Beweegprogramma MS
in de eerste lijn en tweede lijn

Fysiotherapie

Auteur: Carien Linders- v.d. Lijcke
Fysiotherapeut, gespecialiseerd in Neurorevalidatie
Fysiotherapie Heusdenhout, Breda
Onderdeel van PMC Heusdenhout Breda
Lid van NAHFysioNet Breda
Maart 2023-herzien januari 2025

Beweegprogramma mag gebruikt worden door deelnemende praktijken NAHFysionet Breda en praktijken die samenwerken met MS Centrum Breda.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Carien Linders-v.d. Lijcke, fysiotherapeut PMC Heusdenhout, lid NAHFysioNet.

Contact: carienlinders@fysiotherapieheusdenhout.nl

© 2013 PMC Heusdenhout Breda, Carien Linders-v.d. Lijcke

Inhoud

Inleiding

Doelstelling

Doelgroep
- Inclusie criteria
- Exclusie criteria

Het beweegprogramma
- Intake
- Fysieke testen in de sub-acute en chronische fase
- Trainingsprogramma
- Evaluatie
- Aanbevelingen

Praktische informatie

Evaluatie beweegprogramma

Bijlagen (1 t/m 9)

Klinische betekenis Meetinstrumenten

Inleiding

In de eerste lijn en tweede lijn fysiotherapie wil ik een beweegprogramma MS aanbieden, n.a.v. de cursus neurorevalidatie bij centraal neurologische aandoeningen.
Het ontwerp was al in gebruik in Fysiotherapie Heusdenhout Breda voor verschillende diagnosegroepen. Het ontwerp is mede opgezet door Patricia Killestein (Fysiotherapeut en psychosomatisch therapeut in Breda).

Aangezien er nog geen richtlijn MS van het KNGF is, maken wij gebruik van de Conceptrichtlijn Diagnostiek, Behandeling en Functioneren bij MS 2011-2012. Wij kozen hieruit de meest bruikbare en best bewezen meetinstrumenten en aanbevelingen voor deze handleiding.
Voor achtergrond informatie gebruikten wij het Boek neurorevalidatie bij CNA van Frans van der Brugge 2008.

Epidemiologisch onderzoek wijst uit dat Nederland ongeveer 17.000 mensen telt met MS. De ziekte komt tweeënhalf keer zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen. 90% van de gevallen begint de ziekte tussen het 15de en 50ste levensjaar.
Het stellen van de diagnose gebeurt nu op basis van de ziektegeschiedenis, de symptomen en de presentatie van de klachten. Behalve deze klinische gegevens bevestigen MRI-onderzoek, liquor onderzoek of visuele evoked potentials (geeft informatie over de functie van de oogzenuw) uiteindelijk de diagnose MS.
Bij het signaleren van MS zijn de volgende uitgangspunten van wezenlijk belang:

- De klachten en klinische verschijnselen dienen overeen te komen met afwijkingen in de witte stof van oogzenuw, hersenen of ruggenmerg.
- De klachten en afwijkingen dienen te wijzen op meerdere locaties in het centrale zenuwstelsel.
- De klachten en afwijkingen dienen zich in minstens 2 episoden te hebben voorgedaan (relapsing-remitting) of moeten gedurende minstens een half jaar progressief zijn geweest (primair progressief).
- De klachten en afwijkingen mogen niet door een andere oorzaak verklaard kunnen worden (hiervoor is vaak aanvullend onderzoek nodig)

Bij de zorg voor patiënten met MS zijn meerdere disciplines die in verschillende settings werken betrokken. Hierdoor ontstaat de behoefte om op efficiënte en eenduidige wijze problemen bij het dagelijks functioneren tijdig te onderkennen en er adequaat op te reageren.

De gevolgen van MS zijn zeer divers en kunnen leiden tot problematiek bij het dagelijks functioneren op alle terreinen, zoals zelfverzorging, mobiliteit, arbeid en vrije-tijdsbesteding.

