Faglige anbefalinger for patienter med rheumatoid arthritis

ENHED FOR KVALITET & MODERNISERING

Kvalitet og Modernisering i Fysioterapipraksis

Rammen
for udvikling af faglige anbefalinger

De faglige anbefalinger for patienter med rheumatoid arthritis[1] (RA) er udviklet til fysioterapeuter i privatpraksis. Anbefalingerne er udarbejdet af tre faglige ressourcepersoner, Kasper Yde Jensen, Rasmus Klose og Lene Lebech i samarbejde med Enhed for Kvalitet og Modernisering (EKM) samt med input fra en følgegruppe bestående af repræsentanter fra bl.a. praksis og forskning samt praksiskonsulenterne i regionerne (Bilag 1).

Kasper Yde Jensen er cand.scient. i Idræt og Sundhed, og har en Ph.d. i Health and Medical Sciences fra Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Københavns Universitet. Han arbejder som postdoc-forsker ved Copenhagen Center for Arthritis Research (COPECARE) på Rigshospitalet, hvor hans primære forskningsinteresse er træning og dens gavnlige effekter hos patienter med kroniske lidelser. Rasmus Klose er læge, og har en Ph.d. med speciale i reumatologi. Han arbejder hos afdeling for Led- og Bindevævssygdomme på Aarhus Universitetshospital. Lene Lebech er fysioterapeut og netværkskonsulent. Hun underviser på fysioterapeutuddannelsen UC SYD i bl.a. osteoporose og reumatologi.

Anbefalingerne bygger på ressourcepersonernes faglige viden, den foreliggende evidens fra nationale og internationale kliniske retningslinjer, systematiske oversigtsartikler samt input fra praksis. Der ligger ikke en systematisk litteraturgennemgang til grund for anbefalingerne.

Det er efterfølgende den enkelte praktiserende fysioterapeuts ansvar at holde sig løbende opdateret på nyeste viden, faglige retningslinjer og anbefalinger for behandling af patienter med RA. Gennem anbefalingerne anvendes ordet "patienter", som vil dække over begreber som borgere, klienter m.m., som har RA.

Børn og unge med Juvenil Idiopatisk Arthritis (JIA)

Disse anbefalinger omhandler udelukkende voksne med RA. Anbefalinger målrettet børn og unge med JIA er ikke inkluderet her, da sygdomsbilledet, belastningstolerance og behandlingsmål adskiller sig fra voksnes. Der henvises i stedet til den separate anbefaling "Faglige anbefalinger for børn og unge med Juvenil Idiopatisk Arthritis (JIA)", som specifikt omhandler fysioterapeutisk intervention hos børn og unge med reumatologiske sygdomme. Den kan findes på EKM´s hjemmeside www.ekm.dk.

1 Der findes mange stavemåder for rheumatoid arthritis, vi har valgt følgende gennem dokumentet, dog har vi ikke ændret på stavemåden i de brugte referencer, hvorfor enkelte kan være stavet anderledes. For læsevenlighedens skyld bruger vi forkortelsen RA fremover i dokumentet.

Indhold

Patienter med rheumatoid arthritis **4**
Baggrund 4
Ætiologi 5
Epidemiologi 5
Særlige udfordringer i fysioterapipraksis for patienter med RA 5
Anbefalet fysioterapi til patienter med RA **6**
Fysioterapeutiske indsatsområder 6
Nationale og internationale retningslinjer 6
Anbefalede elementer i den fysioterapeutiske undersøgelse af patienter med RA **7**
Monitorering og måleredskaber 7
Undersøgelse på kropsniveau 8
Undersøgelse på funktionsniveau 8
Undersøgelse på aktivitets- og deltagelsesniveau 8
Vurdering af ADL og hverdagsfunktion: 8
Vurdering af livskvalitet og mental sundhed 9
Vurdering og monitorering af sygdomsaktivitet 9
Fokusområder for den fysioterapeutiske indsats 9
Anbefalinger til indholdet i den specifikke undersøgelse af patienter med RA **10**
Praksisanbefalinger – Fysioterapi til patienter med RA **13**
Træning, fysisk aktivitet og øvelser 13
Konditionstræning: 14
Styrketræning: 14
Kombinerede programmer (kondition og styrke): 14
Træning i vand: 15
Fysisk aktivitet: 15
Krop- og sindstræning: 15
Manuel behandling 15
Patientuddannelse og det videre forløb for patienter med RA **16**
Egenhåndtering 16
Motivation og patientens mulighed for at ændre adfærd 16
Videre forløb 16
Afslutning af forløb 16
Anbefalinger om tværfagligt samarbejde **18**
Patientforening **19**
Referencer **20**
Bilag 1 **25**
Deltagere i den faglige følgegruppe 25
Praksiskonsulenter for fysioterapi 25

Patienter med rheumatoid arthritis

Baggrund

Rheumatoid arthritis (RA) er en kronisk, systemisk inflammatorisk autoimmun sygdom, der oftest præsenterer sig med symmetrisk ledhævelse.[1, 2] Sygdommen er karakteriseret ved vedvarende synovitis i perifere led, særligt i hænder og fødder, men kan afficere alle ægte led.[1] Den inflammatoriske aktivitet medfører ledhævelse, smerter og udtalt morgenstivhed.[3] Smerter opleves ofte både i hvile og ved bevægelse, og ledsages hyppigt af betydelig fatigue.[3, 4] Udover ledmanifestationerne kan der forekomme påvirkning af væv uden for leddet, herunder påvirkning af hjerte, lunger og hud,[2, 5] samt øjne som f.eks. tørhed (scleritis)[6, 7] og vestibulære problemstillinger.[8]

Diagnosen er klinisk og baseres på graden af led involvering, symptomvarighed samt biokemiske markører for inflammation og autoantistoffer.[3] Dog er cirka 33% af danske patienter med RA seronegative.[9] Her spiller billeddiagnostik en vigtig rolle, hvor ultralyd anvendes til at påvise aktiv inflammation, og MR kan identificere tidlige mikroskader, som ikke kan visualiseres på konventionel røntgen. Patienter med seronegativ RA har generelt højere niveau af inflammation, både målt på biomarkører og på MR, sammenlignet med patienter med en seropositiv RA.[10, 11] Dog ses en udligning af sygdomsaktivitet over tid imellem de seronegative og de seropositive patienter.[11] Der findes ikke egentlige diagnostiske kriterier for RA; i klinisk praksis anvendes klassifikationskriterier som støtte til tidlig identifikation og ensartet vurdering, særligt i forskningssammenhæng.[12]

Udviklingen inden for den farmakologiske behandling af patienter med RA, særligt de sygdomsmodificerende antireumatiske lægemidler (DMARDs), har markant forbedret sygdomsprognosen. Disse behandlinger muliggør i dag remission eller lav sygdomsaktivitet hos en stor andel af patienterne og bidrager til at forebygge ledskade samt funktionstab.[13, 14] Derfor er tidlig og målrettet medicinsk behandling afgørende for prognosen. Behandlingen baseres primært på DMARDs og tilrettelægges efter et treat-to-target-princip med målet om remission eller lav sygdomsaktivitet.[15]
Dette indebærer systematisk monitorering og justering af behandlingen ved utilstrækkelig effekt. Implementeringen af treat-to-target-strategien har medført markant forbedret sygdomskontrol, reduceret strukturel ledskade og forbedret funktionsevne.[15] Trods dette kan patienter opleve perioder med øget sygdomsaktivitet, såkaldte flares, karakteriseret ved forværring af symptombyrden, herunder smerter, hævelse, stivhed og fatigue.[16, 17] Flares kan opstå uforudsigeligt og medføre midlertidig funktionsnedsættelse.[16, 17]

Trods effektiv medicinsk behandling oplever en betydelig andel af patienter fortsat smerter, fatigue og nedsat fysisk funktion.[18, 19] Den vedvarende eller tidligere inflammatoriske aktivitet i leddene kan medføre brusktab og knogledestruktion med udvikling af fejlstillinger og nedsat ledfunktion.[1, 2, 20]

De strukturelle og inflammatoriske forandringer påvirker muskelfunktion og fysisk kapacitet.
Personer med nedsat funktionsniveau har betydeligt nedsat muskelstyrke og reduceret udholdenhed sammenlignet med den almene befolkning.[21, 22]
Den nedsatte muskelfunktion tilskrives både lokal og systemisk inflammation samt reduceret fysisk aktivitetsniveau.[21] Samtidig har disse patienter med RA nedsat kondition som en konsekvens af smerter, nedsat fysisk funktion og fatigue.[22, 23] Smerter og fatigue er et dominerende og komplekst symptom, som påvirker aktivitetsniveau og deltagelse i sociale sammenhænge, samt generelt i dagligdagen, betydeligt.[4]
Den samlede funktionspåvirkning øger risikoen for fysisk inaktivitet[24] og sekundære livsstilsrelaterede komplikationer. Ydermere, har patienter med RA en øget forekomst af en række komorbiditeter, hvilket stiller yderligere krav til en differentieret og målrettet indsats. Særligt ses øget risiko for kardiovaskulær sygdom (f.eks. blodpropper), som er en væsentlig årsag til øget mortalitet,[25, 26] derudover rammes patienter med RA oftere af osteoporose, diabetes og forskellige kræfttyper.[27-29]

Fysioterapeutisk intervention er et centralt supplement til den medicinske behandling, og bør derfor også have et forebyggende og sundhedsfremmende sigte med fokus på at reducere risikoen for komorbiditet gennem fysisk aktivitet og støtte til livsstilsændringer. Sygdomsforløbet er samtidig dynamisk, hvorfor indsatsen løbende må tilpasses sygdomsaktivitet, ledstatus samt patientens funktionsevne, ressourcer og samlede livssituation.[1, 21]

Ætiologi

Ætiologien ved RA er ikke fuldt klarlagt, men både genetiske og miljømæssige faktorer påvirker risikoen for at udvikle sygdommen. Genetisk disposition anslås at bidrage til omkring 66% af risikoen, men er ikke i sig selv tilstrækkelig til at udløse sygdommen.[30]

Udviklingen af RA beror på et komplekst samspil mellem genetisk disposition og miljømæssige faktorer. Heriblandt mikroorganismer (f.eks. bakterier og virus), som fungerer som triggere, der aktiverer immunsystemet og igangsætter en autoimmun reaktion hos genetisk disponerede personer.[31, 32] Tobaksrygning er ligeledes en central miljømæssig risikofaktor og den bedst dokumenterede enkeltfaktor, der markant øger risikoen for at udvikle sygdommen.[30]

