

Stepped Care Strategie voor patiënten met artrose van de heup of knie

Artrose Netwerk West Nederland

Inleiding

Artrose van het heupgewricht en het kniegewricht komt veel voor. De prevalentie van heup artrose in Nederland wordt geschat op 359.000. De prevalentie van knie artrose wordt in Nederland geschat op 594.000. De verwachting is, dat het aantal patiënten met heup- of knie artrose met 30 tot 45% zal toenemen gedurende de komende 10 jaar.

De zorgkosten voor artrose zijn aanzienlijk: circa 1.1 miljard euro. Zowel de directe medische kosten als de indirecte kosten (als gevolg van arbeidsverzuim en verminderde inzetbaarheid) nemen naar verwachting de komende 10 jaar toe.

Naast toename van het aantal artrose patiënten, speelt (als gevolg van vergrijzing) de mate en de ernst van comorbiditeit een belangrijke rol bij de zorg voor patiënten met artrose.

Zorgverzekeraars eisen in toenemende mate maatregelen om de zorg voor artrose patiënten kosteneffectiever te maken. Een goede indicatiestelling voor de aard van de interventie is een belangrijke factor om de zorg doelmatiger en doeltreffender te maken.

De wetenschappelijke literatuur geeft aan dat, naast een scherpe indicatiestelling voor conservatieve of operatieve behandeling, een zogenaamde stepped-care benadering de kans op een acceptabele doelmatigheid vergroot.

Het verminderen van pijn en het verbeteren van het functioneren van patiënten in het dagelijks leven staan centraal bij de behandeling.

Het Artrose Netwerk West Nederland is een gezamenlijk initiatief van de eerste en tweede lijns zorg ter optimalisatie van de behandeling van artrose van de heup en knie. Hierbij heeft het Medisch Coördinerend Centrum een leidende rol gespeeld. Om een adequate onderbouwing te realiseren voor de toegevoegde waarde van het Artrose Netwerk West Nederland is de huidige wetenschappelijke literatuur gebruikt als uitgangspunt. Daarbij is de stepped care strategie naar voren gekomen als bewezen

effectieve multidisciplinaire behandelmethodes van artrose van de heup en knie. Uitgangspunt is dat het theoretisch construct door alle deelnemers omarmd kan worden en er sprake is van best practice.

Een aantal uitgangspunten om de huidige problematiek te duiden:

- Artrosezorg is niet altijd optimaal afgestemd op individuele patiënt variabelen, anders gezegd de individuele patiënt staat niet altijd centraal
- Indicaties voor de juiste behandeling bij de individuele patiënt zijn niet altijd goed bekend
- Van de diverse interventies is de te verwachte effectieve tijdslijn onbekend

Stepped care strategie:

- Heeft als doel de conservatieve behandeling te optimaliseren alvorens operatieve behandeling te starten
- De zorg die geboden wordt is niet zwaarder dan nodig en interventies worden pas overwogen als conservatieve maatregelen geen effect meer hebben.
- Geeft een transparante aanbeveling over het soort interventie, de fasering en indicaties
- Geeft mogelijkheden voor opstellen en evalueren van behandeldoelen samen met de patiënt. Motivatie en zelfmanagement wordt hiermee vergroot
- Geeft de optimale zorgstrategie zoals in de huidige richtlijnen beschreven en aanbevolen is. (4-7, 26). De strategie helpt de aanbevolen zorg op het juiste moment en in de juiste volgorde toe te passen. Stepped care bij artrose is voornamelijk gericht op de patiënt, op zorgzwaarte, en wil het shared decision making tussen zorgverlener en patiënt vereenvoudigen.
- De Stepped care is opgedeeld in drie fases/stappen (zie tabel en figuur) die zo nodig opeenvolgend doorlopen worden
- Primary Stepped Care Strategie is een aanpassing/update van BART (Stepped Care strategy Beating osteoARThritis (22))

