs gevonden worden van het effect van deze behandelingen en werd duidelijk verwezen naar het belang van overleg met de behandelende arts.

1.6.2.3 Paramedische behandeling

Naast de medicamenteuze behandeling en de eventuele chirurgische en/of alternatieve behandeling, is er vaak ook een behandeling door paramedici. Hierop wordt in het volgende hoofdstuk dieper ingegaan bij de uitwerking van het multidisciplinair team.

(Bijlsma et al, 2015; Hazes et al, 2013; Mcfadden & Hollander, 2015; RA Liga, s.a.; Reumanet, 2016; van der Heide et al, 2015)

1.6.3 Multidisciplinaire aanpak

Een chronische ziekte vraagt een multidisciplinaire aanpak. Voor RA is dit niet anders. Een goede samenwerking tussen verschillende zorgverstrekkers is een meerwaarde voor de patiënt en kan de kwaliteit van leven verhogen omdat er door de verschillende disciplines zorg op maat geboden wordt. Hieronder volgt een opsomming van mogelijke

zorgverleners waar de patiënt met RA mee in aanraking kan komen en waar hij beroep op kan doen in zijn proces. De patiënt staat vrij om te consulteren wie hij wil en is dus de belangrijkste schakel in de multidisciplinaire aanpak.

1.6.3.1 Huisarts en reumatoloog

De huisarts is het best geplaatst om de eerste signalen van een reumatische aandoening te zien bij een patiënt. De huisarts heeft een actieve rol in de behandeling van reuma. Hij is de eerste bij wie de patiënt terecht komt voor een diagnose of een behandeling. Daarom is het belangrijk dat de patiënt tegen de huisarts goed vertelt wat de symptomen zijn en waar de pijn zich situeert en wanneer deze optreedt. De huisarts zal een lichamelijk onderzoek doen en eventueel gerichte bloedtesten en/of een RX aanvragen. Sommige ziekenhuizen bieden een panel aan met nuttige labotesten voor een early-arthritis clinic. Bij vermoeden van een vroege RA zal de huisarts de patiënt doorverwijzen naar een reumatoloog.

Samen met de reumatoloog komt de patiënt tot een gezamenlijke beslissing die ook wel shared decision making wordt genoemd. Het is steeds belangrijk om informatie op maat van de patiënt te geven. De reumatoloog stelt de diagnose en volgt de patiënt op. Zowel op klinisch, fysisch, psychisch als therapeutisch niveau.

De uitslag van het bloedonderzoek is niet sluitend. Bij een aantal RA-patiënten is er geen afwijking in het bloed terug te vinden. Toch kan de huisarts al wel medicatie starten (vaak NSAID's) om de periode te overbruggen tot de patiënt gezien kan worden door een reumatoloog voor een uitgebreidere diagnosestelling en/of afstemming van de behandeling. Na ieder bezoek aan de reumatoloog of reumaverpleegkundige krijgt de huisarts een verslag vanuit het ziekenhuis.

De huisarts kan regelmatig bijscholing volgen over de nieuwe inzichten die gebaseerd zijn op evidence based. De onderneming Patient Partners Program = PPP is een vernieuwend en uniek kleinschalig interactief educatie programma voor huisartsen, artsen, studenten geneeskunde en paramedici. PPP houden de zorgverleners mee op de hoogte van de nieuwe inzichten over RA.

Jammer genoeg werken de verschillende disciplines soms individueel en kan hierdoor cruciale informatie verloren gaan. Een voorbeeld hiervan is de doorstroom van informatie tussen de reumatoloog en de huisarts. De laboresultaten bij de huisarts worden niet elektronisch doorgestuurd naar de reumatoloog. Soms worden de resultaten wel doorgestuurd door de huisarts, maar komen deze niet in het elektronisch dossier van de reumatoloog waardoor de opvolging moeilijker gaat. De resultaten via een ander programma raadplegen is arbeidsintensief, kost tijd en geeft geen mooie evolutie weer om te beoordelen.

1.6.3.2 Reumaverpleegkundige

Een reumaverpleegkundige (RVK) is een verpleegkundige, die werkt met patiënten met reumatische aandoeningen. De patiënt kan er terecht met medische vragen, maar ook met praktische vragen rond hoe leren leven met reumatoïde artritis. Dit kan gaan over vragen met betrekking tot de medicatie en therapietrouw, hulpmiddelen die gebruikt kunnen worden in het dagelijks leven of gewoon een luisterend oor zijn voor de patiënt bij sociale en/of emotionele zaken. Een reumaverpleegkundige is meestal verbonden aan een ziekenhuis of medisch centrum. In het verdere verloop wordt dieper ingegaan op de specifieke taken van de reumaverpleegkundige bij patiënten met RA.

1.6.3.3 Thuisverpleegkundige

De thuisverpleegkundige ondersteunt de patiënt bij de medicamenteuze behandeling. Het toedienen van medicatie kan zowel subcutaan als intramusculair zijn. Het ondersteunen bij een subcutane inspuiting kan een taak zijn van de thuisverpleegkundige, net als het toedienen van een intramusculaire inspuiting. Ook het klaarzetten van medicatie of het ondersteunen van ADL kan via een thuisverpleegkundige gaan. Uiteraard behoort de psychosociale ondersteuning door de thuisverpleegkundige ook tot het takenpakket.

Ook de informatiedoorstroming naar de thuisverpleegkundige kan soms beter. De reumaverpleegkundige is steeds bereid om de thuisverpleegkundige informatie te geven maar deze is hiervan niet altijd op de hoogte waardoor er soms belangrijke informatie gemist wordt. Toekomst gericht zal dit vlotter verlopen als eHealth op punt staat en door iedereen geïmplementeerd wordt.

1.6.3.4 Ergotherapeut

De ergotherapeut geeft aan de patiënt tips hoe zij zich kunnen behelpen met hulpmiddelen in het dagelijks leven. Dit kan op verschillende gebieden zoals bij zelfzorg, zitten en liggen, huishouden, communicatie, kinderverzorging, studies, reizen, hobby's, muziek maken, bewegen, sociale contacten, ...

De RA patiënt heeft beperkingen en dit beïnvloedt het handelen. Ergotherapeuten kunnen thuis bij de patiënt komen kijken en voorstellen doen voor eventuele aanpassingen. Ze vertrekken vanuit een aantal vragen:

- Wat is voor deze RA patiënt en zijn familie belangrijk?
- Welke wensen en mogelijkheden heeft deze RA patiënt?
- Welke oplossingen zijn mogelijk en haalbaar?

Vertrekkende vanuit de resultaten wordt een programma opgesteld waar het oefenen heel belangrijk bij is. Soms is de oplossing het gebruiken van een hulpmiddel. De ergotherapeut is bekend met veel hulpmiddelen en aanpassingsmogelijkheden. Ze kan de patiënt helpen bij het aanleren van het correct gebruik van deze hulpmiddelen. Ze kan de patiënt laten oefenen met de nieuwe hulpmiddelen in hun thuisomgeving. De ergotherapeuten werken vaak samen met de kinesisten, reumaverpleegkundigen, verpleegkundigen en verzorgenden.

1.6.3.5 Kinesitherapeut

Er zijn RA-patiënten die regelmatig therapie volgen bij de kinesist. De frequentie van de behandeling wordt door de reumatoloog bepaald in samenspraak met de patiënt. De behandeling moet zich richten op het verbeteren of het behouden van de functie. Het is de bedoeling dat de kinesist spierversterkende oefening of spier-behoudende oefening aan de patiënt aanleert omdat reumatoïde artritis mogelijk spieratrofie geeft. De kinesist zal de patiënt met RA een individueel schema geven, mits elke patiënt andere problemen heeft. De patiënt kan na enige tijd deze oefening thuis verder blijven doen. De aanschaf van een hometrainer kan een grote hulp zijn. De kinesist heeft dus een belangrijke functie in de educatie en de oefentherapie. Bij mensen met reumatische aandoeningen ligt het zwaartepunt van de behandeling van de fysiotherapie bij oefentherapie en het integreren van een gezond beweegpatroon in het dagelijks leven.

Wanneer patiënten met een ontstekingsreuma een e-pathologie hebben, hebben zij recht op een aantal voordelen rond kinesitherapie. Een e-pathologie wordt ook wel een zware pathologie genoemd. Het gaat over een lijst, opgesteld door het RIZIV, waarop onder andere reumatoïde artritis terug te vinden is. Wanneer er een goedkeuring is van

een adviserend geneesheer van het ziekenfonds, kan een patiënt maximaal drie jaar genieten van een aantal voordelen. Deze zijn onder andere een onbeperkt aantal kinestrekkingen en een verminderd tarief van het persoonlijk aandeel van de patiënt. De termijn kan na drie jaar opnieuw verlengd worden. (RIZIV, 2018)

1.6.3.6 Maatschappelijk werker

Een maatschappelijk werker kan de patiënt ondersteunen in de veranderingen in het leven van de patiënt ten gevolge van zijn ziekte. Vooral bij de sociale problemen van de patiënt en zijn gezin kan hulp van een maatschappelijk werker zinvol zijn. Ook bij problemen die te maken hebben met het werk van de patiënt, met zelfstandig blijven wonen of met het maken van keuzes, kan de patiënt terecht bij een maatschappelijk werker. Deze is op de hoogte van de wetten en regels op werkgebied en bij het aanvragen van aanpassingen en hulpmiddelen.

