



Stichting ReumaNederland
Oproep om te voorkomen dat er in 2040
2,5 miljoen mensen met artrose zijn

Stop de domino: artrose als omkeerbare ziekte in 2040

Artrose als spil om andere ziekten als diabetes
en hart- en vaatziekte te voorkomen.

2

Voorkomen dat wij
- de mensen met
artrose -
in 2040 met
2,5 miljoen zijn¹.
Dit is onze oproep
om samen
verandering
te realiseren.

Wij hebben artrose, en o zo vaak wordt tegen ons gezegd dat het een (ouderdoms)kwaal is die er bij hoort en waar we maar mee moeten leren leven. Het hoort nu eenmaal bij 'ouder worden'. Maar wij willen net als iedereen er gewoon bij horen, wij willen zonder pijn kunnen werken en onze alledaagse dingen doen.

Hoe vaak horen wij niet: "Ach, vervelend dat je pijn in je gewrichten hebt, maar wees blij dat je geen kanker hebt, aan pijn ga je niet dood." Dat klopt, aan pijn ga je niet dood², en artrose is geen kanker, maar dat wil niet zeggen dat het er bij hoort. Zeker nu blijkt dat artrose geen slijtage is. Wij krijgen beweegadviezen, en we hebben pijnmedicatie om de dag redelijk door te komen. Wij willen helemaal niet 'redelijk de dag doorkomen', maar op een normale manier.

Er zijn nu 1,5 miljoen mensen in Nederland met artrose³. En als er niets gebeurt, dan zijn wij in 2040 met 2,5 miljoen mensen. Op dit moment is er geen behandeling die artrose geneest. Maar wij willen onze talenten en mogelijkheden benutten, meedoen, er toe doen en onze dromen verwezenlijken. Wij willen blijven werken, vrienden bezoeken, sporten, bewegen en zonder pijn alledaagse dingen doen zoals koken, boodschappen halen, wandelen, fietsen, leuke dingen doen met de (klein)kinderen. Wij willen gezond ouder worden met een goede kwaliteit van leven, zonder een achteruitgang in ons mentaal welbevinden⁴.



Laat jezelf niet verleiden
tot gedachten als
'dat kan nooit,
onmogelijk' want
"Good ideas are always
crazy until they're not."

Elon Musk

Een niet onbelangrijk bijeffect is dat we door de pijn minder gaan bewegen, waardoor het hele proces belandt in een vicieuze cirkel, waardoor overgewicht en hart- en vaatziekte een serieus risico vormen. Artrose is een spel om andere ziekten aan te pakken.

Er zijn ook vragen die steeds meer beginnen te klemmen: "Waarom is er nog steeds geen oplossing?", "Waarom werken we in Nederland niet samen om deze oplossing te realiseren?", "Hoe kunnen wij goed en gericht geholpen worden?", "Hoe kunnen we voorkomen dat we straks met zovelen zijn?", "Hoe voorkomen we artrose, waardoor het risico op overgewicht en hart- en vaatziekte voorkomen kan worden?" en "Hoe moeten we dit financieren?"

Velen in Nederland spannen zich al jaren met man en macht in om het leven van mensen met artrose te verbeteren. Echter is het probleem complex en ligt het risico van fragmentatie van al die inspanningen en opgedane kennis op de loer⁵. Het is nog niet te laat om de handen ineen te slaan, de kennis te bundelen en met vaart te gaan werken aan werkzame behandelingen, zodat in 2040 artrose geen chronische aandoening meer is. Dat is mogelijk, als wetenschappers en klinici, industrie, overheid, burgers en mensen met artrose samenwerken en de middelen verwerven die moeten voorkomen dat artrose een heuse volksziekte wordt.

Wij - de huidige 1,5 miljoen Nederlanders met artrose - roepen op tot actie, zodat artrose in 2040 geen chronische, maar een omkeerbare aandoening is.

4

Onze oproep is gebaseerd op de inzichten van 8.000 mensen met artrose, tientallen experts vanuit de wetenschap, gezondheidszorg, overheid, en de inzichten vanuit ReumaNederland en zijn (inter)nationale netwerk.

De inzichten van meer dan 8.000 mensen met artrose hebben het fundament voor deze position paper gelegd.

- Er hebben circa 1.200 mensen met artrose deelgenomen aan een uitgebreid online-onderzoek, uitgevoerd door het Athena Instituut van de Vrije Universiteit Amsterdam (oktober 2020).
- Circa 6.400 mensen met reuma/artrose hebben deelgenomen aan een uitgebreid onderzoek (Route23) van ReumaNederland via IPSOS (2019).
- Diverse dialoogbijeenkomsten met mensen met artrose en hun naasten. Maar ook sportscholen, vertegenwoordigers van werk en onderwijs, huisartsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkers, orthopeden en verpleegkundigen hebben hun reflecties gegeven (mei-juli 2020, onder begeleiding van het Athena Instituut van de Vrije Universiteit Amsterdam, in opdracht van ReumaNederland).

Er hebben 4 ervaringsdeskundigen uit de meedenkgroep artrose van ReumaNederland meegelezen en -geschreven aan deze paper.

- Karin van Cappellen
- Louis Musters
- Marjan Bijzet
- Jeroen van den Berkmortel

Het ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid, Health Holland, ZonMw en het landelijk expertisecentrum Pharos hebben meegedacht en -geschreven.

- Health Holland: prof. dr. Nico L.U. Van Meeteren - Executive Director Topsector Life Sciences and Health (LSH) & Secretary General Topteam LSH.
- Publiek Private Samenwerking Gezondheid: 'Ertoe doen en meedoen'. Yvonne Heerkens, lector Arbeid

& Gezondheid bij de HAN University of Applied Sciences en dr. Gonda Stallinga, senior onderzoeker, PhD, RN (np).

- ZonMw: M. Seven MHA, directeur Programma's ZonMW.
- Pharos: dr. Gudule Boland, drs. Majorie de Been.

Meerdere vooraanstaande wetenschappers en zorgverleners hebben meegedacht en -geschreven:

- Prof. dr. Margreet Kloppenburg - professor Reumatologie, in het bijzonder 'Etiology and Clinimetrics of Osteoarthritis', Leiden Universitair Medisch Centrum.
- Prof. dr. Marcel Karperien - professor in Developmental BioEngineering focusing on developing technology inspired solutions for osteoarthritis, Technische Universiteit Twente.
- Prof. dr. Sita Bierma-Zeinstra - professor of Osteoarthritis and Related Disorders, Head of clinical research at the Department of General Practice and Orthopedic Department, Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam.
- Prof. dr. Lodewijk van Rhijn - afdelingshoofd - medisch directeur Centrum voor Bewegen, orthopedisch chirurg Maastricht UMC+.