Stap 1 (voorlichting, leefstijl adviezen, medicatie)

- Heup en/of knie artrose is klinisch gediagnosticeerd door een huisarts of fysiotherapeut middels klinische diagnostische criteria (zie onderaan stap 1), anamnese en lichamelijk onderzoek.
 - *De diagnostische criteria voor heup- en/of knieartrose zijn (ref 4):*
 - ✓ langdurige heup- of knieklachten
 - ✓ leeftijd gelijk of meer dan 50 jaar
 - ✓ ochtendstijfheid van 30 minuten of minder
 - ✓ klachtename overdag (met belasten van het gewricht)
 - ✓ startpijn en nachtpijn.
 - Criteria die het risico op heup- en/of knieartrose verhogen zijn:
 - ✓ vrouwelijk geslacht
 - ✓ overgewicht
 - ✓ positieve familiegeschiedenis
 - ✓ zwaar en repeterend fysiek werk in het verleden
 - ✓ heup: heupdysplasie (in familie-) voorgeschiedenis, knie: trauma of knieoperatie in de (familie-) voorgeschiedenis
 - ✓ heup: verminderde adductie
 - ✓ knie: crepitaties, gewrichtsdeformiteit bij palpatie, zichtbare varus of valgus deformiteit.
- Beperkingen in functie en activiteiten worden beoordeeld middels de Algofunctionele Index (zie onderaan document).
- Patienten die meer dan een vier op de Algofunctionele Index (zie onderaan document) scoren worden naar de fysiotherapeut verwezen en gelijk in stap 2 zorg geplaatst.

- Voorlichting
 - Uitleg over artrose (zie "voor patienten" op de website) verminderd angst en optimaliseert begrip over de aandoening
 - Verhoogd coping
- Leefstijl adviezen
 - Uitleg geven over "self management" bij artrose wat betreft belasting
 - In beweging blijven is belangrijk, overbelasten zien te voorkomen
 - Adviezen welke vorm van beweging goed is: wandelen, fietsen, zwemmen
 - Adviezen welke vorm van beweging snel leidt tot overbelasting: zwaar tillen/trainen, hardlopen, kap en draai sporten
 - Verminder of voorkom overgewicht
- *Medicatie:*
 - het type medicatie is niet gelimiteerd per fase, maar volgt een progressief schema (werkt synergistisch), te beginnen met:
 1. Paracetamol
 2. NSAID + protonpomp remmer zo nodig
 - Voor de adequate dosering van pijnmedicatie geven de bestaande richtlijnen informatie (ref 4,26).
- Wanneer een patiënt alleen bij de fysiotherapeut bekend is (zelfverwijzing) zal naar de huisarts verwezen worden wanneer het gebruik van pijnstilling geïndiceerd is.
- Na twee tot drie maanden worden de behandelingsdoelen geëvalueerd.

Stap 2

Wanneer stap 1 niet tot het gewenste resultaat leidt wordt overgegaan naar stap 2

- De anamnese (huisarts of fysiotherapeut), het lichamelijk onderzoek (huisarts of fysiotherapeut), worden gedaan en coping met pijnklachten (fysiotherapeut) en psychosociale factoren (fysiotherapeut) wordt onderzocht.
- Radiologisch onderzoek wordt aangeraden te verrichten wanneer een discrepantie bestaat tussen anamnese en lichamelijk onderzoek.
- Eventueel aanpassen pijnmedicatie door toevoegen van tramadol.

Verwijzing naar de fysiotherapeut / diëtist op indicatie:

- Patiënten worden door de fysiotherapeut volgens de huidige fysiotherapeutische richtlijn behandeld. Echter, patiënten met forse beperkingen in ADL, verdenking op passieve copingstijl, kinesiofobie en/of vermijdingsgedrag volgt een intensievere fysiotherapeutisch programma.
- Bij patiënten met verdenking op overgewicht wordt de BMI gebruikt. Patiënten met fors overgewicht (BMI >30) worden doorverwezen naar een diëtist en/of sportschool, waarbij onder supervisie van sportschoolinstructeurs aan de gezondheid van de patiënt wordt gewerkt om een optimale leefstijl te bereiken.
- Evaluatie behandelresultaat 3 tot 6 maanden na start van fase 2. Eerder indien nodig.
- Patiënten kunnen zich inlezen op de site "voor patiënten" om een gedegen keus te maken indien stap 2 dreigt te falen. Zie kopje keuzehulp.