1.6.3.7 Psycholoog

Ondersteuning in heel het moeilijke proces van de ziekte door een psycholoog kan voor sommige patiënten een meerwaarde zijn. Door alle veranderingen op alle vlakken, is het soms moeilijk voor de patiënt om dit alleen te verwerken en een plaats te geven in zijn veranderd leven. Hier kan de psycholoog in ondersteunen. Een psycholoog kan helpen om inzicht te geven in de ervaren problemen en anders te kijken naar de situatie. Op die manier kan het een hulp zijn om pijnlijke gevoelens te verwerken of moeilijke situaties aan te pakken.

1.6.3.8 Bandagist en orthopedisch schoenmaker

De patiënt kan bij hen terecht voor steunzolen, orthopedische schoenen, spalken en braces.

2 ORGANISATIE VAN HET WERKVELD (YLVI)

In de reumatologie is de reumaverpleegkundige vaak dé tussenpersoon tussen de patiënten met RA en de andere leden van het multidisciplinair team. Als gevolg van nieuwe behandelingsrichtlijnen en organisatorische ontwikkelingen, groeit ook de rol van de RVK. Er zijn echter wel grote verschillen tussen landen. Zo bestaat in sommige Europese landen de reumaverpleegkundige helemaal niet, terwijl in andere landen de reumaverpleegkundige een erkend specialisme is met een uitgebreid takenpakket. Nederland, Groot-Brittannië en Scandinavië staan hierin het verst. In België is er geen erkenning en dus ook geen statuut voor reumaverpleegkundigen. In erkende landen bestaat het takenpakket uit zelfbeheer, ondersteuning, voorlichting en begeleiding van patiënten. Daarnaast ook het toedienen van injecties, richtlijnen opstellen voor het voorschrijven van medicatie, doorverwijzen naar andere gezondheidswerkers en/of naar het ziekenhuis, het bemannen van telefoon-advieslijnen en monitoren van ziekte-wijzigende en biologische veranderingen in behandelingen.

2.1 Wettelijke en juridische organisatie van het werkveld van de RVK

Op Europees niveau werd in 1947 EULAR opgericht. Dit is een wetenschappelijke en educatieve vereniging zonder winstoogmerk (niet-gouvernementele organisatie) met hoofdvestiging in Zürich, Zwitserland.

De Europese Liga tegen Reuma (EULAR) vertegenwoordigt mensen met artritis/reuma, gezondheidswerkers en wetenschappelijke genootschappen van reumatologie van alle Europese naties. Het doel van EULAR is om de last van reumatische aandoeningen voor mens en maatschappij te verminderen en de behandeling, preventie en rehabilitatie van musculoskeletale aandoeningen te verbeteren. Met het oog hierop bevordert EULAR uitmuntendheid op het gebied van onderwijs en onderzoek op het gebied van reumatologie. Het bevordert de vertaling van onderzoeksvooruitgangen in de dagelijkse zorg en vecht voor de erkenning van de behoeften van mensen met musculoskeletale aandoeningen door de bestuursorganen in Europa. (<https://www.eular.org>)

EULAR publiceerde 10 aanbevelingen waaraan een reumaverpleegkundige moet voldoen. Deze zijn gericht op het waarborgen van een bepaalde zorgstandaard voor mensen met een reumatische aandoening. In België is er op dit moment geen beroepsprofiel waaraan reumaverpleegkundigen moeten voldoen. Het is geen erkende Bijzondere Beroepstitel (BBT) of Bijzondere Beroepsbekwaamheid (BBK). Wettelijk erkende BBT'S en BBK's hebben recht op een premie van de federale overheid.

Iedereen met een diploma verpleegkunde kan met andere woorden "reumaverpleegkundige" worden. Er zijn wel opleidingen tot reumaverpleegkundige en afhankelijk van waar je deze opleiding volgt, is de invulling ervan anders. Het wordt dan gezien als een specialisatie maar wordt, zoals eerder aangehaald, wettelijk niet erkend.

Vorig jaar werd in samenwerking met NVKVV een vijfdaagse opleiding georganiseerd waaraan dertien verpleegkundigen deelnamen. Ze hebben in vijf verschillende campussen les gehad van artsen, verpleegkundigen en anderen. Dit jaar was er geen vraag naar een opleiding. (K. Claes telefonisch gesprek, 25 april 2018)

In Utrecht wordt de opleiding tot reumaverpleegkundige éénmaal per jaar opgestart in de Sint-Antonius Academie. Deze opleiding duurt twaalf maanden en omvat zestien

lesdagen in Utrecht en een stage van minimum vierentwintig uur per week. Het theoretische gedeelte van de opleiding omvat:

- reumazorg: hierbij wordt dieper ingegaan op o.a. pathologie, immunologie, reumatologische aandoeningen, gewrichtsonderzoek, zelfzorg, zorgbehoefte, behandeling, ...
- reflectieve professional: onderwerpen zoals multidisciplinaire samenwerking en patiëntenparticipatie komen hier aan bod.
- andere onderwerpen: o.a. ethische- en juridische aspecten (gericht op Nederland)

(Sint Antonius Academie, 2018)

In september 2006 werd de werkgroep Reumaverpleegkundige opgericht binnen het NVKVV, in samenwerking met de Koninklijke Belgische Vereniging van Reumatologie (KBVR). Deze werkgroep wil kennis en vaardigheden verder ontwikkelen en uitdiepen. Eén van hun doelen was de functie van de reumaverpleegkundige omschrijven en promoten in Vlaanderen. (<https://www.nvkvv.be>).

De werkgroep reumaverpleegkundigen streeft naar het optimaliseren van kwaliteit van zorg voor patiënten met een reumatische aandoening. Door continue professionalisering beogen ze hun expertise op te bouwen, te bundelen en uit te wisselen met de patiënt, zijn omgeving en de betrokken zorgprofessionals. Vermits de verpleegkundigen dit in hun vrije tijd moeten doen en hier toch wel veel tijd in kruipt, zijn ze er niet meer toe gekomen verder werk te maken van hun doelen. Ook de motivatie om met de werkgroep verder aan de slag te gaan ontbreekt. De werkgroep heeft in september 2017 zijn ontslag gegeven binnen het NVKVV. Hoe deze dus verder zal evolueren, zal de toekomst uitwijzen. Eén van de reumaverpleegkundige uit die werkgroep heeft zich kandidaat gesteld om voorzitter te worden van de Belgium Health Professionals Rheumatology (BeHPR). Misschien kan dit meer kansen bieden aan de werkgroep RVK. Er is momenteel echter al wel een project opgestart rond het ontwikkelen van een e-symposium voor en door reumaverpleegkundigen. (K. Claes telefonisch gesprek, 25 april 2018)

In 2015 werd het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen omgezet naar een nieuw wettelijk kader. In deze "Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen" van 10 mei 2015 wordt onder artikel 45, paragraaf 1 een opsomming gemaakt van de uitoefening van de verpleegkunde:

" Art. 46.§ 1. Onder uitoefening van de verpleegkunde wordt verstaan het vervullen van de volgende activiteiten:

- 1°a) het observeren, het herkennen en het vastleggen van de gezondheidsstatus zowel op psychisch, fysiek als sociaal vlak;
- b) het omschrijven van verpleegproblemen;
- c) het bijdragen aan de medische diagnose door de arts en aan het uitvoeren van de voorgeschreven behandeling;
- d) het informeren en adviseren van de patiënt en zijn familie;
- e) het voortdurend bijstaan, uitvoeren en helpen uitvoeren van handelingen, waardoor de verpleegkundige het behoud, de verbetering en het herstel van de gezondheid van gezonde en zieke personen en groepen beoogt;
- f) het verlenen van stervensbegeleiding en begeleiding bij de verwerking van het rouwproces;
- g) het zelfstandig kunnen treffen van urgente levensreddende maatregelen en het kunnen handelen in crisis- en rampensituaties;
- h) het analyseren van de kwaliteit van de zorg met als doelstelling de eigen beroepsuitoefening als verpleegkundige te verbeteren.

