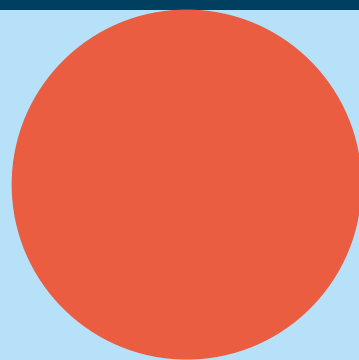
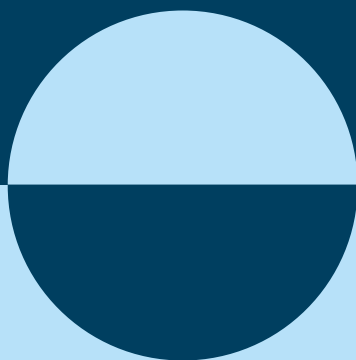
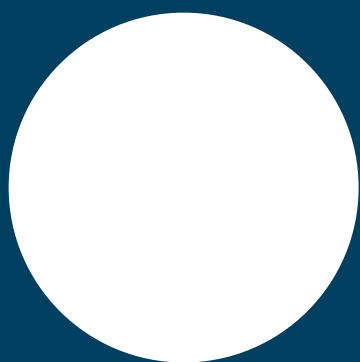


Stepped care en regionale verschillen in artrosezorg

Een analyse van de zorg voor knie- en heupartrose in de huisartsenzorg, fysiotherapie en orthopedie



28 augustus 2025



Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Belangrijkste inzichten	3
1 Inleiding	5
1.1 Opzet	6
2 Artrosezorg in Nederland	9
2.1 Artrose snelst groeiende aandoening in Nederland	9
2.2 Artrose; de aandoening	11
2.3 De behandeling; het belang van stepped care	11
3 Resultaten	14
3.1 Zorggebruik en regionale verschillen per zorgdiscipline	14
3.1.1 Prevalentie bij de huisarts	14
3.1.2 Prevalentie bij de fysiotherapeut	15
3.1.3 Prevalentie bij de orthopedisch chirurg	18
3.2 Behandelingen	20
3.2.1 Fysiotherapie	20
3.2.2 Protheses	20
3.3 Stepped care in beeld	21
3.3.1 Fysiotherapie voorafgaand aan bezoek orthopedisch chirurg	22
3.3.2 Fysiotherapie voorafgaand aan een prothese	23
4 Discussie	25
Bijlage 1: De analyse	29
Methodologie	30
Bijlage 2: Overige figuren	37

Samenvatting

De aandoening artrose is volgens de voorspellingen in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024 van het RIVM richting 2050 de grootste en snelst groeiende patiëntengroep. Met 3 miljoen mensen in 2050 is dit bijna een verdubbeling van 2022. Daarmee draagt artrose in grote mate bij aan de toch al hoge druk op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en solidariteit in de zorg. In 2031 zal naar verwachting het personeelstekort in de zorg opgelopen zijn tot 135.000 zorgverleners. De zeer grote groep artrosepatiënten brengt ook hoge maatschappelijke kosten met zich mee, zowel directe medische kosten als indirecte kosten als gevolg van bijvoorbeeld verminderde arbeidsparticipatie. In 2019 werden de directe medische kosten voor knie- en heupartrose geschat op €1,1 miljard euro. Hiervan betrof 81% kosten voor medisch specialistische zorg. Daarmee speelt passende (organisatie van) zorg voor artrose een grote rol in de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gehele gezondheidszorg; een uitdaging waar zowel patiënten, zorgverleners als beleidsmakers voor staan.

Om de zorg voor deze patiëntengroep zo goed mogelijk te organiseren zijn er binnen de sector afspraken gemaakt over *stepped care*. Deze afspraken komen terug in de verschillende richtlijnen van de betrokken beroepsgroepen; eerst proberen de zorgvraag op te vangen met behulp van educatie, zelfmanagement, bewegen en leefstijlkeuzes voordat er wordt gekozen voor medisch ingrijpen. Dit rapport analyseert de trends in de zorg voor artrose patiënten van de afgelopen 10 jaar, de mate waarin we *stepped care* in de praktijk zien, en de regionale verschillen in het land. Hiermee krijgen zorgverzekeraars, patientenorganisaties en zorgaanbieders meer inzicht en kunnen zij tot goede afspraken voor passende zorg komen. In deze analyse kijken we naar huisartsenzorg, fysiotherapie en orthopedische zorg.

Belangrijkste inzichten

Artrose aan knie en heup komt steeds vaker voor; de populatie van mensen met artrose die bekend is bij de huisarts groeit de afgelopen 10 jaar op basis van de beschikbare data met 43%. Steeds meer mensen ontvangen zorg voor deze klachten. Hierin vindt het merendeel van de zorg plaats in de eerste lijn bij de huisarts of fysiotherapeut. Het percentage mensen dat fysiotherapie krijgt voor deze klachten (op basis van de beschikbare data) is de afgelopen 10 jaar weliswaar gegroeid (+50%) maar is in absolute aantallen veel minder dan men op basis van de *stepped care* benadering uit de richtlijnen zou verwachten. Het aantal behandeltrajecten voor artrose bij de orthopedisch chirurg is in de afgelopen 10 jaar gestegen (+30%); het aantal protheses dat geplaatst wordt is gestegen met 40%. De mate van zorg die geleverd wordt door huisartsen, fysiotherapeuten en orthopedisch chirurgen verschilt per regio, maar de regionale verschillen zijn overwegend beperkt.

Veel artrosezorg in de eerste lijn

Uit de prevalentiecijfers blijkt dat een groot deel van de groep die zorg ontvangt voor knie- en heupartrose, dat krijgt in de eerste lijn bij de huisarts of fysiotherapeut. Dit onderstreept het belang van goede educatie en een adequate conservatieve aanpak, juist in de eerste lijn. Wanneer we kijken naar 2023 ontvingen van de 100 mensen die bekend zijn bij de huisarts met artroseklachten voor de *heup*, jaarlijks 53 mensen zorg bij de fysiotherapeut, 17 mensen bij de orthopedisch chirurg en werd bij 6 mensen een prothese geplaatst. Van de 100 mensen die bekend zijn bij de huisarts met artroseklachten voor de *knie*, ontvingen jaarlijks 47 mensen zorg bij de fysiotherapeut, 22 mensen bij de orthopedisch chirurg en werd bij 4 mensen een prothese geplaatst. Regionaal variëren deze trends.

Fysiotherapie geen vast onderdeel van de conservatieve behandeling

Zeer opvallend zijn de uitkomsten over het gebruik van fysiotherapie voorafgaand aan orthopedische zorg. Fysiotherapeutische zorg is onderdeel van een conservatieve aanpak van artrose. Toch krijgt slechts 30% van de mensen die naar een orthopedisch chirurg gaan in de twee jaar voorafgaand fysiotherapie en krijgt slechts 41% van de mensen die een heup- of knieprothese krijgen in de twee jaar voorafgaand fysiotherapie. Dit is opvallend laag, zeker gezien de verschillende richtlijnen die fysiotherapie als onderdeel van de conservatieve behandeling aanbevelen vóór verwijzing naar de medisch specialist of het overgaan tot een operatie. Regionaal zien we verschillen in de mate waarin fysiotherapie wordt ingezet voor een bezoek aan de orthopedisch chirurg ofwel voor het plaatsen van een prothese. Dit suggereert dat implementatie van richtlijnen en zorgpaden per regio mogelijk verschilt.

Regionale verschillen variëren per analyse

De regionale verschillen lopen uiteen per analyse. Conclusies verbinden aan deze verschillen vraagt kennis van onder meer de regionale situatie. Wel vallen op basis van deze analyse een aantal zaken op:

- De regionale verschillen van het percentage mensen dat fysiotherapie krijgt voorafgaand aan plaatsing van een prothese (zowel heup als knie), uiteenlopend van 30,2% tot 63,9% voor de heup en 24,6% tot 58,8% voor de knie.
- De relatief hoge prevalentie van knieartrose bij de huisarts (+13,3% ten opzichte van het landelijk gemiddelde) in Zeeuws-Vlaanderen terwijl we deze populatie (veel) minder dan landelijk gemiddeld terugzien bij de fysiotherapeut (-28,6%) en orthopedisch chirurg (-65%).
- De regionale verschillen van het percentage mensen dat een knieprothese krijgt wanneer zij patiënt zijn geworden bij de orthopedisch chirurg (dus het aantal protheses ten opzichte van orthopedische behandeltrajecten voor artrose), varieert van 29,8% tot 58,8%.
- De regio Zuid-Limburg heeft een relatief hoge prevalentie van artroseklachten bij de huisarts (+35,7% en +26,7% ten opzichte van het landelijk gemiddelde), maar de prevalentie bij de orthopedisch chirurg, met name bij knieartrose, is in deze regio opvallend laag (-30%).
- Verder zien we in de regio Tiel 40% meer protheses per inwoner ten opzichte van het landelijk gemiddelde en 48% meer protheses na een bezoek aan de orthopedisch chirurg. In dezelfde regio ligt het percentage mensen met fysiotherapie voorafgaand aan een knieprothese ruim 37% lager dan het landelijk gemiddelde.

Oorzaken die verschillen kunnen verklaren zijn deels beïnvloedbaar

Dit rapport beoogt niet om te komen tot een normering of waardeoordeel over de geleverde zorg, maar spiegelt de geleverde zorg aan de richtlijnen voor stepped care. Kwantitatieve data vraagt duiding vanuit zorgprofessionals en patiënten uit de regio, die kennis hebben van lokale situatie. Er zijn immers diverse verklaringen die kunnen leiden tot deze trends en ontwikkelingen. Het verder onderzoeken van de oorzaken is een belangrijke stap richting effectief (nieuw) beleid.

Rapport in samenwerking tot stand gekomen

Dit rapport is tot stand gekomen in samenwerking tussen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), patiënten vertegenwoordiging door ReumaNederland en verschillende branchepartijen; Het Beweegkader (NHG-expertgroep van kaderhuisartsen Bewegingsapparaat), het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV). Ook de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG), de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) zijn geconsulteerd.

1 Inleiding

Om de gezondheidszorg in Nederland betaalbaar en toegankelijk te houden is het van belang dat we kritisch zijn op hoe mensen en middelen worden ingezet. We kunnen niet meer alles blijven doen wat we al jaren doen. Dat betekent dat we zorg moeten voorkomen, en wanneer er wel een zorgvraag is we deze vanuit het principe van juiste zorg op de juiste plek benaderen met doelmatige (organisatie van) zorg. Dit geldt ook voor artrosezorg. Deze patiëntengroep verdubbelt de komende jaren en wordt daarmee veruit de grootste patiëntengroep in Nederland. Helaas is er nog geen genezende behandelmethode voor artrose waardoor een steeds groter wordende groep van de bevolking in hun dagelijks functioneren blijvend beperkingen ondervindt en vaak een zorgvraag ontwikkelt. Er is evidentie dat zelfmanagement aan de hand van informatie en conservatieve behandeling die bestaat uit educatie, oefentherapie, pijnmedicatie en leefstijlaanpassingen het beloop van artrose, de ervaren klachten en daarmee het ontstaan of verergeren van een zorgvraag positief kunnen beïnvloeden. Pas wanneer deze laagdrempelige interventies onvoldoende effectief blijken kan het gewricht vervangen worden door een prothese, maar het liefst niet op een te jonge leeftijd en pas wanneer andere behandelopties uitgeput zijn. Deze benadering wordt, onder de noemer van *stepped care*, omarmd door patiënten vertegenwoordiging, zorgverzekeraars en zorgprofessionals en zien we terug binnen de richtlijnen van onder meer huisartsen, orthopedisch chirurgen, sportartsen en fysiotherapeuten. Het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) deed in lijn hiermee in maart 2020 de aanbeveling om geen knie- en heupvervangingen meer te doen zonder voorliggende adequate conservatieve behandeling en plaatste het op de implementatieagenda. Maar in welke mate er daadwerkelijk sprake is van stepped care in de praktijk weten we niet. Het ontbreekt op dit moment aan landelijk en regionaal inzicht in artrosezorg. Kwalitatief maar ook kwantitatief. Want wat gebeurt er eigenlijk in de praktijk wanneer we kijken naar artrosezorg in Nederland? Door wie wordt deze zorg geleverd? In welke mate is er sprake van stepped care? Verschilt dat in de verschillende regio's? En hoe verhoudt dat wat we zien zich tot de afgesproken richtlijnen en vernieuwende regionale initiatieven?