Udviklingen af RA forløber typisk i flere faser. Allerede flere år før kliniske symptomer, kan autoantistoffer, herunder anti-Cykliske Citrullinerte Peptider (anti-CCP), påvises i blodet, hvilket afspejler en præklinisk fase med immunologisk aktivitet og eventuelle uspecifikke ledsmerter, mens en systemisk inflammation gradvist udvikles.[33, 34] Den tidlige kliniske fase er karakteriseret ved debut af ledsmerter, hævelse i ét eller få led, morgenstivhed og træthed. Over tid udvikles ofte en symmetrisk polyartrit med involvering af flere små og store led.[33, 34] Ved fremskreden eller ubehandlet sygdom kan der opstå irreversible ledskader og deformiteter.[33, 34]

Epidemiologi

I Danmark lever omtrent 35.400 personer med RA, og der diagnosticeres årligt ca. 2.100 nye tilfælde.[35] Forekomsten af sygdommen er dobbelt så høj hos kvinder sammenlignet med mænd. RA kan manifestere sig i alle aldersgrupper, men ses typisk hos personer mellem 50 og 70 år.[35] RA er associeret med øget mortalitet med en gennemsnitlig reduktion i forventet levetid på 5–10 år sammenlignet med baggrundsbefolkningen.[20] Den samfundsøkonomiske byrde er betydelig. Både direkte omkostninger (medicinsk behandling, hospitalsindlæggelser, kirurgi og monitorering) og indirekte omkostninger (arbejdsophør, nedsat produktivitet og førtidspension) er høje.[20, 36] Indirekte omkostninger overstiger i mange analyser de direkte omkostninger, primært som følge af tabt arbejdsevne.[36, 37] Funktionstab er en stærk determinant for stigende omkostninger, hvilket understreger betydningen af tidlig og effektiv behandling.[20, 36]

Særlige udfordringer i fysioterapipraksis for patienter med RA

Kroniske smerter, varierende sygdomsaktivitet og udtalt fatigue kan direkte påvirke patientens evne til at deltage i og få det maksimale udbytte af den målrettede træning.[38] Symptombilledet kan variere fra dag til dag, hvilket gør det essentielt at justere interventioner løbende. Den træning, der er optimal, når patienten er i remission, vil ikke nødvendigvis være den samme som, når patienten oplever, at sygdommen blusser op.[38] Selv når sygdommen er i remission, kan der forekomme (lav) inflammation, som kan forværre symptomer og gøre patienten sårbar over for fysisk overbelastning (f.eks. i forbindelse med træning og aktivitet) og mental belastning (f.eks. stress), som begge kan forværre smerte og fatigue.[39]

Strukturelle ledforandringer, særligt mikroskader og/eller deformiteter i hænder og fødder, kan have betydning for patientens mulighed for at deltage i aktiviteter, hvor hop, løb eller øvelser, der kræver kraftigt greb, indgår.[40, 41] Nedsat grebsfunktion kan f.eks. gøre det vanskeligt at arbejde med tilstrækkelig vægtbelastning for arme og ryg, fordi patienten ikke kan holde om udstyret.[40] Forandringer i cervikal columna kan forekomme, men ses primært hos de ældste patienter, og kræver derfor sjældnere specifik håndtering.[42]

Fysioterapiens fokus vil være at optimere patientens fysiske og funktionelle niveau frem for at forsøge at genskabe anatomisk normalitet.[43] Dette indebærer typisk kompensation, beskyttelse og funktionsoptimering gennem individualiseret styrketræning samt kredsløbstræning. I tilfælde af mikroskader og inflammation i hænder og fødder kan vægtbærende aktiviteter være en udfordring, hvorfor styrke- og kredsløbstræningen kan tilrettelægges med fokus på mere skånsomme og ledaflastende træningsformer.[38, 43] Derudover er det vigtigt med stabilitetsfremmende og mobilitetsskabende øvelser og valg af træningsformer, der reducerer belastningen på smertefulde eller strukturelt påvirkede led.[43]

I særlige tilfælde kan det være relevant at inddrage aflastende hjælpemidler, såsom specialindlæg til fodtøj, og håndledsbandager for at understøtte træningen og hverdagsfunktioner, herunder ganghjælpemidler.

Et tæt tværfagligt samarbejde mellem fysioterapeut, reumatolog, bandagist, ergoterapeut og praktiserende læge er essentielt for at sikre den bedst mulige behandling, optimalt funktionsniveau og rettidig håndtering af tegn på øget sygdomsaktivitet.

Anbefalet fysioterapi
til patienter med RA

Fysioterapeutiske indsatsområder

Patienter med RA henvises via egen læge eller reumatolog til vederlagsfri fysioterapi, forudsat at de har en varig funktionsnedsættelse grundet deres sygdom, som en del af den samlede behandlingsindsats. Vederlagsfri fysioterapi tilbydes afhængigt af patientens funktionsevne som superviseret træning, holdtræning eller som individuel behandling/træning i klinikken eller hjemmet.

Holdtræning er en motiverende træningsform for mange patienter, da holdtræning understøtter erfaringsudveksling og socialt samvær mellem deltagerne. Holdtræningen kræver dog løbende opfølgning fra fysioterapeuten med fokus på korrekt udførelse og hensigtsmæssig dosering af træning (intensitet, varighed og frekvens) i forhold til patientens symptomrespons (smerter, ledhævelse, træthed og funktion). Fysioterapeuten skal løbende holde øje med tegn på symptomforværring (f.eks. uforholdsmæssig stigning i smerte, hævelse eller funktionsnedsættelse). Særlig opmærksomhed er nødvendig ved høj sygdomsaktivitet eller betydelige deformiteter. Patienten skal opfordres til, at en del af træningen kan foregå som selvtræning.[44] Dette skyldes, at den anbefalede volumen af fysisk aktivitet/træning (Sundhedsstyrelsen)[45] ikke kan opnås alene ved det tilbud, der ligger i den vederlagsfri ordning.[44]

Patientuddannelse er en vigtig del af den fysioterapeutiske indsats. Dette indebærer blandt andet viden om sygdommen, energiforvaltning, brug af relevante hjælpemidler og/eller ortoser til belastede led samt det at have både en plan A og en plan B for hverdag og træning afhængigt af sygdomsaktivitet, fatigue, og smerter.

Nationale og internationale retningslinjer

Der findes flere forskellige vejledninger og retningslinjer som danner grundlaget for behandlingen af patienter med RA. Disse retningslinjer understreger blandt andet betydningen af fysisk aktivitet og træning som en central del af den non-farmakologiske behandling. Nedenfor præsenteres udvalgte anbefalinger og vejledninger fra både danske og internationale faglige organisationer:

- Den Nationale Behandlingsvejledning udarbejdet af Dansk Reumatologisk Selskab er opdateret i 2025 og indeholder blandt andet KRAM-faktorerne, herunder træning (motion).[46]
- Kliniske retningslinjer for "Træning af aerob kapacitet og muskelstyrke til patienter med reumatoid artrit" er udgivet i 2016.[47]
- Sundhedsstyrelsen har udgivet "Fysisk træning som behandling" for blandt andet RA i 2018.[48]
- Den amerikanske reumatologiske organisation (ACR) har udgivet sine seneste retningslinjer for træning, rehabilitering og kost i 2022.[49]
- Den Europæiske Reumatologiske Organisation (EULAR) har undersøgt non-farmakologiske interventioner til patienter med reumatologiske sygdomme, herunder træning og fundet, at der er dokumentation for, at træning til patienter med RA er gavnlig og sikker.[50]
- EULAR har i 2018 udformet anbefalinger for træning og fysisk aktivitet til patienter med reumatologiske sygdomme,[51] som sidenhen er opdateret i 2025. I den seneste opdatering indgår også anbefaling om at reducere stillesiddende tid så vidt muligt, hvilket er i tråd med de seneste anbefalinger om fysisk aktivitet fra både danske sundhedsmyndigheder og WHO.[38]

Anbefalede elementer
i den fysioterapeutiske undersøgelse af patienter med RA

Symptombilledet ved RA kan være komplekst, hvorfor en grundig anamnese og en systematisk fysioterapeutisk undersøgelse er et vigtigt værktøj for at kunne tilrettelægge den efterfølgende behandlingsindsats. Fysioterapeuten anvender herunder den fysioterapeutiske kliniske ræsonnerings- og arbejdsmodel International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) til at vurdere sygdomsaktivitet, funktionsniveau, ressourcer, begrænsninger samt behov for målrettet intervention (f.eks. styrke, kondition eller bevægelighed).

Monitorering og måleredskaber

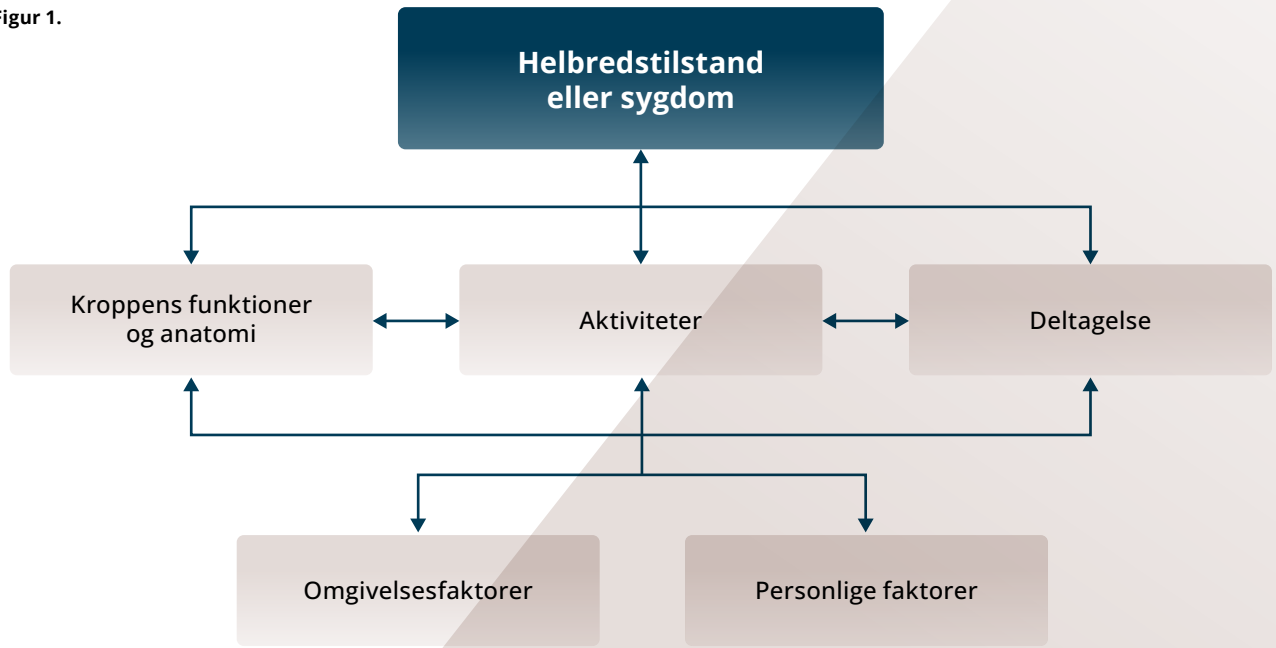
Nedenfor fremgår en række måleredskaber og standardiserede tests, som kan støtte den fysioterapeutiske udredning. Disse kan være med til at afdække områder, hvor patienten har funktionsevnenedsættelse, og anbefales anvendt løbende som styringsredskaber til monitorering af status og vurdering af behandlingseffekt samt behov for progression eller regression.