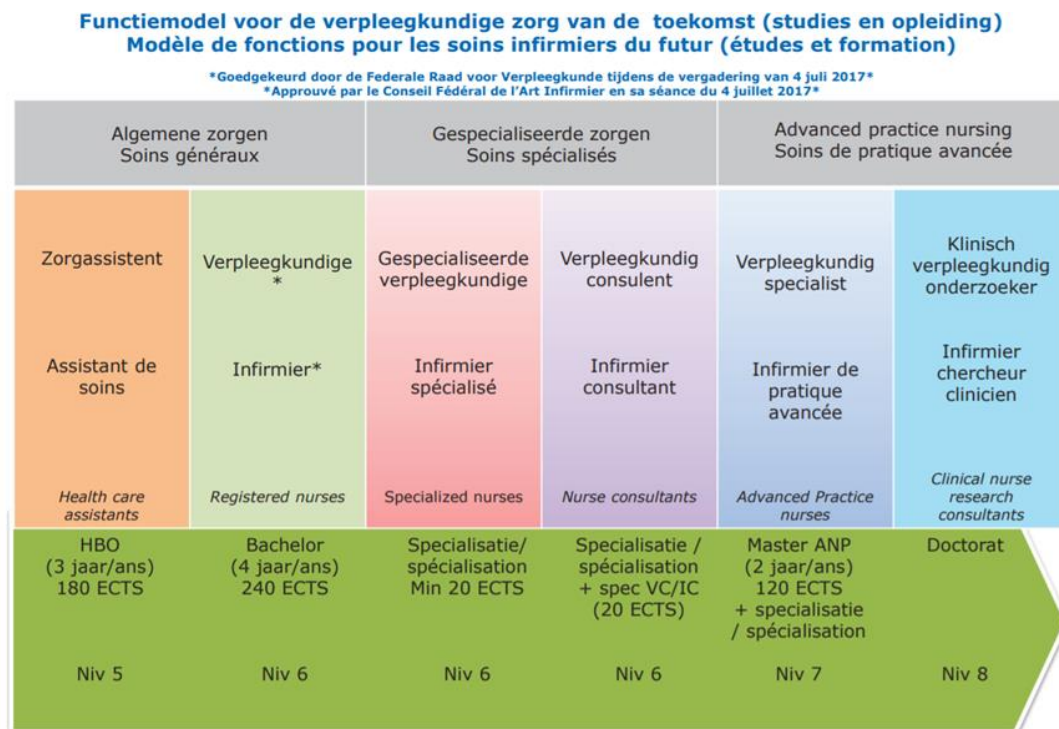
2° de technisch-verpleegkundige verstrekkingen waarvoor geen medisch voorschrift nodig is, alsook deze waarvoor wel een medisch voorschrift nodig is.”
(<http://www.ejustice.just.fgov.be>)

Er was vanuit de Federale regering een tijdje sprake van een postgraduaat chronische ziekten. Het zou een must geweest zijn om hierbij aan te sluiten en reumatologie hierin mee op te nemen. Sinds 18 januari 2016 moet elke verpleegkundige voldoen aan de Europese regelgeving om 'Verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger' te zijn. Daarom wordt er op Federaal en Vlaams niveau momenteel sterk gesleuteld aan de opleiding tot verpleegkundige. Ook de BBT's en BBK's zouden door de veranderingen op de helling komen te staan. Volgens minister De Block zouden alle verpleegkundigen die een opleiding van vier jaar hebben gevolgd, alle beroepsprofielen moeten bevatten.

Vanuit het kabinet van minister De Block kwam de mededeling dat:

“... de reumaverpleegkundige is een specialisatiedomein dat niet bestaat, en de hervorming zal zeker niet gaan in de richting van meer technische specialisatie maar wel in de richting van meer generieke specialisatiedomeinen en een daling van de vele bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamheden die nu bestaan.”
(P. Ghilbert, kabinet minister De Block. e-mailbericht, 22 maart 2018)

Er wordt door het werkveld gehoopt dat de RVK in de toekomst onder de gespecialiseerde verpleegkundige of de verpleegkundige consulenten zal vallen.



*Beantwoordt aan het beroeps- en competentieprofiel Verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg goedgekeurd door FRV
*Répond au profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux approuvé par le CFAI

figuur 3.1: Funciemodel voor de verpleegkundige zorg van de toekomst (Federale overheid, 2017)

2.2 Feitelijke organisatie van het werkveld van de RVK

Uit gesprekken met verschillende reumaverpleegkundigen en een reumatoloog, blijkt dat sommige instellingen werken met reumaverpleegkundigen en anderen niet. Hun taakinvoering blijkt vaak te verschillen. We staken ons licht op in een regionaal ziekenhuis en twee universitaire ziekenhuizen.

2.2.1 Regionaal ziekenhuis

Sinds twee jaar is men hier bezig met de verdere uitbouw van de polikliniek reumatologie. Hun doel is om de reumapatiënt binnen de drie tot zes maanden na diagnose in remissie te brengen. De samenwerking tussen de reumatoloog en de twee verpleegkundigen blijkt hierin een meerwaarde te zijn. De verpleegkundigen hebben in januari een opleiding afgerond in Nederland en zijn gespecialiseerd in reumatologie.

Hun werkwijze voor nieuwe patiënten verloopt als volgt:

Allereerst wordt een nieuwe patiënt steeds gezien door de reumatoloog om een diagnose te stellen en wordt een patiëntenbrochure aangeboden met schriftelijke informatie. Er wordt ook een afspraak gemaakt met de RVK.

Het eerste bezoek bij de RVK stelt de patiënt in staat om vragen te stellen. Daarnaast wordt verder uitleg gegeven over hun vorm van reuma en medicatie. Ook onderwerpen zoals therapietrouw, co-morbiditeit, arbeidsparticipatie, seksualiteit, zwangerschap, ... komen aan bod. Als patiënten overschakelen op biologicals, wordt door de RVK de eerste spuitinstructie gegeven.

Op een tweede tussentijdse controle afspraak wordt de patiënt opnieuw door de RVK gezien en wordt een bloedcontrole gedaan. Tijdens deze afspraak wordt gepolst naar de beleving van de patiënt met zijn ziekte. Naast algemeenheden worden thema's als werk, huishouden en inname van medicatie aangehaald. Er wordt ook navraag gedaan naar eventuele problemen waar ze tegenaan lopen. Bij elke patiëntenbezoek is er de mogelijkheid tot vragen van de patiënt aan de reumatoloog. De reumatoloog is ook de persoon die de medicatie voorschrijft.

Op het tijdstip van evaluatie krijgt de patiënt de volgende stappen te doorlopen:

- De patiënt beoordeelt zelf de mate van de ziekteactiviteit op de reumamonitor in de wachtzaal.
- Bij de RVK gebeuren ter voorbereiding op het bezoek bij de reumatoloog:
 - een anamnese → hierbij worden vragen gesteld over de ervaring van de klachten
 - labo
 - gewrichtsonderzoek
 - onduidelijkheden die uit de vragenlijst naar boven komen.
 - Daarna schuift de patiënt door naar de arts voor volgende zaken:
 - mogelijkheid tot overleg over vb. gewrichtsonderzoek
 - bespreken van de vervolgetherapie.

Naast de verschillende fysieke contacten, kunnen patiënten ook dagelijks telefonisch beroep doen op de RVK. Gedurende vaste momenten zijn ze twee uur per dag bereikbaar voor alle vragen en kunnen ze eventueel met de reumatoloog overleggen om steeds een gepast antwoord te geven.

Naast de klinische taken zijn er ook administratieve taken. De verhouding tussen administratief en klinisch werk is ongeveer 30/70. De administratieve taken bestaan vooral uit:

- Voorbereiden van de brief naar de huisarts wanneer patiënten op afspraak komen bij de reumatoloog. Dit gebeurt in overleg met de reumatoloog.
- Voorbereiden patiëntendossiers voor de infuustherapie bij patiënten die in dagopname komen.
- Voorbereiden attesten.

(Van Schaeybroeck, Vangeel & Braspenning gesprekken 21 februari, 28 maart & 16 mei 2018)

2.2.2 Universitair ziekenhuis

De praktische werking verloopt hier weer net iets anders. Daar is één reumaverpleegkundige op de afdeling reumatologie. Hij heeft geen specifieke opleiding gevolgd maar was vanuit zijn vorige job voldoende op de hoogte van de ziekte. Hij heeft dan binnen het ziekenhuis een interne opleiding gevolgd. Zijn grootste taak bestaat eruit om educatie te geven over het ziektebeeld van een reumapatiënt en de behandeling te bespreken. Het opvolgen van de medicamenteuze behandeling staat hierin mee centraal. Hij is als het ware de eerste contactpersoon voor de patiënt bij vragen over medicatie en ziektebeeld. Wanneer een patiënt start met zijn behandeling, beslist de reumatoloog of er nood is aan extra uitleg door een RVK. Ook wanneer de reumatoloog een vermoeden heeft van een agressief verloop, wordt de RVK mee ingeschakeld als eerste contactpersoon voor de patiënt. Niet alle patiënten komen dus vanaf de diagnose in contact met de RVK. Als de basisbehandeling niet voldoende blijkt te zijn, wordt overgeschakeld naar biologicals. Deze overgang gebeurt wel steeds in combinatie met een consult bij de RVK. Deze zal dan meer uitleg geven over de medicatie, de toedieningswijze en de mogelijke nevenwerkingen. De RVK is tijdens de werkuren ook steeds bereikbaar voor de patiënt bij dringende vragen. Daarnaast doet hij ook de administratieve opvolging van de patiënten op gebied van aanvragen voor terugbetaling en goedkeuring van medicatie. (T. De Cloet gesprek, 26 februari 2018)

De RVK werkt als enige gespecialiseerde verpleegkundige binnen ziekenhuis en geeft aan dat niet alle patiënten tot bij hem komen omdat er te veel patiënten zijn voor één verpleegkundige. Wanneer hij niet aanwezig is, kunnen patiënten wel bij zijn collega verpleegkundigen terecht maar deze zijn niet opgeleid als RVK. Hij geeft aan dat er wel nood is vanuit patiënten om een laagdrempelig aanspreekpunt te hebben en dat de RVK deze rol perfect kan invullen. (T. De Cloet gesprek, 26 februari 2018)