Bij problemen op het gebied van activiteiten en participatie bij mensen met MS wordt multidisciplinaire revalidatiebehandeling aanbevolen. Hierbij dienen de behandeldoelen bij voorkeur onderling te worden afgestemd. Ook wordt vanuit de conceptrichtlijn bij beperkte mobiliteit oefentherapie met supervisie van een fysiotherapeut aanbevolen.
Lange tijd werd gedacht dat het vermijden van fysieke arbeid zou leiden tot het behouden van de energie. Echter wordt nu aanbevolen patiënten met MS, binnen hun fysieke mogelijkheden, een goede lichamelijke conditie na te streven in verband met de positieve effecten op de algemene gezondheid. Het is belangrijk om te zoeken naar (aangepaste) mogelijkheden van sportief bewegen.

Doelstelling

Het Beweegprogramma heeft als doel:

- Het verbeteren of behouden van fysieke mogelijkheden op het gebied van uithoudingsvermogen, kracht, lenigheid, balans en houding. Met het doel het functionele niveau te behouden, c.q. te verbeteren.
- Het behoud van zelfstandigheid/ zelfredzaamheid in de thuissituatie.
- Het behoud of verbeteren van de kwaliteit van leven.
- Aanmoedigen tot het ontwikkelen van een sociaal, fysiek en intellectueel actieve leefstijl. Waarbij aandacht voor de cognitieve beperkingen.
- Aanleren van compensatie strategieën of trainen van specifieke vaardigheden wanneer er sprake is van cognitieve stoornissen.
- Omgaan met vermoeidheid en verminderd energieniveau
- Behouden en verbeteren van transfers.

Daarnaast heeft de fysiotherapeut nog een rol in:

- Advisering in (transfer)hulpmiddel, eventueel in overleg met ergotherapeut.
- Advisering naar verzorgers en mantelzorgers met betrekking tot bewegen en transfers.
- Signaleren van cognitieve en psychische problemen

Doelgroep:

Mensen waarbij de diagnose MS is gesteld.

Hierbij gaan we uit van de volgende vormen:

1. Relapsing Remitting
2. Secundair Progressief
3. Primair Progressief

- En (onlangs) zijn gerevalideerd en het revalidatieniveau op peil willen houden en, indien mogelijk, verbeteren.
- Die op een verantwoorde manier willen gaan bewegen.

Inclusie criteria:

Op verwijzing van huisarts of specialist/revalidatiearts

Mensen met de diagnose MS die:

-In de classificatieschaal EDSS tussen 1 en 9 scoren.

-Niet optimaal fysiek kunnen functioneren.

-Behoefte hebben aan een fysiek oefenprogramma waarbij expliciet aandacht wordt besteed aan problemen voorkomend uit de aandoening m.s., in groepsverband onder lotgenoten of individueel.

-Waarbij vermoeidheidsproblemen het dagelijkse leven beïnvloeden.

Exclusiecriteria:

- Ernstige co morbiditeit.
- Ernstige psychische stoornissen

Het beweegprogramma

- Intake
- Fysieke testen in subacute en chronische fase
- Trainingsprogramma
- Evaluatie

Intake

De anamnese wordt afgenomen volgens standaardprocedure,

- Intake gesprek, liefst met partner (hetero-anamnese)
- Hulpvraag formuleren (PSK)
- Valgeschiedenis

En wordt aangevuld met vragen naar de volgende ms gerelateerde punten:
blaas stoornissen, spasticiteit , exacerbaties, cognitieve stoornissen, kennis nemen van EDSS score, visus stoornissen, sensibiliteit stoornissen, krachtsverlies, coördinatieproblemen.

Daarbij is het van belang om de multidisciplinaire zorg rondom patiënt in kaart te brengen.