ReumaNederland:

- Jan Willem Förch, algemeen directeur ReumaNederland.
- Corné Baatenburg de Jong, lead artrose ReumaNederland, onderzoek & innovatie, valorisatie.
- Pim van den Dungen, strateeg ReumaNederland.
- Inzichten vanuit OARSI, WHO, RIVM .
- Inzichten vanuit diverse gesprekken met publieke en private investeerders in de zorg en gezondheid, zorgverzekeraars, zorginnovators.



Ons doel:
 In 2040 is
 artrose een
 niet-chronische,
 omkeerbare
 aandoening,
 voor minder
 doen we het niet.



Niemand wil een beetje minder artrose, een beetje minder pijn, steeds een beetje minder kunnen werken, steeds minder dagelijkse handelingen kunnen uitvoeren en iedere dag leven met een afnemende kwaliteit van leven.

Met andere woorden: 'Een beetje kunnen lopen door medicatie' is voor niemand een droom. Ook zit niemand te wachten op keuzes die gaan over "wacht nog een paar jaar om je knie te vervangen, want het kan maar twee keer. Dus even doorbijten en dan mag je." En ... voor de andere gewrichten is er niks aan te doen ...

Als we naar de dokter gaan, wordt vaak in eerste instantie de diagnose artrose niet vastgesteld. Veelal nadat we zijn doorverwezen naar een orthopeed of reumatoloog horen we dat we artrose hebben. Er wordt ons dan verteld dat er sprake is van slijtage van onze gewrichten. De dokter zou ook moeten zeggen dat we een ziekte hebben in ons hele gewricht. Dit is helaas nog niet het beeld dat veel mensen hebben.

We moeten af van de slijtagemythe van het 'krakende keukenkastdeurtje'. Extra bot aan de gewrichtsranden is ook een groot probleem, en dat kan (nog) slechts zeer beperkt (alleen bij de grote teen) worden weggehaald.

De (vaak ernstige en/of chronische) pijn die wordt ervaren, wordt vaak toegeschreven aan 'botten die over elkaar heen schuren doordat kraakbeen sneller verloren gaat dan ons lichaam aan kan maken', maar dit is een incompleet beeld. De pijn komt vanuit de ontstekingen in het gewricht en vanuit het bot vlak onder het kraakbeen. We moeten dus vanuit dat hele gewricht kijken. Kraakbeen is daarvan een onderdeel.

Een niet onbelangrijk bijeffect is dat je door de pijn minder gaat bewegen, waardoor het hele proces in een vicieuze cirkel terecht komt en overgewicht en hart- en vaatziekte een serieus risico gaan vormen. Overgewicht is hierbij ook vaak een oorzaak. Het aanpakken van artrose is daarom ook een spel om andere ziekten als diabetes en hart- en vaatziekte te voorkomen.

Ons doel realiseren betekent:

In 2040 zullen mensen met artrose een leven leiden zoals mensen zonder artrose. Mensen met artrose leven precies zoals zij zelf willen, vol energie, zonder pijn, zonder hun dagen vooraf in te plannen, en zonder medicatie.

- In 2040 is artrose een niet-chronische aandoening zonder pijn, waarvan de ontwikkeling en progressie gestopt of omgekeerd kan worden.
- In 2040 is er veel kennis over artrose binnen de samenleving en mensen met artrose ervaren begrip van hun vrienden, familie en collega's voor de impact van hun aandoening.
- In 2040 nemen alle zorgverleners (symptomen van) artrose serieus en ontvangen mensen met artrose persoonsgerichte, integrale zorg die vergoed wordt. De zorgverleners nemen samen met mensen met artrose beslissingen over het zorgtraject, waardoor mensen met artrose zelf regie hebben over hun zorgtraject.
- In 2040 kunnen mensen die een verhoogd risico lopen op artrose gescreend worden op artrose op jonge leeftijd en ontvangen zij een persoonlijke voorspelling over of zij een grote kans hebben op het ontwikkelen van artrose (inclusief informatie over welk subtype) tijdens hun leven en wat zij hier zelf aan kunnen bijdragen om deze ontwikkeling te beperken.
- In 2040 is diagnose van artrose op zowel jonge leeftijd als in een vroeg stadium van de aandoening mogelijk. Mensen met artrose ontvangen een gepersonaliseerd behandelplan dat past bij het subtype artrose, hun unieke biologische kenmerken en hun leefstijl.
- In 2040 zijn mensen met artrose (mede) eigenaar van hun aandoening en hun zorgpad. Mensen met artrose kunnen zelf het verloop van artrose monitoren. Behoeften en persoonlijke behandeldoelen van mensen met artrose staan centraal en gerichte zorg en assistentie worden geleverd wanneer mensen met artrose hier behoefte aan hebben.

Wat wordt bedoeld met "We maken van artrose een niet-chronische aandoening in 2040"?

Er zijn één of meerdere **behandelingen** die artrose **niet-chronisch** maken, waardoor genezing van artrose werkelijkheid is en leven met artrose betekent een leven zonder beperkingen.

'**Niet-chronisch**' houdt in dat de structurele pathologische oorzaken en symptomen (alleen pijn en bewegingsproblemen, en bijvoorbeeld vermoeidheid niet) van artrose behandelbaar en omkeerbaar zijn, waardoor mensen met artrose kunnen leven zonder beperkingen. Dit betekent dat behandelingen aangrijpen op verschillende werkingsmechanismen, waarmee ze de oorzaken wegnemen en ervoor zorgen dat de symptomen verminderen, waardoor mensen met artrose geen beperkingen meer ervaren. Het gaat hier niet alleen om de werkingsmechanismen van gewrichts- of kraakbeenschade, maar ook van ontsteking (inflammatie) en pijnpaden.

Bepaalde symptomen hebben een eigen werkingsmechanisme, die begrepen moet worden om ze

te kunnen behandelen. Alleen het wegnemen van structurele oorzaken, zonder dat de symptomen verdwijnen, of enkel het wegnemen of stabiliseren van symptomen, zonder dat er structurele oorzaken worden aangepakt, is dus niet voldoende. Het is aannemelijk dat, naast inzicht in mechanismen van gewrichts- of kraakbeenschade, ontstekingen en pijnpaden, ook bredere systemische inzichten kunnen bijdragen aan het beter begrijpen van werkingsmechanismen.

Om dit te realiseren, is het waarschijnlijk dat een (combinatie van) behandeling(en) op (alle) verschillende werkingsmechanismen aan moet grijpen; oftewel, op zowel gewrichts- en kraakbeenschade en ontstekingen, als pijnpaden en systemische oorzaken. Dit kunnen regeneratieve behandelingen (behandelingen die ervoor zorgen dat het gewricht herstelt) zijn en medicijnen die de ziekte modifieren (medicijnen die aangrijpen op oorzaken).

