

## **Ocenjevanje izida rehabilitacije bolnikov z revmatoidnim artritismom in uporaba Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja**

**Mateja LUKŠIČ GORJANC, Andrejka FATUR VIDETIČ**

*Terme Dolenjske Toplice, Slovenija*

*Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Ljubljana, Slovenija*

*Primljeno / Received : 2007-10-22; Prihvačeno / Accepted: 2007-10-22*

### **Povzetek**

Revmatoidni artritis (RA) je kronična, vnetna, sistemska, imunsko pogojena bolezen z nepredvidljivim potekom. Napredovanje bolezni lahko povzroča trajne okvare, ki vplivajo na funkcije. Okvare telesne zgradbe in funkcij vplivajo na bolnikove aktivnosti in sodelovanje. V preteklih letih so bila razvita različna orodja za ocenjevanje na nivoju okvare, prizadetosti in oviranosti. Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF) prinaša celosten pogled na zdravje. Pri ocenjevanju zmanjšane zmožnosti opredeljuje bistveno povezavo med človekom in okoljem. MKF ni ocenjevalno orodje, predstavlja pa osnovo za izbor primernih orodij. Rehabilitacijo bolnikov z RA lahko ocenjujemo na vseh nivojih MKF. V prispevku je podan pregled literature s področja ocenjevanja zdravljenja in rehabilitacije bolnikov z revmatoidnim artritismom.

**Ključne besede:** ocenjevanje izida, revmatoidni artritis, splošni in bolezensko specifični vprašalniki, Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja

## **Outcome measurement of rehabilitation of patients with rheumatoid arthritis and use of the International Classification of Functioning, Disability and Health**

**Mateja LUKŠIČ GORJANC, Andrejka FATUR VIDETIČ**

*Terme Dolenjske Spa, Slovenija*

*Institut for Rehabilitation of Slovenia, Ljubljana, Slovenia*

## Summary

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, inflammatory, multisystemic, autoimmune disease with an unpredictable course. The progress of the disease can cause permanent damages which influence on functions. The damages of the physical constitution and of the functions have an influence on the patient's activities and cooperation. In the past years, many different approaches have been developed in order to evaluate the level of damage, handicap and disability. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) enable a whole view of the health. In evaluation of disability, it defines the main connection between people and their environment. The ICF is not an evaluative tool. It represents the basis for the selection of appropriate tools. The rehabilitation of patients with RA can be evaluated on all levels of ICF. In this contribution, the review of the literature connected with the evaluation of the treatment and rehabilitation of patients with RA is given.

**Key words:** outcome measurement, rheumatoid arthritis, generic and disease specific questionnaires, International Classification of Functioning, Disability and Health

## Uvod

Revmatoidni artritis (RA) je kronična, vnetna, sistemska, imunsko pogojena bolezen z nepredvidljivim potekom. Prevalenca bolezni je 1%. Najvišja incidenca je med 45 in 60 letom. Ženske zbole vajo trikrat pogosteje. Napredovanje bolezni lahko povzroča trajne okvare, ki vplivajo na funkcije. V starajoči se populaciji pomeni RA pomemben problem. Na 100.000 ljudi je 1.000 bolnikov z RA, 120 od teh je pomembno prizadetih - zmanjšano aktivnih in oviranih v sodelovanju, približno 25 je nepokretnih, vezanih na voziček ali bolniško posteljo (1). RA povzroča bolečine in progresivno slabšanje gibljivosti in zmožnosti skrbeti zase. Negativni vplivi bolezni na kvaliteto življenja so zato resni. Funkcionalne sposobnosti so pomembna komponenta bolnikovega doživljanja bolezni in naj bi bile ključnega pomena za načrtovanje zdravljenja in rehabilitacije. Socioekonomske posledice (izgubljeni delovni dnevi, stroški zdravstvene oskrbe) pa so pomembni za širšo skupnost.