Het doel van dit rapport is om zorgprofessionals, -verzekeraars, patiëntenorganisaties, beleidsmakers en andere betrokkenen inzicht te geven in bovenstaande vragen. Om hen in staat te stellen te reflecteren op de huidige zorglevering en organisatie van artrosezorg en daarover in gesprek te gaan. Om samen te kijken wat er nodig is. Zodat aangrijpingspunten ontstaan om nieuwe keuzes te maken richting de toekomst waarmee stepped care wordt gestimuleerd. Dit doen wij door de trends in heup- en knieartrose van de afgelopen 10 jaar in beeld te brengen, alsook de regionale verschillen van de geleverde zorg op dit moment. Daarnaast levert het rapport zicht op de mate van stepped care in artrosezorg in Nederland. Dit rapport biedt kwantitatieve inzichten in de regionale en landelijke zorg voor mensen met *heup- en knieartrose*, beschouwd vanuit de *huisartsenzorg*, *fysiotherapie* en *orthopedie*. De NZa roept daarom patiëntorganisaties, zorgverleners, beroepsverenigingen, zorgorganisaties, zorgverzekeraars, zorgkantoren, vertegenwoordigers van het sociaal domein en anderen op om op basis van de resultaten van dit rapport samen te kijken naar verbeterpotentieel, hierover afspraken te maken, deze afspraken te implementeren en monitoren. Ook willen we hiermee het maatschappelijk debat aanjagen. Want het aantal patiënten met artrose stijgt de komende 20 jaar het meest van alle patiëntengroepen en daarin zullen zowel patiënten als zorgprofessionals andere keuzes moeten gaan maken om zowel de kwaliteit van zorg te verbeteren als de toegankelijkheid van de zorg te kunnen blijven borgen.

Veel beweging in artroseland

De artrosezorg staat niet stil. Medisch inhoudelijk onderzoek richt zich onder meer op gewrichtsbesparende interventies, medicatie voor gewichtsverlies en andere conservatieve en curatieve interventies. Maar

er gebeurt ook heel veel in het kader van zorgorganisatie voor artrosezorg. Enerzijds zien we allerlei prachtige initiatieven in verschillende regio's waarin de organisatie van artrosezorg wordt verbeterd, samenwerking tussen zorgprofessionals wordt opgezocht of kansen van digitalisering worden aangegrepen. Denk bijvoorbeeld aan netwerkverbanden en organisatievormen in verschillende regio's, zoals Het Beweeghuis, Beweegzorg Noord, Netwerk Artrose regio NoordWest en GLA:D in regio Eindhoven. Allemaal mooie initiatieven vanuit zorgprofessionals die verbeterpotentieel zien in hoe de zorg georganiseerd is. De positieve ervaringen van dergelijke initiatieven uit de praktijk stemt hoopvol. Ook is er onder beleidsmakers terrein aandacht voor artrose. Zo is er al in 2014 door Zorginstituut Nederland het 'Verbetersignalement zorg bij artrose van knie en heup' gepubliceerd, gevolgd door een tussenevaluatie in 2019 waaruit bleek dat de realisatie van de afgesproken verbeteringen langzaam tot stand komt. Dit heeft in 2019 geleid tot een nieuwe doelstelling dat minimaal 75% van de patiënten die een knie- of heupprothese krijgen in het jaar voorafgaand aan de operatie fysio- of oefentherapie moet hebben ontvangen. Op dit moment werkt Zorginstituut Nederland aan een eindevaluatie van dit Verbetersignalement. Ook kwam Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) in maart 2020 met een aanbeveling voor de inzet van meer conservatieve behandeling bij knie- en heupartrose. Ook werkt momenteel een consortium aan brancheverenigingen onder leiding van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) samen binnen het SKMS-project Regionale Artrosezorg aan meer eenduidige afspraken voor samenwerking en stepped care tussen zorgdisciplines en een ondersteunende toolkit voor in de praktijk. Daarnaast werkt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) vanuit hun rol als toezichthouder aan het stimuleren van samenwerking binnen netwerken voor beweegzorg.

Deze opsomming is zeker geen volledige lijst. Maar duidelijk is dat dit rapport met al andere bewegingen die gaande zijn niet op zichzelf staat. We moedigen partijen vooral aan te blijven doorgaan met goede initiatieven en deze op te schalen, van elkaar te leren, ervaringen breed in Nederland te delen, de samenwerking aan te gaan. Dit rapport kan gezien worden als ondersteuning daarvan.

De NZa als aanjager en kennispartner

De NZa is de onafhankelijke marktmeester van de zorg, die staat voor toegankelijke en betaalbare zorg. Wij willen het zorgstelsel goed laten werken én noodzakelijke transities ondersteunen. Daarom moeten wij kritisch zijn op hoe mensen en middelen worden ingezet. Als marktmeester van de zorg zien en voelen wij dat de veranderingen in de zorg en daar buiten, sneller en breder op gang moeten komen. We kunnen niet meer blijven doen wat we al deden. Dat betekent dat we zorg moeten voorkomen, en wanneer er wel een zorgvraag is we deze vanuit het principe van juiste zorg op de juiste plek benaderen met doelmatige (organisatie van) zorg. Dit geldt ook voor de artrosepatiënten, ongeacht waar in het land die wonen. Met deze analyse nemen we de rol van aanjager en kennispartner op. Door gebruik te maken van onze unieke datapositie waarmee wij zicht hebben op declaratiedata van de afgelopen 10 jaar voor alle patiënten (ongeacht welke zorgverzekering), geven we de sector inzicht en dagen hen uit op hun eigen geformuleerde ambitie en voornemen. Om zo de beweging die op papier is ingezet ook in de praktijk verder te stimuleren.

1.1 Opzet

Deze analyse is uitgevoerd tussen januari 2025 en mei 2025 door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), binnen een werkgroep met daarin vertegenwoordiging van ReumaNederland, Het Beweegkader (NHG-expertgroep van kaderhuisartsen Bewegingsapparaat), het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV). Voor deze analyse is gebruik gemaakt van data van Vektis en Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Samen met de werkgroep zijn inhoudelijke keuzes gemaakt ten aanzien van de afbakening van de aandoening (alleen knie- en heupartrose),

zorgdisciplines (alleen huisartsenzorg, fysiotherapie en orthopedie) en de centrale onderzoeksvragen van de analyse;

- Hoeveel mensen krijgen in Nederland zorg voor klachten van knie- en heupartrose bij de huisarts, fysiotherapeut en orthopedisch chirurg?
- Hoeveel procent van de mensen die bij een orthopedisch chirurg komt krijgt een prothese?
- Hoeveel procent van de mensen die een prothese krijgt, krijgt daarna fysiotherapie?
- Hoeveel procent van de mensen die (na verwijzing) een orthopedisch chirurg bezoekt heeft in de 2 jaar voorafgaand fysiotherapie gehad voor deze artroseklachten?
- Hoeveel procent van de mensen die een prothese heeft gekregen heeft in de 2 jaar voorafgaand fysiotherapie gehad voor deze artroseklachten?
- Voor alle bovenstaande onderzoeksvragen willen we trend in de afgelopen 10 jaar in kaart brengen en de regionale verschillen in Nederland.

Ook zijn in afstemming met deze werkgroep noodzakelijke aannames gedaan om tot data definities te komen (zie de methodologie in bijlage 1). Dit was met name nodig binnen de huisartsenzorg en fysiotherapie.

Correctie op leeftijd, geslacht en sociaal economische status

Het doel van dit rapport is om het gesprek over passende artrose-zorg in de regio's te ondersteunen. Een gesprek wat mogelijk kan leiden tot andere zorg- en beleidskeuzes. Er zijn echter ook factoren die niet beïnvloedbaar zijn, maar wel invloed hebben op het zorggebruik. Daarom hebben we in deze analyse waar mogelijk een correctie toegepast voor verschillen in de samenstelling van de populatie op basis van leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status; een standaardisatie van de uitkomsten naar de samenstelling van de Nederlandse bevolking.

In de methodologie in bijlage 1 staat een uitgebreide beschrijving van de toegepaste correcties, de gehanteerde data definities en beschrijvingen van de databronnen waaruit geput is voor deze analyses.

Belang van zuivere data registratie

Om dergelijke analyses te kunnen uitvoeren is een goede kwaliteit van de dataregistratie essentieel. Binnen de orthopedie is de declaratieregistratie gedetailleerd, grotendeels uniform en consistent gebruikt. Dat maakt de data goed bruikbaar. Dat is anders voor de fysiotherapie en huisartsenzorg. In de huisartsenzorg is de declaratieregistratie minder gedetailleerd, waardoor niet altijd bekend is welke behandeling is ingezet of welke diagnose gesteld is. Daarnaast wordt binnen de fysiotherapie een veelvoud aan diagnosecodes gebruikt om de artrose patiënt te declareren (zie ook 3.1.2). Het gebruik van deze verschillende codes is niet altijd consistent en wisselend onder zorgverleners. Dit maakt het doen van een analyse op deze zorgsectoren met deze datasets uitdagend. Om toch tot goede analyses te komen zijn verschillende aannames gedaan, is veelvuldig afgestemd met afvaardiging binnen de werkgroep en is de dataset voor de huisartsenzorg uitgebreid met data van een steekproef onder huisartsen van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Deze steekproef bevat ongeveer 10% van de totale huisartsenpopulatie.

1.2 Leeswijzer

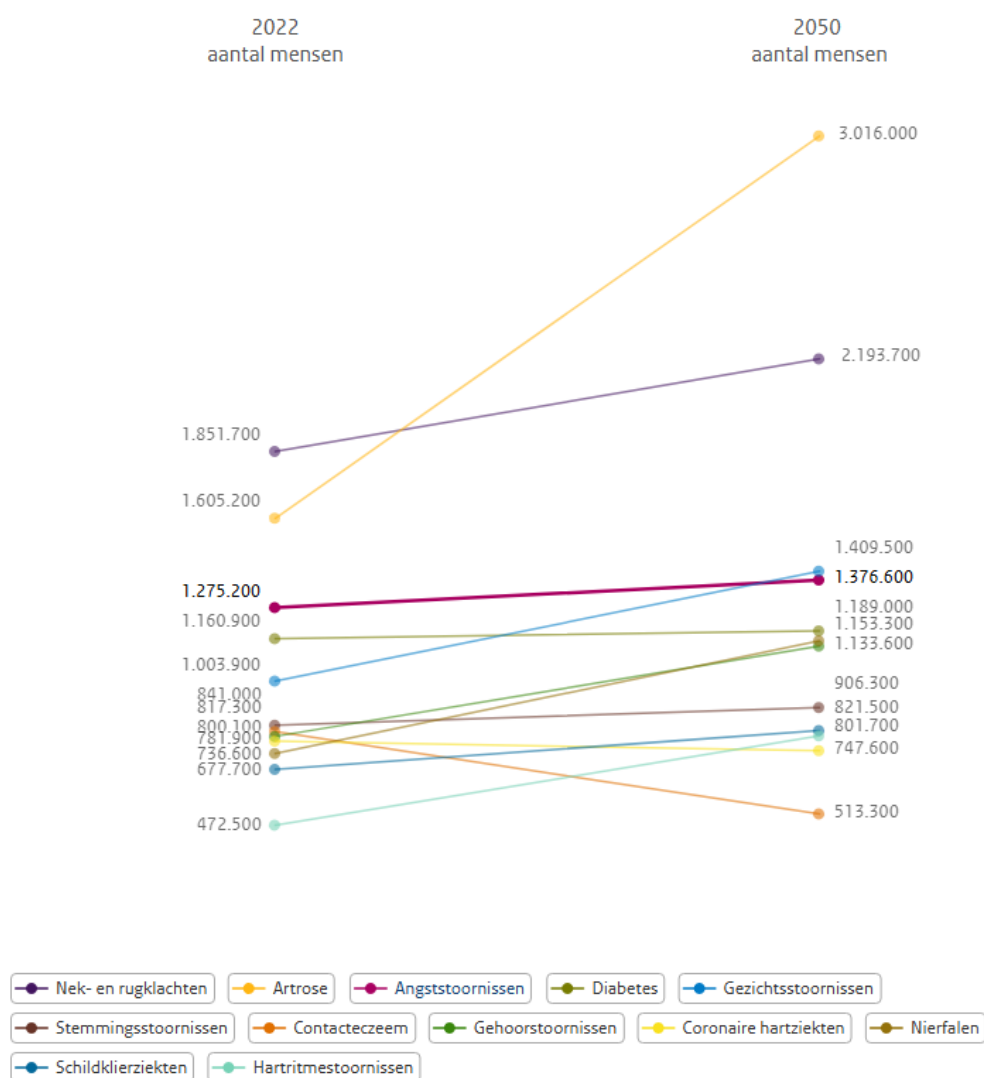
In hoofdstuk 2 beschrijven we de aandoeningen knie- en heupartrose en de grootte van de populatie. Ook geven we informatie over de behandeling zoals beschreven in richtlijnen en wetenschappelijke literatuur en het belang van stepped care in de behandeling. Hoofdstuk 3 bevat de resultaten van onze data-analyses. Hierin geven we eerst het zorggebruik voor deze patiëntengroep weer bij de huisarts, fysiotherapeut en orthopedisch chirurg, zowel in landelijke meerjaren trends als de regionale verschillen. We kijken hierin eerst naar de prevalentie van deze patiëntengroep bij de verschillende zorgverleners en focussen ons daarna op hoe de zorglevering in de verschillende disciplines zich tot elkaar verhoudt. Hierin kijken we vooral naar fysiotherapie, behandeltrajecten bij de orthopedisch chirurg en gewrichtsvervangende protheses. Hoofdstuk 4 bevat de discussie, waarin we de belangrijkste conclusies en adviezen delen en een oproep doen voor het vervolg. In bijlage 1 staan de deelnemers van de inhoudelijke werkgroep benoemd en is de methodologie beschreven. Ook bespreken we in dit rapport op verschillende plekken enkele mooie (regionale) initiatieven en komt het belang (en de tekortkomingen) van uniform datagebruik aan bod.