Ambities

Om 'We maken van artrose een niet-chronische aandoening in 2040' te realiseren zal er aandacht

moeten zijn voor de volgende ambities. Deze ambities omvatten de ontwikkeling van nieuwe behandelingen die structurele oorzaken van artrose wegnemen 'van begin tot eind', of te wel van fundamenteel onderzoek tot en met implementatie.

Inzicht in oorzaken

We hebben inzicht in de **oorzaken en werkingsmechanismen** van artrose en hebben **aangrijpingspunten** (targets) voor behandelingen en **biomarkers** die correleren met ziekteprogressie van artrose.

Ontwikkelen van behandelingen

Nieuwe behandelingen zijn **ontwikkeld en getest** in **ziektemodellen** (in silico, in vitro, en in vivo) en op mensen met artrose, en de behandelingen zijn **werkzaam** en **veilig** bevonden. Werkzaamheid is mede bepaald op basis van effectiviteit op het ziekteproces en/of biomarkers die correleren met de ziekteprogressie van artrose.

Implementatie van behandelingen

Nieuwe behandelingen zijn **goedgekeurd** voor gebruik, **ingebod** in de behandelpraktijk en worden **vergoed** door de zorgverzekeraar.

De weg naar een niet-chronische aandoening is het realiseren van precisiegeneeskunde (persoonsgericht) voor mensen met artrose

Er zijn **persoonsgerichte** oplossingen voor de huidige tekortkomingen in de **artrosezorg**.

'**Persoonsgericht**' houdt in dat er oplossingen op maat beschikbaar zijn voor mensen met artrose. Om dit te realiseren is het nodig om een specifieke diagnose te kunnen stellen, op basis van de verschillende karakteristieken van mensen. Door veel verschillende data te combineren zal er meer inzicht komen in de manier waarop artrose zich bij mensen zal ontwikkelen, hoe zij zullen reageren op bepaalde behandelingen om hun vervolgens een passende behandeling te geven. Daarnaast betekent persoonsgericht dat de behoeften van mensen met artrose leidend zijn in de zorg, dat kwaliteit van leven centraal staat en dat zij eigenaarschap over hun behandeling hebben, bijvoorbeeld door middel van gezondheidmonitoring.

Met '**artrosezorg**' bedoelen we zorg door alle geregistreerde zorgprofessionals (bijvoorbeeld huisarts, bedrijfsarts, fysiotherapeut, reumatoloog,





reumaverpleegkundige, apotheker, orthopedisch chirurg, oefentherapeut, ergotherapeut, diëtist, psycholoog, maatschappelijk werker en podoloog), maar ook andere actoren die een hulpverlenende rol hebben in het leven van mensen met artrose, zoals fitnessinstructeurs, mantelzorgers, alternatieve zorgverleners, en leefstijlcoaches. We gaan hier uit van een **holistische** benadering van de problemen die mensen met artrose ervaren, waarbij er in de zorg wordt uitgegaan van de persoon als geheel. Tevens hebben we daarbij oog voor patiënten met sociaal-economische achterstanden, slecht ziekte-inzicht en taalachterstanden. Daarbij wordt een hoge kwaliteit van leven centraal gesteld, en wordt gekeken wat een individu hiervoor nodig heeft. Om op deze manier zorg te kunnen leveren, is ook goede communicatie en multidisciplinaire samenwerking nodig tussen de verschillende zorgprofessionals.

Ambities

Voor het realiseren van dit speerpunt is aandacht voor vier principes waarbinnen onderlinge samenhang zichtbaar is:

Personalisatie

Vroege en preciezere diagnose van (subtypes van) artrose wordt mogelijk. Er is specifiek aandacht voor de potentiële rol van **deep phenotyping** in het personaliseren van (vroeg)diagnose, prognose, en monitoring. Zorg- en hulpverleners en mensen met artrose worden ondersteund door educatie, biomarkers, patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten,

en artificiële intelligentie. Ze hebben daardoor altijd beschikking over de meest actuele kennis en inzichten, en kunnen zo de behandeling en de zorg toespitsen op de behoeften van de patiënt.

Er zijn meer behandeltrajecten die aansluiten bij de **behoeften** van mensen met artrose. 'Zorg op maat' is de standaard. Dit noemen we ook wel **holistische zorg**, waarbij mensen met artrose als onderdeel van hun eigen systeem worden gezien. Hierbij is er ook oog voor de **implementatie** van deze nieuwe vormen van persoonsgerichte holistische zorg, door onder andere de daadwerkelijke implementatie van bestaande oplossingen, alsmede registratie, vergoeding en inbedding van nieuwe interventies en vormen van zorg te stimuleren.

Predictie/prognose

Met behulp van biomarkers kunnen we voorspellen **of en hoe** artrose zich ontwikkelt door de tijd heen bij mensen met de diagnose artrose, mensen met op artrose lijkende klachten en zelfs mensen met risicofactoren. Daarnaast leren we goed voorspellen hoe individuele mensen reageren op specifieke behandelingen. We kunnen mensen met artrose monitoren op basis van **biomarkers** en **PROMs**.

Preventie

Op basis van (vroege) precieze diagnose / monitoring data / deep phenotyping kan, met behulp van gepersonaliseerde interventies, verdere ontwikkeling

van artrose voorkomen worden. Ook zetten we in op gepersonaliseerde **leefstijlinterventies** voor mensen met risicofactoren voor artrose om artrose te voorkomen.

Participatie

Mensen met artrose worden **mede-eigenaar** van hun eigen diagnose en behandeltraject om de behandeling te personaliseren. Mensen met artrose zijn niet meer

volledig afhankelijk van hun eigen communicatieve vaardigheden om te vertellen hoe het met ze gaat. Zij kunnen het ziekteverloop zelf in kaart brengen met behulp van slimme sensoren en digitale biomarkers. Patiëntuitkomstmaten (**PROMs**) kunnen een belangrijk hulpmiddel zijn om het verhaal te vertellen. Daarnaast krijgen mensen met artrose een rol in de besluitvorming in de organisatie en de uitvoering van onderzoek en zorg gericht op personalisatie.

Naast het realiseren van de doelen in 2040, gaat het ook om het leven met Artrose nu.