Okvare telesne zgradbe in funkcij vplivajo na bolnikove aktivnosti in sodelovanje. Bolniki z RA potrebujejo zdravljenje z zdravili. Za ohranjanje in izboljšanje funkcije pa je nujna sočasna rehabilitacija. Cilj rehabilitacije je izboljšanje funkcije in s tem aktivnosti ter sodelovanja. Ocena uspešnosti rehabilitacije je zato ocena izboljšanja funkcije in ne spremembe standardnih kliničnih in laboratorijskih testov (2). Ocenjevanje izida rehabilitacije postaja

vse pomembnejše in nujno zaradi poenotenja dela v različnih ustanovah, ki se ukvarjajo z rehabilitacijo. Pomembno je tudi zaradi ustreznega usmerjanja in obravnave bolnikov v različnih ustanovah.

## **Ocenjevanje izida v rehabilitaciji in uporaba Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF)**

V preteklih letih so bila razvita različna orodja za ocenjevanje na nivoju okvare, prizadetosti in oviranosti. Različna orodja se uporabljajo tudi za ocenjevanje rehabilitacijske tehnologije ter kakovosti življenja. Ocenjevanje je postalo nujno za ugotavljanje stanja bolnika, spremljanje sprememb zdravstvenega stanja, načrtovanje in usmerjanje v rehabilitacijski program ter ocene prognoze. Pomembno je tudi za oceno končnega izida zdravljenja ter načrtovanje pomoči v domačem okolju, usmerjanje v poklicno rehabilitacijo tez objektivnejšo oceno delazmožnosti. Širše je potrebno tudi za organizacijo zdravstvene in socialne službe. Navedena širina obravnave bolnikov utemeljuje uvajanje bio – psiho - socialnega modela, ki ga v najširšem vsebinskem pomenu definira prav MKF. Namenjena je proučevanju področja zdravja in z zdravjem povezanih stanj bolnikov ter katerekoli druge skupine ljudi in dopolnjuje Mednarodno klasifikacijo bolezni (MKB). Z jasnimi definicijami pojmov z njo lahko opišemo kako bolnik funkcionira glede na stanje telesnih funkcij in zgradb, kakšne so njegove možnosti delovanja (aktivnosti) in sodelovanja (participacija) ob upoštevanju spremljajočih okoljskih in osebnih dejavnikov v pozitivnem ali negativnem smislu. Z opisovalci lahko opišemo obseg ali stopnjo funkcioniranja ali zmanjšane zmožnosti/invalidnosti v dani kategoriji in v kakšni meri okoljski dejavnik olajšuje ali otežuje položaj posameznika. Njen model omogoča analizo in reševanje medicinskih (zdravstvenih) problemov z vidika socialne integracije, socialne akcije, upošteva individualno in kolektivno odgovornost, ravnanje okolja, politiko zagotavljanja človekovih pravic in socialne skrbi. Z modelom, ki ga utemeljuje, lahko ocenimo kako celovit sistem skrbi za človekovo zdravje imamo (3). Doseženo stopnjo rehabilitiranosti bolnikov z RA lahko za potrebe ocenjevanja opisujemo na vseh nivojih MKF.

## **Izbira ocenjevalnih orodij**

Pri izbiri primernih orodij je pomembno koga in zakaj ocenjujemo. Pomembno je tudi kaj ocenjujemo npr. telesno zgradbo, funkcijo, aktivnosti, sodelovanje, na kar vplivajo osebni dejavniki in dejavniki okolja. Na voljo imamo številna

orodja. Nenazadnje pa zaradi primerljivosti podatkov na izbiro orodij vpliva tudi izbira drugih avtorjev.

Orodja, ki se bodo uveljavila, morajo biti zanesljiva, veljavna, dovolj občutljiva in enostavna za uporabo. Zanesljiva orodja so varna pred naključnimi napakami. Veljavnost pomeni, da orodje meri to, kar je cilj merjenja. Občutljivo orodje zazna pričakovane spremembe. Ocenjevanje mora biti tudi enostavno in hitro, izpolnjevanje vprašalnikov naj traja do 15 minut (4). Pridobljeni podatki morajo biti med sabo primerljivi, socialne in kulturne razlike ne smejo vplivati na ocene. Orodja morajo biti po pravilih prevedena za različna govorna področja. Za primerjavo med študijami opravljenimi v različnih kulturah morajo biti vprašalniki prilagojeni in smiselno prevedeni za posamezna govorna področja. Vprašalniki morajo biti zato prevedeni po določenih postopkih s strani kvalificiranih prevajalcev. Tako se v prevodih ohranja enak pomen in so rezultati med seboj primerljivi. Prevodi morajo biti popolnoma razumljivi za populacijo, za katero so izdelani. Predhodno se lahko izvedejo testiranja vprašalnikov na dvojezični populaciji. Le z uporabo orodij, ki izpolnjujejo te kriterije, lahko ocenjujemo izid medicinske rehabilitacije ter vrednotimo končne rezultate dela na tem področju.