2 Artrosezorg in Nederland

2.1 Artrose snelst groeiende aandoening in Nederland

Artrose is een chronische en progressieve ziekte waarvoor op dit moment in Nederland naar schatting ruim 1,6 miljoen mensen bekend zijn bij de huisarts. Recent uitgevoerd onderzoek spreekt zelfs nog van een grote onderschatting van dit getal. Een groot deel hiervan heeft klachten van gewrichtsslijtage aan heupen of knieën. Het CBS spreekt in haar gezondheidsenquête van 2024 over een groep van 15,9% van alle inwoners van 12 jaar en ouder.

Artrose meest voorkomende chronische aandoening in 2050

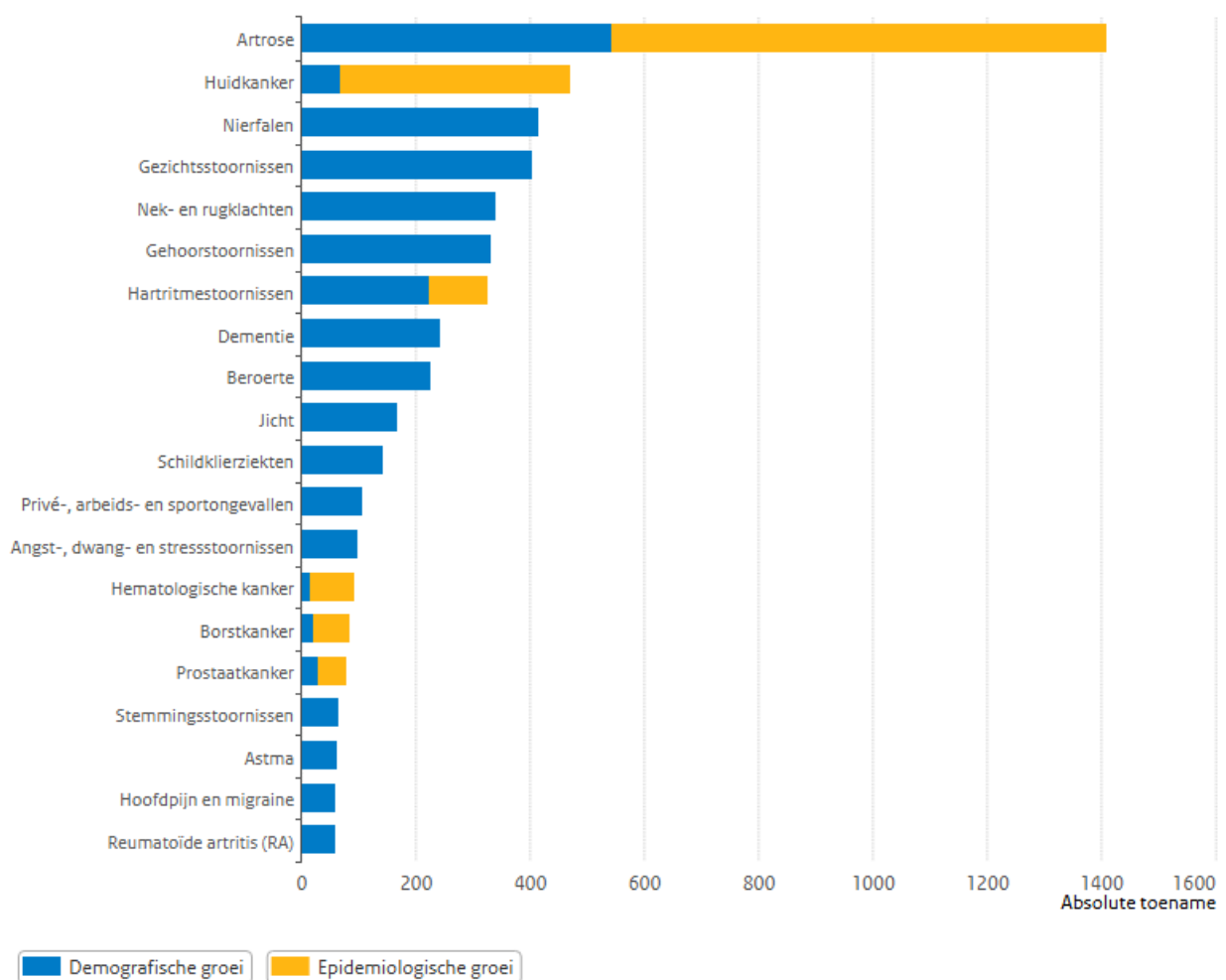


Figuur 1

Naast de huidige grote aantallen mensen met artrose, blijkt uit het Trendscenario Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024 dat er geen enkele aandoening is die de komende decennia harder stijgt dan artrose (figuur 1). Naar verwachting zijn er in 2050 meer dan 3 miljoen mensen met artrose in Nederland. Hiermee is het niet alleen de meest voorkomende, maar ook snelst stijgende aandoening.

De toename is deels te verklaren door de (demografische) ontwikkeling van vergrijzing (blauwe balk figuur 2). Maar de zeer grote groep artrosepatiënten in 2050 komt volgens het RIVM voor meer dan de helft voort uit een toename van overgewicht én door het feit dat mensen met steeds lichtere artroseklachten een arts opzoeken waardoor meer diagnoses gesteld worden. Juist deze epidemiologische groei is beter beïnvloedbaar door andere keuzes in beleid en behandelbeleid, bijvoorbeeld door de inzet van educatie, preventie, conservatieve zorg en leefstijlinterventies. Dit geeft duidelijke aanknopingspunten om de groeiende zorgvraag eventueel te kunnen remmen.

Toename aantal mensen met artrose verreweg het grootst



Figuur 2

2.2 Artrose; de aandoening

Artrose is een ziekte van de gewrichten waarbij het kraakbeen in de gewrichten dunner en minder glad wordt. Deze veranderingen van kraakbeen in het gewricht zijn blijvend. Ook wordt het gewricht mogelijk dik door ontsteking of groeit er extra bot aan. Het komt in alle gewrichten voor, maar het vaakst in de heupen en de knieën. Bevorderende oorzaken van artrose zijn onder andere overgewicht, een doorgemaakt trauma van het gewricht in het verleden, langdurig zwaar fysiek werk verrichten en een genetische aanleg. Bewegen is, anders dan soms gedacht wordt, geen oorzakelijke factor in het ontstaan van artrose. Artrose komt vaker voor op oudere leeftijd en bij vrouwen. Het kan leiden tot pijn, stijfheid of een verdikt gewricht, en kan daarmee een beperking in het functioneren van mensen veroorzaken. Hoewel de veranderingen in het kraakbeen onomkeerbaar zijn, is de ziektelast (de mate waarin mensen klachten ervaren) bij artrose wel beïnvloedbaar. Een grotere verandering van kraakbeen leidt dus niet automatisch tot meer fysieke klachten. Dat maakt ook conservatieve behandeling van artrose erg kansrijk.

Belang van bewegen

Pijn, stijfheid en een verdikt gewricht als gevolg van artrose leidt vaak tot minder bewegen, met als gevolg een afname van coördinatie, kracht en uithoudingsvermogen van de omliggende spiergroepen. Deze afname leidt weer tot meer klachten, waardoor er een vicieuze cirkel ontstaat. Uit onderzoek blijkt dat bewegen bij artrose de functie van het gewricht en de omliggende spieren kan verbeteren waardoor de vicieuze cirkel wordt doorbroken en de klachten afnemen. Hierin heeft de patiënt een belangrijke rol; door zelf (of onder begeleiding) te blijven bewegen met artroseklachten kan dit leiden tot uitstel of afstel van invasieve zorg.

Kadering analyse; heup- en knieartrose bij huisarts, fysiotherapeut en orthopedisch chirurg

De aandoening artrose kan voorkomen op verschillende plekken in het lichaam. In deze analyse en in het rapport hebben we ons beperkt tot artrose van knieën en heupen. Dit gezien de grote prevalentie (bijna 80%) van knie- en heupartrose ten opzichte van andere vormen van artrose. Daarnaast is er gekozen voor een focus op de zorg die geleverd wordt binnen de huisartsenzorg, fysiotherapie en orthopedie. Hoewel artrosezorg bij uitstek een aandoening is waarin door meer verschillende zorgprofessionals zorg geleverd wordt bleek uit de verkennende analyse dat het merendeel van artrosezorg voor heupen en knieën binnen deze zorgdisciplines wordt geleverd (zie figuur 23 in bijlage 2).

2.3 De behandeling; het belang van stepped care

Behandeling van knie- en heup artrose

De kwaliteitsstandaard 'Artrose heup en knie conservatieve behandeling' beschrijft de behandeling van artrose volgens het *stepped care* model: eerst kijken wat de patiënt zelf kan in de thuissituatie middels leefstijlaanpassingen en zelfzorg. Een tweede stap is dan mogelijk een conservatieve behandeling in de eerste lijn en pas als die niet effectief genoeg is kan gekozen worden voor een meer ingrijpendere of invasieve behandeling. Deze standaard is opgesteld door een breed consortium van zorgverleners en patiëntenvertegenwoordiging, bestaande uit Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) (penvoerder), Ergotherapie Nederland (EN), Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA), Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), Nederlandse Vereniging voor

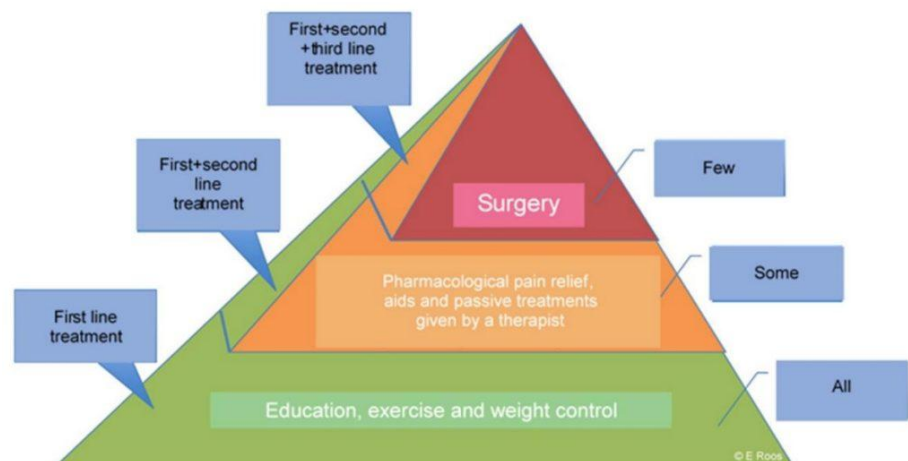
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR), Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR), Patiëntenfederatie Nederland en Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Conservatieve behandelopties zijn bijvoorbeeld patiënteducatie, leefstijladviezen (waaronder voeding, bewegen en afvallen), (pijn)medicatie, oefentherapie, intra-articulaire injecties en kniebraces/voetortheses. Hierin spelen de huisarts en fysiotherapeut in de eerstelijnszorg een zeer grote rol, maar artrose patiënten dienen zich ook veelvuldig aan bij diëtisten, leefstijlexperts, oefentherapeuten, ergotherapeuten, sportartsen, revalidatieartsen, reumatologen, apothekers en andere zorgverleners.