Mensen met artrose willen een brede kijk op gezondheid, waarbij je het vermogen en de mogelijkheden hebt om het leven vorm te geven zoals je dat zelf waardevol vindt in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. En om zoveel mogelijk eigen regie te voeren.^{8,9}

“Mensen zijn niet hun aandoening. Toch focussen we daar in de zorg doorgaans wel op. Alle aandacht gaat uit naar hun klachten en gezondheidsproblemen, en hoe we die kunnen oplossen. Positieve gezondheid vanuit brede gezondheidsconcepten, zoals positieve gezondheid, ICF of de capability approach, kan ook een andere invalshoek kiezen. Daarin ligt het accent niet alleen op ziekte, maar ook op mensen zelf, op wat ook wel kan, hun veerkracht en op wat hun leven betekenisvol maakt.”

Machteld Huber
Institute for Positive Health, ICF, CA¹⁰

Niemand wil (levens)lang artrosepatiënt of iemand met artrose zijn. Je bent niet je ziekte. Het gaat om de vraag of je – ondanks je ziekte/aandoening – toch kunt meedoen in de samenleving.

“Gezondheid is een middel om je talenten optimaal te kunnen benutten. Zorg is een hulpmiddel.”

Prof. Dr. Nico L.U. Van Meeteren
Executive Director Topsector Life Sciences
and Health (LSH) & SG Topsteam LSH

Iemand wordt alleen in de rol van (chronisch) patiënt gedwongen zolang de ziekte waaraan hij of zij lijdt niet genezen kan worden. Voor het bestrijden van artrose lijken er nieuwe mogelijkheden aan te komen, nu steeds duidelijker wordt dat artrose niet simpelweg slijtage is, maar ook te maken heeft met ontstekingsmechanismen, erfelijkheid en leefstijl. Dit leidt tot een heel andere manier van denken over gezondheid en welke zorg er nodig is. Vooruitgang vindt plaats door de gebaande paden te verlaten en de moed te hebben om geheel nieuwe wegen in te slaan. Dit is de manier om de uitdagingen waarvoor de artrose-gezondheidszorg staat het hoofd te bieden. En daar gaat deze position paper over.

“Hier is naar mijn mening nog veel te behalen. Preventie en aanpassen leefstijl is van groot belang. Wat ik erg mis in de eerstelijnszorg is dat hier geen ruimte voor is. We kennen nu wel leefstijlcoaching en -preventie, maar die is gericht op hart- en vaat-ziekten en diabetes. Over artrose wordt niet gesproken. Zorg dat een poh bij de huisarts dit in haar/zijn pakket krijgt. Laagdrempelige toegang is naar mijn mening van belang, zodat ook de mensen met een lagere sociaal-economische status makkelijker toegang krijgen.”

Karin van Cappellen
Ervaringsdeskundige artrose

Artrose is een vorm van reuma waarbij het hele gewricht betrokken is: kraakbeen, gewrichtsbot, gewrichtsvocht en gerelateerde en omgevende structuren.

Wat is artrose (en wat is het niet)?

Artrose kun je in één gewricht krijgen, maar vaker komt het in meerdere gewrichten voor. Er zijn gewrichten waarin het vaker voorkomt, zoals de knieën, de heupen, de gewrichten in de nek en onderrug, de duim, de vingers en de grote teen. Kraakbeen bevat geen zenuwen en kan daardoor geen pijn doen. Maar als door veranderingen in het gewricht sommige structuren veel gevoeliger worden, heb je wel blootliggende zenuwen (en pijn).

Pijn door artrose komt waarschijnlijk vooral ook door andere veranderingen in en rond je gewricht. Naast de kraakbeenschade ontstaan veranderingen in het bot direct onder het kraakbeen. Er vormen zich aan de rand van het gewricht zichtbare en voelbare knobbels (meestal niet pijnlijk) die osteofyten worden genoemd. Ook is er vaak een lichte ontsteking van de slijmvlieslaag in het gewricht. Soms veranderen de zenuwen in het gewricht, hetgeen pijn veroorzaakt. Daarnaast komt het regelmatig voor dat spieren rondom het gewricht verzwakken en doen pezen rondom het gewricht pijn.

Slechts bij een kleine groep patiënten is een duidelijke oorzaak van de artrose aan te wijzen (bijvoorbeeld bij een letsel met gewrichtsbeschadiging of een aangeboren afwijking zoals heupdysplasie). Voor alle

Naar mijn mening wordt de geestelijke impact onderschat. Hier is maar weinig aandacht voor. Van veel mensen met artrose hoor je de reactie: het zal wel tussen je oren zitten. Je begint aan jezelf te twifelen, loopt regelmatig tegen een muur van onbegrip op. Dit kost veel negatieve energie.

Ervaringsdeskundige artrose

andere patiënten is er een aantal risicofactoren voor artrose: een samenspel van gezondheidstoestand (bijvoorbeeld ongeval, aangeboren afwijking, andere gewrichtsaandoeningen, gewrichtsfactoren) en persoonsgebonden (bijvoorbeeld erfelijke factoren, hogere leeftijd, overgewicht, lichamelijke belasting) factoren¹¹.

Bij artrose is er vaak spraakverwarring over wat het is en wat het niet is. Of wat de oorzaak is.

Misverstand 1: artrose komt alleen bij ouderen voor

In de volksmond wordt artrose vaak in één adem genoemd met veroudering. Dat is niet helemaal juist: ook jongere mensen kunnen artrose hebben. Sterker nog: de laatste decennia komt artrose ook steeds meer voor bij mensen jonger dan 60 jaar, met name door overgewicht.

Misverstand 3: artrose is geen reumatische aandoening

Het komt vaak voor dat je bijvoorbeeld van je (huis)arts te horen krijgt dat artrose geen reuma is. Dit klopt niet: artrose is een reumatische aandoening, alleen is het geen ontstekingsreuma¹².

Misverstand 2: artrose is hetzelfde als 'slijtage'

Ook dat klopt niet: er spelen allerlei, ook nog onbekende, factoren een rol bij het ontstaan van artrose.

Misverstand 4: Artrose is hetzelfde als botontkalking

Nee, ook dat klopt niet. Artrose is niet hetzelfde als botontkalking (of osteoporose). Bij artrose is het gewricht aangedaan, terwijl bij botontkalking je botten steeds poreuzer worden.



“Er is ook veel geschreven over dat het makkelijker is om met de pijn om te gaan wanneer deze voorspelbaar is (als ik a of b doe dan krijg ik meer pijn). Mensen met artrose vinden het echter veel moeilijker om te gaan met onvoorspelbare pijn (onverwachte pijnscheuten); daar worden ze erg onzeker van”.

*Prof. Dr. S.M.A. (Sita) Bierma-Zeinstra
Professor of Osteoarthritis
and Related Disorders*

Artrose kan leiden tot ernstige beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven, participatieproblemen en is verbonden met multimorbiditeit¹³ (meerdere aandoeningen bij één persoon).