De volgende vragenlijsten kunnen worden gebruikt.

domein	vragenlijst
vermoeidheid	Fatigue Impact Scale (Bijlage 1)
cognitieve stoornissen	MMSE, (wordt niet vermeld in concept richtlijn) (Bijlage 2)
pijn	NPRS – VAS (Bijlage 3)
depressie	Overleg huisarts/psycholoog (FIM-14,Bijlage 4)
valgeschiedenis	Valagenda

Fysieke testen in subacute en chronische fase

Domein	Meetinstrument
stabalans	Berg Balans schaal (bijlage 5)
transfer, loopvaardigheid en uithoudingsvermogen	6 Minuten wandeltest (bijlage 6) Time Up en Go test (Bijlage 7) Functional Ambulation Categories (Bijlage 8)
spierkracht	reguliere krachttest 1 RM
conditie	6 Minuten wandeltest (Bijlage 6) Astrandtest
Spierkracht Arm/Hand	Handkracht meter
Fijne motoriek Hand	Nine Hole Peg test
Basisfuncties en Aktiviteiten	(uitgebreide) Barthel Index (EBI)
Passieve mobiliteit	ROM

Trainingsprogramma

Naar aanleiding van de intake en het onderzoek zal een 3 weken durende gewenningsperiode ingaan waarbij individueel het programma zal worden opgebouwd tot 30-60 minuten tijdsduur. Hierna kan worden besloten de training individueel (op praktijk of in thuissituatie) of in groepsverband te vervolgen.

- Cardio-vasculaire warming up
- Functionele training: get up and go oefeningen, balans oefeningen, traplopen
- Specifieke spierkrachttraining en cardiotraining op 70 % van maximale belasting
- Handhaven en veranderen van houdingen
- Begeleiden en trainen van transfers.
- Gang training (loopoefeningen) in de vrije ruimte (binnen), of in het veld (buiten) waarbij context gebonden situaties getraind kunnen worden.
- Evenwicht en balans training, lopen met dubbeltaken en afleiding.
- Controle en behandelen van lenigheid en spasme.
- Circuittraining, aangepast aan de mogelijkheden en niveau van functioneren
- Spel en sport activiteiten aangepast aan niveau van patiënt . Om plezier in bewegen te stimuleren
- Advies omgaan met vermoeidheid, informatieve gesprekken
- Advies aan mantelzorgers/verzorgers.

Evaluatie patienten behandeling en RAPPORTAGE MS Centrum

Wanneer en hoe vaak metingen in de behandeling plaats dienen te vinden, wordt sterk bepaald door de veranderingen die tijdens de behandeling worden geobserveerd. Het uitgangspunt is dat functionele veranderingen die tijdens de chronische fase geobjectiveerd worden, reden kunnen zijn voor de zorgverzekeraar om de behandeling te continueren. De evaluatie momenten worden in de concept-richtlijn MS niet in periodieken aangegeven, mogelijk door de veelzijdigheid van het ziektebeeld.

- **Met MS-Centrum is afgesproken dat voor elk consult een rapportage wordt meegegeven met de patiënt. Hierin wordt standaard een overzicht gegeven van de gekozen meetinstrumenten en vragenlijsten in tabelvorm (T0, T1, T2 etc…)**
- **Of rapportage wordt via beveiligde server verstuurd naar: Het MS Centrum: mscentrum@amphia.nl**

- **In de Fysiotherapie praktijk zal in het EPD voor chronische patiënten 2x per jaar een evaluatie gevraagd worden en bij exacerbaties.**

Aanbevelingen:

1. Bevindingen geven aan dat de training zo veel mogelijk gericht moet zijn op het onderhouden van vaardigheden die voor het dagelijkse leven van de patiënt relevant zijn. Het principe van specificiteit van behandeleffecten beperkt zich niet tot de bewegingshandeling zelf, maar heeft evenzeer betrekking op de omgeving (of 'context') waarin de bewegingshandeling wordt uitgevoerd.