WHO's ICF-model anbefales som overordnet ramme til vurdering af patientens funktionsevne.

Formålet med undersøgelsen med udgangspunkt i ICF er at opnå en samlet beskrivelse af patientens ressourcer og begrænsninger med fokus på både fysisk funktion, aktivitets- og deltagelsesniveau, samt kontekstuelle forhold, som kan have betydning for patientens funktionsevne. ICF indeholder seks hovedområder: [52]

1. Helbredstilstand eller sygdom
2. Kroppens funktioner og anatomi
3. Aktiviteter
4. Deltagelse
5. Omgivelsesfaktorer
6. Personlige faktorer

Figur 1.



Uanset graden af sygdomsaktivitet er det centralt at foretage en helhedsorienteret funktionsevnevurdering med afsæt i en bio-psyko-social forståelsesramme.[52, 53] Den kliniske undersøgelse bør inkludere ledstatus, muskelstyrke, smerter og funktionelle begrænsninger og samtidig ses i relation til patientens ressourcer og daglige liv. Dette danner grundlag for at målrette og løbende justere interventionen. Måleredskaber (som f.eks. dem præsenteret i Tabel 1 - Kliniske undersøgelser) bør anvendes som supplement til anamnesen og den kliniske undersøgelse og ikke stå alene, da en kvalificeret funktionsevnevurdering forudsætter en samlet vurdering af både objektive fund og patientens faktiske aktivitetsudførelse og deltagelse.

Undersøgelse på kropsniveau

- Ledstilling og inspektion
  - Observation af fejlstillinger såsom ulnar deviation, svanehals- eller knaphulsdeformitet.
  - Vurdering af hævelse, rødme og andre synlige tegn på inflammation.
  - Observation af muskelatrofi omkring påvirkede led.
  - Vurdering af fødderne for nedsunken forfod, platfodstendens eller andre justeringsændringer, samt knæenes stilling med fokus på valgus- eller varusdeviation, som kan påvirkes af både inflammation og kompensatoriske bevægemønstre.
- Palpation
  - Undersøgelse for varme, ømhed og "svampet" hævelse som tegn på aktiv synovit. Palpation af sene- og muskeltilhæftninger med fokus på tendinitis og tenosynovitis.
  - Undersøgelse af reumatiske noduli (ledknuder), som er faste, ofte uømme knuder under huden.
    - Findes typisk omkring de små led på fingrene og omkring olecranon på albuen, men kan også forekomme over achillessenen og på tåleddene.
- Ledbevægelighed
  - Range of motion (ROM), vurdering af aktiv og passiv bevægelighed (AROM/PROM) med fokus på hænder, håndled, skuldre, nakke, hofter og knæ.
  - Registrering af stivhed, smerter og bevægelighedsbegrænsninger relateret til inflammation eller strukturelle deformiteter.
- Muskelstyrke
  - Test af muskelstyrke (f.eks. vurdering på en skala 0-5) med relevant fokus på grebsstyrke (f.eks. hånddynamometer).
  - Vurdering af muskulær svaghed som følge af inaktivitet, smerte eller deformiteter.
- Stabilitet i cervikal columna
  - Vurdering for tegn på instabilitet (både mekanisk og dynamisk), kun aktuelt ved længerevarende og aktiv sygdom. Særlige forholdsregler ved mobilisering og manuel behandling.

Undersøgelse på funktionsniveau

- Funktionelle tests
  - Keitels Funktionstest (KFT) til vurdering af funktionsevne ved RA
  - Gangtest
    - Timed Up and Go (TUG), 10-meter gangtest, 2 og 6 minutters gangtest
  - Vurdering af funktionel styrke i underekstremiteterne
    - Rejse-sætte-sig test (RSS) (30 sekunders (standarden) eller 5 gentagelser på tid)
  - Balancetest ved involvering af underekstremiteterne
    - Mini-BESTest, Dynamic Gait Index (DGI) og Tandemtest.

Undersøgelse på aktivitets- og deltagelsesniveau

Hos patienter med RA kan vurdering af funktionsniveau med fordel tage udgangspunkt i hverdagsnære og aktivitetsbaserede mål i patientens eget nærmiljø. Eksempler på dette kan være trappegang i eget hjem, gang til og fra indkøbsmuligheder, håndtering af daglige opgaver, rengøring og tøjvask eller evnen til at benytte offentlig transport. Disse aktiviteter afspejler patientens deltagelses- og aktivitetsniveau mere direkte, og kan derfor være mere meningsfulde i den individuelle rehabilitering. *Patient Specifik Funktionel Skala (PSFS)* kan med fordel anvendes som et supplement, da den tager udgangspunkt i patientens egne prioriterede aktivitetsproblemer, og dermed understøtter en individuel og patientcentreret vurdering af funktionsevnen.[54]

Særligt ved vurdering af balanceproblematikker er det væsentligt at være opmærksom på, at nedsat balance ikke nødvendigvis alene relaterer sig til funktion i underekstremiteterne. Hvis det skønnes, at balanceproblematikken ikke udelukkende er proprioceptiv, så bør der overvejes et vestibulært fokus, da patienter med RA har en højere risiko for at opleve vestibulære problemstillinger.[8]

Vurdering af ADL og hverdagsfunktion:
ADL hos patienter med RA vurderes bedst ved en kombination af patientrapporterede redskaber og klinisk observation, da sygdommen påvirker både oplevet og faktisk funktion. *Health Assessment*

Questionnaire Disability Index (HAQ-DI) er et standardiseret spørgeskema og guldstandard ved RA, som belyser patientens oplevede vanskeligheder i hverdagsaktiviteter (f.eks. påklædning, gang og hygiejne), og kan anvendes til at følge udvikling over tid. Dette kan med fordel suppleres med PSFS, der identificerer individuelle aktivitetsproblemer, og observation af ADL for at vurdere bevægelseskvalitet, kompensationsstrategier samt sikkerhed. Relevante funktionelle tests kan yderligere understøtte vurderingen. Fatigue og energiniveau bør samtidig inddrages, da de har væsentlig betydning for funktionsevnen i hverdagen.

Vurdering af livskvalitet og mental sundhed
Vurdering af livskvalitet hos patienter med RA omfatter både fysisk, psykisk og social funktion. *European Quality of Life – 5 Dimensions - 5 levels (EQ-5D-5L)* giver et hurtigt overblik over helbredsrelateret livskvalitet, mens *Short Form 12 (SF-12)/Short Form 36 (SF-36)* tilbyder mere detaljerede mål for fysisk og mental helbredsfunktion. Til screening for mental sundhed kan *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS*) med fordel anvendes, som kan identificere symptomer på angst og depression, der ellers let overses hos patienter med smerter, fatigue og funktionsnedsættelse.

Vurdering og monitorering af sygdomsaktivitet
Selvom vurderingen af sygdomsaktivitet primært foretages af lægen, så bidrager fysioterapeuten til monitoreringen gennem systematiske funktionsmålinger, smertevurderinger og klinisk observation, som samlet giver et billede af patientens aktuelle sygdomspåvirkning og funktionsevne. Disse undersøgelser er med til at danne grundlag for løbende justering af interventionen og udarbejdelse af den årlige fysioterapeutiske statusredegørelse samt tværfaglig opfølgning.

Fokusområder for den fysioterapeutiske indsats

Træningstilstand:
Vurderingen omfatter kondition, muskelstyrke, balance, stabilitet og koordination for at sikre en målrettet, individualiseret og sikker træningsplan tilpasset funktionsniveau og sygdomsbegrænsninger. En helhedsorienteret vurdering gør det muligt at tilpasse træningen individuelt med fokus på progression, sikkerhed og optimal funktion i hverdagen, og på den enkelte patients ressourcer, præferencer samt samlede situation.

Undersøgelsen danner samlet grundlag for tilrettelæggelse af en behandlingsplan, der typisk omfatter målrettet træning, smertelindrende tiltag og instruktion i ledaflastning for at understøtte patientens funktionsevne og livskvalitet. Gennemgang af særlige opmærksomhedspunkter ift. f.eks. vurdering af smerte, funktionsevne, screening for alvorlig patologi (røde flag), sociale påvirkninger (gule flag) og evne til egen håndtering.[55]

Komorbiditeter:
Patienter med RA har øget risiko for komorbiditeter. Især, ses en markant forhøjet risiko for hjerte-kar-sygdomme, herunder aterosklerose, hypertension og iskæmisk hjertesygdom.[56, 57] Fysioterapeutens indsats bør derfor også omfatte fokus på fysisk aktivitet, konditionstræning og livsstilsfaktorer for at reducere den samlede kardiovaskulære risiko.[58]

Osteoporose er også hyppigt forekommende, og kan forstærkes af både systemisk inflammation, immobilitet og den medicinske behandling, hvilket øger risikoen for frakturer.[59-61] Forebyggende tiltag som individualiseret træning med fokus på vægtbærende træning, så tung styrketræning som muligt samt balancetræning.[62]

Anbefalinger til indholdet
i den specifikke undersøgelse af patienter med RA

Nedenstående tabel giver et overblik over klinisk relevante undersøgelser til patienter med RA, herunder ledstatus, bevægelighed, styrke, balance og funktionsevne. Der anvendes både objektive tests og patientrapporterede måleredskaber for at vurdere sygdomsaktivitet, funktion og livskvalitet.