Artrose is een ernstige aandoening. Er zijn verschillende niveaus van invaliditeit, van mild - wanneer het (met onderbrekingen) pijn kan veroorzaken met slechts minimale problemen bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten - tot ernstig - met chronische pijn, progressieve, onomkeerbare structurele schade en progressief verlies van functie. Dit wordt in verband gebracht met achteruitgang in geestelijke gezondheid en een toename in sterfte wanneer een persoon niet langer in staat is om te lopen of zelfstandig te leven. Pijn door artrose is een van de belangrijkste belemmeringen om fysieke activiteit te behouden¹⁴.

Artrose beïnvloedt de zes dimensies van positieve gezondheid aanzienlijk: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en het dagelijks functioneren.^{15, 16}

Als gevolg van pijn en stijfheid vermindert de kracht en wordt het uitvoeren van fijnmotorische handelingen moeilijker (voornamelijk bij handartrose), wordt (trap)lopen en sporten moeilijk (voornamelijk bij artrose van de onderste extremiteiten) en wordt ook het uitvoeren van zelfzorg en sociale activiteiten lastiger, net als het verrichten van veel beroepsgebonden handelingen. Hierdoor wordt iemand met artrose in toenemende mate afhankelijk van zijn omgeving en van gezondheidszorgvoorzieningen. Met name pijn en vermoeidheid verslechteren de kwaliteit van leven van mensen met artrose. De duur van de pijn bepaalt in hoge mate het (psychosociaal) functioneren.¹⁷



Wat niet per se een individu, maar wel ons als samenleving raakt: artrose is ook een niet te onderschatten maatschappelijk probleem.

Er zijn 1,5 miljoen mensen in Nederland met artrose nu, en dit gaat in minder dan 20 jaar toenemen naar 2,5 miljoen (dat is zoets als iedereen in Den Haag én Rotterdam krijgt artrose).

In 2040 zijn er ruim een miljoen mensen méér met artrose dan in 2015. Naast de vergrijzing komt deze grote stijging van artrose ook doordat de stijgende trend (inclusief bevolkingsgroei) wordt doorgetrokken naar de toekomst. Die is zeer waarschijnlijk te verklaren door het feit dat we ouder worden, maar ook door een toename van mensen met overgewicht¹⁸. We leven een ander leven dan 40 jaar geleden. In 2019 hadden naar schatting 1,5 miljoen mensen artrose. Op elke leeftijd komt artrose vaker voor bij vrouwen dan bij mannen¹⁹ en de kans op artrose neemt toe naarmate men ouder wordt. De meeste mensen hebben knie-, hand- en heupartrose.

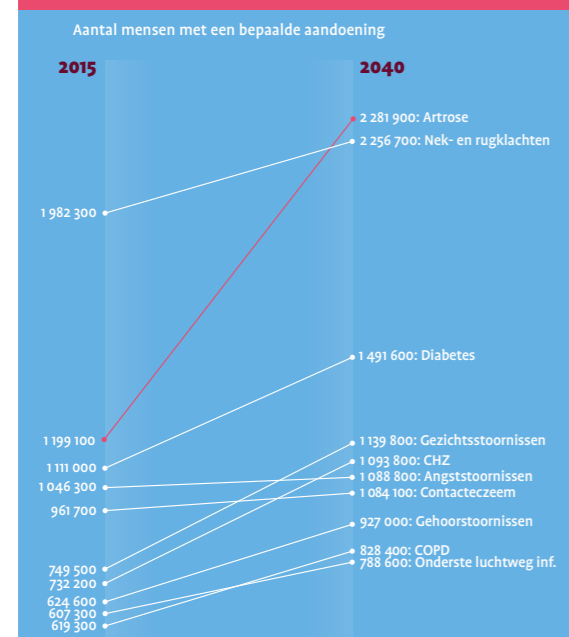
In Europa hebben meer dan 40 miljoen mensen artrose²⁰. Wereldwijd hebben (op basis van cijfers van de WHO) meer dan 250 miljoen mensen de diagnose artrose²¹. Meer recente schattingen spreken zelfs over 500 miljoen mensen²².

Ziektebelasting en zorgkosten: artrose heeft in 2040 de hoogste ziektebelasting en dit komt door demografie (meer mensen die ouder zijn). Deze trend is niet omkeerbaar! De uitdaging ontwijken kunnen we niet meer.

In 2017 waren de totale zorguitgaven voor artrose in Nederland 1,2 miljard euro. Dit komt overeen met 18,3% van de totale zorguitgaven die gemaakt werden voor ziekten van het bewegingsapparaat en bindweefsel. De totale directe zorgkosten van aandoeningen aan het bewegingsapparaat bedragen in Nederland rond de 8 miljard euro per jaar²³. Daarnaast is er sprake van aanzienlijke secundaire (sociale) kosten door verlies van zelfstandigheid en economische inzetbaarheid. De komende jaren zal het aantal mensen met ziekten van het bewegingsapparaat verder toenemen en daarmee ook de kosten²⁴. Er wordt ook steeds meer gevraagd van de inzetbaarheid van mensen ouder dan 60 jaar (werken is verbonden aan een stijgende levensverwachting, er is een sociale 'opvangfunctie' voor kleinkinderen, mantelzorg, etc.). Het vormt derhalve een belangrijke uitdaging om de kwaliteit van de zorg voor deze aandoeningen op peil te houden, dan wel te verbeteren, terwijl de kosten beheersbaar blijven (of afnemen).

Mede als gevolg van het nog ontbreken van een effectieve behandeling is de grootste stijging in patiënten met artrose te vinden²⁵. De stijging is met name opvallend onder mensen met een lage sociaal-economische status²⁶. Zonder een gerichte interventie die artrose voorkomt, remt of - beter nog - geneest en waar de samenleving beter op is ingericht (inclusieve samenleving), zijn de doelstellingen van de Nederlandse overheid, 5 jaar gezonder leven in 2040 én 30% minder gezondheidsverschillen tussen sociaal-economische klassen, niet haalbaar. Nu ingrijpen, door veel meer aandacht te geven aan preventie en door effectieve(re), kostenbesparende en gepersonaliseerde (bijvoorbeeld kwaliteit van leven verbeterende) interventies te implementeren (bestaande artrosezorg), ontwikkelen en te evalueren is dus noodzakelijk, evenals de samenleving zo inrichten dat meer mensen er toe doen en meedoen.

Net als in 2015 komen in 2040 nek- en rugklachten, artrose en diabetes het meeste voor



Figuur 1 Bron: VTV-2018 RIVM



Kunnen werken en maatschappelijke kosten: De maatschappelijke kosten van artrose zijn hoog, bijvoorbeeld als gevolg van verminderde arbeidsvreugde en -productiviteit, ziekteverzuim of zelfs arbeidsongeschiktheid.