## **Orodja za ocenjevanje v revmatologiji**

### **Generični – splošni vprašalniki**

Splošne vprašalnike lahko izpolnjuje vsak, ne glede na zdravstveno stanje. Zanje lahko pridobimo normative za zdravo populacijo. Omogočajo primerjavo med različnimi boleznimi ter med bolniki in zdravo populacijo. Splošni vprašalniki so izdelani za ocenjevanje splošnega vidika bolezni in so zato manj natančni od vprašalnikov, ki so za bolezen specifični.

Nottingham Health Profile (NHP) in Short Form-36 Health Survey Questionnaire (SF-36) sta pogosto uporabljana splošna vprašalnika za ocenjevanje bolnikov z RA (5). NHP je sestavljen iz dveh delov. Prvi, pogosteje uporabljen, obravnava pomičnost, čustvene reakcije, bolečino, socialno izolacijo, življenjsko energijo in spanje. SF-36 ocenjuje osem področij: telesne funkcije, omejitve zaradi telesnih težav, socialno delovanje, bolečino, energijo in vitalnost, dožemanje zdravja, omejitve zaradi čustvenih težav in duševno zdravje. SF-36 je preveden v slovenščino.

## **Specifični vprašalniki za RA**

Prilagojeni so za bolnike z RA, ki imajo specifične bolezensko pogojene značilnosti. Razlikovati morajo med različnimi stadiji bolezni in morajo zaznati spremembe znotraj stadija bolezni ter prehode v različne stadije. Za RA specifični vprašalniki so: Health Assessment Questionnaire (HAQ), Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS) in McMaster Toronto Arthritis Patient Preference Disability Scale (MACTAR).

HAQ je vprašalnik, ki ocenjuje individualno dožemanje težav pri opravljanju dnevnih aktivnosti. Prilagojen je za bolnike z RA (6) in uporaben pri ocenjevanju izida rehabilitacije bolnikov z RA(7-10). V uporabi sta tudi AIMS in skrajšana verzija AIMS2-SF, ki je ohranila vse pomembne značilnosti originalnega vprašalnika (11).

## **MKF – nabori kod (»core sets«) za ocenjevanje bolnikov z RA**

Razvoj ocenjevalnega orodja za bolnike z RA, ki sloni na MKF, je sestavni del projekta, ki ga vodijo strokovnjaki kot pregledno mednarodno študijo z namenom, da bi ugotovili najbolj značilne in najbolj primerne kategorije MKF za klinično ocenjevanje 12 kroničnih bolezenskih stanj, izbranih kot najbolj obremenjujočih, in sicer: bolečina v križu, osteoporoza, RA, osteoartritis, kronična generalizirana bolečina, možganska kap, depresija, debelost, kronična ishemična bolezen srca, obstruktivna pljučna bolezen, sladkorna bolezen in rak dojke (12). Cilj projekta je razvoj kratkih (brief) in obširnih (comprehensive) naborov kod (»core sets«) za izbrana bolezenska stanja, ki bi bili sprejeti na osnovi mednarodnega soglasja (13). Za obširni nabor kod za bolnike z RA je bilo izbranih 96 kategorij MKF (76 na drugi ravni, 20 na tretji in četrti ravni, med njimi je bilo 25 kategorij za telesne funkcije, 18 za telesne zgradbe, 32 dejavnosti in sodelovanj in 21 dejavnikov okolja). V kratki nabor kod so vključili 39 kategorij na drugi ravni (osem za telesne funkcije in sedem za telesno zgradbo, 14 za področje dejavnosti in sodelovanja in 10 dejavnikov okolja) (14). Veljavnost tako sestavljenih naborov kod so proučevali s stališča lastnosti bolnikov (15) in tudi glede veljavnosti s stališča dela fizioterapevta (16). Ena od študij je pokazala nizko do zmerno zanesljivost opisovalcev nabora kod za RA, razlike so pomembne tudi med posameznimi kategorijami in med ocenjevalci. Merske lastnosti opisovalcev bi lahko izboljšali tako, da bi uporabili samo tri za vse komponente MKF (17). Avtorji so v razpravi menili, da je uporaba MKF nabora kod časovno zamudna, zaradi nejasnosti definicij se je poraba časa pokazala tudi kot variabilna (varianca 20 do 75 minut). Usposobljenost