Tabel 1. Kliniske undersøgelser

Kliniske undersøgelser		
	Undersøgelse	**Formål**
Led- og bevægeapparat	Inspektion af led	Vurdere hævelse, deformitet, inflammation
	Ømme og hævede led	Vurdere antallet af ømme og hævede led
	Palpation af led og sener	Identificere synovit, tenosynovitis, noduli
	Vurdering af belastningsmønstre	Identificere kompensationer og aflastningsstrategier
	Fod- og knæalignment	Vurdere biomekanik i fødder og knæ
Bevægelighed og funktion	Range of motion (ROM) målinger	Måle aktiv/passiv bevægelighed
	Global Range Of Motion Score (GROMS)	Standardiseret vurdering af ledfunktion
	Rejse-sætte-sig	Vurdere funktionel benstyrke
	Trappegangstest	Vurdere mobilitet og funktion
	6-minutters gangtest	Vurdere udholdenhed og gangfunktion
	Timed-Up-&-Go (TUG)	Vurdere funktionel mobilitet og faldtendens
	10-meter gangtest	Måle ganghastighed
	Håndfunktionstests	Vurdere håndfunktion og finmotorik
	Short Physical Performance Battery (SPPB)	Vurdere balance, styrke og mobilitet
Muskelstyrke	Håndkraft (dynamometer)	Måle grebsstyrke
	Isometriske styrketests	Vurdere styrke i større muskelgrupper
	Muskelatrofi vurdering	Vurdere muskelmasse og funktionstab
Balance	Tandem test (del af SPPB)	Vurdere statisk balance
Funktionsevne (PROMs/patient rapporterede)	Health Assessment Questionnaire- Disability Index (HAQ-DI)	Måle funktionsevne i hverdagsaktiviteter
	Patient Specifik Funktionel Skala (PSFS)	Vurdere funktionsniveau og aktivitetsbegrænsninger
	Rheumatoid Arthritis Impact of Disease (RAID)	Vurdere sygdomsbelastning
	Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index - 5 (RADAI-5)	Selvrapporteret sygdomsaktivitet
	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Fatigue (FACIT-Fatigue)	Vurdere fatigue
	European Quality of Life – 5 dimensions – 5 levels (EQ-5D-5L)	Vurdere livskvalitet
Kognition	Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	Screening af kognition
Kognition	Trail Making Test A+B	Vurdere opmærksomhed og mental fleksibilitet

Den følgende tabel har til formål at belyse både forekomst, klinisk betydning, potentielle udredningsredskaber og principper for håndtering inden for områder som fatigue, frailty, mental trivsel, kognition samt syn.

Tabel 2. Udredningsredskaber

Udredningsredskaber		
Komorbiditet	**Klinisk aspekt**	**Faglige hovedpointer**
Fatigue (sygdomstræthed)	Forekomst og betydning[63-65]	Træthed er et af de mest almindelige og belastende symptomer for patienter med RA, og årsagen er ukendt, men menes at være multifaktoriel, hvor de biologiske, psykologiske og sociale mekanismer spiller ind. Fatigue kan være både fysisk og mentalt, samt påvirke funktionsevnen og livskvaliteten.
	Udredning og måleredskaber[66]	Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue Questionnaires (BRAFs).[67-69] Fatigue Severity Scale (FSS).[70-72] Multidimensional Assessment of Fatigue (MAF).[70] Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20).[73] Fatigue VAS/NRS.[74]
	Håndtering[63, 64]	**Energiforvaltning:** Planlægning, prioritering, pauser og hjælpemidler. **Psykoedukation:** Formidling af viden om sygdom, symptomer og håndteringsstrategier med henblik på at styrke patientens forståelse, mestring og egenomsorg. **Sygdomskontrol:** Effektiv antiinflammatorisk behandling reducerer ofte fatigue. **Træning:** Træning, fysisk aktivitet og minimering af stillesiddende tid.
Frailty (skrøbelighed)	Forekomst og betydning[75-77]	Skrøbelighed forekommer hyppigere hos patienter med RA end i baggrundsbefolkningen og er knyttet til kronisk inflammation, tab af muskelmasse, inaktivitet og komorbiditeter. Frailty øger risikoen for funktionstab, fald, hospitalsindlæggelser og nedsat livskvalitet og kan forstærke sygdommens samlede belastning.
	Udredning og måleredskaber[75]	Fried Frailty Criteria/Phenotype/score[78, 79] - Vurderer fem kerneelementer: vægttab, udmattelse, fysisk aktivitet, styrke og ganghastighed. The Comprehensive Rheumatologic Assessment of Frailty (CRAF)[80, 81] Clinical Frailty Scale (CFS)[82] - Anvendelig til vurdering af skrøbelighedsgrad i klinisk praksis.
	Håndtering[83, 84]	**Tidlig identifikation:** Fokus på tegn som utilsigtet vægttab, nedsat styrke, lav ganghastighed og udtalt træthed. **Multimodal tilgang:** Kombination af fysisk træning, optimeret sygdomsbehandling, ernæringsfokus og støtte til aktivitetsniveau i hverdagen. **Træning:** Styrke-, balance- og gangtræning er centrale indsatser til at modvirke tab af muskelmasse og funktion.
Depression, ensomhed og mental trivsel	Forekomst og betydning[85, 86]	Depression og angst er hyppigere hos RA-patienter end i normalbefolkningen pga. kroniske smerter, funktionsnedsættelse og sygdomsbyrde.
	Udredning og måleredskaber	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)[87, 88] - Velegnet til screening af både angst- og depressionssymptomer i klinisk praksis. Beck Depression Inventory (BDI)[89, 90] - Mere detaljeret vurdering af depressionsgrad, især ved mistanke om klinisk depression. Patient Health Questionnaire (PHQ-9)[87, 89, 90] WHO-5[90, 91] - Kort spørgeskema til mål af generel mental trivsel, anvendelig som del af en bred helbredsvurdering.

	Håndtering[86, 92, 93]	**Sygdomskontrol**: Effektiv behandling af sygdomsaktivitet kan reducere depressive symptomer, da smerte og inflammation ofte bidrager til mental belastning. **Social støtte:** Inddragelse af det sociale netværk, særligt venner og familie, er af stor betydning for den mentale trivsel hos patienten. **Støtte til egenmestring:** Struktur, fysisk aktivitet, sociale fællesskaber og tydelige strategier for at håndtere symptomudsving (f.eks. plan A og B) kan styrke mental trivsel og reducere ensomhed. **Tværfaglig indsats:** Ved vedvarende symptomer og/eller progression i sygdommen bør der henvises til egen læge, psykolog eller relevante kommunale tilbud. Åbenhed omkring symptomer og støttebehov kan lette håndteringen og forbedre det sociale miljø omkring patienten.
Vurdering af kognitiv funktion	Forekomst og betydning [94, 95]	RA kan påvirke kognition gennem inflammation, smerte, fatigue og komorbiditet. Studier viser nedsat hukommelse, koncentration og mentalt overskud hos nogle patienter med RA. Kognitive vanskeligheder kan påvirke medicinadhærens, aktivitetsniveau og arbejdsevne.
	Udredning og måleredskaber	Mini-Mental State Examination (MMSE) og Trail Making Test (TMT) anbefales til screening af kognitive funktioner hos patienter med autoimmune sygdomme.[96] Neuropsykologisk udredning kan overvejes ved vedvarende problemer eller komplekse symptomprofiler.
	Håndtering[97-99]	**Tilpasning af træningsforløb:** Brug korte, overskuelige instruktioner, gentagelser og visuelt materiale for at støtte hukommelse og koncentration. **Patientuddannelse:** Hjælp patienten med strategier til at kompensere for nedsat kognition, f.eks. brug af påmindelser, struktur, rutiner og planlagte pauser. **Symptomstyring:** Fokus på håndtering af fatigue, smerte og søvnproblemer, da disse ofte forværrer kognitive vanskeligheder. **Samarbejde med egen læge:** Ved tydelige kognitive problemer bør der ske vurdering af medicin, komorbiditeter og behov for videre udredning.
Vurdering af synsvanskeligheder	Forekomst og betydning [6, 7]	RA kan give ekstraartikulære manifestationer, herunder øjeninvolvering (f.eks. tørhed, scleritis). Synsudfordringer kan påvirke daglige aktiviteter, sikkerhed og funktionsevne. Patienter med RA kan få sekundær Sjøgren, der kan manifestere sig som tørhed (i mund, øjne og andre slimhinder), yderligere ledsmerter og øget risiko for tandproblemer.
	Udredning og måleredskaber[7]	Screeningsundersøgelse hos optometrist eller øjenlæge ved synssymptomer. Hurtig henvisning ved røde, smertefulde eller lysfølsomme øjne (mistanke om scleritis/uveitis).
	Håndtering[100]	Patienter med synssymptomer bør henvises til relevant behandling hos optiker/øjenlæge, herunder tværfagligt samarbejde med reumatolog ved behov. Ved tørre øjne (f.eks. sekundær Sjøgrens) anbefales symptomlindrende behandling med kunstige tårer, smørende øjendråber eller salver samt evt. antiinflammatorisk behandling. Ved sværere tilfælde kan anvendes specifik medicinsk behandling, f.eks. ciclosporin-øjendråber.

Praksisanbefalinger
– Fysioterapi til patienter med RA

Træning, fysisk aktivitet og øvelser

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at voksne (18–64 år) er fysisk aktive mindst 30 minutter dagligt med moderat til høj intensitet, hvor man bliver let til moderat forpustet. Derudover bør man lave aktiviteter, der styrker musklerne, mindst to gange om ugen.[45] Det understreges, at fysisk aktivitet bør være regelmæssig og fordeles over ugen, og selv mindre mængder aktivitet er bedre end ingen.[45] Samtidig anbefales det at begrænse stillesiddende tid og skabe variation i løbet af dagen mellem aktivitet og hvile, da for meget stillesiddende adfærd kan påvirke sundheden negativt.[45]

Tidligere har Sundhedsstyrelsen udgivet "Fysisk træning som behandling" med konkrete træningsanbefalinger til patienter med RA.[48] Her konkluderes det at: *"Der er moderat grad af evidens for, at både aerob træning og styrketræning har positive effekter hos personer med reumatoid artrit (RA), men der mangler evidens for træning af personer i funktionsklasse III og IV. Træningen har til formål at øge kondition og styrke og nedsætte risikoen for komorbiditet, ikke mindst hjertekarsygdom. Personer med RA skal stile mod at være fysisk aktive svarende til Sundhedsstyrelsens generelle anbefalinger for fysisk aktivitet."*[48]

De følgende anbefalingerne deles op i svag, moderat og stærk:

- En svag anbefaling opnås ved, at der findes mere end ét kohorte studie, der finder overbevisende resultater for den givende træningsform eller et systematisk review, som beskriver den samlede effekt af træningsformen for svag.
- En moderat anbefaling opnås ved, at der findes mere end ét randomiserede kontrollerede studie, der finder overbevisende resultater for den givende træningsform eller et systematisk review, som beskriver den samlede effekt af træningsformen for moderat.
- En stærk anbefaling opnås ved, at der findes minimum tre randomiserede kontrollerede studier, der finder overbevisende resultater for den givende træningsform eller et systematisk review, som beskriver den samlede effekt af træningsformen for stærk.