Het RIVM schat op basis van volksgezondheids- en zorgregistraties dat beroepsziekten van het bewegingsapparaat (klachten aan arm, nek of schouders, lagerugaandoeningen, heupartrose, knieartrose en overige aandoeningen aan het bewegingsapparaat) de meest voorkomende nieuwe beroepsziekten onder de werkzame beroepsbevolking zijn²⁷ (bijna 170.000 per jaar, heupartrose (34 extra verzuimdagen in 2018) en knieartrose (25 extra verzuimdagen in 2018)).

Maatschappelijke kosten bestaan niet alleen uit het minder of niet meer kunnen deelnemen van mensen met artrose aan de arbeidsmarkt. Er worden ook maatschappelijke kosten gemaakt door andere zorg die nodig kan zijn voor mensen met artrose. Meer dan een derde van de mensen met artrose krijgt hulp van naasten en mantelzorg. In de meeste gevallen gaat het om huishoudelijke hulp (38%) en hulp bij vervoer (19%). Ze krijgen deze hulp vooral van hun partner (61%) en van niet-inwonende kinderen (29%). Het verschil in zorgbehoefte ten opzichte

van leeftijdsgenoten die geen artrose hebben, is groot. Ook in vergelijking met andere reumatische aandoeningen is de behoefte aan hulp en mantelzorg groter bij mensen met artrose²⁸.

“Until recently, public policy has focused on economic incentives to increase labour force participation. However, as chronic disease is a key barrier to labour force participation in older workers, with osteoarthritis being one of the diseases having the greatest impact on work capacity, more investment in health interventions to address chronic diseases are also needed.”²⁹”

Er is een artrose alliantie nodig: Een nationale (publiek/private/burger) missie-georiënteerde samenwerkingsvorm³⁰ die oog heeft voor de 1,5 miljoen mensen met artrose en de bijna 1 miljoen mensen die risico lopen om artrose te krijgen (maar nu nog geen artrose hebben).

Hoe onze doelen voor 2040 te verwezenlijken?

Verbetering van het leven van mensen met artrose betekent acteren op vele terreinen. Voor je het weet bloeien er vele initiatieven maar leiden deze initiatieven gezamenlijk niet tot de gewenste vooruitgang en vergroten zij de kans op een duurder zorgsysteem. Dit kan bijvoorbeeld zijn doordat er een te lage focus is op 'de-implementatie' en lokale initiatieven niet de stap maken naar grootschalige beschikbaarheid voor alle mensen met artrose in Nederland. Samenwerking is dus cruciaal om patiëntgerichte oplossingen efficiënt te ontwikkelen en toe te passen.

Deze nationale samenwerking richt zich op het kunnen behandelen - en liever nog voorkomen - én genezen, waarbij er ruimte gegeven wordt voor mensen met artrose in de samenleving, zodat het effect op een ieders leven zo kort of klein mogelijk is en waarbij de zorgvraag kan worden omgebogen van structureel/chronisch naar incidenteel/tijdelijk en mensen volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving. De realisatie van precisiegeneeskunde (persoonsgericht) is hierbij cruciaal, waarbij deze wordt vormgegeven langs vier p's: preventie, predictie, personalisatie en participatie.

We moeten trots zijn op wat we in Nederland al hebben opgebouwd. Nederland kent een wetenschappelijke setting van topniveau, diverse publiek private samenwerkingen, landelijke en lokale initiatieven en maatschappelijke organisaties die verbinding creëren tussen partijen in de quadrupel helix³². Als we nationaal samenwerken dan hebben we alles in huis om een excellente bijdrage te leveren aan de verbetering van het leven van de nu 1.5 miljoen mensen met artrose in Nederland (en schattingen lopen uiteen van 250-500 miljoen wereldwijd³³⁻³⁴). We kunnen zorgen dat we focus aanbrengen en zo betere oplossingen ontwikkelen die we sneller naar patiënten brengen. Nederland kan hierbij ook internationaal leidend zijn wat zal helpen om extra kennis en middelen naar Nederland te halen.

Deze samenwerking zal worden vormgegeven volgens een oplossingsgerichte routekaart waarin verschillende partijen verbonden zijn op cruciale mijlpalen en doorbraken.

Vooruitgang boeken betekent ook dat de nadruk moet liggen op oplossingen realiseren, in samenhang met een correcte borging in en implementatie van de richtlijnen. Om dit proces te coördineren, wordt gewerkt aan een artroserroutekaart 2021-2040.





Deze routekaart zorgt voor focus op het uiteindelijke doel en geeft de concrete tussenstappen om daar te komen weer. Het is deze mix van na te streven grote doorbraken en kleine, maar zichtbare verbeterstapjes die ons verder zal brengen. Deze strategische routekaart voor artrose vormt het kader waarbinnen de op langere termijn (voorziene) doorbraken verbonden worden met successen op kortere termijn.

Ook biedt het een kader waarin lopende initiatieven, van alle partijen uit de quadrupel helix die zich richten op artrose, bekeken kunnen worden wat betreft de relatie met het grotere doel. Deze routekaart zal helpen om het al vaker genoemde doel - artrose is in 2040 een niet-chronische, omkeerbare en te genezen aandoening - te bereiken. Er wordt concreet en zichtbaar gewerkt, gericht op alle toekomstige 2,5 miljoen mensen met artrose.

Een routekaart impliceert ook het maken van keuzes: welke initiatieven kunnen we verbinden om te versnellen? Wat moeten we verbeteren om te kunnen excelleren? Waar zijn we in Nederland echt uitmuntend in en waar moeten we internationaal verbinden? Wat moeten we initiëren omdat er anders te weinig aandacht voor is? Waar moeten we prioriteiten anders leggen en wat zouden we moeten stoppen om de beste keuzes te maken voor de beste inzet van mensen en middelen? Hoe zien mensen met artrose de effecten terug in hun leven? Hoe ondersteunen we mensen in het optimaal benutten van hun talenten en mogelijkheden?

Deze keuzes gaan gemaakt worden in de te vormen Artrose Alliantie.

Er is uiteraard niet één ideale of lineaire route. Er zijn parallelle wegen: wegen die al bestaan en kunnen worden verbeterd, wegen die nog in de maak zijn en wegen die alleen nog maar als ruwe schets bestaan. Dit vraagt niet alleen om een samenwerkingsvorm die flexibel en open is, maar ook om een heldere governance.

Dit is niet onhaalbaar, want door het zo te benoemen, worden kaders neergezet die helpen om de gewenste vernieuwing te bereiken. Systeeminnovaties gaan echter niet vanzelf en vaak gaan ze gepaard met weerstanden. Het is derhalve noodzakelijk om vanaf het begin niet alleen de doelen helder te omschrijven, maar ook de weg ernaartoe, waardoor optimaal 'routedraagvlak' wordt bereikt.