Stap 3

Wanneer stap 2 niet tot het gewenste resultaat leidt wordt patiënt verwezen naar de orthopedisch chirurg

- Maken van röntgenfoto
 - Knieklachten X-knie AP + lat
 - Heupklachten X-bekken, eventueel X-LWK

- Maximaliseren conservatief beleid
 - Opnieuw in kaart brengen klachten en relateren aan röntgenfoto
 - Intra-articulaire infiltratie (depomedrol/bupivacaine)
 - Mogelijk hyaluronzuur infiltratie (wordt niet vergoed)
 - Op indicatie pijnbehandeling via pijnteam
 - Uitleg behandelopties, wegnemen van angst

- Wanneer conservatief beleid in stap 1, 2 en 3 falen is een operatieve ingreep te overwegen
 - Type ingreep afhankelijk van aandoening/leeftijd variërend van een standsbeen correctie tot prothesiologie, heel soms arthroscopie bij verdenking op slotklachten obv meniscus pathologie
 - Indicatiestelling middels "shared decision making"
 - Awareness van ingreep
 - Reële verwachtingen creëren
 - Uitleg Fast-Track principe operatieve behandeling middels prothesiologie

Tabel : Aanbevelingen volgens de Primary Care Stepped Care Strategie voor patiënten met heup- en/of knieartrose

	Stap 1	Stap2	Stap 3
Diagnostische procedures en onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> - medische voorgeschiedenis en lichamelijk onderzoek - onderzoek functie en beperking in activiteiten - samen met patient behandeldoelen bepalen - algofunctionele Index: >4 => Stap 2 en FT 	<ul style="list-style-type: none"> - radiologisch onderzoek op indicatie - onderzoek van pijn coping en psychosociale factoren - aanpassing doelen 	<ul style="list-style-type: none"> - radiologisch onderzoek - afspraak bij orthopedisch chirurg - aanpassing doelen
Therapeutische modaliteiten	<ul style="list-style-type: none"> - educatie - leefstijl adviezen - medicatie ^{a,b} <ul style="list-style-type: none"> o Paracetamol o evt NSAIDS 	<ul style="list-style-type: none"> - FT, oefentherapie - dietist als BMI > 30 - Medicatie ^{a,b} <ul style="list-style-type: none"> o NSAIDS o Tramadol 	<ul style="list-style-type: none"> - Multidisciplinaire zorg - Medicatie ^{a,b} - evt intra-articulaire injecties - Operatie, bijv prothesiologie
Evaluatie	2-3 maanden	3-6 maanden na start fase 2	Samen met patiënt interval bepalen

Primary Stepped Care Strategie is een aanpassing/update van BART (Stepped Care strategy Beating osteoARthritis (22))

- ^a Evaluatie van medicatie na een tot twee weken na de eerste afspraak,^b zie richtlijn voor adequate dosering (4,26)