Wanneer conservatieve therapie onvoldoende effectief is kan er in overleg met de patiënt gekozen worden voor een chirurgische behandeling. In het geval van artrose van de knie of heup is dat veelal door het plaatsen van een prothese (nieuwe knie of heup) door een orthopedisch chirurg. Deze (stepped care) aanpak is daarmee de basis voor de richtlijnen van huisartsen, fysiotherapeuten en medisch specialisten en de sleutel voor het betaalbaar en toegankelijk houden van de zorg.

Regionale afspraken over stepped care

De richtlijn 'Conservatieve behandeling van artrose in heup of knie' van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) adviseert om regionale afspraken te maken over de informatieverstrekking aan patiënten die aansluit bij de richtlijn. Ook adviseert de richtlijn de behandeling in samenspraak met de patiënt te bepalen en hierbij de principes van stepped care te volgen. Onderzoek van Sieste Persoons uit 2023 laat zien dat er in een deel van Nederland

in de regio formele afspraken over zorgpaden zijn gedefinieerd, maar er in een groot aantal regio's geen zorgpad voor heup- en knieartrose is vastgesteld. Een vastgesteld zorgpad voor artrose leidt volgens dit onderzoek tot minder onnodige beeldvorming, meer educatie en meer beweging bij de patiënt.



Figuur 3

Fysiotherapie als belangrijke indicator voor de inzet van stepped care

Wanneer we alleen naar het zorgdomein kijken blijkt uit zowel de geldende richtlijnen als gesprekken met zorgprofessionals dat de inzet van fysiotherapie als een groot en belangrijk onderdeel beschouwd wordt van stepped care; de inzet van fysiotherapie als indicator voor stepped care komt dan ook op een centrale plek terug in verschillende regionale initiatieven en transformatieplannen. In het initiatief in regio Noord is zelfs een afspraak gemaakt om binnen 3 jaar toe te werken naar een situatie waarin 95% van de mensen met artrose eerst een traject doorlopen moet hebben bestaande uit zelfmanagement, educatie en conservatieve behandeling (inclusief fysiotherapie), voordat er doorverwezen wordt naar een medisch specialist. Wel is het goed om te benadrukken dat in dit rapport andere beschikbare interventies bij artrose, zoals bijvoorbeeld een traject bij een oefentherapeut, ergotherapeut, zelfstandig trainen of een injectie van de

orthopedisch chirurg buiten beschouwing zijn gebleven. Hierdoor ligt het percentage patiënten dat stepped care voor artrose ontvangt hoger dan enkel de patiënten met een fysiotherapeutische interventie.

Praktijkvoorbeeld: Netwerk Artrose regio NoordWest

Sinds 2018 is in regio Alkmaar en Den Helder het 'Netwerk Artrose' actief, een initiatief van de orthopedisch chirurgen van de NoordWest Ziekenhuisgroep, eerstelijns fysiotherapeuten van het Netwerk Artrose regio NoordWest en de regionale huisartsen. Patiënten met heup- en knieartrose worden volgens het 'stepped care'-principe behandeld. De eerste stap houdt in dat de patiënten informatie krijgen over artrose (patiënteducatie) en zelf gaan oefenen aan de hand van een app (zelfmanagement). Indien dit niet afdoende is gaan patiënten door naar stap twee, waarbij ze worden begeleid door een fysiotherapeut. Uiteindelijk is de derde stap een verwijzing naar het ziekenhuis. Dit hele traject wordt digitaal ondersteund en er worden gegevens verzameld over de voortgang en patiënttevredenheid. Deze gegevens worden gebruikt om een algoritme te ontwikkelen, waarbij patiënten een meer individuele behandeling kunnen krijgen die specifiek op hun situatie van toepassing is. Denk hierbij aan aanpassingen in het oefenschema, voedingsadviezen en pijnstilling op maat. De eerste resultaten zijn erg positief: patiënten zijn bereid om met behulp van de Netwerk Artrose-app thuis te oefenen, de klachten nemen af en de mobiliteit en de kwaliteit van leven verbeteren. Het doel is om in meerdere regio's deze vorm van artrosebehandeling uit te rollen en zo ook sneller meer gegevens te kunnen verzamelen en het programma verder te kunnen optimaliseren.

Betrokken partijen: NoordWest Ziekenhuis Groep, eerstelijns fysiotherapeuten van Netwerk Artrose regio NoordWest en de regionale huisartsen.

3 Resultaten

Dit hoofdstuk bevat de resultaten van deze studie. Voor meer inzage in de toegepaste methodologie, zie bijlage 1.

Prevalentie verschillende zorgsectoren

Van de 100 mensen die bekend zijn bij de huisarts met artroseklachten voor de *heup*, ontvingen jaarlijks 53 mensen zorg bij de fysiotherapeut, 17 mensen bij de orthopedisch chirurg en werd bij 14 mensen een prothese geplaatst. Van de 100 mensen die bekend zijn bij de huisarts met artroseklachten voor de *knie*, ontvingen jaarlijks 47 mensen zorg bij de fysiotherapeut, 22 mensen bij de orthopedisch chirurg en werd bij 4 mensen een prothese geplaatst.

Trends in zorggebruik binnen de verschillende zorgsectoren

- 1 Het aantal mensen in Nederland met klachten van artrose aan knie en heup bekend bij de huisarts is de afgelopen 10 jaar met zo'n 43% gestegen, van ongeveer 807.100 in 2013 naar bijna 1,16 miljoen in 2023.
- 2 Het aandeel mensen met artroseklachten dat fysiotherapie krijgt is de afgelopen 10 jaar gestegen met 50%, van ongeveer 20% van de artrosepopulatie in 2014 naar bijna 30% in 2023. Het gemiddeld aantal behandelingen binnen één fysiotherapietraject is de afgelopen 10 jaar met bijna 30% teruggegaan van 12 tot 14 behandelingen naar ongeveer 10. Er komen elk jaar meer nieuwe artrose patiënten bij de fysiotherapeut.
- 3 Het aantal behandeltrajecten voor artrosezorg binnen de orthopedie is de afgelopen 10 jaar met ruim 30% toegenomen. Het aantal mensen dat jaarlijks een prothese voor knie- of heupartrose krijgt is in die periode met 40% gegroeid, van 47.000 in 2015 naar 66.000 in 2023.
- 4 Het aantal mensen dat fysiotherapie krijgt voorafgaand aan een prothese is de afgelopen 10 jaar gestegen van ongeveer 30% in 2014 naar 40% in 2023. Postoperatief krijgt 85 tot 90% van de mensen fysiotherapie; dit getal is al 10 jaar redelijk constant.

3.1 Zorggebruik en regionale verschillen per zorgdiscipline

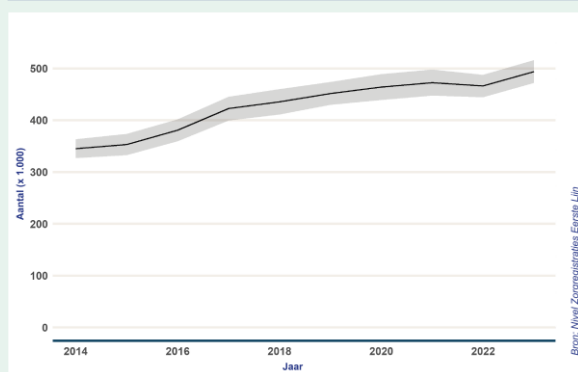
3.1.1 Prevalentie bij de huisarts

Prevalentie bij huisarts neemt toe

In 2023 waren op basis van de Nivel steekproef 494.000 mensen met klachten van heupartrose bekend bij de huisarts en 792.200 mensen met klachten van knieartrose. Hierin zien we de afgelopen jaren een stijgende lijn (figuren 4 en 5), met een afvlakking tussen 2020 en 2022. Deze afvlakking is hoogstwaarschijnlijk toe te schrijven aan de gevolgen van de COVID-19 pandemie waardoor minder mensen bij de huisarts kwamen met artroseklachten.

Schatting aantal heupartrose patiënten bij de huisarts

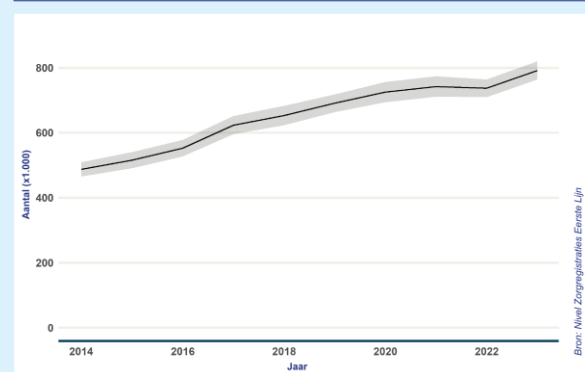
Gebaseerd op Nivel-steekproef



Figuur 4

Schatting aantal knieartrose patiënten bij de huisarts

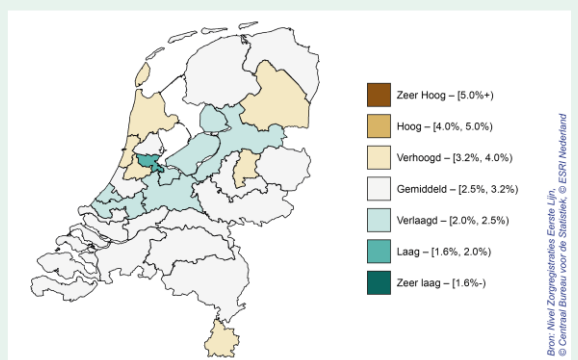
Gebaseerd op Nivel-steekproef



Figuur 5

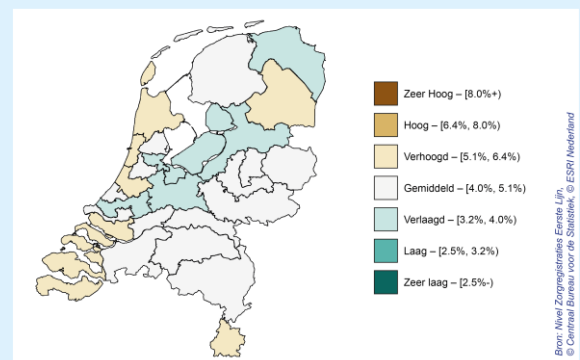
In Nederland was in 2023 gemiddeld 2,8% van de bevolking bekend bij de huisarts met heupartrose klachten. Regionaal loopt dit uiteen (figuur 6) van 1,7% in de regio Amsterdam tot 3,7% in Drenthe en 3,8% in Zuid-Limburg. Voor knieartrose is het landelijke gemiddelde 4,5% (figuur 7), met ook daar uitschieters naar beneden in Amsterdam (3,3%) en naar boven in Drenthe (5,5%) en Zuid-Limburg (5,7%).