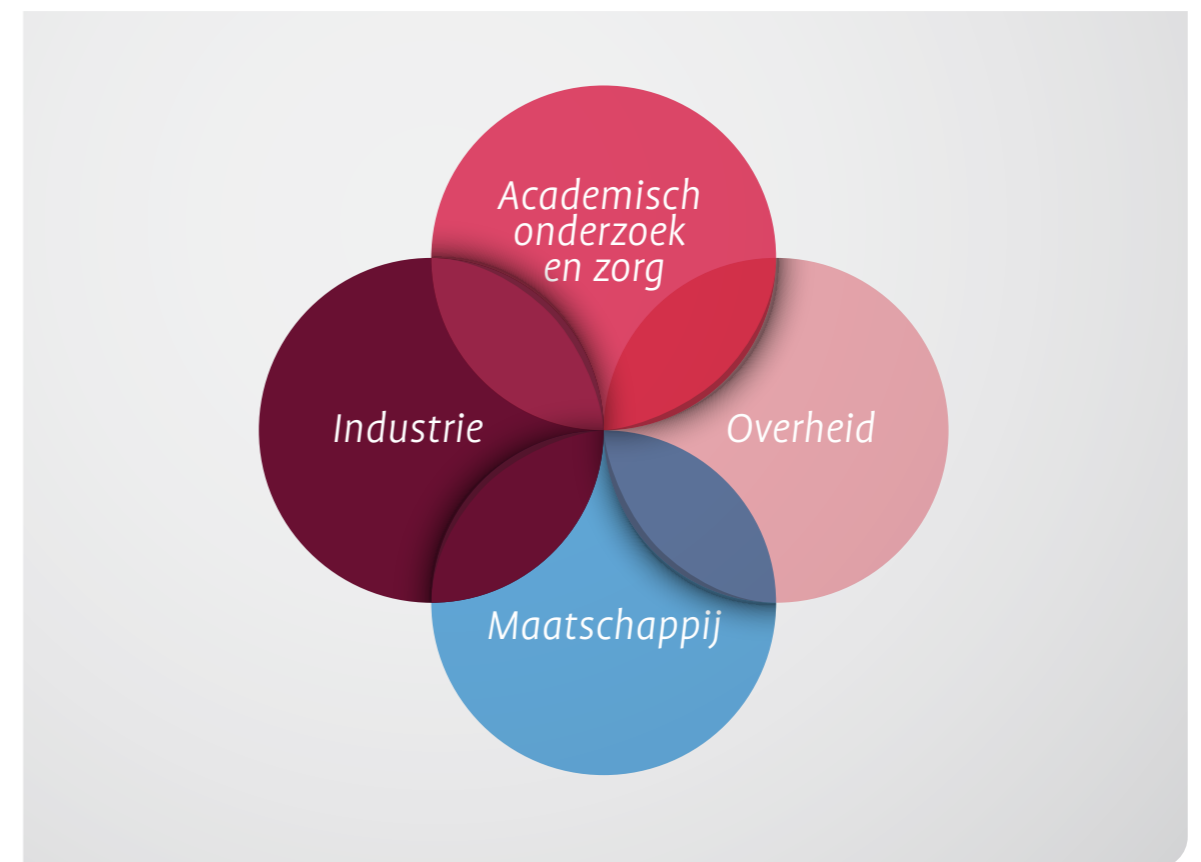
Dit betekent echter ook dat er een proces van continue bijsturing nodig zal zijn, waarbij er vanuit co-eigenaarschap in plaats van eigen belangen gehandeld wordt. Er zal daarom een continue multi-stakeholderdialoog vanuit de quadrupel helix³² worden gevoerd, waarbij de voortgang wordt besproken, zodat obstakels tijdig kunnen worden geïdentificeerd en

oplossingen worden gecreëerd. Daarmee wordt een routekaart een levend document, zonder de focus op het doel te verliezen.

Als we doen wat we altijd deden, krijgen we wat we altijd kregen. We moeten het anders, gedurfter en meer verbonden aan gaan pakken.

Want we weten één ding zeker: als we blijven hangen in de aanname dat er geen oplossing is voor een chronische aandoening als artrose, dan zal ons zorgsysteem onbetaalbaar en daarmee onhoudbaar worden. Dat belemmert ook onze maatschappelijke vooruitgang. En dit zal de solidariteit waarop ons zorgsysteem en de kostenverdeling zijn gebaseerd onder zware druk zetten.

We hebben elkaar nodig om onze doelen te kunnen bereiken. Laten we dus samen gaan werken aan het voorkomen dat er in 2040 2,5 miljoen mensen met artrose zijn, ze deel laten uitmaken van de samenleving en ervoor zorgen dat artrose een niet-chronische of omkeerbare aandoening wordt nu de richting waarin de oplossing gevonden kan worden in zicht komt.