Tabel 3. Oversigt over træningsformer [2]

Oversigt over træningsformer			
Træningskategori	**Eksempler**	**Rammer for træningen**	**Anbefaling**
Konditionstræning	Cykling, løb, roning og crosstrainer	Moderat til høj intensitet (40-80%). Varighed 20-60 min. afhængig af den individuelle kapacitet. 2-3 sessioner per uge.	Stærk anbefaling for individuelt tilpasset kredsløbstræning.[50, 51, 101]
	Høj intens intervaltræning (HIIT) Kan udføres på f.eks. ergometercykel eller i armergometer	Høj intensitet (80-120%). Varighed 10-30 min. og afhænger af den individuelle kapacitet. 2 sessioner per uge.	Moderat anbefaling for individuelt tilpasset HIIT-træning.[102, 103]
Styrketræning	Benpres/squats, knæekstension, bænkpres, rows og biceps curl (I maskine eller frivægte. Gerne fokus på hele kroppen)	Moderat til tung modstand (50-90% af 1 RM). Varighed 20-60 min. og afhænger af den individuelle kapacitet. 2 sessioner per uge.	Stærk anbefaling for individuelt tilpasset styrketræning.[50, 51, 104]
	Okklusionstræning	Lav intensitet (20-30% af 1 RM). Varighed 10-30 min. og afhænger af den individuelle kapacitet og antallet af muskelgrupper involveret. 2 sessioner per uge.	Svag anbefaling for individuelt tilpasset okklusionstræning.[105-107]

2 Vejledningerne og de tilhørende anbefalinger i tabel 3 er ikke lavet på en systematisk og udtømmende artikelgennemgang. Derfor kan der være artikler, som ville have været relevante at inkludere, som er blevet overset.

Kombinerede programmer (kondition og styrke)	Se eksempler under "konditionstræning" og "styrketræning"	Intensiteten af den aerobe træning vil spænde fra moderat til høj (40-80%) og moderat til tung modstand (50-80% af 1 RM). Varighed 10-60 min. og afhænger af den individuelle kapacitet og om aerob- og styrketræning kombineres i samme session. 2-4 sessioner per uge.	Stærk anbefaling for individuelt tilpasset kombinationsprogrammer.[48, 50, 108, 109]
Træning i vand	Svømning	Moderat til høj intensitet. Varighed 20-60 min. og afhænger af den individuelle kapacitet. 2 sessioner per uge.	Stærk anbefaling for vandbaserede træningsformer til patienter med RA.[50]
	Vandaerobics	Lav til moderat intensitet. Varighed 20-60 min. og afhænger af den individuelle kapacitet. 2 sessioner per uge.	
	Varmvandsbassin	Lav intensitet. Varighed 30-60 min. og afhænger af det individuelle tilbud.	Svag anbefaling for træning i varmvandsbassin[110-112]
Fysisk aktivitet	Gang, hus- og havearbejde, cykling som transport	Lav til moderat intensitet. Varighed afhænger af tid til rådighed og den individuelle kapacitet. Minimum 30 minutter om dagen.[45]	Stærk anbefaling for fysisk aktivitet[38, 51] Middel anbefaling for at minimere stillesiddende tid og at afbryde længere perioder med stillesiddende tid.[38, 113]
Krop- og sindstræning	Yoga, pilates og Tai chi	Lav til moderat intensitet. Varighed 30-90 min. og afhænger af den specifikke træningsvariant. 1-3 gange om ugen.	Stærk anbefaling for krop- og sindstræning som supplement.[50, 108, 114, 115]

Konditionstræning:

Konditionstræning har til formål at forbedre kredsløbsfunktion, udholdenhed og tolerance imod fatigue hos patienter med RA. Træningsformen er central i forebyggelsen af komorbiditeter, herunder kardiovaskulær sygdom, som er hyppigere hos patienter med RA. Relevante træningsformer inkluderer f.eks. cykling, løb, roning, crosstrainer m.m. Valget af aktivitet bør tage højde for ledstatus, smerter, balance og tidligere træningserfaring. Der gives en stærk anbefaling for individuelt tilpasset kredsløbstræning, da denne træningsform har veldokumenteret effekt på fysisk funktion, kondition og livskvalitet hos patienter med RA.[50, 51, 101]

HIIT er en form for konditionstræning, hvor korte perioder med høj intensitet veksler med aktive pauser (med lav intensitet). Træningsformen stiller øgede krav til både det kardiovaskulære system og muskulær kapacitet. Der gives en moderat anbefaling for individuelt tilpasset HIIT hos udvalgte patienter med RA, hvor sygdommen er velkontrolleret, og hvor patienten tolererer høj intensitet.[102, 103]

Styrketræning:

Styrketræning har til formål at øge muskelstyrke, vedligeholde eller øge det fysiske funktionsniveau og understøtte ledstabilitet. Træningsformen er vigtig ift. at modvirke muskelatrofi og funktionsnedsættelse, samt yderligere tab af knoglemasse hos patienter med RA. Der gives en stærk anbefaling for individuelt tilpasset styrketræning, da effekten på blandt andet muskelstyrke og funktion er veldokumenteret.[50, 51, 104]

Okklusionstræning anvender lav belastning kombineret med delvis afklemning af blodomløbet og kan anvendes som alternativ ved smerter eller nedsat mekanisk belastningstolerance. Der gives en svag anbefaling for individuelt tilpasset okklusionstræning,[105-107] primært som supplement eller alternativ hos patienter, der ikke tolererer traditionel styrketræning.

Kombinerede programmer (kondition og styrke):

Kombinerede træningsprogrammer integrerer både konditions- og styrketræning, og understøtter en

helhedsorienteret forbedring af fysisk funktion. Programmerne kan sammensættes af elementer fra både konditions- og styrketræning, enten i samme session eller på separate træningsdage. Der gives en stærk anbefaling for individuelt tilpassede kombinationsprogrammer, da denne tilgang har bred effekt på funktion, styrke og kondition, samt forebyggelse af yderligere knogletab.[48, 50, 108, 109]

Træning i vand:

Vandbaseret træning reducerer ledbelastning, og kan muliggøre træning med højere intensitet ved smerter eller nedsat belastningstolerance. Svømning anvendes som helkropskonditionstræning, og kan tilpasses ved valg af svømmestil og tempo. Der gives en stærk anbefaling for vandbaseret træning som svømning til patienter med RA.[50] Selvom evidensen for træning i varmvandsbassin ikke er fyldestgørende, så rapporteres der dog om smertelindring, øget træningstolerance og patienttilfredshed ved denne type træning og derfor gives der en svag anbefaling til træning i varmvandsbassin.[110-112]

Fysisk aktivitet:

Fysisk aktivitet omfatter alle former for kropslig bevægelse i hverdagen, og udgør et centralt fundament i håndteringen af RA. At være fysisk aktiv og i bevægelse i dagligdagen bidrager til vedligeholdelse af funktionsevne, reduktion af træthed og forebyggelse af følgesygdomme, herunder hjerte-kar-sygdom. Der gives en stærk anbefaling for grundlæggende at støtte patienter med RA til at være så fysisk aktive som muligt i hverdagen,[38, 51] herunder også Sundhedsstyrelsen anbefalinger (minimum 30 min om dagen),[45] samt en moderat anbefaling til at reducere stillesiddende tid så vidt muligt.[38, 45, 113]

Krop- og sindstræning:

Krop- og sindstræning integrerer bevægelse, fysisk balance, kropsbevidsthed og vejrtrækning, samt kan anvendes som supplement til mere intensiv træning. Relevante former inkluderer f.eks. yoga, pilates og tai chi, hvor fokus er på kontrollerede bevægelser og stabilitet. Der gives en stærk anbefaling for krop- og sindstræning, som supplement til øvrig fysisk træning hos patienter med RA.[50, 108, 114, 115]

Manuel behandling

Manuel behandling er ikke førsteprioritet hos patienter med RA. I de tilfælde, hvor aktiv funktionstræning ikke er mulig, og hvor der derfor kan være indikation for passiv mobilisering, kan dette varetages af en fysioterapeut. Hvor det er relevant, kan en tilgang med fokus på funktion, ledaflastning og aktivitetsstrategier indtænkes.[43]

Massage er ikke en fysioterapeutisk kerneydelse ved RA; hvis der er behov for yderligere bløddelsbehandling, bør patienten henvises til relevant fagperson. Manipulationer (HVLAT), aggressive mobiliseringer og behandling direkte på inflammerede eller ustabile led frarådes generelt hos patienter med RA.

Patientuddannelse
og det videre forløb for patienter med RA

Patientuddannelse er en central del af den fysioterapeutiske indsats, og har til formål at styrke patientens forståelse af sygdom, symptomhåndtering og egenhåndtering. Fysioterapeuten bidrager ved at tilpasse træning og vejlede i strategier, der understøtter vedvarende og meningsfuld fysisk aktivitet.

Egenhåndtering

Egenhåndtering er afgørende for at opnå vedvarende træningsresultater og vedligeholdelse eller forbedring af deres fysiske funktionsniveau over tid. Patientuddannelse har en central rolle, så patienten forstår betydningen af regelmæssig træning, også i perioder med øget fatigue eller symptomer. Herunder er viden om, hvordan man kan tilpasse træningsmængde og type efter dagsformen vigtig, så patient ikke mister kontinuitet i deres træning. Samtidig er viden om fatigue og energiforvaltning vigtig, så aktiviteter kan prioriteres og fordeles hensigtsmæssigt i hverdagen. Et centralt værktøj er et tilpasset øvelsesprogram til hjemmet, der kan udføres de dage, hvor patienten ikke træner hos fysioterapeuten. Dette kan indeholde funktionelle øvelser som squats/rejse-sætte øvelser, trappegang, gåture, balancetræning samt stabilitetstræning. For nogle patienter kan kost også have betydning, og en generel forståelse for sunde kostvaner kan være relevant som del af den samlede egenomsorg. Samlet understøtter disse strategier patientens evne til at træne konsekvent, tilpasse sig sygdommens udsving og fastholde en aktiv og selvstændig hverdag.