In een ander universitair ziekenhuis is de RVK momenteel vooral actief binnen de dagkliniek Reumatologie. Hier geeft zij de voorgeschreven medicatie door middel van infuustherapie. Daarnaast krijgen alle patiënten die opstarten met een biological (SC-IV) de nodige educatie. Aanvullend voert zij ook het onderzoek botmetingen uit. Sporadisch wordt er advies gevraagd over wondzorg. Zelf is ze niet tevreden over haar taakinvulling en zou ze veel meer en dichter betrokken willen zijn bij de zorg voor alle ambulante reumatische patiënten. Naast de volwassenzorg, werkt ze ook één dag in de week op de dienst pediatrie. De betrokkenheid die zij ervaart bij de zorg voor de (jonge) kinderen en adolescenten is zeer groot. Een transitietraject wordt ontwikkeld om de 18-jarigen zo goed mogelijk voor te bereiden op de overstap naar de volwassenzorg. Ook bij de jongere kinderen heeft zij een betekenisvolle rol, waarbij er multidisciplinair wordt gestreefd naar een totaalzorg van het kind en de betrokken ouders. (K. Claes telefonisch gesprek, 25 april 2018)

Uit de verschillende gesprekken blijkt dat er ook op financieel gebied een grote differentiatie is. Omdat het geen erkende titel is, hangen er ook geen subsidies aan vast. In ziekenhuizen is het dus afhankelijk van het beleid of ze inzetten op verpleegkundigen die zich specialiseren in reumatologie en in die hoedanigheid dan ook worden ingezet. De meerwaarde hiervan is jammer genoeg nog niet doorgedrongen tot in alle ziekenhuizen. Ook privépraktijken van reumatologen kunnen het vaak niet

bekostigen om een reumaverpleegkundige aan te werven. In sommige settingen dient een RVK te zorgen voor haar eigen inkomsten (studiecoördinator zijn, botmetingen uitvoeren, dagkliniek) terwijl er ook groepspraktijken zijn die zorgen voor de financiering. Daarnaast wordt aangehaald dat er nog een aantal artsen zijn die de meerwaarde van de RVK (nog) niet zien. Ze zijn terughoudend om een aantal zaken uit handen te geven en taken en verantwoordelijkheden door te schuiven naar een verpleegkundige.

Het werkveld is vragende partij om meer promotie te maken rond de reumaverpleegkundige. Ze zijn zich ervan bewust dat een erkenning waarschijnlijk niet direct in het verschiet ligt maar ervaren anderzijds dat het een enorme meerwaarde kan zijn om samen te werken met verpleegkundigen die voldoende onderlegd zijn in reumatologische aandoeningen. Niet enkel de patiënten zijn hierbij gebaat, ook de reumatoloog kan op die manier het ziekteverloop bij de patiënten beter mee opvolgen, omdat er een frequenter en laagdrempeliger contact is tussen de reumaverpleegkundige en de patiënten. Door een RVK op te nemen in het zorgteam, krijgt de patiënt een bredere zorg.

In de toekomst wordt er gedroomd van een conventie waarin bepaald wordt door de patiënt, los van de arts of andere hulpverleners, beroep kan doen op verschillende zorgverstrekkers en dit ook terugbetaald kan krijgen. Op die manier kan de patiënt zelf aan het roer staan van zijn traject. Het is dan belangrijk dat de patiënt voldoende kennis bezit om adequate keuzes te maken in zijn behandelplan. Het zou een grote stap vooruit zijn wanneer de Federale overheid de verpleegkundige specialisten en consulenten erkent. Zo kan een RVK deel uitmaken van de conventie en aanvullend met alle andere professionals streven naar een zo groot mogelijke autonomie van de patiënt waarbij die patiënt sterk staat in zijn zorg met een bagage aan kennis.

3 TAKEN VAN DE REUMAVERPLEEGKUNDIGE (HEIDI & LORE)

3.1 EULAR-aanbevelingen

Bij de feitelijke en de wettelijke organisatie van het werkveld van de RVK kon u lezen dat de reumaverpleegkundige in België nog geen erkend statuut heeft. Om de taken van de RVK te bespreken werken we vanuit de EULAR aanbevelingen.

De Europese Liga tegen Reuma heeft een European League Against Rheumatism (EULAR) aanbeveling gedaan voor de rol van de RVK in de behandeling van chronische inflammatoire artritis. In de aanbeveling moedigen ze verpleegkundigen aan om interventies en opvolgingen uit te voeren als uitgebreid ziektemanagement bij de RA patiënten. Deze aanbevelingen wezen op de noodzaak om de bijdrage van de RVK in de preventie van co-morbiditeit bij patiënten met RA te definiëren. (Primdalh, 2015)

Er zijn 10 EULAR aanbevelingen. De aanbevelingen zijn: educatie, communicatie, continuïteit van de zorg, integrale behandeling, psychosociale begeleiding, zelfmanagement, evidence based, kennis en vaardigheden, specialistische rol en kostenbesparing. Iedere aanbeveling wordt individueel besproken.

Table 1 Recommendations for rheumatology nursing management of CIA

Recommendations	
1	Patients should have access to a nurse for education to improve knowledge of CIA and its management throughout the course of their disease ^{9 10 16-18}
2	Patients should have access to nurse consultations in order to experience improved communication, continuity and satisfaction with care ^{9 10 22-31}
3	Patients should have access to nurse-led telephone services to enhance continuity of care and to provide ongoing support ³²⁻³⁶
4	Nurses should participate in comprehensive disease management to control disease activity, to reduce symptoms and to improve patient-preferred outcomes ^{9-11 23 31 37-42}
5	Nurses should identify, assess and address psychosocial issues to minimise the chance of patients' anxiety and depression ^{9 10 30 31 37 39 45-47}
6	Nurses should promote self-management skills in order that patients might achieve a greater sense of control, self-efficacy and empowerment ^{11 37 45 49-54}
7	Nurses should provide care that is based on protocols and guidelines according to national and local contexts ^{41 42 57-61}
8	Nurses should have access to and undertake continuous education in order to improve and maintain knowledge and skills ^{62 65 66 70-73}
9	Nurses should be encouraged to undertake extended roles after specialised training and according to national regulations ^{9-12 26 27 29 42 62}
10	Nurses should carry out interventions and monitoring as part of comprehensive disease management in order to achieve cost savings ^{9 12 30 32-34 36 42 49 54 61 69}

CIA, chronic inflammatory arthritis.

Figuur 4.1: De 10 EULAR aanbevelingen. (van Eijk-Hustings et al., 2011)

3.1.1 Educatie

Als RVK is het geven van correcte informatie over de ziekte en de behandeling van groot belang. Het is belangrijk om deze informatie regelmatig te herhalen en aan te vullen. Door een betere kennis over zijn ziekteproces gaat de patiënt zijn zorgproces zelf in handen nemen en is er een betere patiënt empowerment. De patiënt neemt zelf

een actieve rol op in het zorgproces en het eigen leven. De RVK geeft educatie over de medicatie, bewaring, toediening, het aanleren van injectietechnieken en ondersteunt de patiënt in zijn therapietrouw. De RVK zal inschatten welke noden er zijn bij de patiënt en zal hierop inspelen. Bijvoorbeeld bij de ene patiënt is het belangrijk om de volledige werking van de medicatie te kennen, bij de andere is een beperkte hoeveelheid informatie al meer dan voldoende. (Bijlsma, 2015; Cottrell, 2013; Claes, 2017)

3.1.2 Communicatie

De RVK vormt een brug tussen de patiënt, zijn familie en de reumatoloog. Zij detecteert problemen en schat deze in of ze al dan niet teruggekoppeld moeten worden naar de reumatoloog. Indien er na de consultatie nog vragen zijn is de RVK een gemakkelijk aanspreekpunt zowel telefonisch als per mail. (Bries, 2013) Onderzoek in Nederland toonde aan dat er een hoge tevredenheid is bij patiënten met RA bij de opvolging door een RVK vergeleken tot de opvolging door artsen of andere gezondheidsmedewerkers. Dit wordt mede bepaald door de betere communicatie van de RVK. Om continuïteit van zorg te garanderen is een vlotte communicatie tussen de verschillende partijen (RA patiënt, familie, reumatoloog, etc.) van belang. (van Eijk-Hustings et al., 2011)

3.1.3 Continuïteit van de zorg

Op communicatief vlak en om de continuïteit van de zorg te verbeteren is het aan te raden dat patiënten met RA toegang hebben tot een telefoonnummer of mailadres van de RVK. Beide vormen van ondersteuning dragen bij tot de toegankelijkheid en de passende zorg voor patiënten met RA. (van Eijk-Hustings et al., 2011)

De RVK heeft vaak een coördinerende functie tussen de patiënt en het multidisciplinair team. De RVK is meestal erg toegankelijk voor patiënten. Ze kan de multidisciplinaire teamzorg vergemakkelijken door een coördinerende rol op te nemen. De RVK heeft echter nog geen officiële plaats in het zorglandschap. Het hangt af van de reumatoloog of er al dan niet met een RVK gewerkt wordt. De reumatoloog zal deze dan ook moeten bekostigen. (Bijlsma, 2015; Cottrell, 2013; van Eijk-Hustings, 2011)

De familie van patiënten met RA kunnen ook terecht bij de RVK. Er kunnen gesprekken worden georganiseerd waarin verschillende aspecten besproken kunnen worden, gaande van vragen en bedenkingen tot adviezen. Indien nodig kan de RVK hen doorverwijzen naar andere gezondheidsmedewerkers zoals een maatschappelijk werker of een psycholoog. (Reumanet, s.a.)