Voetnoten & referenties

- ¹ Artrose kan je in 1 gewricht krijgen, maar kan ook in meerdere gewrichten voorkomen. Er zijn gewrichten waarin het vaker voorkomt, zoals in de knieën, de heupen, de gewrichten in de nek en onderrug, de duim, de vingers en de grote teen. Bron ontwikkeling naar 2,5 miljoen www.vtv2018.nl/aandoeningen
- ² In een studie (2016) van de OARSI (Osteoarthritis Research Society International) is aangetoond dat OA is associated with increased mortality, both directly as well as due to its associated comorbidities. Compared with the general population, people with OA had a 55% increase in all-cause mortality. The more severe the walking disability associated with OA, the higher was the risk of death largely due to cardiovascular disease. oarsi.org/education/oarsi-resources/oarsi-white-paper-oa-serious-disease
- ³ Deze cijfers berusten op mensen die bekend zijn bij de huisarts met artrose. Dit is een onderschatting.
- ⁴ OARSI 2016: It is associated with a range of levels of disability severity from mild, when it may cause intermittent pain with only minimal difficulty performing daily activities, to severe with chronic pain, progressive irreversible structural damage and progressive loss of function, often with associated decline in mental health as well as an increase in mortality when a person is no longer able to walk or live independently. oarsi.org/education/oarsi-resources/oarsi-white-paper-oa-serious-disease
- ⁵ KNAW (2021). Efficiency gains through innovation in medicines development: how can science contribute?, Amsterdam.
- ⁶ OARSI – Osteoarthritis Research Society International, WHO – World Health Organization, RIVM – Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- ⁷ OARSI 2016: OA is also associated with increased comorbidity. A recent systematic review found people living with OA had a pooled prevalence for overall cardiovascular disease pathology of 38.4% (95% confidence interval (CI): 37.2% to 39.6%) and were almost three times as likely to have heart failure (relative risk (RR): 2.80; 95% CI: 2.25 to 3.49) or ischemic heart disease (RR: 1.78; 95% CI: 1.18 to 2.69) compared with matched non-OA cohorts. In addition, OA significantly limits a person's ability to self-manage other conditions, such as diabetes, and hypertension given that OA related pain is associated with reduced physical activity, which in turn is associated with increased all cause mortality. The presence of these comorbidities present contraindications to the use of existing OA therapies such as NSAIDs. Compared with the general population, people with OA have shown excess all cause mortality (standardized mortality ratio 1.55, 95% confidence interval 1.41 to 1.70). The more severe the walking disability, the higher was the risk of death. oarsi.org/education/oarsi-resources/oarsi-white-paper-oa-serious-disease
- ⁸ www.iph.nl/kennisbank/wat-is-positieve-gezondheid
- ⁹ Verbonden aan de KIA Gezondheid & Zorg missiedoelen I. In 2040 is de ziektelast als gevolg van een ongezonde leefstijl en ongezonde leefomgeving met 30% afgenomen. III. In 2030 is van de mensen met een chronische ziekte of levenslange beperking het deel dat naar wens en vermogen kan meedoen in de samenleving met 25% toegenomen.
- ¹⁰ www.health-holland.com/sites/default/files/downloads/flyer-health-wellbeing.pdf
- ¹¹ www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/artrose/cijfers-context/oorzaken-en-gevolgen#node-risicofactoren-en-gevolgen-van-artrose
- ¹² Ontstekingsreuma is een groep aandoeningen, waarvan reumatoïde artritis de meest voorkomende vorm is. Bij ontstekingsreuma staat de ontsteking van het gewricht meer op de voorgrond dan bij artrose. Ook is het klachtenpatroon van artrose anders dan dat van ontstekingsreuma. Ontstekingsreuma kan overigens op termijn wel leiden tot (ook) artrose.
- ¹³ www.vtv2018.nl/aandoeningen
Eén op de drie Nederlanders heeft twee of meer chronische aandoeningen, en bijna één op de vijf drie of meer.
- ¹⁴ OARSI 2016
oarsi.org/education/oarsi-resources/oarsi-white-paper-oa-serious-disease
- ¹⁵ www.iph.nl/kennisbank/wat-is-positieve-gezondheid
- ¹⁶ www.nictiz.nl/standaarden/icf
De ICF is een classificatie waarmee het mogelijk is het functioneren van de mens en de eventuele problemen die mensen daarbij ervaren te beschrijven.

- ¹⁷ RIVM. Epidemiologische data van ziekten van het botspierstelsel en bindweefsel. Achtergrondrapport voor Programma Zinnige Zorg. RIVM Briefrapport 2019-0180.
- ¹⁸ www.vtv2018.nl/aandoeningen
- ¹⁹ RIVM. Epidemiologische data van ziekten van het botspierstelsel en bindweefsel. Achtergrondrapport voor Programma Zinnige Zorg RIVM. Briefrapport 2019-0180 P.E.D Eysink et al.
- ²⁰ World Health Organization. The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium, 2003 Geneva World Health Organization.
- ²¹ O.b.v. info verstrekt door World Health Organization: professor Jean-Yves REGINSTER MD PHD Director, World Health Organization Collaborating Center for Public Health Aspects of Musculoskeletal Health and Aging Director, Division of Public Health, Epidemiology and Health Economics Professor of Bioethics and Societal Medicine.
- ²² The global prevalence of osteoarthritis, which is estimated around 500 million according to the most recent estimates in the paper by David Hunter and the editors of the Lancet, which is a prélude to the Lancet commission on osteoarthritis. Info provided by Ali Mobasheri (President of the Osteoarthritis Research Society International (OARSI) and Professor of Musculoskeletal Physiology and Associate Dean for Research and Enterprise in the Faculty of Health and Medical Sciences at the University of Surrey, UK.
- ²³ Plasman & Slobbe (2016). Voorlopige toewijzing kosten van ziekten 2015. Kosten van ziekten notities 2016/1, Centrum Kennisintegratie Volksgezondheid en Zorg. RIVM.
- ²⁴ Sloot, R. e.a. (2016). Reumatische aandoeningen in Nederland: ervaringen en kengetallen. Nivel.
- ²⁵ L20-06 artrose: een People's of Patient's Journey? – te genezen in 2040!
www.nwo.nl/onderzoeksprogrammas/kennis-en-innovatieconvenant-kic/lange-termijn-programmas-kic-2020-2023/ltp
- ²⁶ www.health-holland.com/publications/useful-documents/kia
Kennis- en Innovatieagenda (KIA) 2020-2023: De grootste winst op het gebied van gezonde levensverwachting is te boeken bij mensen met een lage sociaal-economische status (SES).
- ²⁷ wp.monitorarbeid.tno.nl/wp-content/uploads/2021/02/180TNO_Arbbalans2020_V7.pdf
Arbbalans 2020 Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in nederland
- ²⁸ Bron: NIVEL 2016
- ²⁹ Schofield, Deborah & Cunich, Michelle & Shrestha, Rupendra & Tanton, Robert & Veerman, Jacob & Kelly, Simon & Passey, Megan. (2018). The long-term economic impacts of arthritis through lost productive life years: Results from an Australian microsimulation model. BMC Public Health. 18. 10.1186/s12889-018-5509-3.
- ³⁰ Mede geïnspireerd door: OECD the design and implementation of mission-oriented innovation policies a new systemic policy approach to address societal challenges OECD science, technology and industry policy papers, February 2021 No. 100.
www.oecd-ilibrary.org/science-and-technology/the-design-and-implementation-of-mission-oriented-innovation-policies_3f6c76a4-en
- ³¹ Quadrupel helix = samenwerking tussen overheid + wetenschap + industrie + burgers (mensen met/ zonder Artrose)
- ³³ 250 miljoen o.b.v. info verstrekt door World Health Organization: Professor Jean-Yves REGINSTER MD PHD Director, World Health Organization Collaborating Center for Public Health Aspects of Musculoskeletal Health and Aging Director, Division of Public Health, Epidemiology and Health Economics Professor of Bioethics and Societal Medicine.
- ³⁴ The global prevalence of osteoarthritis, which is estimated around 500 million according to the most recent estimates in the paper by David Hunter and the editors of the Lancet, which will be a prélude to the Lancet commission on osteoarthritis. Info provided by Ali Mobasheri (President of the Osteoarthritis Research Society International (OARSI) and Professor of Musculoskeletal Physiology and Associate Dean for Research and Enterprise in the Faculty of Health and Medical Sciences at the University of Surrey, UK.