Schatting prevalentie heupartrose patiënten bij de huisarts



Figuur 6

Schatting prevalentie knieartrose patiënten bij de huisarts



Figuur 7

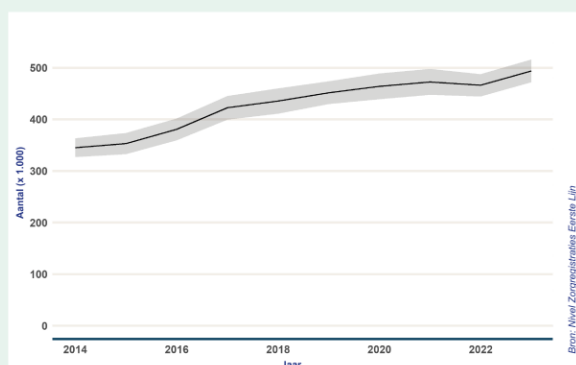
3.1.2 Prevalentie bij de fysiotherapeut

Jaarlijks veel nieuwe patiënten bij de fysiotherapeut

In 2023 kwamen op basis van de gebruikte registraties en de toegepaste inclusiecriteria 271.200 mensen met klachten van heupartrose bij de fysiotherapeut en 364.400 mensen met klachten van knieartrose. Hierin zien we de afgelopen jaren een stijgende lijn (figuren 8 en 9).

Schatting aantal heupartrose patiënten bij de huisarts

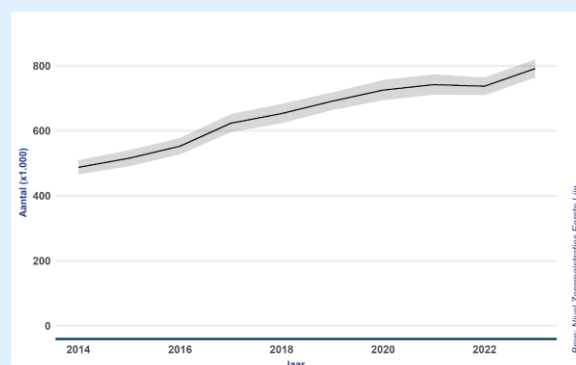
Gebaseerd op Nivel-steekproef



Figuur 8

Schatting aantal knieartrose patiënten bij de huisarts

Gebaseerd op Nivel-steekproef



Figuur 9

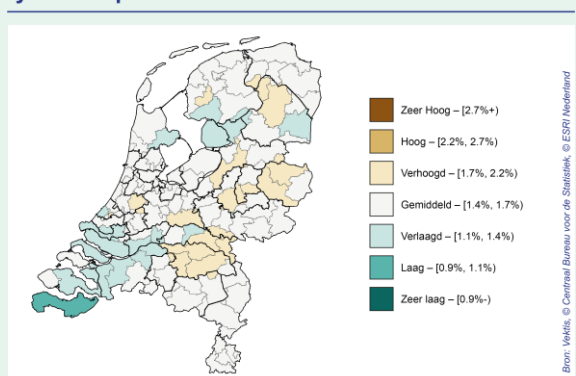
Gemiddeld krijgt 1 op de 67 mensen van 45 jaar of ouder in Nederland fysiotherapie voor artroseklachten aan heup (1,5%). Regionaal zien we een spreiding voor heupartrose (spreidingsfactor 1.44), de waardes variërend tussen 1,0% van de inwoners in Zeeuws-Vlaanderen en 1,8% in regio Almelo. Voor knieartrose komt 1 op de 48 mensen bij de fysiotherapeut (2,1%) (spreidingsfactor 1.41). De waardes variëren van 1,5% van de populatie in Zeeuw-Vlaanderen tot 2,6% in regio Delft (zie figuren 10 en 11). Voor knieartrose wordt in de provincies Friesland, Groningen, Drenthe en Zeeland in vergelijking met het landelijk gemiddelde minder vaak behandeld bij de fysiotherapeut.

We zien verder dat er de afgelopen jaren een stijgende trend is in de hoeveelheid unieke patiënten dat met deze klachten wordt behandeld bij de fysiotherapeut. In 2023 kwamen hier 185.000 nieuwe heupartrose patiënten en 250.000 nieuwe knieartrose patiënten bij.

Spreidingsfactor voor regionale verschillen

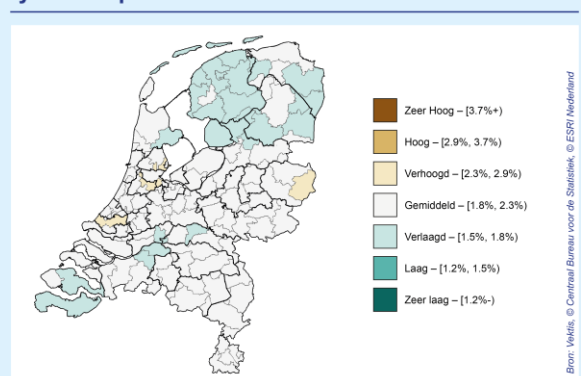
Om de mate van regionale verschillen in kaart te brengen is voor elke regionale analyse een spreidingsfactor berekend. Die kijkt naar de mate van spreiding tussen de laagst en hoogst scorende regio, op basis van de verhouding tussen de 95% en 5% percentielen. Dit zegt iets over hoe groot de verschillen daadwerkelijk zijn. Voor meer informatie, zie de methodologie in bijlage 1.

Prevalentie heupartrose patiënten bij de fysiotherapeut



Figuur 10

Prevalentie knieartrose patiënten bij de fysiotherapeut



Figuur 11

Disclaimer in de analyse voor fysiotherapie

Voor de analyse van fysiotherapie bij artrose zijn in overleg met de betrokken zorgprofessionals uit de werkgroep een aantal keuzes gemaakt die gevolgen hebben voor de interpretatie van de cijfers. Zo is enerzijds naar aanleiding van een analyse van patiënten die met artrose bekend zijn bij in de medisch specialist en in overleg met de werkgroep de inclusie van diagnosecodes voor fysiotherapie voor artrose verruimd. Naast de specifieke DCSPH-codes voor artrose zijn ook codes voor spier-, pees- en fascieklachten meegenomen, omdat artrosezorg in de praktijk regelmatig onder deze bredere codes wordt gedeclareerd bij klachten rond heup en knie. Voor de heup zijn bijvoorbeeld codes gebruikt voor de bekkenregio (6026), liesregio (6126), art. coxae (6201/6222/6226) en bovenbeen (6326). Voor de knie zijn de codes voor bovenbeen (6326), art. genus (7001/7022/7031/7026) en onderbeenregio (7126) meegenomen. Omdat deze codes ook voor andere klachten dan artrose kunnen worden gebruikt, leidt dit tot een lichte overschatting van de populatie die fysiotherapie krijgt voor artrose. Om deze overschatting te beperken, is een leeftijdsgrens van minimaal 45 jaar toegepast, omdat artrose vooral bij ouderen voorkomt en jongere patiënten met deze codes vaker andere klachten hebben. Hierdoor worden jonge mensen met artrose mogelijk gemist, maar wordt de selectie van artrosepatiënten verbeterd. De analyse is gebaseerd op behandelingen die zijn gedeclareerd en vergoed via de basisverzekering of aanvullende verzekering. Fysiotherapiebehandelingen die zelf betaald zijn door de patiënt (volgens zorgverzekeraars slechts enkele procenten op het totaal aantal declaraties) maken hier geen onderdeel van uit. Dat geldt voor alle analyses in dit rapport. Zie voor verdere uitleg de methodologie in bijlage 1.

Deze methodologische keuzes en beperkingen zijn van belang om in gedachten te houden bij de interpretatie van de resultaten en de vergelijking tussen regio's.

Registratie van artrose binnen de fysiotherapie

Extra aandacht vraagt de bevinding ten aanzien van het gebruik van de artrose diagnosecode binnen de fysiotherapie. 12 Behandelingen fysiotherapie voor artroseklachten aan knie of heup zijn sinds 2018 onderdeel van de basisverzekering. Hiervoor dienen de DCSPH-codes 007023 of 006223 geregistreerd te worden ten behoeve van de declaratie.

De data-analyse laat echter een groot verschil zien tussen het aantal artrose patiënten dat op basis van de prevalentie bij de orthopedisch chirurg verwacht wordt met artroseklachten in de fysiotherapiepraktijk en het aantal dat daadwerkelijk geregistreerd is onder de betreffende diagnosecode artrose. Op basis van de prevalentie bij de orthopedisch chirurg, gaat het om slechts 33%, de overige registraties werden gedaan met andere codes (zie data definitie in bijlage 1, methodologie). Vanuit het werkveld wordt dit beeld herkend.

Dit zou deels verklaard kunnen worden door de klinische overlap tussen artrose gerelateerde klachten en bijvoorbeeld spier-pees-fascie-aandoeningen. Daarnaast ervaren zorgverleners mogelijk diagnostische onzekerheid waardoor zij de artrosecode (nog) niet gebruiken. Echter, de CBO richtlijn benadrukt dat artrose primair een klinische diagnose is op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek, zonder noodzaak tot routinematig beeldvormend onderzoek. Tenslotte ervaren fysiotherapeuten uitdagingen in het coderen van gecombineerde pathologieën in het DCSPH codesysteem, waardoor een patiënt bijvoorbeeld enkel voor rugklachten geregistreerd wordt terwijl er ook klachten van knieartrose behandeld zijn.

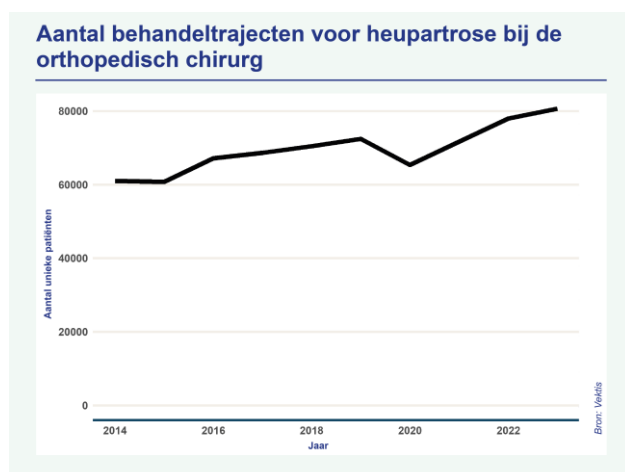
Daarnaast speelt het (financiële) perspectief van de patiënt mogelijk een rol in het codegebruik. De 12 behandelingen fysiotherapie voor artrose vallen onder de basisverzekering en zijn belast met het eigen risico. Uit signalen van zorgverleners en zorgverzekeraars blijkt dat dit voor patiënten als een obstakel wordt ervaren om gebruik te maken van fysiotherapie voor artrose. Dat de belasting van eigen risico mogelijk juist de inzet van fysiotherapie hindert was ook een van de veronderstellingen na de studie Dros et al. (2022), waaruit bleek dat het aantal artrose patiënten die nog niet hun eigen risico verbruikt hebben

minder vaak fysiotherapie krijgen terwijl de groep die het eigen risico wel verbruikt hadden steeds meer fysiotherapie kreeg. Het eigen risico, zo concluderen zij, remt naar alle waarschijnlijkheid de inzet van fysiotherapie voor artrose. Tegelijkertijd zijn deze patiënten soms ook aanvullend verzekerd voor fysiotherapie en kan druk van patiënten ontstaan om een diagnosecode te gebruiken voor een artrose gerelateerde klacht waarvoor het eigen risico niet aangesproken wordt.

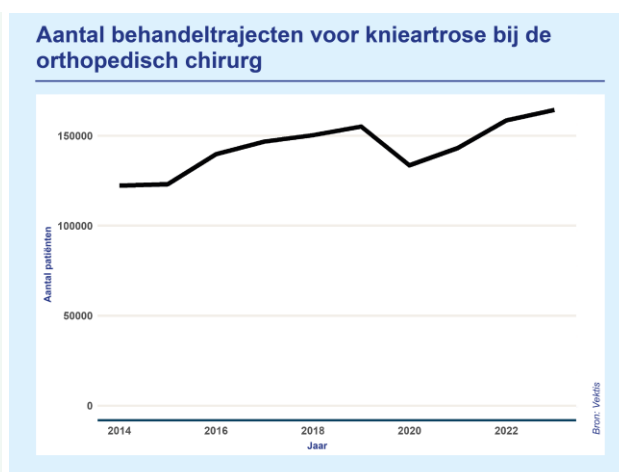
Een laatste mogelijkheid die het verschil (deels) kan verklaren is de ervaren onduidelijkheid in hoe de artrosecode gebruikt kan worden door fysiotherapeuten. Deze mogelijkheid bestaat sinds 2018, maar is nog niet bij alle fysiotherapeuten of patiënten bekend. Ook is er onduidelijkheid onder fysiotherapeuten onder welke voorwaarden zij deze code mogen gebruiken en merken we op dat verzekeraars deze mogelijkheid en de voorwaarden hiervoor verschillend toepassen. Zowel ten aanzien van de karakteristieken van de verwijzing als het moment van behandelen. Dit vraagt opnieuw aandacht van beleidsmakers en verzekeraars.