REFERENCES

1. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;380(9859):2197-223.
2. Cross M, Smith E, Hoy D, Nolte S, Ackerman I, Fransen M, et al. The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the rheumatic diseases*. 2014;73(7):1323-30.
3. Kotlarz H, Gunnarsson CL, Fang H, Rizzo JA. Insurer and out-of-pocket costs of osteoarthritis in the US: Evidence from national survey data. *Arthritis & Rheumatism*. 2009;60(12):3546-53.
4. Bijlsma J, Bloo J, Bulstra S, van Dijke C, Heijboer M, Jansen M, et al. Diagnostiek en behandeling van heup-en knieartrose. CBO. 2007:1-137.
5. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JW, Andreassen O, Christensen P, Conaghan PG, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Annals of the rheumatic diseases*. 2013;72(7):1125-35.
6. Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J, et al. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis care & research*. 2012;64(4):465-74.
7. Zhang W, Nuki G, Moskowitz R, Abramson S, Altman R, Arden N, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: part III: Changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2010;18(4):476-99.
8. Zacharias A, Green RA, Semciw A, Kingsley M, Pizzari T. Efficacy of rehabilitation programs for improving muscle strength in people with hip or knee osteoarthritis: a systematic review with meta-analysis. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2014;22(11):1752-73.
9. Gaudreault N, Maillette P, Coutu MF, Durand MJ, Hagemester N, Hebert LJ. Work disability among workers with osteoarthritis of the knee: risks factors, assessment scales, and interventions. *International journal of rehabilitation research Internationale Zeitschrift fur Rehabilitationsforschung Revue internationale de recherches de readaptation*. 2014 Dec;37(4):290-6. PubMed PMID: 25221848. Epub 2014/09/16. eng.
10. Juhl C, Christensen R, Roos EM, Zhang W, Lund H. Impact of exercise type and dose on pain and disability in knee osteoarthritis: a systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *Arthritis & rheumatology (Hoboken, NJ)*. 2014 Mar;66(3):622-36. PubMed PMID: 24574223. Epub 2014/02/28. eng.

11. Brand CA, Ackerman IN, Bohensky MA, Bennell KL. Chronic disease management: a review of current performance across quality of care domains and opportunities for improving osteoarthritis care. *Rheumatic diseases clinics of North America*. 2013 Feb;39(1):123-43. PubMed PMID: 23312413. Epub 2013/01/15. eng.
12. Snijders GF, den Broeder AA, van Riel PL, Straten VH, de Man FH, van den Hoogen FH, et al. Evidence-based tailored conservative treatment of knee and hip osteoarthritis: between knowing and doing. *Scand J Rheumatol*. 2011 May;40(3):225-31. PubMed PMID: 21261551. Epub 2011/01/26. eng.
13. Barten D, Swinkels I, Dorsman S, Dekker J, Veenhof C, de Bakker DH. Treatment of hip/knee osteoarthritis in Dutch general practice and physical therapy practice: an observational study. Submitted. 2015.
14. Dhawan A, Mather III RC, Karas V, Ellman MB, Young BB, Bach Jr BR, et al. An epidemiologic analysis of clinical practice guidelines for non-arthroplasty treatment of osteoarthritis of the knee. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*. 2014;30(1):65-71.
15. Croft P, Porcheret M, Peat G. Managing osteoarthritis in primary care: the GP as public health physician and surgical gatekeeper. *British Journal of General Practice*. 2011;61(589):485-6.
16. Smink AJ, Bierma-Zeinstra SM, Schers HJ, Swierstra BA, Kortland JH, Bijlsma JW, et al. Non-surgical care in patients with hip or knee osteoarthritis is modestly consistent with a stepped care strategy after its implementation. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*. 2014 Aug;26(4):490-8. PubMed PMID: 24845068. Epub 2014/05/23. eng.
17. Bedson J, Jordan K, Croft P. How do GPs use x rays to manage chronic knee pain in the elderly? A case study. *Annals of the rheumatic diseases*. 2003;62(5):450-4.
18. Smink AJ, Bierma-Zeinstra SM, Dekker J, Vlieland TPV, Bijlsma JW, Swierstra BA, et al. Agreement of general practitioners with the guideline-based stepped-care strategy for patients with osteoarthritis of the hip or knee: a cross-sectional study. *BMC family practice*. 2013;14(1):33-42.
19. O'Neil CK, Hanlon JT, Marcum ZA. Adverse effects of analgesics commonly used by older adults with osteoarthritis: focus on non-opioid and opioid analgesics. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*. 2012;10(6):331-42.
20. Porcheret M, Jordan K, Croft P. Treatment of knee pain in older adults in primary care: Development of an evidence-based model of care. *Rheumatology*. 2007;46(4):638-48.
21. Von Korff M, Tiemens B. Individualized stepped care of chronic illness. *Western Journal of Medicine*. 2000;172(2):133-7.
22. Smink AJ, van den Ende CH, Vliet Vlieland TP, Swierstra BA, Kortland JH, Bijlsma JW, et al. "Beating osteoARThritis": development of a stepped care strategy to optimize utilization and timing of non-surgical treatment modalities for patients with hip or knee osteoarthritis. *Clinical rheumatology*. 2011 Dec;30(12):1623-9. PubMed PMID: 21887488. Epub 2011/09/03. eng.