Motivation og patientens mulighed for at ændre adfærd

Når fysioterapeuten støtter patienten med RA til træning og øget fysisk aktivitet er det vigtigt at have øje for, hvad der kan være motiverende for at ændre adfærd hos den enkelte patient. COM-B-modellen (Capability, Opportunity, Motivation – Behaviour) tydeliggør, at sundhedsadfærd opstår i samspillet mellem disse komponenter og ikke blot handler om at have viljestyrke nok.[116, 117] Patienter med RA's *kapacitet* påvirkes ofte af smerter, fatigue, og tidligere negative erfaringer med bevægelse, hvilket kan begrænse både fysisk og psykologisk mulighed for at træne. Samtidig kan deres *mulighed* være begrænset af kontekstuelle faktorer som sygdomsudsving, arbejdsliv, sociale forpligtelser samt adgang til relevante træningstilbud. *Motivation* påvirkes både refleksivt (viden, overbevisninger og forventninger til effekt) og automatisk (frygt for smerteforværring, vaner og følelsesmæssige reaktioner). I denne sammenhæng indtager fysioterapeuten en central rolle som facilitator af *adfærdsændring* ved at være opmærksom på og adressere alle tre komponenter i samspil med patienten. En adfærdsorienteret tilgang anerkender, at manglende adherence hos patienter med RA ikke nødvendigvis er et udtryk for manglende motivation eller vilje, men kan være underlagt strukturelle, psykologiske og sygdomsrelaterede barrierer, som kræver en aktiv og individualiseret fysioterapeutisk indsats.

Videre forløb

Træning i civilsamfundet er et vigtigt supplement til den fysioterapeutiske indsats og en central del af at fastholde en aktiv livsstil. For eksempel tilbyder Gigtforeningen en række relevante aktiviteter, herunder vandgymnastik, naturtræning og særlige mandegrupper, som kan give både fysisk træning og social støtte. Derudover kan specialiserede tilbud, som Rehabiliterings centrene Sano (findes i Middelfart, Århus og Skælskør) og Dansk Gigthospital i Sønderborg være oplagte muligheder for målrettede ophold samt træningsforløb. Disse forløb kan patientens læge henvise til. Mange lokale foreninger, aftenskoler og aktivitetscentre tilbyder desuden hensyntagende træning, typisk rettet mod seniorer, men ofte også velegnet til patienter med RA. Fysioterapeutens rolle er at vejlede patienten til at finde de tilbud, som giver mening for dem, og skabe tryghed i overgangen fra superviseret træning af fysioterapeuter til foreningsbaserede aktiviteter. Dette kan omfatte introduktion til relevante hold, dialog om forventninger og hjælp med programlægning i det lokale fitnesscenter.

Afslutning af forløb

Afslutning af et fysioterapeutisk træningsforløb for patienter med RA bør baseres på en vurdering af patientens funktionsniveau, sygdomsaktivitet og behov for fortsat støtte. Da vederlagsfri fysioterapi er forbeholdt patienter med en varig funktionsnedsættelse som følge af deres sygdom, handler afslutning sjældent om at afslutte kontakten, men om at placere patienten

i det rette niveau af støtte. Patienter, der primært har behov for vejledning, patientuddannelse og tryghed i håndteringen af diagnosen, kan ofte overgå til civilsamfunds- eller foreningsbaserede aktiviteter, f.eks. fitnesscenter, svømning eller lokale træningstilbud med fysioterapeutens støtte i overgangsfasen. Målet er at sikre, at patienten har en tryg og bæredygtig plan for videre træning og behandling, uanset om det foregår hos fysioterapeuten eller i civilsamfundet.

Anbefalinger
om tværfagligt samarbejde

Patienter med RA kan have behov for vurdering fra flere faggrupper for at sikre en helhedsorienteret og effektiv rehabilitering. Dette behov kan opstå løbende i sygdommen, og er ikke låst til niveauet af sygdomsaktivitet eller sygdomsvarighed.

- **Praktiserende læge** – vurderer behov for fortsat vederlagsfri fysioterapi, og ved behov henviser til specialiseret eller højt specialiseret rehabiliteringsforløb.
- **Reumatologisk læge og sygeplejerske** – justerer behandlingen baseret på kliniske fund, blodprøver og billeddiagnostik samt har en koordinerende rolle i et patientnært forløb. De kan henvise til specialiserede rehabiliteringscentre ved behov.
- **Bandagist** – Fremstiller og justerer håndledsortoser, fingerortoser eller fodindlæg for at støtte led og mindske smerter.
- **Ergoterapeut** – Vurderer håndfunktion, ledaflastende principper, finmotorik, aktivitetsbegrænsninger, energiforvaltning og behov for hjælpemidler.
- **Diætist** – Understøtter ved ernæringsmæssige udfordringer, f.eks. vægttab, overvægt eller nedsat appetit. For patienter kan kost understøtte sygdomshåndtering og generel sundhed.
- **Optometrist/øjenlæge** – Vurderer patienter med øjenmanifestationer (f.eks. tørre øjne, scleritis eller sekundær Sjøgrens syndrom), eller synsudfordringer sekundært til medicin eller træthed.
- **Psykolog** – Understøtter ved depression, angst, livskrise og tilpasningsproblemer.
- **Neuropsykolog** – Foretager undersøgelser ved mistanke om kognitive problemer, f.eks. “brain fog” pga. inflammation, smerte eller komorbiditet.
- **Sagsbehandler (kommune)** - Ved behov for støtte ift. sygemelding, arbejdsfastholdelse, fleksjob, revalidering eller bevilling af hjælpemidler. Sagsbehandleren har en central rolle i koordinering af sociale indsatser, og kan understøtte patientens deltagelse i arbejds- og hverdagsliv.

Patientforening

Gigtforeningen er Danmarks største patientorganisation for mennesker med gigt, og har siden 1936 arbejdet for bedre behandling, støtte, viden og livskvalitet til patienter med alle former for gigt, herunder RA. Gigtforeningen kan støtte mennesker med RA ved at tilbyde faglig rådgivning og praktiske råd til at håndtere smerter, træthed og begrænset funktionsevne i hverdagen. De formidler træningsprogrammer og hjælper med at finde relevante hjælpemidler samt navigere i sociale og økonomiske rettigheder. Derudover skaber de fællesskaber gennem netværk og lokale aktiviteter, formidler viden om behandling, medicin og kost og arbejder politisk for bedre vilkår for mennesker ramt af gigt. Samtidig støtter Gigtforeningen forskning, der skal forbedre fremtidens behandlingstilbud.

Referencer

1. Alivernini, S., G.S. Firestein, and I.B. McInnes, The pathogenesis of rheumatoid arthritis. Immunity, 2022. 55(12): p. 2255–2270.
2. Noto, G., et al., Pathogenesis of rheumatoid arthritis: one year in review 2025. Clin Exp Rheumatol, 2025. 43(9): p. 1533–1540.
3. Hu, H., et al., The effect of physical exercise on rheumatoid arthritis: An overview of systematic reviews and meta-analysis. J Adv Nurs, 2021. 77(2): p. 506–522.
4. Chancay, M.G., S.N. Guendsechadze, and I. Blanco, Types of pain and their psychosocial impact in women with rheumatoid arthritis. Womens Midlife Health, 2019. 5: p. 3.
5. Turesson, C., Extra-articular rheumatoid arthritis. Curr Opin Rheumatol, 2013. 25(3): p. 360–6.
6. Vignesh, A.P. and R. Srinivasan, Ocular manifestations of rheumatoid arthritis and their correlation with anti-cyclic citrullinated peptide antibodies. Clin Ophthalmol, 2015. 9: p. 393–7.
7. Reddy, A.K., J.R. Kolfenbach, and A.G. Palestine, Ocular manifestations of rheumatoid arthritis. Curr Opin Ophthalmol, 2022. 33(6): p. 551–556.
8. Özkırış, M., et al., Does rheumatoid arthritis have an effect on audiovestibular tests? Eur Arch Otorhinolaryngol, 2014. 271(6): p. 1383–7.
9. Soussi, B.G., et al., Incidence of seropositive and seronegative rheumatoid arthritis in Denmark: a nationwide population-based study. Scand J Rheumatol, 2024. 53(5): p. 316–324.
10. Mo, Q., et al., A comparative study on the clinical and magnetic resonance imaging features between seronegative and seropositive rheumatoid arthritis. Clin Exp Rheumatol, 2024. 42(1): p. 77–85.
11. Choi, S. and K.H. Lee, Clinical management of seronegative and seropositive rheumatoid arthritis: A comparative study. PLoS One, 2018. 13(4): p. e0195550.
12. Aletaha, D., et al., 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheum, 2010. 62(9): p. 2569–81.
13. Fujii, T., et al., Management and treatment outcomes of rheumatoid arthritis in the era of biologic and targeted synthetic therapies: evaluation of 10-year data from the KURAMA cohort. Arthritis Res Ther, 2024. 26(1): p. 16.
14. de Castro, C.T., et al., Real-world effectiveness of biological therapy in patients with rheumatoid arthritis: Systematic review and meta-analysis. Front Pharmacol, 2022. 13: p. 927179.
15. Smolen, J.S., et al., EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs: 2025 update. Ann Rheum Dis, 2026.
16. Bykerk, V.P., et al., Identifying flares in rheumatoid arthritis: reliability and construct validation of the OMERACT RA Flare Core Domain Set. RMD Open, 2016. 2(1): p. e000225.
17. Bechman, K., et al., Flares in Rheumatoid Arthritis Patients with Low Disease Activity: Predictability and Association with Worse Clinical Outcomes. J Rheumatol, 2018. 45(11): p. 1515–1521.
18. Michaud, K., et al., Systematic Literature Review of Residual Symptoms and an Unmet Need in Patients With Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken), 2021. 73(11): p. 1606–1616.
19. Walter, M.J.M., et al., Fatigue in early, intensively treated and tight-controlled rheumatoid arthritis patients is frequent and persistent: a prospective study. Rheumatol Int, 2018. 38(9): p. 1643–1650.
20. Kvien, T.K., Epidemiology and burden of illness of rheumatoid arthritis. Pharmacoeconomics, 2004. 22(2 Suppl 1): p. 1–12.
21. Cooney, J.K., et al., Benefits of exercise in rheumatoid arthritis. J Aging Res, 2011. 2011: p. 681640.
22. Baillet, A., et al., Efficacy of resistance exercises in rheumatoid arthritis: meta-analysis of randomized controlled trials. Rheumatology (Oxford), 2012. 51(3): p. 519–27.
23. Hurkmans, E., et al., Dynamic exercise programs (aerobic capacity and/or muscle strength training) in patients with rheumatoid arthritis. Cochrane Database Syst Rev, 2009. 2009(4): p. Cd006853.