2. Multidisciplinaire Samenwerking: de zorg dient multidisciplinair geïntegreerd te worden aangeboden en niet uitsluitend gericht te worden op medische aspecten.

3. Aanbevolen wordt met patiënten met MS, binnen hun fysieke mogelijkheden, een goede lichamelijke conditie na te streven in verband met de positieve effecten op de algemene gezondheid.

4. Aanbevolen wordt om bij beperkte lichamelijke mogelijkheden de patiënt met MS te helpen met het zoeken naar (aangepaste) mogelijkheden tot sportief bewegen.

5. In dit beweegprogramma moet er rekening gehouden worden met: rustige opbouw, het voorkomen van piekbelastingen, het afwisselen van perioden van inspanning en rust.

6. Daarnaast moet er rekening gehouden worden met warmte intolerantie.

7. Patiënten met MS kunnen beter vaker met een kortere duur bewegen, dan 1x langer met submaximale intensiteit.

8. Regelmatige evaluatie is niet direct nodig als er geen veranderingen in de problematiek zijn bij bewegen.

9. Aanbeveling vanuit MS-Centrum: Na de training 1 uur rust houden.

Praktische informatie

- Behandelruimte:

  Fitnesszaal bestaand uit een uitgebreid aantal fitness apparaten. Sportzaal voor diverse sporten en vrije training om context gebonden te kunnen oefenen. Hierbij rekening houdend bij de rolstoel gebonden patiënt.

- Indien in groepsverband wordt geoefend zal de groep bestaan uit maximaal 5 personen.

- De frequentie van behandelen zal 1-2x in de week zijn om voldoende trainingseffect te verkrijgen.

- Begeleiding zal bestaan uit gespecialiseerde fysiotherapeuten in de neurorevalidatie, (geregistreerd bij KNGF kwaliteitsregister en BIG geregistreerd)

Evaluatie Programma:

Elk half jaar op:
- Aanmeldingen en plaatsingen in beweegprogramma
- Eventuele uitbreiding of aanpassingen in de groepen
- Intake en fysieke testen
- Andere onderdelen of bestaande onderdelen van het programma wijzigen.

Bijlagen

Bijlage 1: Fatique Impact Scale

De 21-item MFIS is een verkorte versie van de 40-item Fatigue Impact Scale (FIS) en meet de ervaren impact van vermoeidheid op fysiek, cognitief en psychosociaal functioneren. De patiënt wordt gevraagd aan te geven hoe vaak hij de afgelopen 4 weken door de vermoeidheid last heeft gehad van de genoemde 21 problemen. Hoe hoger de scores, hoe groter de invloed van vermoeidheid op het dagelijks leven.

https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/410_3_N.pdf

Bijlage 2 MMSE

De Mini-Mental State Examinition is een instrument gebruikt voor het screenen van cognitieve beperkingen bij ouderen. De test evalueert de cognitieve functies: aandacht en oriëntatie, geheugen, registratie, herinnering, berekening, taal en praxis. Een lage score op de MMSE komt overeen met een laag cognitief niveau.1 De MMSE wordt wereldwijd door artsen gebruikt als diagnosticum en screeningsinstrument ter opsporing van dementie.2 Naast de originele versie van de MMSE is er ook een gestandaardiseerde versie beschikbaar. Het verschil met de oorspronkelijke test is dat er meer specifieke instructies worden gegeven om de schaal toe te passen en te scoren.

https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/MMSE-meetinstr-gestand.pdf

Bijlage 3 NPRS/ VAS

Bijlage 4: FIM-14

Depressie schaal. In overleg met huisarts

Bijlage 5 Berg Balance

De Berg Balance Scale bevat 14 items die het evenwicht tijdens sta- en transfervaardigheden middels een 5-punt schaal meten. De test vereist het handhaven van evenwicht in verschillende uitgangshoudingen (staan, zitten) met verschillende opdrachten, die zowel functies van de onderste extremiteit als ook functies van de bovenste extremiteit testen.