strokovnjakov za ocenjevanje ni skrajšala ocenjevalnega časa. Avtorji so pri navedenih ugotovitvah poudarili, da trdnejše zaključke omejuje dejstvo, da je raziskava potekala le v enem centru in poudarili pomen nadaljnjega procesa testiranja uporabnosti naborov kod v klinični praksi za bolnike z RA (17).

## **Ocenjevanje izida zdravljenja in rehabilitacije bolnikov z RA**

Revmatologi usmerjajo svojo pozornost na spremembe laboratorijskih in kliničnih znakov vnetja ter ocene bolečine, medtem ko je za bolnika bolj pomembna sposobnost gibanja in opravljanja vsakodnevnih aktivnosti. Funkcionalne sposobnosti in kakovost življenja bolnikov z RA opredeljujejo bolnikove potrebe po tuji pomoči in vplivajo na sodelovanje pri zdravljenju in zadovoljstvo bolnikov z zdravljenjem. V preteklih letih opažamo premik od ocenjevanja izida s strani zdravnika k metodam ocenjevanja, ki temeljijo na oceni bolnikovega dožemanja okvare zdravja. Obstaja več za bolezen specifičnih in generičnih orodij za ocenjevanje izida zdravljenja bolnikov z RA (5).

## **Ocenjevanje izida zdravljenja bolnikov z RA**

Resne posledice RA za bolnika in družbo zahtevajo natančne, realne ocene izida. Obstaja več orodij za oceno funkcije bolnikov z RA. Te ocene so pomembna komponenta za oceno zdravstvenega stanja bolnikov. Funkcijski testi v kombinaciji s kliničnimi in radiološkimi podatki so nam lahko v pomoč pri usmerjanju in načrtovanju zdravljenja. Funkcijske teste navajajo kot pomembne podatke pri uvajanju specifične medikamentozne terapije (18). Steinbroker in American College of Rheumatology (ACR) so postavili kriterije, ki temeljijo na opažanjih zdravnika. V revmatologiji pa za oceno izida zdravljenja ne zadostujejo klinični, laboratorijski in slikovni podatki. Raziskovalci poročajo, da slabe ocene stanja, ki jo podajo bolniki sami, pogosto preHITEVajo klinične parametre (19).

Objavljenih je več raziskav, ki potrjujejo vpliv zdravljenja z zdravili na funkcijo. Študija, ki je zajemala bolnike na terapiji z zlatom, je pokazala signifikantno izboljšanje ocene po HAQ pri bolnikih z zgodnjim uvajanjem terapije (20). Velika študija na 2.888 bolnikih je pokazala povezavo med uporabo specifičnih zdravil ter funkcijskimi ocenami in ocenami HAQ (21).

Ocene funkcionalnih testov nam dajo pomembne podatke za načrtovanje terapije in nadaljnje vodenje bolnikov. Ocena funkcionalnega in zdravstvenega

stanja bolnikov z RA nam da podatke o sposobnosti opravljanja dnevnih in zaposlitvenih aktivnosti ter subjektivnem dožemanju zdravja in dobrega počutja. Na Univerzitetni kliniki za revmatologijo na Dunaju ocenjujejo ambulantne bolnike vsake tri mesece. Izvajajo funkcionalne teste, izpolnjujejo vprašalnike, ocenjujejo vizualno analogno lestvico (Visual Analogue Scale, VAS) za bolečino, število prizadetih sklepov in parametre aktivnosti bolezni (22).