Dit alles resulteert in een onwenselijke situatie waarvoor we zorgaanbieders en verzekeraars oproepen het gesprek aan te gaan en te komen tot eenduidige, duidelijke afspraken.

3.1.3 Prevalentie bij de orthopedisch chirurg



Figuur 12



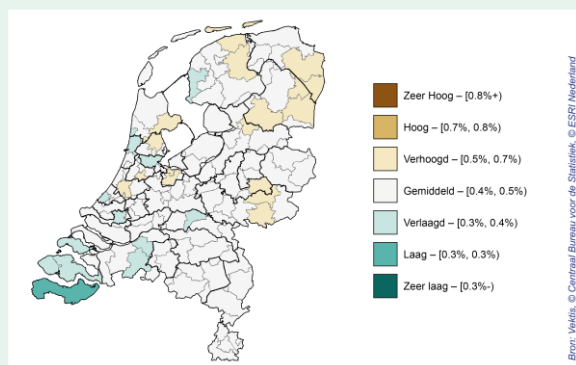
Figuur 13

Opvallend lage prevalentie knieartrose bij orthopedisch chirurg in Zuid-Limburg

In Nederland komt gemiddeld ongeveer 1 op de 200 (0,5%) Nederlanders bij de orthopedisch chirurg met heupartrose. In 2023 waren dat 80.700 mensen (figuur 12). Voor de knie is dit 1 op de 100 (1,0%) Nederlanders. In 2023 waren dat 164.400 mensen (figuur 13). Hierin zien we voor beide aandoeningen een stijgende lijn vanaf 2014 met een duidelijke dip in 2020, hoogstwaarschijnlijk te verklaren door de gevolgen van de COVID-19 pandemie.

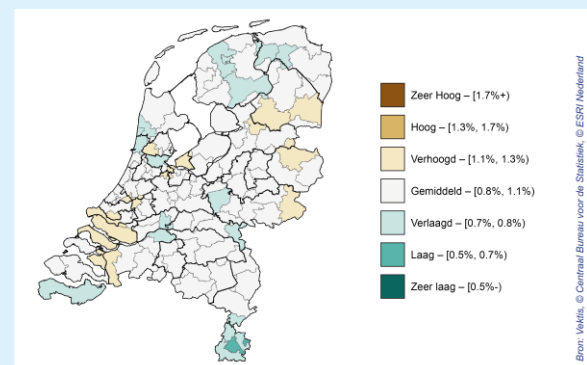
Regionaal zien we een spreidingsfactor van 1.43 voor heupartrose met 0,35% in Zeeuw-Vlaanderen tot 0,7% in Emmen (figuur 14). Voor knieartrose zien we een spreidingsfactor van 1.51, met waarden van 0,7% in Valkenburg tot 1,4% in Emmen (figuur 15). Opvallend is dat de top 4 regio's met het laagste percentage bezoeken aan de orthopedisch chirurg voor knieartrose bestaat uit 4 regio's uit Zuid-Limburg.

Prevalentie heupartrose patiënten bij de orthopedisch chirurg



Figuur 14

Prevalentie knieartrose patiënten bij de orthopedisch chirurg



Figuur 15

De invloed van geslacht, leeftijd en sociaal economische status op de zorgvraag

De kenmerken geslacht, leeftijd en sociaal economische status (SES) worden beschouwd als belangrijke bepalende, maar niet beïnvloedbare factoren voor zorggebruik. Uit onze analyse blijkt dat er relatief meer vrouwen dan mannen met klachten als gevolg van artrose bij de orthopedisch chirurg komen (zie figuren 26 en 27, bijlage 2) en dat deze populatie veelal 45 jaar of ouder is. Patiënten met een gemiddelde en hoge SES komen in verhouding meer bij de orthopedisch chirurg voor artrosezorg dan mensen met een lage of zeer lage SES (figuur 25, bijlage 2).

Praktijkvoorbeeld: Beweeghuis Maastricht

In 2016 is in Maastricht-Heuvelland het 'Beweeghuis Netwerk' opgericht om de grote zorgvraag voor artrose zo goed mogelijk te organiseren in de regio. Medisch specialisten (orthopedisch chirurgen, reumatologen, revalidatieartsen en pijnspecialisten) werken samen met huisartsen, fysiotherapeuten en het sociale domein in een netwerk. De laagcomplex poliklinische zorg wordt geleverd in de anderhalve lijn op zogenoemde 'Stadspoli's', waarin patiënten een consult van 20 in plaats van 15 minuten krijgen. Hierdoor ontstaat meer tijd voor informatie, educatie en samen beslissen. De operatieve zorg wordt als het kan geleverd in een zelfstandig behandelcentrum (een goedkopere setting met kortere wachttijden en met behoud van kwaliteit van zorg) en in het MUMC+ als het moet. Tevens worden gegevens verzameld ten behoeve van kwaliteitsverbetering en onderzoek, en worden interdisciplinaire onderwijsprogramma's ontwikkeld. Door in een multidisciplinair transmuraal netwerk samen te werken worden patiënten beter begeleid van de ene zorgprofessional naar de andere, bijvoorbeeld van de huisarts naar een fysiotherapeut of naar een medisch specialist. De interprofessionele communicatie is verbeterd en er wordt meer gestandaardiseerd gewerkt door alle disciplines, bijvoorbeeld door de ontwikkeling van een multidisciplinair diagnose- en behandelprotocol op basis van de geldende medische richtlijnen. Tot slot heeft de samenwerking met het sociale domein ertoe geleid dat patiënten kosteloos kunnen deelnemen aan het beweegprogramma 'Beweeg Bewust'. Beweegcoaches van Maastricht Sport (gemeentelijk sportbedrijf) begeleiden patiënten op weg naar een duurzame, actieve leefstijl en dragen zodoende bij aan maatschappelijke participatie en het voorkomen van toekomstige klachten.

De resultaten zijn veelbelovend. In de Stadspoli zijn vanaf het begin in 2016 tot en met december 2022 ruim 15.000 patiënten met een orthopedische hulpvraag gezien; 85% van deze patiënten hoefde na het consult voor die betreffende klacht niet doorverwezen te worden naar de tweede of derde lijn. Sinds het

Beweeghuis er is, verwijzen huisartsen 10% minder patiënten naar een medisch specialist en krijgen ook minder patiënten een operatie vanwege heup- of knieartrose. Beide effecten leiden tot een kostenbesparing van circa € 625.000,- per jaar. Bij extrapolatie naar landelijk niveau zou dat resulteren in een besparing van tenminste € 60 miljoen per jaar.

3.2 Behandelingen

Voor de analyse van de behandeling van artrose richt dit rapport zich op de fysiotherapie en orthopedie, waarbij we voor de orthopedie naast de bezoeken op de polikliniek enkel de interventie protheses analyseren. Andere behandelinterventies van de orthopedisch chirurg (bijvoorbeeld injecties) blijven buiten beschouwing.

3.2.1 Fysiotherapie

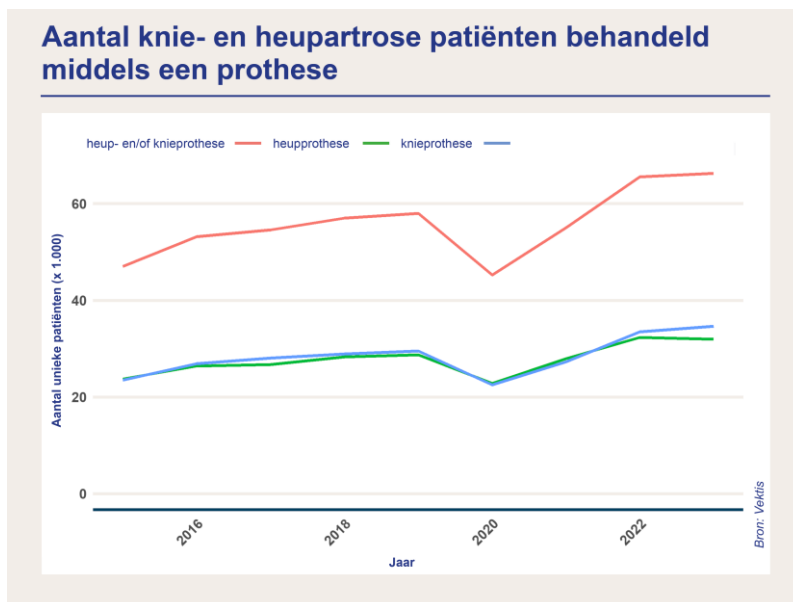
Gemiddeld 10 fysiotherapiebehandelingen voor artrose

Op basis van onze analyse zien we dat het aantal fysiotherapiebehandelingen voor artrose patiënten per traject sinds 2014 met 25 tot 30% terugloopt; van 14 behandelingen naar 10,5 voor de heup en van 12,5 naar 10 behandelingen voor de knie (zie figuren 28 en 30, bijlage 2). Het gaat hier om conservatieve fysiotherapie, zonder de interventie van een prothese. Gemiddeld krijgen mensen ongeveer 10 fysiotherapiebehandelingen voor artrose aan heup of knie (zie figuren 29 en 31, bijlage 2).

3.2.2 Protheses

Totaal aantal protheses 40% gestegen

In 2023 kregen 31.961 mensen met artrose een heupprothese (0,2% van de inwoners) en 34.674 mensen een knieprothese (0,2% van de inwoners). Regionale uitschieters voor heupprotheses zijn aan de ene kant Den Haag (0,15%) en aan de andere kant Joure (0,26%) (figuur 32, bijlage 2). Voor knieprothese zijn dit Amsterdam (0,01%) en Tiel (0,28%) (figuur 33, bijlage 2).



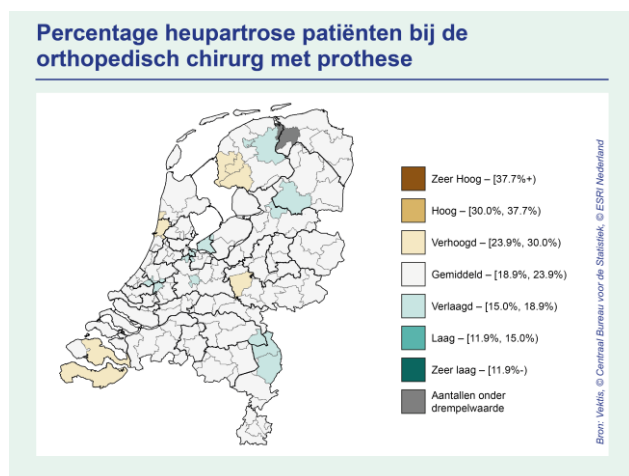
Figuur 16

Percentage protheses als aandeel van orthopedische artrose behandeltrajecten 21,2 en 39,8%

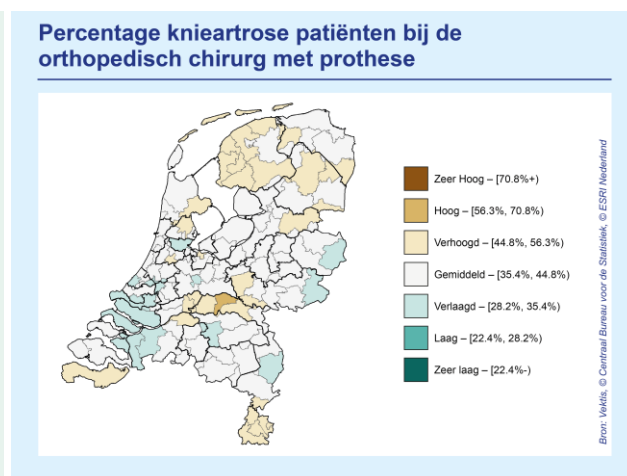
In 2023 kregen 31.961 mensen een heupprothese, dat is 21,2% van het totaal aantal mensen die met klachten van heupartrose bij de orthopedisch chirurg kwamen (spreidingsfactor 1.32). Ook zien we hierin

enkele regionale verschillen (zie figuren 17 en 18), met aan de onderkant 17,6% in regio Leeuwarden en aan de bovenkant 29,2% in regio Bolsward.