https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/BBS-meetinstr-KNGF.pdf

Bijlage 6: 6 minuten wandeltest

De 6 minuten wandeltest wordt gebruikt om de functionele capaciteit te meten. Gemeten wordt de maximale afstand die de patiënt binnen 6 minuten kan afleggen. Het parcours kan 10, 30 of 50 meter zijn. De patiënt mag tijdens de test gebruik maken van een loophulpmiddel en/of orthese. Van dit instrument is een originele en Parkinson-specifieke versie beschikbaar.

https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/6MWT-instructies.pdf

Bijlage 7: Time up and go test

De Timed Up & Go test (TUG) meet de tijd die de patiënt nodig heeft om op te staan uit een stoel, 3 meter comfortabel te lopen, om te keren, weer terug te lopen en te gaan zitten. De patiënt mag zijn eigen loophulpmiddel en/of orthese gebruiken, maar er mag geen fysieke hulp of aanmoediging worden gegeven. De test is praktisch en simpel uit te voeren. De TUG is een gemodificeerde versie (het element tijd is toegevoegd) van de Get Up and Go test (GUG). De test wordt ook wel de Timed Get Up en Go Test genoemd (TGUG of TGUGT). Van dit instrument is een originele en Parkinson-specifieke versie beschikbaar.

https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/TUG-meetinstr.pdf

Bijlage 8: Functional Ambulation Categories

Met de Functional Ambulation Categories (FAC) wordt de mate van zelfstandigheid van lopen van de patiënt geëvalueerd. De test scoort allereerst het lopen op een vlakke ondergrond in een rustige omgeving (niveau 0, 1, 2 of 3). Als zelfstandig lopen lukt zonder fysiek contact of verbale begeleiding wordt gekeken of de

patiënt kan lopen op oneffen ondergrond, op hellingen en kan traplopen (niveau 4 of 5). De patiënt gebruikt de loophulpmiddelen en/of de orthesen die hij gewend is en het gebruik wordt genoteerd.

https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/FAC-meetinstr-KNGF.pdf

Bijlage 9: Barthell Index

Met de Barthel Index kan de mate van (lichamelijke of verbale) hulp die een persoon nodig heeft om algemene dagelijkse (ADL) handelingen uit te voeren worden vastgesteld, ongeacht de onderliggende pathologie. De Barthel Index bestaat uit 10 items waarbij het daadwerkelijk uitvoeren van een handeling centraal staat en niet wat de patiënt zou kunnen. De items hebben betrekking op de afgelopen 24-48 uur. Een hoge score op de Barthel Index komt overeen met een hoge mate van onafhankelijkheid. Let op: er bestaan veel verschillende versies van de Barthel Index.

https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/Barthel-index-meetinstr.pdf

Bijlage 10

Handkracht meter

Handknijpkrachtmeter / Hand-held dynamometer Richtlijnen bij het uitvoeren van de test: De patiënt zit op een stoel zonder armleuningen. Gestart wordt met de dominante hand en vervolgens de andere hand. Per arm worden deze metingen drie maal verricht. De positie van de arm die getest wordt is: schouder adductie en neutraal geroteerd, elleboog 90 graden gebogen, onderarm in neutrale positie en de pols licht geëxtendeerd (0-30 graden). De maximum waarde (in kg) van iedere hand wordt genomen en vergeleken met de leeftijd- en geslachtsspecifieke waarden.

https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/Handknijpkrachtmeter-meetinstr.pdf

Bijlage 11

9 Hole Peg test

De Nine Hole Peg Test (NHPT) is een meetinstrument waarmee de snelheid van bewegen van onder andere de fijne handmotoriek wordt onderzocht. De patiënt moet zo snel mogelijk 9 staafjes uit een bakje nemen en deze in de openingen in een bord steken. Vervolgens moet de patiënt de staafjes er weer uithalen en terug in het bakje leggen. Gemeten wordt de tijdsduur van de handeling. De patiënt mag alleen de te meten hand gebruiken en moet de procedure per staafje herhalen (hij mag dus niet in één keer alle staafjes pakken).