## **Raziskave dolgoročnih izidov**

Več raziskav je dokazalo vpliv zdravil na funkcijo v krajšem času. Funkcijske teste za oceno uspešnosti zdravljenja z zdravili so uporabili za ugotavljanje učinkov v daljšem časovnem obdobju. Preiskave so dokazale, da je uporaba specifičnih zdravil povezana z manjšo prizadetostjo v kasnejšem obdobju (23-25). Rezultati prospektivnih študij opravljenih na velikem številu preiskovancev v ZDA, Kanadi in Evropi pa so prav tako pokazali vpliv zdravljenja v daljšem časovnem obdobju.

Fries in sod. je opravil študijo na 2.888 bolnikih (26). Namen študije je bil ugotoviti povezavo med zdravljenjem s specifičnimi zdravili in spremembami funkcioniranja bolnikov v daljšem časovnem obdobju (povprečno devet let). Uporabili so HAQ in dokazali statistično značilno povezavo med jemanjem specifičnih zdravil in boljšimi ocenami po HAQ ( $P < 0,0001$ ) (26). Druga longitudinalna prospektivna študija je opazovala delazmožnost 823 bolnikov z RA v 18 letih (27). Skupno 25% bolnikov je bilo delanezmožnih po 6,4 letih in 50% po 20,9 letih od začetka bolezni. Poleg sedimentacije eritrocitov, HAQ in bolečin so tudi značilnosti dela, ki ga bolnik opravlja na začetku bolezni, napovedni dejavniki kasnejše delazmožnosti (27).

Tako generična kot za bolezensko specifična orodja so vključena v longitudinalne in opazovalne študije ter študije, ki preverjajo učinkovitost zdravil. Pomembni so tudi pri preučevanju stranskih učinkov (28). Vendar ima le nekaj orodij potrebno stopnjo veljavnost (29).

## **Ocenjevanje izida rehabilitacije bolnikov z RA**

Število študij o učinkovitosti rehabilitacijskih programov za bolnike z RA je v primerjavi s številom študij o ocenjevanju učinkovitosti zdravljenja bistveno manjše. Sistematična analiza Cochranove baze podatkov o učinkovitosti balneoterapije do junija 2002 je pokazala pozitivne učinke balneoterapije pri večini študij, vendar so znanstveni dokazi (Evidence Based Medicine, EBM)

pomanjkljivi zaradi slabe kakovosti metodologij, pomanjkljive statistične analize in pomanjkanja za bolnike najpomembnejših podatkov (bolečine, samoocene funkcioniranja in kakovosti življenja) (30). Pavlović je v svoji raziskavi za ocenjevanja izida rehabilitacije uporabil Disease Activity Score (DAS) kot kazalec aktivnosti boleznin in HAQ, ki je za bolezen specifični vprašalnik. HAQ se je izkazal za ocenjevanje izida kratkotrajne rehabilitacije premalo občutljiv (31).

## **Raziskave - klinična praksa**

Raziskave imajo drugačen namen kot obravnava bolnika v praksi. Namen raziskav je dokazati učinkovitost postopkov na skupini izbranih bolnikov. Raziskave so skrbno načrtovane in omogočajo kontrolo ves čas poteka. V praksi zdravnik spremlja bolnika v okoliščinah, ki niso določene in opredeljene tako kot v protokolih raziskav. Funkcionalne in psihosocialne situacije kot sta anksioznost in depresija lahko dodatno vplivata na oceno izida. To je lahko ovira za prenos rezultatov raziskav v prakso. Kljub tem razlikam lahko raziskovalci in praktiki koristno uporabijo podatke funkcionalnih testov in testov kakovosti življenja v nadaljnjem delu in vodenju bolnikov.