Voor de knie ging het om 39,8% (spreidingsfactor 1.7), met regionale uitschieters in regio Den Haag (29,8%) en in regio Tiel (58,8%).



Figuur 17



Figuur 18

Een laag percentage protheses per behandeltraject van de orthopedisch chirurg kan enerzijds duiden op een meer conservatief beleid onder orthopedisch chirurgen. Ook kan het wijzen op meer behoefte aan diagnostiek in plaats van (chirurgisch) ingrijpen. De huisarts kan namelijk zowel met een therapeutische vraag als een diagnostische vraag naar de orthopedisch chirurg verwijzen. Een hoog percentage kan duiden op een laagdrempeliger invasief beleid, maar kan ook juist wijzen op het bieden van de juiste zorg op de juiste plek vanuit de samenwerking in de regio; andere behandelopties zijn uitgeput en patiënten die zich aandienen bij de orthopedisch chirurg zijn op dat moment daadwerkelijk toe aan een prothese. Dit is vanuit enkel een data-analyse niet te zeggen.

Fysiotherapie na gewrichtsprothese in meeste regio's vast onderdeel van behandeling

Na een heupprothese wordt 83,1% van de patiënten binnen een jaar behandeld bij een fysiotherapeut (spreidingsfactor 1.42). Na een knieprothese ligt dit percentage op 91,2%, (spreidingsfactor 1.12). Deze getallen zijn de afgelopen 10 jaar vrijwel constant. Voor deze analyse is bij uitzondering op de andere analyses gekeken naar het jaar 2022, gezien de beperkte beschikbaarheid van data uit 2024 ten tijde van het schrijven van het rapport.

Regionaal vallen, zeker voor revalidatie van de heup, de regio's Zeeuw-Vlaanderen en West Brabant op, waar respectievelijk gemiddeld 46,3% en 52% fysiotherapie krijgt na een heupprothese. In Maastricht is dit 94%. Zie figuren 34 en 35 in bijlage 1. Voor de knie zien we uitschieters in Gorinchem (72,3%) en Zeeuws-Vlaanderen (74%) en in Zaandam, Venlo en Valkenswaard (96%). Dit duidt erop dat postoperatieve fysiotherapie na een gewrichtsprothese inmiddels in grote delen van Nederland een vast onderdeel is van het revalidatietraject, maar er ook regio's zijn waar dit nog aandacht behoeft.

3.3 Stepped care in beeld

Elke zorgprofessional heeft (uiteraard naast de patiënt zelf) een verantwoordelijkheid in het handelen volgens het stepped care principe. De eerste *step* ligt bij de patiënt, met een nadruk op bewegen en leefstijlaanpassingen. Daarna volgt eventueel een behandeling in de eerste lijn, bij voornamelijk de huisarts en

fysiotherapeut. De huisarts als poortwachter richting meer onderzoek of een behandeling in de medisch specialistische zorg. De patiënt kan immers alleen op verwijzing van de huisarts bij een medisch specialist terecht. De fysiotherapeut speelt een belangrijke rol in de begeleiding en (voorliggende) conservatieve behandeling van artrose. Deze kan zowel zonder verwijzing (directe toegankelijkheid fysiotherapie) als op verwijzing van een (huis)arts bezocht worden. In deze paragraaf volgt een analyse van deze eerste en tweedelijnszorg voor patiënten met heup- en knieartrose.

Praktijkvoorbeeld: Beweegzorg Noord

In de regio Groningen en Drenthe zet Beweegzorg Noord zich gezamenlijk in om de vraag naar operatieve artrosezorg af te vlakken door te investeren in preventie, zelfmanagement en conservatieve behandeling volgens het stepped care model. De aanpak start op de grens tussen de eerste en de nulde lijn, waar patiënten via informatie, educatie en digitale ondersteuning (zoals een app en een website) worden gestimuleerd om in een vroeg stadium meer te bewegen en hun leefstijl aan te passen. Indien nodig volgt begeleiding in de eerste lijn, waar een geprotocolleerd educatie- en trainingsprogramma wordt aangeboden door huisartsen, fysiotherapeuten en andere paramedici. Groepsbehandelingen en individuele begeleiding zijn belangrijke onderdelen van dit programma. Pas wanneer deze conservatieve stappen onvoldoende resultaat opleveren, wordt samen met de patiënt overwogen om te verwijzen naar meer specialistische of operatieve zorg. Met deze integrale aanpak beoogt Beweegzorg Noord de ziektelast van artrose te verminderen.

Doelstelling van het programma is dat binnen 3 jaar 95% van de patiënten met artroseklachten eerst dit programma (inclusief fysiotherapie) doorlopen voordat er een bezoek gebracht wordt aan de orthopedisch chirurg.

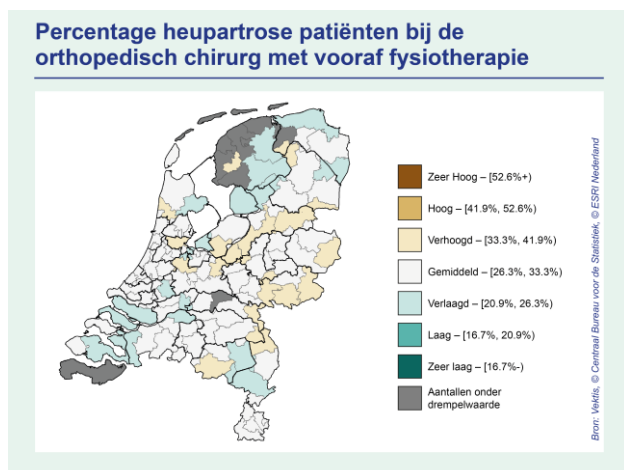
Betrokken partijen: UMCG, Martini ziekenhuis, OZG, Treant zorggroep, WZA, Coöperatie Plus Fysio-groep Drenthe, Fysio ketenzorg Noord, ReumaNet Noord, Groninger Huisartsen Coöperatie, Dokter Drenthe, Zorggroep ROEPNN, Menzis, Zilveren Kruis en VGZ.

3.3.1 Fysiotherapie voorafgaand aan bezoek orthopedisch chirurg

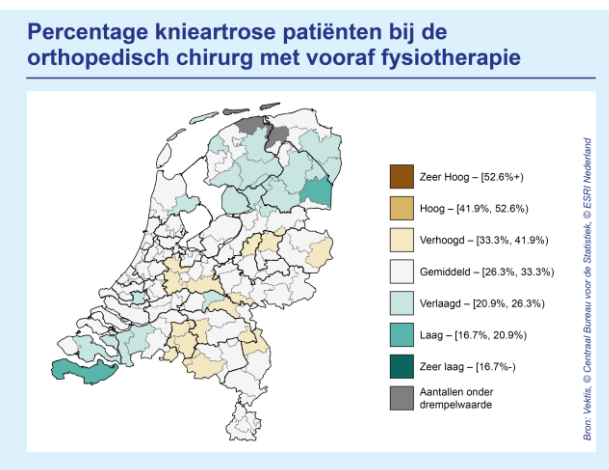
Ruim 70% van de mensen geen fysiotherapie voorafgaand aan bezoek orthopedisch chirurg

Uit deze analyse blijkt dat gemiddeld 29,5% van de mensen die voor artrose aan de heup gezien en/of behandeld zijn door een orthopedisch chirurg in 2023, in de 2 jaar voorafgaand daaraan fysiotherapie heeft gehad voor artrose. Dit percentage is voor knie- en heupartrose vrijwel hetzelfde. We zien dat dit percentage voor beide aandoeningen de afgelopen 10 jaar is gestegen, van ongeveer 20% in 2015 naar 29,5% in 2023. Hierin zien we regionale verschillen voor beide aandoeningen (spreidingsfactoren 1.63 en 1.47). Voor heupartrose zien we uitschieters in Goes (21,8%) en in Sneek (39,9%) (figuur 19). Voor knieartrose is het gemiddelde 29,6%, met uitschieters in van 18% in Zeeuws-Vlaanderen en 20,7% in Emmen tot 36% in Enschede (figuur 20).

Het aantal mensen dat na een fysiotherapeutische behandeling succesvol uitstroomt uit de zorg en dus geen vervolgzorg nodig heeft is niet meegenomen in deze analyse.



Figuur 19

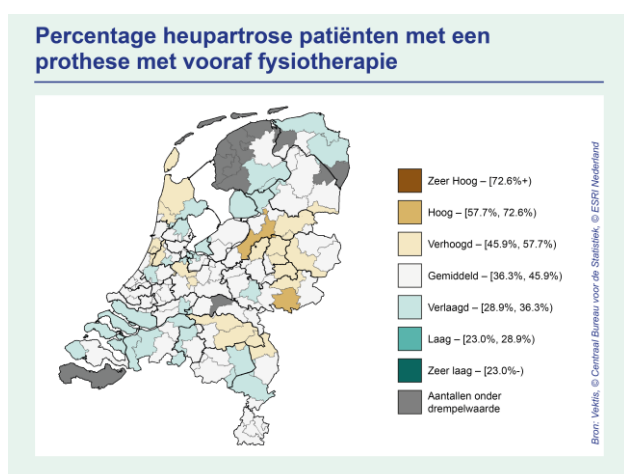


Figuur 20

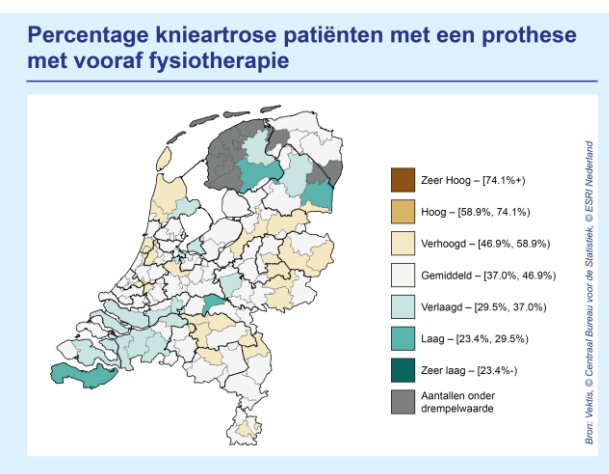
3.3.2 Fysiotherapie voorafgaand aan een prothese

Bijna 60% van de mensen geen fysiotherapie voor het plaatsen van een prothese; verschillen per regio groot

In het kader van stepped care brachten we ook het percentage in kaart van mensen die een prothese heeft gekregen in 2023 en in de 2 jaar daarvoor fysiotherapie voor artrose hebben gehad. Gemiddeld kreeg 40,8% van de mensen fysiotherapie voorafgaand aan de heupprothese (spreidingsfactor 1.77) (met uitschieters naar beneden in Helmond (30,2%) en Roosendaal (30,8%) en naar boven in Doetinchem (63,9%) en Zwolle (59%) (figuur 21). Van de mensen met een knieprothese kreeg 41,7% in de 2 jaar voorafgaand fysiotherapie voor knieartrose (spreidingsfactor 2.0). Met uitschieters in Heerenveen (24,6%), Emmen (25,6%) en Tiel (26,2%) enerzijds en Zwolle (58,5%) en Doetinchem (58,8%) anderzijds (figuur 22). Deze percentages van 40,8% en 41,7% zijn lager dan op basis van de richtlijnen verwacht kan worden. De regionale verschillen in Nederland zijn hier relatief groot.



Figuur 21



Figuur 22

Behandeltraject fysiotherapeut gemiddeld 10 behandelingen

Van de mensen die wel bij de fysiotherapeut behandeld werden 2 jaar voor het krijgen van de prothese,

kregen 10-11% slechts 1 behandeling (figuren 36 en 37, bijlage 2) en kreeg de totale groep gemiddeld 10 behandelingen. De mate waarin het aantal fysiotherapiebehandelingen bijdragen aan een hogere kwaliteit van zorg of betere uitkomsten voor de patiënt is interessant voor de vorming en implementatie van nieuw beleid, maar is geen onderdeel van deze analyse.