Wat ook een belangrijke rol voor de RVK kan zijn is het financiële aspect. Reuma heeft een grote invloed op de manier van leven. Er komen financiële aspecten voor de patiënt en zijn familie aan bod zoals de kostprijs van medicatie, terugbetalingen, etc. Hieruit kan afgeleid worden dat de multidisciplinaire aanpak en de coördinerende functie van de RVK erg uitgebreid is. (Reumaliga, s.a.)

3.1.4 Integrale behandeling

De RVK ondersteunt de RA patiënt in ziekte gerelateerde problemen door een totaal ziektemanagement. Verschillende onderzoeken tonen aan dat de zorg door een RA-verpleegkundige resulteert in een onderdrukking van de ziekteactiviteit bij patiënten met RA, alsook in minder pijn en vermoeidheids ervaringen. Bovendien kan een RVK doorverwijzingen maken naar gespecialiseerde artsen, beperkingen observeren en noodzakelijke interventies bepalen. Er zijn aanwijzingen dat de RVK door middel van juiste wijze van management kan bijdragen tot symptoombestrijding. (van Eijk-Hustings et al., 2011; Bijlsma, 2015; Cottrell, 2013)

3.1.5 Psychosociale begeleiding

Psychosociale begeleiding is een belangrijke speler in de opvolging van de RA patiënt. De psychosociale begeleiding is zeer uiteenlopend en hangt af van verschillende factoren. Gaande van de ernst van het probleem, het soort probleem, de mogelijkheid tot externe ondersteuning (zoals het beroep kunnen doen op een psycholoog), en de vaardigheden van de RVK om de gepaste psychosociale begeleiding te kunnen bieden. Het observeren van dergelijke problematiek en het doorverwijzen naar andere gezondheidsmedewerkers is een belangrijke taak van de RVK. (van Eijk-Hustings et al., 2011)

De RVK begeleidt de patiënt met RA zowel bij korte- als lange termijn doelstellingen. De RVK gaat op zoek naar de behoeften van de patiënt, reikt hulp aan en biedt emotionele steun, zowel bij fysieke problemen (pijn, stijfheid, mobiliteitsbeperkingen en ADL, vermoeidheid, zwaktegevoel, medicatiegebruik) als bij psychosociale problemen (leren omgaan met RA 'aanvaarding', angst, depressie, onzekerheid, seksuele problemen, relaties, werk, gezin, sociaal isolement), en bij economische problemen (financieel). De RA-verpleegkundige zal de patiënt hierin ondersteunen zodat er therapie op maat geboden kan worden wat de therapietrouw zal verhogen. (Bijlsma, 2015; Cottrell, 2013; Claes, 2017; reumaliga.be)

3.1.6 Zelfmanagement

Reumaverpleegkundigen bevorderen het zelfmanagement van de RA patiënt om hun ziektecontrole te verhogen. Alle acties die de patiënt aanmoedigen om zijn eigen ziekte te beheersen zijn van belang. Dit zal het zelfvertrouwen en het empowerment van de RA patiënt verhogen. (van Eijk-Hustings et al., 2011)

De RVK heeft hierbij een belangrijke taak maar ook de andere leden van het team. Het blijft belangrijk om het zelfmanagement op te nemen in het multidisciplinair team. (van Eijk-Hustings et al., 2011)

3.1.7 Evidence based

Tot nu toe, 2018, zijn er geen Nationale richtlijnen en/of statuten omtrent de RA verpleegkundige. De EULAR principes zijn vanuit Europees niveau geformuleerd. (EULAR, 2018) De wettelijke en de feitelijke organisatie van het werkveld werd eerder besproken.

3.1.8 Kennis en vaardigheden

Uit literatuuronderzoek blijkt dat RVK verschillende vaardigheden uitvoeren zoals het bevorderen van zelfmanagement, bijscholingen, educatie, begeleiding, medicatiebewaking en toediening van intra-articulaire injecties. De RVK kan beroep doen op haar kennis over de verschillende reumatische aandoeningen en hun behandeling.

Vaardigheden in verband met educatie, advisering, begeleiding en samenwerking binnen het multidisciplinair team zijn van belang. Permanente bijscholingen zullen de kennis en de vaardigheden van de RVK in stand houden waardoor een kwaliteitsvolle zorgverlening wordt gegarandeerd. De geschikte bijscholingen zullen ervoor zorgen dat de RVK patiëntgerichte adviezen geven. (Bijlsma, 2015; van Eijk-Hustings, 2011, Primdahl, 2015)

3.1.9 Specialistische rol

De RVK neemt een specialistische rol aan vanuit de EULAR principes. Belangrijk om mee te geven is dat er geen erkende opleiding aan een Hogeschool in België tot RVK bestaat. Er zijn wel verpleegkundigen van België die een opleiding volgen in Nederland om daar de titel tot RVK te behalen. In België worden soms ook korte opleidingen georganiseerd. Dit werd uitgewerkt bij "de wettelijke organisatie van het werkveld".

3.1.10 Kostenbesparing

"Doordat onze patiënten nu meer educatie krijgen over hun ziekte en behandeling merken we een betere therapietrouw en dus ook een verminderde ziekteactiviteit" (Dr. Lenaerts, 2013)

Dit citaat illustreert dat een goede educatie op termijn kostenbesparend is en bijdraagt aan een efficiënte zorgverlening. Om kostenbesparingen te bereiken moeten de interventies en de opvolging door een RVK een onderdeel zijn van een uitgebreid ziektemanagement. (van Eijk-Hustings et al., 2011)

3.2 Terugkoppeling van de taken van de RVK

De 10 EULAR aanbevelingen vormen een rode draad in de werking van de RVK. Zoals beschreven in de feitelijke organisatie van het werkveld is dit in België nog niet officieel. We merken echter wel op dat de aanbevelingen een belangrijke rol spelen in de organisatie van de dagelijkse werking van de RVK.

In het volgende deel dagelijks leven kijken we vooral naar de noden en de behoeften van de patiënt. De RVK kan dus op verschillende gebieden interventies uitvoeren volgens de opdeling van de EULAR aanbevelingen.

4 RA IN HET DAGELIJKSE LEVEN (ANITA)

Vanuit spontane gesprekken met verschillende reumapatiënten, komt duidelijk naar voor dat de ziekte een invloed heeft op het dagelijks leven van de patiënt. Dit uit zich op verschillende vlakken.

4.1 Werk

Bij de groep van reumapatiënten die we spraken hebben de meesten beroepsmatig hinder ondervonden. Ze zijn gestopt met werken of ze zijn veel minder gaan werken. Sommigen konden geen fulltime job meer aan en werken nu halftijds. Er zijn ook RA patiënten die een volledige carrière switch hebben gemaakt. Ze hebben zich omgeschoold zodat ze in de toekomst nog wel actief zijn op de arbeidsmarkt. Sommige patiënten hebben in overleg met hun werkgever en arbeidsgeneesheer relatief simpele aanpassingen gedaan op hun huidige werkvloer zodat de patiënt kan blijven werken.

Voor mensen met reuma is werk belangrijk. Niet alleen het financiële maar ook het sociale aspect van werk is niet te onderschatten. Naast de sociale contacten geven patiënten ook het belang aan van het gevoel nuttig te zijn. Anderen zijn te rade gegaan bij een reumacoach via het reumanet. Concreet beantwoordt ze de vragen die mensen stellen in kader van werken met een reumatische aandoening. Daarnaast verwijst ze hen door naar de juiste diensten bij hen in de buurt en voor complexere vragen biedt ze persoonlijke coaching en begeleiding aan. Dit kan gaan over sollicitatiebegeleiding, hoe beperkingen bespreken op de werkvloer, welke functie past nog wel bij hen, waar liggen hun talenten en op welke manier kunnen ze deze inzetten op de werkvloer, ... tot: wat zeggen ze aan hun werkgever en hoe/wanneer? Hoe bereiden ze zich voor op een re-integratietraject en op een gesprek met de arbeidsarts, ...

4.2 Financieel

Patiënten die minder kunnen gaan werken, hebben verlies van inkomsten. Van de patiënten die we spraken, hebben diegene die gestopt zijn met werken eerst een tegemoetkoming gekregen van het ziekenfonds en daarna zijn ze op een invaliditeitsuitkering teruggevallen. Ze hebben maandelijkse verschillende kosten zoals medicatie, controle bloedafnames en controles bij de reumatoloog. De meeste hebben geen financiële tussenkomsten gehad voor eventuele aankopen van hulpmiddelen. Dit geeft een extra financiële belasting. Chronische zieken hebben recht op het derdebetalerssysteem, maar niet elke huisarts of kinesist past dit toe. Daarnaast vallen sommige patiënten onder een e-pathologie waardoor ze een aantal financiële voordelen kunnen hebben bij de kinesist (zie 1.6.3.5).