## **Zaključek**

Ocenjevanje stanja bolnikov z RA je potrebno, ker daje koristne informacije tako zdravniku, ki bolnika zdravi, kot tudi zdravstvenemu sistemu, ki zagotavlja oskrbo tem bolnikom. Ocenjevanje je uporabno kot del vrednotenja uspešnosti zdravljenja ter odgovora bolnika na zdravljenje. Vprašalniki so uporabni, če ustrezajo dokaj strogim kriterijem veljavnosti in uporabnosti. V praksi lahko ocene funkcije vplivajo na odločitve o nadaljnjem zdravljenju in rehabilitacijski obravnavi. Ocenjevanje funkcije in kakovosti življenja bolnikov z RA je potrebno nujno vpeljati v klinično prakso, saj tako izboljšamo sodelovanje med bolnikom in zdravnikom in pridobimo informacije o dolgoročnem uspehu zdravljenja.

Bolnikova samoocena stanja bi morala biti, poleg kliničnih podatkov, pomembna postavka ocene stanja. Komunikacija med bolnikom in zdravnikom se lahko izboljša, če ima bolnik možnost izraziti svoje mnenje. Uporaba funkcijskih testov v klinični praksi ima pozitivno vlogo za bolnikovo dožemanje in razumevanje bolezenskega stanja. Ocena kakovosti življenja izkazuje zdravnikovo zanimanje za bolnikovo dnevno dobro počutje (18). Pisna in govorna komunikacija med bolnikom in zdravnikom sta torej pomembni pri celostni obravnavi bolnikov.

Za ocenjevanje izida zdravljenja in rehabilitacije se uporabljajo različna orodja. Vsako posamezno orodje ima svoje prednosti in pomanjkljivosti. Skupna ocena več orodij pa nam lahko da natančno oceno stanja bolnika, kar je pomembno ne samo za zdravnika, ki bolnika zdravi, vodi rehabilitacijo, usmerja in načrtuje nadaljnje postopke, temveč tudi za bolnika, ki ima tako v procesu zdravljenja aktivno vlogo. Nenazadnje pa so ti podatki pomembni tudi širše za načrtovanje zdravstvene mreže in financiranja programov zdravljenja in rehabilitacije bolnikov z RA. V pregledani literaturi je več prispevkov dokazalo učinkovitost zdravljenja z zdravili na funkcionalno stanje bolnikov v krajšem, pa tudi daljšem časovnem obdobju. Manjše število prispevkov je obravnavalo tudi učinke rehabilitacije. Med slednjimi pa vsi niso izpolnjevali vseh kriterijev za znanstveno potrditev učinkovitosti lete.

## Literatura:

1. Clarke AK, Allard L, Braybrooks BA. Rehabilitation in rheumatology, The team approach. Martin Dunitz London, 1987.
2. Clarke AK. Effectivnes of rehabilitation in arthritis: Clin Rehab 1999;(suppl 1):51-62.
3. Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja – MKF. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2006.
4. Andersen EM. Criteria for assesing the tools of disability outcome research. Arch Phys Med Rehabil 2000;81:S15-20..
5. Guillemin F. Functional disability and quality-of-life assesment in clinical practice: Rheumatology (Oxford) 2000;39(Suppl. 1):17-23.
6. Ripat J, Etcheverry E, Cooper J, Tate RB. A comparison of the Canadian Occupational Performance Measure and the Health Assesment Questionnary. Can J Occup Ther. 2001;68(4):247-53.
7. Li LC, Davis AM, Lineker SC, Coyte PC, Bombardier C. Effectiveness of the primary therapist model for RA rehabilitation: a randomized controlled trial. Arthritis Rheum 2006;55(1):42-52.
8. De Jong Z, Munneke M, Zwinderman AH i sur. Is a long term high-intensivity exercise program effective and safe in patients with RA? Results of a randomised controlled trial. Arthritis Rheum 2003;48(9):2415-24.
9. Hewlet S, Smith AP, Kirwan JR. Values for function in RA: patients, professionals, and public. Ann Rheum Dis 2001;60(10):928-33.