23. Smink AJ, van den Ende CH, Vlieland TPV, Bijlsma JW, Swierstra BA, Kortland JH, et al. Effect of stepped care on health outcomes in patients with osteoarthritis: an observational study in Dutch general practice. *British Journal of General Practice*. 2014;64(626):e538-e44.
24. Bozic KJ, Belkora J, Chan V, Youm J, Zhou T, Dupaix J, et al. Shared decision making in patients with osteoarthritis of the hip and knee: results of a randomized controlled trial. *The Journal of bone and joint surgery American volume*. 2013 Sep 18;95(18):1633-9. PubMed PMID: 24048550. Epub 2013/09/21. eng.
25. Rutjes AW, Nüesch E, Sterchi R, Kalichman L, Hendriks E, Osiri M, et al. Transcutaneous electrostimulation for osteoarthritis of the knee. *The Cochrane Library*. 2009 (1):79.
26. Belo J, Bierma-Zeinstra S, Raaijmakers A, Van der Wissel F, Opstelten W. The Dutch College of General Practitioners (NHG) Practice Guideline for nontraumatic knee problems in adults (first revision)[NHG-Standaard niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen (Dutch title)]. *Huisarts en Wetenschap*. 2008;51(5):229-40.
27. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *International journal of nursing studies*. 2013;50(5):587-92.
28. Lamberts H, Okkes I. ICPC-2, International Classification of Primary Care. 1998.
29. Lequesne M, Mery C, Samson M, Gerard P. Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee: validation-value in comparison with other assessment tests. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 1987;16(S65):85-9.
30. Cochran W. The χ^2 test of goodness of fit. *The Annals of Mathematical Statistics*. 1952:315-45.
31. Yates F. Contingency tables involving small numbers and the χ^2 test. *Supplement to the Journal of the Royal Statistical Society*. 1934:217-35.
32. Smink AJ, Dekker J, Vliet Vlieland TP, Swierstra B, Kortland JH, Bijlsma JW, et al. Health Care Use of Patients With Osteoarthritis of the Hip or Knee After Implementation of a Stepped-Care Strategy: An Observational Study. *Arthritis Care & Research*. 2014;66(6):817-27.
33. Belo J, Berger M, Koes B, Bierma-Zeinstra S. Nontraumatic knee complaints in adults in general practice: Erasmus MC: University Medical Center Rotterdam; 2009.
34. Peter W, Jansen M, Bloo H, Dekker-Bakker L, Dilling R, Hilberdink W, et al. KNGF-richtlijn Artrose heup-knie. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*. 2010;120(1):1-63.
35. Pisters M, Veenhof C, de Bakker D, Schellevis F, Dekker J. Behavioural graded activity results in better exercise adherence and more physical activity than usual care in people with osteoarthritis: a cluster-randomised trial. *Journal of physiotherapy*. 2010;56(1):41-7.

36. Pisters M, Veenhof C, Van Meeteren N, Ostelo R, De Bakker D, Schellevis F, et al. Long-Term effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee: A systematic review. Arthritis Care & Research. 2007;57(7):1245-53.