4.3 Huishouden

In het huishouden zijn er ook verschillende beperkingen ter sprake gekomen. Door voortdurende vermoeidheid, pijn en door functieverlies van bepaalde gewrichten, zijn verschillende huishoudelijke taken niet meer mogelijk of hebben ze er hulp bij nodig. Dit gaat dan vooral over poetsen, zware potten van het vuur nemen, aardappelen afgieten, in de tuin werken (vb. snoeien), bokalen of flessen openen, aardappelen of andere groenten schillen. Voor veel huishoudelijke taken hebben ze hulp nodig van derden. Ze rekenen hier dan vooral op gezinsleden of iemand via dienstencheques. Het is soms een hele opgave om hulp te vragen en bepaalde huishoudelijke taken over te dragen aan anderen.

4.4 Sociaal

Uit de gesprekken kan men opmaken dat de bevroegde RA patiënten al veel te maken hebben gehad met onbegrip. Je ziet niet altijd dat iemand ziek is en RA heeft. De meeste van hen hebben al een hoop sociale contacten door de ziekte verloren. Ze hebben dan ook wel geleerd door de jaren heen wie hun "echte" vrienden zijn. Sommige hebben door een scheiding ook al hun partner verloren. De ziekte is hier dan soms mee de oorzaak. De meeste patiënten die we spraken kunnen dan ook het best rekenen op hun naaste omgeving, zoals hun kinderen, echtgenoot of nieuwe partner, ouders, zussen en broers. Echte vrienden zijn mensen rondom de patiënt die geen woorden nodig hebben, maar zien hoe de patiënt zich voelt. Zij hebben te allen tijde begrip voor de patiënt. Ze hebben begrip wanneer er rust moet ingepland worden of als er bepaalde activiteiten niet mee kunnen gedaan worden door de reuma. In het begin, wanneer de diagnose wordt vastgesteld, kunnen partners het er heel moeilijk mee hebben. Dit komt vaak door het ontbreken van inzicht in de ziekte door de partner. Het is daarnaast voor beide partijen een proces dat ze door moeten om de ziekte een plaats te geven in hun leven. Dit proces is zwaar en verloopt vaak met vallen en opstaan.

4.5 Psychisch

Dit is een onderwerp waar de meeste van de gesproken patiënten het wel even moeilijk mee hadden tijdens de gesprekken. Ze vertelden dat het zo moeilijk was om de ziekte een plaats te geven. Het aanvaarden van hun beperkingen en hun lichamelijk veranderingen was hier een grote oorzaak van.

Sommige van hen maken zich ook zorgen over hun kinderen. Vragen rond erfelijkheid kunnen psychisch erg belastend zijn.

Stress kan de symptomen van RA beïnvloeden. Het is dus iets wat RA patiënten moeten proberen te voorkomen, wat op zich heel moeilijk is. Ze denken ook vaak na over hun toekomst. Onzekerheid over het verloop van de ziekte en de impact van de medicatie houden hen vaak wakker. Door deze bekommernissen kunnen ze uit hun gezond psychisch evenwicht raken. De uitdaging is te zorgen dat de ziekte hun dagdagelijks leven niet domineert.

4.6 Seksualiteit en intimiteit

De onderwerpen seksualiteit en intimiteit zijn ook aan bod gekomen. Daar is vooral naar boven gekomen dat iedereen daar op zijn manier mee is omgegaan en dat seks niet het belangrijkste is in hun leven. De meeste partners hebben er dan ook heel veel begrip voor en sommige zijn zelfs bang om hun geliefde pijn te doen. Intimiteit en knuffelen is wel een heel belangrijk onderdeel geworden in het verloop van hun ziekte.

4.7 Beweging

Verschillende RA patiënten haalden aan een eigen manier gevonden te hebben van bewegen. Sporten zoals wandelen, zwemmen en fietsen met een E-bike worden het meest beoefend. Ieder bepaalt zelf hoe aan beweging wordt gedaan en wanneer. Uit de gesprekken kunnen we afleiden dat men dit doet wanneer hun lichaam het toelaat. Alle patiënten vertellen wel dat ze dagelijks proberen te bewegen. Vaak is het maar een half uurtje per dag wandelen. Alle ondervraagden ondervinden wel dat 'rust roest'. Verschillende bevroegde patiënten geven aan dat beweging, aangepast aan hun kunnen, vaak meer energie levert dan het kost. Het gezonde evenwicht tussen beweging en rust is voor velen een hele zoektocht. Overdaad aan lichamelijke belasting geeft vaak meer pijn. Verantwoord bewegen en het lichaam goed kennen, weten wat

wel of niet kan, is heel belangrijk om het juiste evenwicht te behouden. Een aantal gaan naar een kinesist voor spierversterkende oefeningen, evenwichtsoefeningen, manuele therapie of andere therapieën.

4.8 Zingeving

De spirituele vraag en de zingeving van hun leven is voor elke patiënt verschillend. Iedereen gaat heel anders om met zijn ziekte en de behandeling. De meeste die we spraken geven aan dat ze de ziekte een plaats proberen te geven en proberen er hoe dan ook goed mee om te gaan. Dit schommelt vaak in het ziekteverloop. De meeste bekijken het van dag tot dag en putten veel energie uit hun sociale netwerk. Ze geven aan vaak niet teveel stil te staan bij hun beperkingen. Ze bekijken het liever positief en genieten met volle teugen wat ze nog wel kunnen.

4.9 Medicatie

De meeste van de bevraagde RA-patiënten hebben de reumaverpleegkundige nodig in verband met hun medicatie. Soms wordt beroep gedaan op een thuisverpleegkundige om intramusculaire medicatie voor RA toe te dienen.

Ze doen beroep op de RVK voor educatie rond de werking van de medicatie, het aanleren van subcutane inspuitingen en de impact van de terugkerende infusen. Ze vertellen dat ze vaak al een heel traject van verschillende medicamenteuze therapieën doorlopen hebben voor ze voldoende effect ervaren. Het is voor hen ook steeds afwachten of er bijwerkingen of interacties optreden. Bijwerkingen van de medicatie worden dan uitvoerig besproken met hun reumatoloog en het is soms wikkelen en wegen of ze deze erbij nemen of niet. Daarnaast moet dan weer rekening gehouden worden met de gevolgen van stoppen met bepaalde therapie. Hierdoor lopen ze de kans op een opstoot van hun RA. Therapietrouw is soms een hele uitdaging vanwege het strakke schema dat vaak moet gevolgd worden.

4.10 Communicatie

Soms zouden de bevraagde patiënten eens gewoon met iemand willen praten over hoe het de afgelopen periode is geweest en op welke problemen ze momenteel stuiten. Ze willen eens hun hart kunnen luchten zonder dat ze er familie of vrienden mee moeten lastig vallen. Iets vertellen tegen een neutraal iemand, maar wel iemand die hen begrijpt en een luisterend oor biedt.