10. Wolfe F, Michaud K, Pincus T. Preliminary evaluation of a visual analog scale for use in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2005;32(7):1261-6.
11. Guillemin F, Coste J, Pouchot J, Ghezail M, Sany J. Quality of Life in Rheumatology Group. The AIMS2-SF: a short form of the Arthritis Impact Measurement Scales 2. *Arthritis Rheum* 1997;40:1267-74.
12. Weigl M, Cieza A, Andersen C, Kolleritis B, Amann E, Stucki G. Identification of relevant ICF categories in patients with chronic conditions: A Delphi exercise. *J Rehabil Med* 2004;Suppl,44:12-21.
13. Cieza A, Ewert T, Ustun B, Chatterji S, Kostanjšek N, Stucki G. Development of ICF core sets for patient with chronic conditions. *J Rehabil Med* 2004;Suppl44:9-11.
14. Stucki G, Cieza A, Geyh S, Battistella L, Lloyd J, Symmons D, Kostanjšek N, Schuten J. ICF core sets for rheumatoid arthritis. *J Rehabil Med* 2004;Suppl 44: 87-93.
15. Stamm TA, Cieza A, Coene M, i sur. Validating the International Classification of Functioning, Disability and Health Comprehensive core sets for rheumatoid arthritis from the patient perspective: a qualitative study. *Arthritis Rheum* 2005;53:431-9.
16. Kirchberger I, Glaessel A, Stucki G, Cieza A. Validation of the Comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for rheumatoid arthritis: The perspective of physical therapists. *Phys Ther* 2007;87:368-84.
17. Uhlig T, Lillemo S, Moe RH i sur. Reliability of the ICF core sets for rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2007;66:1078-1084.
18. Bombardier C, Ware J, Russel IJ. Auranofin therapy and quality of life in patient with rheumatoid arthritis, results of a multicenter trial. *Am J Med* 1986;81:565-78.
19. Wolfe F, Pincus T. Listening to the patient. A practical guide to self-report questionnaires in clinical care. *Arthritis Rheum* 1999;42:1797-808.
20. Munro R, Hampson R, McEntegart A, Thompson EA, Madhok R, Capell H. Improved functional outcome in patient with early rheumatoid arthritis treated with intra-muscular gold. *Ann Rheum Dis* 1998;57:88-93.
21. Fries JF, Williams CA, Morfeld D, Singh G, Sibley J. Reduction in long term disability in patients with rheumatoid arthritis by disease-modifying antirheumatic drug-based treatments strategies. *Arthritis Rheum* 1996;39:616-22.
22. Stamm TA, Machold KP, Smolen JS. Functional and health status assesment in patients with rheumatoid arthritis. *Acta Med Austriatica* 2002;29(1):30-2.
23. Bombardier C, Ware J, Russel IJ. Auranofin therapy and quality of life in patient with rheumatoid arthritis, results of a multicenter trial. *Am J Med* 1986;81:565-78.
24. Bombardier C, Buchbinder R, Tugwell P. Efficacy of cyclosporin A in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1992;21:29-33.

25. Capell HA, Maiden N, Madhok R, Hampson R, Thomson EA. Intention-to-treat analysis of 200 patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1998;25:1880-6.
26. Fries JF, Williams CA, Morfeld D, Singh G, Silbey. Reduction in long-term disability in patients with rheumatoid arthritis by disease-modifying antirheumatic drug-based treatments strategies. *Arthritis Rheum* 1996;39:616-22.
27. Wolfe F, Hawley DJ. The long term outcomes of RA: work disability: a prospective 18 year study of 823 patients. *J Rheumatol* 1998;25:2108-17.
28. Garazian M, Tugwell P, Boers M i sur. Patient based methods for assesing adverse events in clinical trials in rheumatology. Progress report for the OMERACT Drug Toxicity Working Party. *J Rheumatol* 1999;26:207-9.
29. Ortiz Z, Shea B, Garcia Diegues M i sur. The responsiveness of generic quality of life instruments in rheumatic diseases. A sistematic review of randomised controlled trials. *J Rheumatol* 1999;26:210-6.
30. Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SM, Cardoso JR, de Bie RA, Boers M, de Vet HC. Balneotherapy for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4): CD000518.
31. Pavlović R, Nadih M. Evaluation of a 3-week hospital rehabilitation of patients with rheumatoid arthritis. *Reumatizam* 2002;49(1):25-8.