24. Toxværd, C.G., et al., Physical activity levels in individuals with prevalent chronic diseases in the general Danish population from 2013 to 2021. Scand J Public Health, 2025: p. 14034948251383396.

25. Murphy, L., et al., Cardiovascular disease risk assessment in patients with rheumatoid arthritis: A scoping review. Clin Rheumatol, 2024. 43(7): p. 2187–2202.

26. Farhat, H., et al., Increased Risk of Cardiovascular Diseases in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. Cureus, 2022. 14(12): p. e32308.

27. Pietschmann, P., et al., Mechanisms of Systemic Osteoporosis in Rheumatoid Arthritis. Int J Mol Sci, 2022. 23(15).

28. Taylor, P.C., et al., The Key Comorbidities in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Narrative Review. J Clin Med, 2021. 10(3).

29. Jiang, P., H. Li, and X. Li, Diabetes mellitus risk factors in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. Clin Exp Rheumatol, 2015. 33(1): p. 115–21.

30. Scherer, H.U., T. Häupl, and G.R. Burmester, The etiology of rheumatoid arthritis. J Autoimmun, 2020. 110: p. 102400.

31. Kumar, M., et al., Autoimmune disease: genetic susceptibility, environmental triggers, and immune dysregulation. Where can we develop therapies? Front Immunol, 2025. 16: p. 1626082.

32. Korzeniowska, A. and E. Bryl, Infectious and Commensal Bacteria in Rheumatoid Arthritis-Role in the Outset and Progression of the Disease. Int J Mol Sci, 2024. 25(6).

33. Gravallese, E.M. and G.S. Firestein, Rheumatoid Arthritis - Common Origins, Divergent Mechanisms. N Engl J Med, 2023. 388(6): p. 529–542.

34. Di Matteo, A., J.M. Bathon, and P. Emery, Rheumatoid arthritis. Lancet, 2023. 402(10416): p. 2019–2033.

35. Soussi, B.G., et al., Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis in Denmark from 1998 to 2018: a nationwide register-based study. Scand J Rheumatol, 2022. 51(6): p. 481–489.

36. Uhlig, T., R.H. Moe, and T.K. Kvien, The burden of disease in rheumatoid arthritis. Pharmacoeconomics, 2014. 32(9): p. 841–51.

37. Mattila, K., F. Buttgereit, and R. Tuominen, Influence of rheumatoid arthritis-related morning stiffness on productivity at work: results from a survey in 11 European countries. Rheumatol Int, 2015. 35(11): p. 1791–7.

38. Rausch Osthoff, A.K., et al., EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis: 2025 update. Ann Rheum Dis, 2026.

39. Rausch Osthoff, A.K., et al., Effects of exercise and physical activity promotion: meta-analysis informing the 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with rheumatoid arthritis, spondyloarthritis and hip/knee osteoarthritis. RMD Open, 2018. 4(2): p. e000713.

40. Bremander, A., et al., Importance of Measuring Hand and Foot Function Over the Disease Course in Rheumatoid Arthritis: An Eight-Year Follow-Up Study. Arthritis Care Res (Hoboken), 2019. 71(2): p. 166–172.

41. Noguchi, T., et al., Association of Decreased Physical Activity with Rheumatoid Mid-Hindfoot Deformity/ Destruction. Int J Environ Res Public Health, 2021. 18(19).

42. Kanda, Y., et al., Prevalence and aggravation of cervical spine instabilities in rheumatoid arthritis during over 10 years: a prospective multicenter cohort study. Sci Rep, 2024. 14(1): p. 26821.

43. Peter, W.F., et al., Clinical Practice Guideline for Physical Therapist Management of People With Rheumatoid Arthritis. Phys Ther, 2021. 101(8).

44. Sundhedstyrelsen, Vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi. 2025: Sundhedstyrelsen.

45. Sundhedsstyrelsen, Anbefalinger om fysisk aktivitet og stillesiddende tid. Sundhedsstyrelsen.

46. Dansk Reumatologisk Selskab. National Behandlingsvejledning (NBV) - Reumatoid Artritis. 2025: Dansk Reumatologisk Selskab.

47. Center for kliniske retningslinjer – Clearinghouse. Kliniske retningslinjer for træning af aerob kapacitet og muskelstyrke til patienter med reumatoid artrit. 2016.

48. Sundhedsstyrelsen, Fysisk træning som behandling – 31 lidelser og risikotilstande. 2018: Sundhedsstyrelsen.

49. England, B.R., et al., 2022 American College of Rheumatology Guideline for Exercise, Rehabilitation, Diet, and Additional Integrative Interventions for Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken), 2023. 75(8): p. 1603–1615.

50. Gwinnutt, J.M., et al., Effects of physical exercise and body weight on disease-specific outcomes of people with rheumatic and musculoskeletal diseases (RMDs): systematic reviews and meta-analyses informing the 2021 EULAR recommendations for lifestyle improvements in people with RMDs. RMD Open, 2022. 8(1).

51. Rausch Osthoff, A.K., et al., 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. Ann Rheum Dis, 2018. 77(9): p. 1251–1260.

52. Verstappen, S.M., Outcomes of early rheumatoid arthritis--the WHO ICF framework. Best Pract Res Clin Rheumatol, 2013. 27(4): p. 555–70.

53. Maigaard, B. Funktionsevnevurdering og ICF. 2025; Available from: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/funktionsevne-og-rehabilitering/funktionsevnevurdering-og-icf/funktionsevne-vurdering-og-icf/.

54. Hefford, C., et al., The patient-specific functional scale: validity, reliability, and responsiveness in patients with upper extremity musculoskeletal problems. J Orthop Sports Phys Ther, 2012. 42(2): p. 56–65.

55. G. Frydenlund, P. Johansen, M.V Kristensen, Fysioterapeutisk undersøgelse. 2021: Munksgaard.

56. England, B.R., et al., Increased cardiovascular risk in rheumatoid arthritis: mechanisms and implications. Bmj, 2018. 361: p. k1036.

57. Schattner, A., The Cardiovascular Burden of Rheumatoid Arthritis - Implications for Treatment. Am J Med, 2023. 136(12): p. 1143–1146.

58. Semb, A.G., et al., Atherosclerotic cardiovascular disease prevention in rheumatoid arthritis. Nat Rev Rheumatol, 2020. 16(7): p. 361–379.

59. Moshayedi, S., B. Tasorian, and A. Almasi-Hashiani, The prevalence of osteoporosis in rheumatoid arthritis patient: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep, 2022. 12(1): p. 15844.

60. Kanis, J.A., et al., Rheumatoid arthritis and subsequent fracture risk: an individual person meta-analysis to update FRAX. Osteoporos Int, 2025. 36(4): p. 653–671.

61. Fu, T., et al., Risk factors for osteoporosis in rheumatoid arthritis patients: a meta-analysis. Osteoporos Int, 2026. 37(2): p. 305–318.

62. Raterman, H.G. and W.F. Lems, Pharmacological Management of Osteoporosis in Rheumatoid Arthritis Patients: A Review of the Literature and Practical Guide. Drugs Aging, 2019. 36(12): p. 1061–1072.

63. Santos, E.J.F., et al., Efficacy of non-pharmacological interventions: a systematic review informing the 2023 EULAR recommendations for the management of fatigue in people with inflammatory rheumatic and musculoskeletal diseases. RMD Open, 2023. 9(3).

64. Dures, E., et al., 2023 EULAR recommendations for the management of fatigue in people with inflammatory rheumatic and musculoskeletal diseases. Ann Rheum Dis, 2024. 83(10): p. 1260–1267.

65. Chmielewski, G., et al., Fatigue in Inflammatory Joint Diseases. Int J Mol Sci, 2023. 24(15).

66. Santos, E.J.F., et al., The impact of fatigue in rheumatoid arthritis and the challenges of its assessment. Rheumatology (Oxford), 2019. 58(Suppl 5): p. v3–v9.

67. Nicklin, J., et al., Measuring fatigue in rheumatoid arthritis: a cross-sectional study to evaluate the Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue Multi-Dimensional questionnaire, visual analog scales, and numerical rating scales. Arthritis Care Res (Hoboken), 2010. 62(11): p. 1559–68.

68. Primdahl, J., et al., Validation of the Danish versions of the Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue Multi-Dimensional Questionnaires (BRAFs). Scand J Rheumatol, 2021. 50(5): p. 351–359.

69. Bartholomew, E.J., et al., Which fatigue scale should I use? A Rasch analysis of two fatigue scales in inflammatory conditions. Rheumatology (Oxford), 2025. 64(1): p. 195–203.

70. Cella, D., et al., Validation of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Fatigue Scale relative to other instrumentation in patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol, 2005. 32(5): p. 811–9.

71. Perniola, S., et al., Residual pain and fatigue are affected by disease perception in rheumatoid arthritis in sustained clinical and ultrasound remission. Clin Rheumatol, 2025. 44(3): p. 1019–1029.

72. Bawazir, Y.M. and M.A. Mustafa, A Cross-Sectional Study of the Relationship Between Disease Activity and Fatigue in Rheumatoid Arthritis Patients at King Abdulaziz University Hospital, Saudi Arabia. Open Access Rheumatol, 2026. 18: p. 583296.

73. Husivargova, A., et al., A cross-sectional study of multidimensional fatigue in biologic-treated rheumatoid arthritis: which variables play a role? Disabil Rehabil, 2024. 46(17): p. 3878–3886.

74. Jiang, N., et al., Improving Clinical Management and Patient-Reported Outcomes Among Patients with Rheumatoid Arthritis in China via Real-

world Evidence (IMPROVE Study): A Multicenter Prospective Cohort Study. Adv Ther, 2025. 42(6): p. 2906–2921.