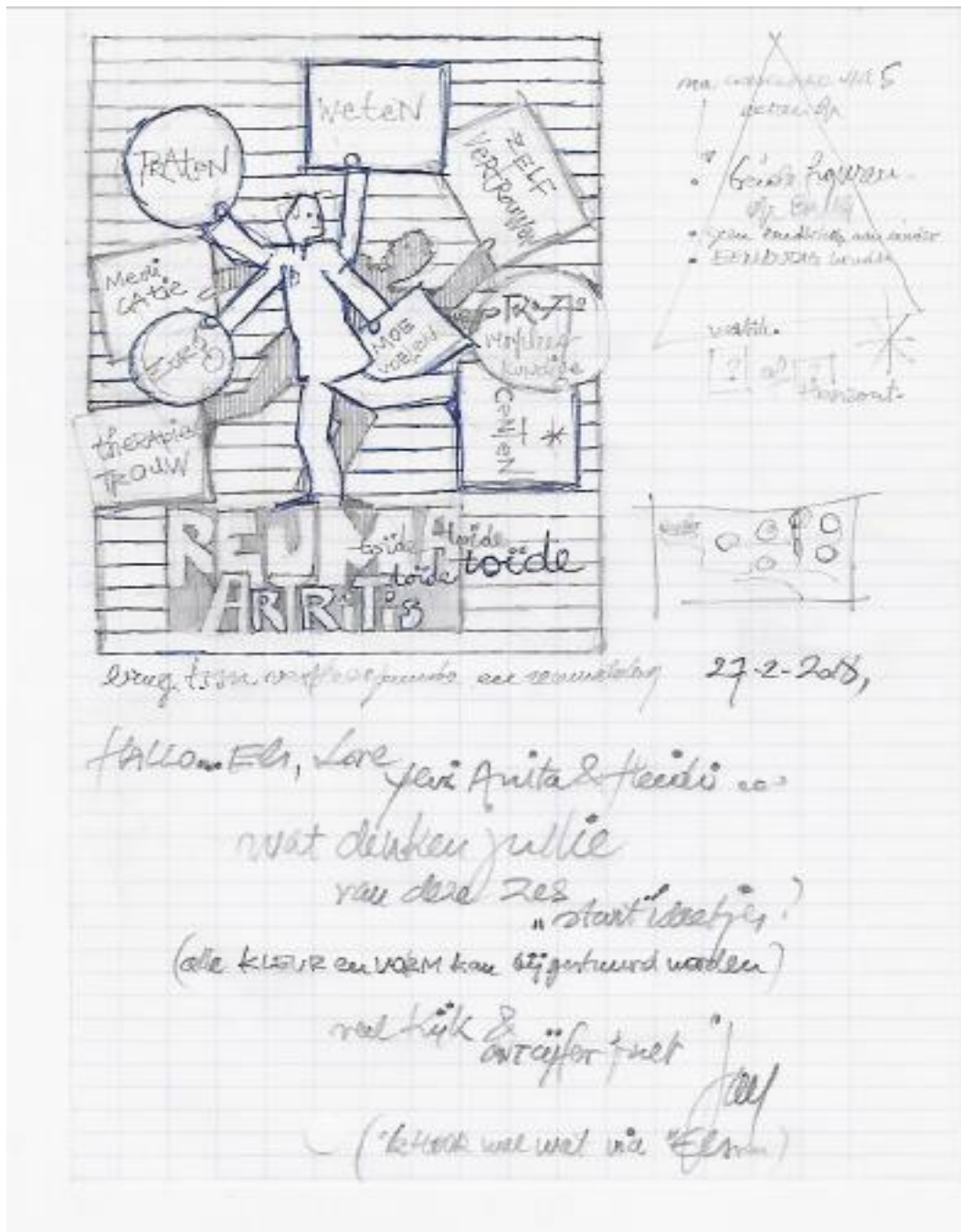
4.11 Hoe wordt de RVK ervaren

De bevraagde patiënten geven aan dat ze niet altijd de weg vinden naar de RVK. Er wordt aangehaald dat het afhankelijk is van het ziekenhuis waar je in behandeling bent. Wanneer ze in contact komen met de RVK, ervaren de bevraagde patiënten een duidelijke betrokkenheid. Ze hebben ook het gevoel dat de RVK tijd wil vrijmaken voor hen en goed op de hoogte is van verschillende zaken. Ze kunnen bij hen terecht voor onder andere vragen over medicatie en het ziekteverloop. Indien nodig wordt naar de reumatoloog doorverwezen voor specifieke zaken. Door het regelmatige overleg tussen de reumatoloog en de RVK, ervaren patiënten een gerust gevoel.

Als minpunt wordt door de bevraagde patiënten aangehaald dat tijdens infuustherapie patiënten op sommige plaatsen vaak samenzitten waardoor individueel contact met de RVK bemoeilijkt wordt. Naar onderling contact tussen de patiënten is dit een fijn gebeuren. Een goed gesprek doen met de RVK is op dat moment jammer genoeg niet haalbaar omdat er te weinig privacy is. Patiënten zien dit soms als een gemiste kans.

5 UITWERKING POSTER EN FLYER (ELS)

In deze bachelorproef zijn wij op een gegeven moment dieper ingegaan op de taken van de reumaverpleegkundige die gebaseerd zijn op de EULAR-aanbevelingen. Vanuit gesprekken met reumatologen, reumaverpleegkundigen en reumapatiënten bleek dat de noodzaak tot promotie van de reumaverpleegkundige erg hoog is. Dit heeft ons gebracht tot het idee om een poster te ontwikkelen met als bedoeling, het bekend maken van het bestaan van de reumaverpleegkundige met de volle aandacht op hun takenpakket. Het proces wordt hier in grote lijnen weergegeven. Met de hulp van een illustrator werd al snel een eerste visuele voorstelling gemaakt.



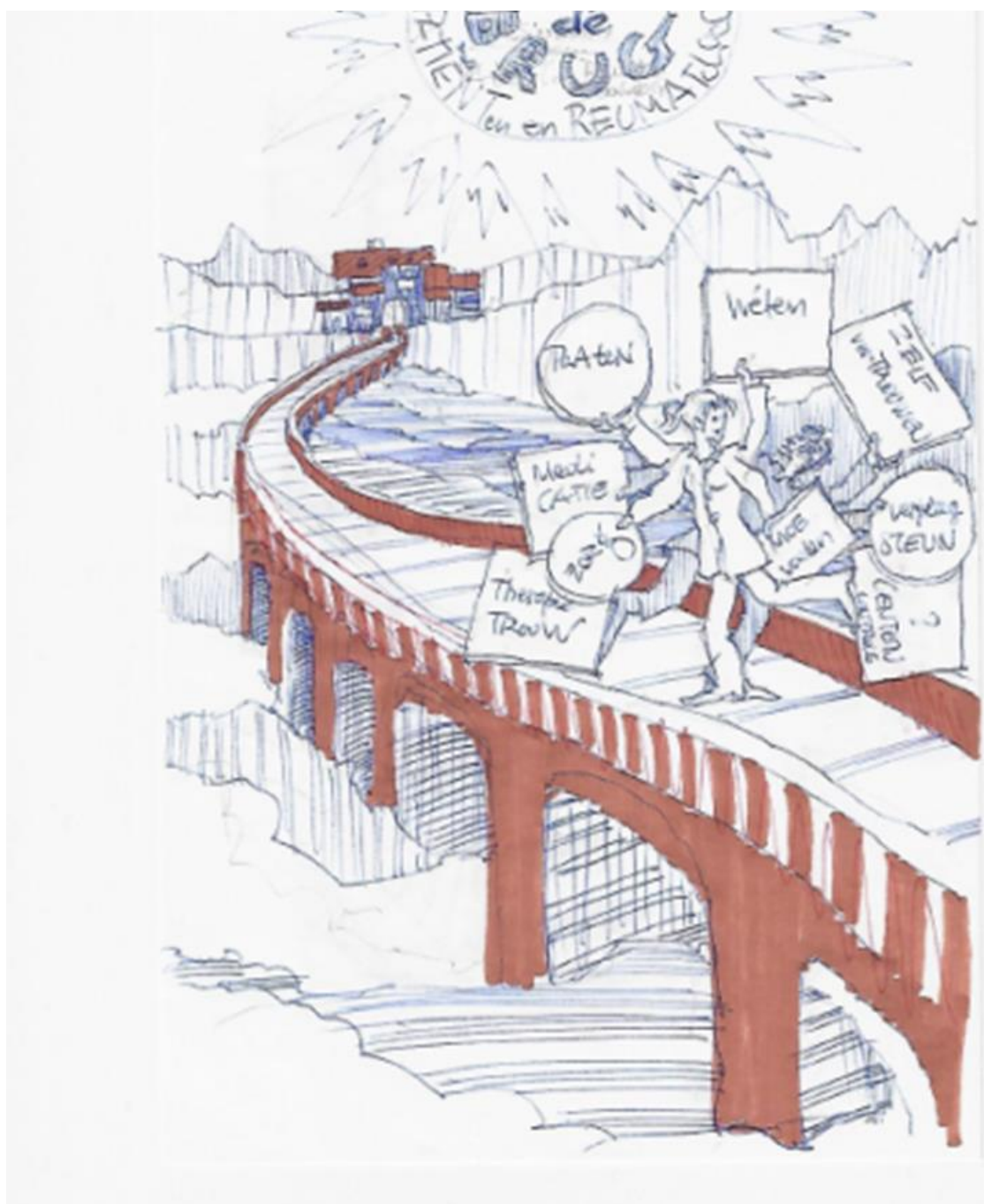
Meerdere ideeën kwamen naar boven. En elk idee werd visueel gemaakt om van feedback te voorzien. De ene keer meer de nadruk op het takenpakket, wat dan vooral op pamfletten werd duidelijk gemaakt.



De andere keer wat meer de nadruk op de titel, 'De reumaverpleegkundige, een brug tussen...'



Of een combinatie van beiden. Het idee van de brug kwam vanuit twee gegevens. Enerzijds de titel van deze bachelorproef, anderzijds vanuit de link naar onze 'brug'-opleiding.



Om dan uiteindelijk tot dit eindresultaat te komen. In deze illustratie zien we in de eerste plaats duidelijk een visueel beeld van het takenpakket van de reumaverpleegkundige. Dit is dan ook onze voornaamste boodschap naar reumapatiënten toe. Ook de titel van onze bachelorproef werd subtiel verwerkt door de reumaverpleegkundigen op een brug te plaatsen. 'De brug tussen...'



Naarmate de vormgeving van de poster vorderde, is later het idee gekomen om ook een flyer te ontwikkelen. Hierin wordt door een korte toelichting bij de illustraties duidelijk gemaakt, wat precies wordt bedoeld met de illustraties op de poster. Deze flyer werd eveneens gerealiseerd in een handig meeneem formaat.



Reumaverpleegkundigen bevorderen het zelfmanagement van de patiënt om hun ziektecontrole te verhogen.



De reumaverpleegkundige kan al je vragen beantwoorden met betrekking tot gewijzigde beleving van seks en intimiteit.