https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/NHPT-meetinstr.pdf

Bijlage 12

Gevoeligheid van meetinstrumenten SDD

- BI (Barthel Index) 4 pnt (20%)
- BBS (Berg Balans Scale) 6 pnt (9%)
- !0 meter looptest 0,16 m/s
- 6 MWT 50 meter

Klinische significantie van (comfortabele) loopsnelheid in m/s voor ADL:

Perry 95	van Peppen ’02
10 meter looptest	**FAC**
Fysiologische loper: 0.10 (0.05) m/s	0-2
Beperkte binnenshuisloper: 0.23 (0.17) m/s	3
Onbeperkte binnenshuisloper: 0.27 (0.12)	
Zeer beperkte buitenshuisloper: 0.40 (0.18)	
Weinig beperkte buitenshuisloper: 0.58 (0.18)	4
‘Community’ loper: 0.80 (0.18)	5

Even rekenen

Aantal seconden over eerste 10 meter = 23 sec Aantal seconden over tweede 10 meter = 21 sec Aantal seconden over derde 10 meter = 21 sec +

Gem. aantal sec. over 3 metingen = 21.7 sec

Omgerekend naar snelheid in m/s = 10 gedeeld door 21.7 = 0.46 m/s

Omgerekend naar snelheid in km/uur = 0.46 x 3.6 = 1.66 km/u

Klinische significantie van Berg Balans Scale:

- **Max 56 punten**
- **< 43 punten aanzienlijk risico op vallen, hulpmiddel geindiceerd**
- **> 45, onafhankelijk en zelfstandige uitvoering**
- **<45 bij ouderen, valrisico**

Klinische significantie van Time Up en Go test:

- **Voorspellende waarde voor het risico op vallen; een score van 20-30 seconden is indicatief voor een verhoogd valrisico.**
- **< 20 sec zelfstandig lopen**
- **>30 sec hulpmiddel**
- **ter indicatie:**
  gezonde ouderen: 65-85, extramuraal 8,3 sec

Klinische significantie van FAC (Functional Ambulation Category):

- **5-puntsschaal, niet gevoelig voor kleine verandering**

Klinische significantie van 6 MWT (6 minuten wandel test)

- **Normwaarde afhankelijk leeftijd/sexe/gewicht etc, voor COPD gevalideerd 400-480 meter**
- **> 300 meter voor community walker**
- **< 60 meter slechte prognose om FAC 5 te halen**

Klinische significantie van EDSS (Expanded Disability Status Scale)

•0 - normale neurologische bevindingen
•1 - geen invaliditeit, minimale verschijnselen in één functioneel systeem
•2 - minimale invaliditeit in één functioneel systeem
•3 - matige invaliditeit in één functioneel systeem, wandelen zonder hulp is mogelijk
•4 - 500 meter zonder hulp stappen is mogelijk, maar ernstige invaliditeit in één functioneel systeem
•5 - 200 meter wandelen zonder hulp of rustpauze kan, maar invaliditeit is te ernstig om voltijds te kunnen werken
•6 - wandelstok, kruk of looprek is nodig om 100 meter te kunnen wandelen, al dan niet met rustpauze
•7 - niet meer in staat om meer dan 5 meter te gaan, zelfs met hulp; zelfstandig bewegen en in en uit rolstoel stappen is mogelijk

•8 - afhankelijkheid van bed of stoel; gebruik van de armen is mogelijk maar hulp nodig bij verplaatsen van stoel naar bed enz.
•9 - hulpbehoevend en bedlegerig, communiceren met anderen en eten is mogelijk
•10 - overlijden als gevolg van MS