75. Germonpré, S., et al., Prevalence of frailty and pre-frailty in patients with rheumatoid arthritis: a systematic literature review and meta-analysis. Clin Exp Rheumatol, 2023. 41(7): p. 1443–1450.

76. Hanlon, P., et al., Frailty in rheumatoidrmdopen-2021-002111 arthritis and its relationship with disease activity, hospitalisation and mortality: a longitudinal analysis of the Scottish Early Rheumatoid Arthritis cohort and UK Biobank. RMD Open, 2022. 8(1).

77. Gao, R.C., et al., Frailty in rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. Joint Bone Spine, 2022. 89(4): p. 105343.

78. Brubeck, H.F., et al., Evaluating the Longitudinal Association of Rheumatoid Arthritis Disease Activity With Phenotypic Frailty: Evidence for Secondary Frailty? Arthritis Care Res (Hoboken), 2026. 78(3): p. 307–315.

79. Wen, L., et al., Causal association of rheumatoid arthritis with frailty and the mediation role of inflammatory cytokines: A Mendelian randomization study. Arch Gerontol Geriatr, 2024. 122: p. 105348.

80. Salaffi, F., et al., The Comprehensive Rheumatologic Assessment of Frailty (CRAF): development and validation of a multidimensional frailty screening tool in patients with rheumatoid arthritis. Clin Exp Rheumatol, 2020. 38(3): p. 488–499.

81. Tran, T.H., et al., Adaptation of the comprehensive rheumatologic assessment of frailty (CRAF) as a multidimensional frailty screening tool in patients with rheumatoid arthritis in Vietnam. BMC Rheumatol, 2024. 8(1): p. 24.

82. Abild, S.M., et al., On the edge of dependency: how older adults with rheumatoid arthritis experience living with frailty. EULAR Rheumatology Open, 2025. 1(3): p. 249–259.

83. Lieber, S.B., et al., Frailty and rheumatic diseases: evidence to date and lessons learned. The Lancet Rheumatology, 2024. 6(12): p. e881–e891.

84. Salaffi, F., et al., Inflammaging and Frailty in Immune-Mediated Rheumatic Diseases: How to Address and Score the Issue. Clin Rev Allergy Immunol, 2023. 64(2): p. 206–221.

85. Meade, T., et al., Prevalence, Severity, and Measures of Anxiety in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. Arthritis Care Res (Hoboken), 2024. 76(2): p. 171–180.

86. Vestergaard, S.B., et al., Prevalence of anxiety and depression and the association with self-management behaviour in >12 000 patients with inflammatory rheumatic disease: a cross-sectional nationwide study. RMD Open, 2024. 10(1).

87. Hitchon, C.A., et al., Validity and Reliability of Screening Measures for Depression and Anxiety Disorders in Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken), 2020. 72(8): p. 1130–1139.

88. Ng, K.J., et al., Risk factors, including different biologics, associated with depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional observational study. Clin Rheumatol, 2020. 39(3): p. 737–746.

89. Englbrecht, M., et al., New insights into the prevalence of depressive symptoms and depression in rheumatoid arthritis - Implications from the prospective multicenter VADERA II study. PLoS One, 2019. 14(5): p. e0217412.

90. Englbrecht, M., et al., Validation of Standardized Questionnaires Evaluating Symptoms of Depression in Rheumatoid Arthritis Patients: Approaches to Screening for a Frequent Yet Underrated Challenge. Arthritis Care Res (Hoboken), 2017. 69(1): p. 58–66.

91. Nguyen, T.T., et al., Effectiveness of Mind-Body Intervention for Inflammatory Conditions: Results from a 26-Week Randomized, Non-Blinded, Parallel-Group Trial. J Clin Med, 2021. 10(14).

92. Coyle, N., S. Kuit, and S. Dunne, Investigating the Association Between Social Support and Quality of Life in People With Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review of the Literature. Int J Rheum Dis, 2025. 28(5): p. e70234.

93. Cox, N., et al., The relationship between pain and depression and anxiety in people with inflammatory arthritis: A systematic review. Semin Arthritis Rheum, 2025. 74: p. 152808.

94. Meade, T., et al., Cognitive Impairment in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. Arthritis Care Res (Hoboken), 2018. 70(1): p. 39–52.

95. Pankowski, D., et al., Prevalence of neurocognitive impairment in patients with rheumatoid arthritis - a systematic review and meta-analysis. Clin Neuropsychol, 2025. 39(2): p. 252–272.

96. Saidane, O., et al., Assessment of Cognitive Impairment in Rheumatoid Arthritis. Mediterr J Rheumatol, 2025. 36(2): p. 236–241.

97. Qidwai, M., et al., Cognitive implications of rheumatoid arthritis: A call for comprehensive care and research focus. Immun Inflamm Dis, 2023. 11(11): p. e1065.

98. Dawood, R., et al., Exploring Factors Associated With Cognitive Impairment in Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken), 2026. 78(5): p. 591–600.

99. Myasoedova, E., et al., Cognitive impairment in individuals with rheumatic diseases: the role of systemic inflammation, immunomodulatory medications, and comorbidities. Lancet Rheumatol, 2024. 6(12): p. e871–e880.

100. Promelle, V., V. Goeb, and J. Gueudry, Rheumatoid Arthritis Associated Episcleritis and Scleritis: An Update on Treatment Perspectives. J Clin Med, 2021. 10(10).

101. Loeppenthin, K., et al., Efficacy and Acceptability of Intermittent Aerobic Exercise on Polysomnography-Measured Sleep in People With Rheumatoid Arthritis With Self-Reported Sleep Disturbance: A Randomized Controlled Trial. ACR Open Rheumatol, 2022. 4(5): p. 395–405.

102. Bilberg, A., et al., High-intensity interval training improves cardiovascular and physical health in patients with rheumatoid arthritis: a multicentre randomised controlled trial. Br J Sports Med, 2024. 58(23): p. 1409–1418.

103. Grenier, J.P. and A. Thiel, Effectiveness and safety of high-intensity exercise in rheumatic diseases-friend or foe? A systematic review. Rheumatology (Oxford), 2026. 65(2).

104. Lourenzi, F.M., et al., Effectiveness of an overall progressive resistance strength program for improving the functional capacity of patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. Clin Rehabil, 2017. 31(11): p. 1482–1491.

105. Rodrigues, R., et al., Low-Load Resistance Training With Blood-Flow Restriction in Relation to Muscle Function, Mass, and Functionality in Women With Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken), 2020. 72(6): p. 787–797.

106. Jønsson, A.B., et al., Feasibility and estimated efficacy of blood flow restricted training in female patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled pilot study. Scand J Rheumatol, 2021. 50(3): p. 169–177.

107. Bennett, H., et al., An evaluation of progressive blood flow restricted resistance training and exercise preferences in individuals with Rheumatoid Arthritis. Disabil Rehabil, 2025. 47(21): p. 5582–5593.

108. Zhang, Y., et al., Effect of Exercise Interventions for Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. J Pain Res, 2025. 18: p. 5109–5126.

109. Andonian, B.J., et al., Effect of Remotely Supervised Weight Loss and Exercise Training Versus Lifestyle Counseling on Cardiovascular Risk and Clinical Outcomes in Older Adults With Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial. ACR Open Rheumatol, 2024. 6(3): p. 124–136.

110. Hall, J., et al., A randomized and controlled trial of hydrotherapy in rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res, 1996. 9(3): p. 206–15.

111. Eversden, L., et al., A pragmatic randomised controlled trial of hydrotherapy and land exercises on overall well being and quality of life in rheumatoid arthritis. BMC Musculoskelet Disord, 2007. 8: p. 23.

112. Al-Qubaeissy, K.Y., et al., The effectiveness of hydrotherapy in the management of rheumatoid arthritis: a systematic review. Musculoskeletal Care, 2013. 11(1): p. 3–18.

113. Thomsen, T., et al., The efficacy of motivational counselling and SMS reminders on daily sitting time in patients with rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial. Ann Rheum Dis, 2017. 76(9): p. 1603–1606.

114. Pukšić, S., et al., Effects of Yoga in Daily Life program in rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial. Complement Ther Med, 2021. 57: p. 102639.

115. Yentür, S.B., et al., Comparison of the effectiveness of pilates exercises, aerobic exercises, and pilates with aerobic exercises in patients with rheumatoid arthritis. Ir J Med Sci, 2021. 190(3): p. 1027–1034.

116. Michie, S., M.M. van Stralen, and R. West, The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implement Sci, 2011. 6: p. 42.

117. West, R. and S. Michie, A Brief Introduction to the COM-B Model of Behaviour and the PRIME Theory of Motivation. Qeios.

Bilag 1

Deltagere i den faglige følgegruppe

Herdis Bohn Brødbæk, Praktiserende læge og Praksiskonsulent på OUH, Region Syddanmark

Tanja Thomsen, Ergoterapeut, Cand. Scient. San og ph.d. Seniorforsker i Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse

Mette Aadahl, Fysioterapeut, Professor, Ph.d. og Master og Public Health, Seniorforsker i Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Medlem af databasestyregruppen for Dansk Reumatologisk Kvalitetsdatabase (DRK)

Iben Beyer Sørensen, Fysioterapeut i Nationalt Center for Autoimmune Sygdomme ved Aarhus Universitetshospital, Klinisk vejleder ved AUH-fysioterapi

Martin Langeskov Christensen, Ph.d., Forskningsleder ved Neurologi, Regionshospitalet Viborg og lektor på Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet

Line Raunsbæk Knudsen, Ph.d., Master i Klinisk Sygepleje, Klinisk sygeplejespecialist, Forsker ved Led- og Bindevævssygdomme på Aarhus Universitetshospital

Astrid Jensen Damgaard, Fysioterapeut, Cand. Scient. San, Ph.d.-studerende ved Center for Viden om Gigt på Dansk Gigthospital og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet

Sabina de Lemos, Fysioterapeut i privatpraksis

Nina Sandholt, Overfysioterapeut hos Rigshospitalet

Rebecca Ganderup, Fysioterapeut i privatpraksis

Gorm Høj Jensen, Fysioterapeut, Master i Rehabilitering, Lektor på UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole, Fysioterapeutuddannelsen

Praksiskonsulenter for fysioterapi

Helene Povlsen, Region Nordjylland

Nils-Bo de Vos Andersen og **Bo Albertsen**, Region Midtjylland

Thomas Agner Larsen og **Jesper Ottesen**, Region Hovedstaden

Viktor Ladegourdie, Region Syddanmark