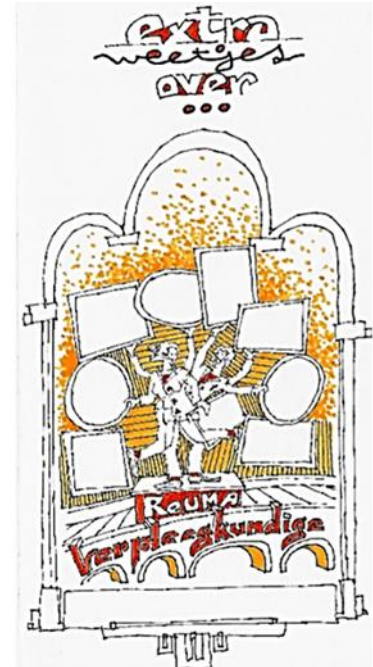


De reumaverpleegkundige heeft heel wat kennis rond reuma waardoor je er terecht kan met al je vragen.



Deze flyer werd ontwikkeld door studenten van Thomas More, in het kader van hun Bachelorproef.

Bronvermelding en verantwoordelijke uitgever: Brandt, E., Segers, L., Van Horebeek, Y., Van Menxel, A. & Van Otten, H. (2018). *De reumaverpleegkundige, een brug tussen...*. Onuitgegeven bachelorproef, Thomas More Kempen, Campus Turnhout, Departement Bachelor in Verpleegkunde.



De reumaverpleegkundige vormt een brug tussen de patiënt, zijn familie en de reumatoloog. Om continuïteit van de zorg te garanderen is een vlotte communicatie tussen de verschillende partijen van belang.



De reumaverpleegkundige kan je op weg helpen rond eventuele tegemoetkomingen en financiële tussenkomsten.



De reumaverpleegkundige is gemakkelijk bereikbaar om de continuïteit van de zorg te verbeteren.



De reumaverpleegkundige helpt je bij de opvolging en ondersteuning van medicatietherapie en toediening.



De reumaverpleegkundige geeft je correcte informatie over de ziekte en de behandeling, met aandacht voor de individuele noden van de patiënt.



De reumaverpleegkundige kan op gepaste wijze psychosociale ondersteuning bieden en eventueel doorverwijzen naar meer gespecialiseerde hulp.

BESLUIT

Vanuit het werkveld kwam het signaal dat er nood is aan meer duidelijkheid rond de erkenning van de reumaverpleegkundige. Mede door deze onduidelijkheid is het werken voor de werkgroep Reumaverpleegkundigen in Vlaanderen moeilijk. Tevens worden er geen nieuwe opleidingen gestart. Daarnaast voelen verpleegkundigen in het werkveld dat er enige weerstand is onder reumatologen om een aantal zaken los te laten en door te schuiven naar de reumaverpleegkundigen. Gelukkig zijn er reumatologen die geloven in de meerwaarde van een reumaverpleegkundige. Hun doel is alle patiënten kwalitatieve hoogstaande zorg te geven en dit op maat van de persoon met een reumatische aandoening.

De hertekening van het beroepsprofiel door de overheid zal hopelijk snel een antwoord bieden op de vraag rond de financiële omkadering. Wanneer de RVK als gespecialiseerde verpleegkundige of verpleegkundig consulent kan erkend worden, kan hieraan een vergoeding gekoppeld worden.

Om deze bachelorproef tot een goed einde te brengen, wilden we duidelijk maken waartussen de reumaverpleegkundige allemaal een brug kan vormen. Dit werd visueel gemaakt met een poster en een flyer waar we heel trots op zijn. Hopelijk geeft dit werk dan ook een aanzet om de taken van de reumaverpleegkundige ook wetenschappelijk verder uit te spitten en deze te erkennen en bekend te maken.

Het belangrijkste blijft dat de reumaverpleegkundige een aanspreekpunt is voor diverse onderwerpen. Wanneer patiënten vlot de weg vinden naar een reumaverpleegkundige, die voldoende is opgeleid om de nodige zorg te bieden, is onze doelstelling bereikt!

LITERATUURLIJST

- Academie Sint Antonius. (2018). *Opleiding tot reumaverpleegkundige* [Brochure]. Gevonden op internet op 15 maart 2013 via: <https://www.antoniusziekenhuis.nl/academie/opleiding-tot-reumaverpleegkundige>
- Alaaeddine, N., Okais, J., Ballane, L., & Baddoura, R. M. (2012). Use of complementary and alternative therapy among patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21-22), 3198-3204. doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04169.x
- Bijlsma, J.W.J., Lems, W.F. & Wildervanck-Dekker, C.M.J. (2015). *Reumatologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bos, H.W. & Lems, W.F. (2015). Reumatoïde Artritis. *Bijblijven*, 31 (5), 324- 335. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. doi: 10.1007/s12414-015-0043-z
- Claes, K. (2017). RA Liga. ReumaNu. De rol van de reumaverpleegkundige, online symposium oktober 2017.
- Christiaens, T., De Loof, G. & Maloteaux, J.M. (2016). *Gecommentarieerd genesmiddelenrepertorium 2016*. Brussel: BCFI.
- Cottrell, J., Jonas, M., Bergsten, U., Blaas, E., de la Torre Aboki, J., Howse, C. et al. (2013) The nurse's role in addressing unmet treatment and management needs of patients with rheumatoid arthritis: Delphi-based recommendations. *International Journal of Nursing Knowledge*. 24 (2). 66-76. doi/10.1111/j.2047-3095.2013.01231.x/full
- DAS 28. (2017). Gevonden op 7 december 2017 op het internet via: <https://www.das-score.nl/das28/en/>
- EULAR. (2018). Gevonden op 7 februari 2018 op het internet via: <https://www.eular.org>
- Federale overheid. (2017). *Functiemodel voor de verpleegkundige zorg van de toekomst*. Gevonden op internet: <http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/functiemodel-voor-de-verpleegkundige-zorg-van-de-toekomst>
- Hazes, M., de Vroed, A. & Wintjes, H. (2013). *Leven met reumatoïde artritis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Indices, S., Toledano, E., Garcia de Yebenes, J., Gonzalez- Alvaro, J., & Carmona, L. (2017). Rheumatoïde Arthritis: A systematic review. *Reumatologia Clinica*. Espana: Elsevier. doi: dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2017.07.004
- Jacobs, J.W.G., Rasker, J.J., van Riel, P.L.C.M., Gribnau, F.W.J. & van de Putte, L.B.A. (1991). Alternatieve behandelingswijze bij reumatische aandoeningen; een literatuuronderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 135 (8) 317-322.
- Jochems, A.A.F. & Joosten, F.W.M.G. (2009). *Coelho Zakwoordenboek der Geneeskunde*. Doetinchem: Elsevier.
- Lenaerts, J. & Bries, T. (2013). Betere omkadering reumapatiënt via reumaverpleegkundige. *Jessaline*, 12 , 22- 23. Gevonden op 19 februari 2018 op het internet via: https://issuu.com/jessaziekenhuis/docs/jessaline_nr12/23

Mcfadden, R. & Hollander, J. (2015). *Farmacologie*. Amsterdam: Pearson Benelux BV.

NVKVV. (s.a.). *Wetgeving BBT/BBK*. Gevonden op het internet:
<http://www.nvkvv.be/page?pge=52&ssn=&lng=1>

Primdahl, J., Ferreira, R., Garcia-Diaz, S., Ndosu, M., Palmer, D. & van Eijk-Hustings, Y. (2015). Nurse's role in cardiovascular risk assessment and management in people with inflammatory arthritis: a european perspective. *Musculoskeletal Care*. 14 (3) 133-151. doi/10.1002/msc.1121/full

ReumaNet vzw. (2016). *Reumatoïde artritis* [Brochure]. Gevonden op het internet:
http://www.reumanet.be/sites/default/files/A5_RA_september2016.pdf

ReumaNet vzw. (2016). Biologische medicatie bij reuma [Brochure]. Gevonden op het internet:
<http://www.reumanet.be/sites/default/files/dossier%20anti-TNF%20versie%2010-2016.pdf>

Reumatoïde Artritis Liga vzw. (s.a.). Gevonden op 15 november 2017 via het internet:
<http://www.raliga.be/>

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. (2018). *Kinesitherapie en verstrekkingen voor zware aandoeningen (E-lijst): vermindering vragen van het deel dat uw patiënt betaalt*. Gevonden op 28 april 2018 via het internet:
<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/kinesitherapeuten/Paginas/zware-aandoeningen-aanvraag-vermindering.aspx#.WuRDMiIFNPY>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid. (2017). Bilthoven. Centrum gezondheid en Maatschappij. Gevonden op 29 december op 2017 via het internet:
<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/reumato%C3%AFde-artritis-ra/cijfers-context/huidige-situatie>

van der Heide, H. & van ES, N. (2015). *Reumatologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

van der Meijden, S., & Jüngen. IJ. D. (2015). Ziektebeelden en symptomen: zorg voor de chronische zieke. *BijZijn XL*, 8 (30). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

van Eijk-Hustings, Y., van Tubergen, A., Boström, C., Braychenko, E., Buss, B. & Felix, J. (2012) EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 71, 13-19. doi:10.1136/annrheumdis-2011-200185

Vlaamse Reumaliga vzw. (2015). Gevonden op 15 november 2017 via het internet:
<http://www.reumaliga.be/vrlstart.html>