4 Discussie

Deze analyse geeft een beeld van de trends en regionale verschillen in de artrosezorg in Nederland. We moedigen zorgverleners, zorgverzekeraars, patiënten vertegenwoordiging, beleidsmakers en andere betrokken partijen aan kennis te nemen van deze resultaten en met elkaar het gesprek aan te gaan over de interpretatie ervan (zowel binnen als tussen regio's), zich te laten inspireren door goede voorbeelden uit andere regio's om zo de implementatie van stepped care landelijk te versnellen.

Daarin vragen we met name aandacht voor de beperkte mate van inzet van fysiotherapie als onderdeel van stepped care, de verschillende regionale verschillen én het belang van een breder perspectief dan enkel het zorgdomein om de groeiende zorgvraag ook in de toekomst aan te kunnen.

Artrose maatschappelijke opgave

De populatie van mensen met heup- en knieartrose is de afgelopen 10 jaar gegroeid. Uit de analyse blijkt dat deze populatie een steeds groter beslag legt op de huisartsenzorg, fysiotherapie en orthopedische zorg. Met de voorspelling van de sterke toename van deze populatie van het RIVM betekent dit een potentieel zeer grote druk op onze gezondheidszorg richting 2040. Om dit zo goed mogelijk aan te kunnen wil de sector de zorgvraag opvangen middels stepped care. Deze benadering vormt de basis voor alle richtlijnen van de bij artrosezorg betrokken zorgprofessionals. In dit rapport is ervoor gekozen huisartsenzorg en fysiotherapie als indicatoren te gebruiken voor de inzet van stepped care voorafgaand aan de inzet van de medisch specialistische zorg. Stepped care staat echter niet direct gelijk aan het wel of niet krijgen van fysiotherapie. Het is meer dan dat. Het begint bij algemene voorlichting, zelfmanagement, meer bewegen, een gezond gewicht en eventueel (laagdrempelige) pijnmedicatie. Soms is hier begeleiding bij nodig door een zorgprofessional, maar dit is ook een maatschappelijke opgave die thuis begint. Met brede maatschappelijke voorlichting over het belang van leefstijl en bewegen bij artrose en wat te doen bij (eerste) klachten. Deze eerste stap kan veel zorgvragen voorkomen en is daarmee, gezien het grote epidemiologische aandeel in de groei van artrose, misschien wel de meest kansrijke en impactvolle stap om de zorg ook in de toekomst toegankelijk te houden voor iedereen die zorg nodig heeft. Wat hebben we (buiten de zorg) met elkaar te organiseren zodat we voorkomen dat de explosieve groei van mensen met artroseklachten massaal een beroep doet op de zorg? Met deze stap begint het in de aanpak van artrose en hiervoor ligt onder meer een belangrijke rol bij beleidsmakers in het sociaal domein en patiëntenorganisaties.

70% van patiënten geen fysiotherapie voor bezoek aan orthopedisch chirurg, 60% geen fysiotherapie voor prothese

Deze analyse toont dat de mate van stepped care en het leveren van conservatieve zorg niet ingezet wordt zoals je zou verwachten op basis van richtlijnen en eerdere aanbevelingen aan de sector. 70% van de mensen die met artroseklachten aan heup of knie wordt doorgestuurd naar een orthopedisch chirurg heeft in de 2 jaar daaraan voorafgaand geen fysiotherapie gehad. Minstens zo opvallend is het percentage mensen dat geen fysiotherapie krijgt voordat er daadwerkelijk een gewrichtsvervangende prothese wordt geplaatst. Dat is bijna 60%. Dit kan verschillende oorzaken hebben, zoals bijvoorbeeld diagnostische onzekerheid onder huisartsen, druk van patiënten om doorverwezen te worden naar een medisch specialist, beperkte lokale beschikbaarheid en toegankelijkheid van huisartsen of fysiotherapeuten, of het feit dat huisartsen en medisch specialisten de fysiotherapeut onvoldoende kennen (of erkennen) binnen het zorgpad. Of zorgt de belasting van het eigen risico op de fysiotherapiebehandelingen voor artrose voor een te hoge drempel voor patiënten? Dit zijn allemaal mogelijke verklaringen voor de resultaten van deze analyse waarvoor een verder onderzoek waardevol kan zijn. En uiteraard vragen deze cijfers kwalitatieve duiding.

Desalniettemin is het een opvallend hoog percentage en staat het in groot contrast met de doelstelling in de tussentijdse evaluatie van het Verbetersignalement van het Zorginstituut uit 2019, de geldende richtlijnen en de doelstellingen van de verschillende regionale initiatieven. In de regio Beweegzorg Noord is zelfs een doelstelling afgesproken van 95% die wél deze zorg moet hebben ontvangen voordat de stap naar de medische specialistische zorg wordt gezet.

Wij moedigen alle betrokken partijen in de regio aan om hierover kennis te vergaren, te leren van lopende initiatieven, kennis met elkaar uit te wisselen en het gesprek aan te gaan zodat beleidsinterventies gericht ingezet kunnen worden. Ook zien we een duidelijk noodzaak voor een betere implementatie van stepped care voor artrosezorg in Nederland. Is het mogelijk om landelijk of per regio afspraken te maken over doorverwijzingen van de huisarts? Of over de voorwaardelijke inzet van voorliggende eerstelijns zorg voordat wordt overgegaan tot het plaatsen van een prothese? En wat kunnen regio's leren van de verschillende initiatieven en regionale verschillen uit deze rapportage? We verwachten dat de gegevens uit deze analyse gebruikt worden in de gesprekken op verschillende tafels over een passende organisatie van artrosezorg.

Regionale verschillen aanwezig, maar beperkt

Uit onze analyse blijkt dat er een beperkt aantal regionale verschillen zijn in de zorg die geleverd wordt. De regionale verschillen zijn met name zichtbaar bij de analyse van mensen met knieartrose bij de orthopedisch chirurg (zowel bij het aantal behandeltrajecten bij de medisch specialist voor artrose als bij de geplaatste protheses) en het percentage mensen dat eerst fysiotherapie krijgt in de 2 jaar voorafgaand aan een bezoek aan de orthopedisch chirurg of plaatsing van een prothese. In dit rapport hebben we dat in kaart gebracht aan de hand van de zogenaamde spreidingsfactor tussen het 95%- en 5%-percentiel. Uiteraard is er discussie mogelijk over vanaf welke spreidingsfactor de verschillen opvallend of onwenselijk zijn. Deze discussie is ook in de werkgroep gevoerd. Vinden we het bijvoorbeeld acceptabel dat er regio's zijn waar een hoog percentage mensen geen fysiotherapie krijgen voordat er medisch specialistische zorg geleverd wordt, wanneer er ook regio's zijn waar dat percentage veel lager ligt? Of dat er regio's zijn waar minder vaak fysiotherapie wordt ingezet voor plaatsing van een knieprothese maar het gemiddeld aantal geplaatste protheses wel aanzienlijk hoger ligt dan het landelijk gemiddelde? Door de factor bij elke analyse te benoemen geven we de betrokken partijen de mogelijkheid om hier met elkaar niet alleen meer duiding aan te geven maar ook een (aanvullende) mening over te vormen.

Wanneer wordt gekeken naar de regionale verschillen, adviseren we wel om de verschillende analyses in samenhang met elkaar én met de kennis van de regionale situatie te beschouwen. Opvallend is Zuid-Limburg, waarin meer dan gemiddeld mensen met artroseklachten bij de huisarts komen, maar in deze regio juist opvallend weinig mensen bij de orthopedisch chirurg komen. Mogelijk zien we hier het effect van het Beweeghuis terug. Het is interessant voor toekomstige analyses om te kijken of deze trend zich ook de komende jaren doorzet en of meer recent gestarte initiatieven eenzelfde beweging laten zien.

Wat is er nodig voor meer stepped care? Belang van kennis, samenwerking en onderling vertrouwen in de regio

Om te komen tot toepassing van meer stepped care in de regio zijn verschillende voorwaarden van belang. Allereerst blijkt uit succesvolle initiatieven dat het waardevol is wanneer zorgverleners elkaar kennen en onderdeel uitmaken van een regionaal netwerk of samenwerkingsverband. Goede zorginhoudelijke kennis bij de betrokken professionals versterkt het onderlinge vertrouwen in elkaars expertise. Dit vormt een belangrijke basis voor samenwerking en voor het maken van gezamenlijke afspraken over bijvoorbeeld het stepped care beleid bij artrose. Daarnaast vraagt het succesvol uitvoeren van stepped care natuurlijk ook aandacht voor organisatie en implementatie. In de praktijk blijken veelbelovende initiatieven

vaak te steunen op enkele bevlogen ambassadeurs die de schakel vormen tussen de verschillende zorgsectoren. Het is belangrijk om deze verbindende rol te erkennen en te borgen. Daarin is het voor zowel zorgorganisatie als beleidsmakers verstandig te leren van reeds bestaande succesvolle initiatieven.

Alleen wanneer iedere zorgverlener zijn of haar rol goed kan invullen, kan stepped care in de praktijk gaan werken. In dat licht kijken we met belangstelling uit naar de uitkomsten van het SKMS-project 'Regionale artrosezorg', waarin een breed consortium van zorgprofessionals onder leiding van de NOV heeft gewerkt aan landelijke uniformiteit en onderlinge afspraken. Kunnen we op basis daarvan komen tot meer eenduidige afspraken over wie wanneer aan zet is in het behandelproces? Dit zou kunnen bijdragen aan een meer uniforme aanpak en doorverwijzing vanuit de eerste lijn. Is het daarin ook mogelijk de rol van de verschillende zorgverleners, waaronder de orthopedisch chirurg, te verduidelijken in het traject? In 2023 was het percentage patiënten dat na een bezoek aan een orthopedisch chirurg ook daadwerkelijk een heupprothese kreeg gemiddeld 21%, voor de knie was dit bijna 40%. Als in onderling overleg tussen de verschillende zorgdisciplines geconcludeerd wordt dat prothesiologie de primaire rol van de orthopedisch chirurg bij artrose is, dan legt dit nog meer nadruk op meer implementatie van stepped care in de regio. Dit gesprek is op dit moment extra relevant gezien de actuele discussie over bijvoorbeeld overgewicht en de rol van medisch specialisten en het gebruik van geneesmiddelen hierin.

Gebrek aan uitkomstinformatie groot gemis

Uiteraard zou deze analyse van grotere waarde zijn wanneer de daadwerkelijke uitkomsten van de geleverde zorg voor de patiënt konden worden meegenomen, zoals PROMs, functioneren, tevredenheid of complicaties na operaties. Dit rapport erkent dat er op dit moment beperkte inzichten zijn in de datakwaliteit van de eerstelijns (zoals fysiotherapeuten en huisartsen), maar dit is ook van toepassing op de tweede lijn. Beschikbare declaratiedata geven geen inzicht in de ernst van pijnklachten, de mate van functiebeperking of beperkingen in het dagelijks functioneren. Daardoor kan niet worden vastgesteld of een behandeling of operatie passend is geïndiceerd, aangezien deze afweging sterk samenhangt met patiëntgebonden factoren zoals pijn en beperkingen. Het ontbreken van deze gegevens bemoeilijkt het trekken van conclusies over de kwaliteit van de verleende zorg en over de mate waarin de geleverde zorg is afgestemd op voor de patiënt relevante uitkomstindicatoren. Een belangrijke vervolgstap is daarom het maken van uniforme, beroepsspecifieke afspraken over eenduidige en relevante registratie én het komen tot transparantie en inzicht van de relevante uitkomstindicatoren van de geleverde zorg. Dit zal de interpretatie van de data en het inzicht in regionale verschillen in zorggebruik en -kwaliteit aanzienlijk versterken.

Stepped care in artrosezorg vraagt actie van zorgverleners én beleidsmakers

Het passend organiseren van artrosezorg is een belangrijke voorwaarde voor het betaalbaar en toegankelijk houden van de hele zorg. Dat hier nog verbeteringen in mogelijk (en wenselijk) zijn is in dit rapport nogmaals geconstateerd. Vanuit het (beoogd) Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) wordt hierop gestuurd middels de implementatieagenda van ZE&GG waar expliciet aandacht is voor conservatief behandelbeleid voorafgaand aan eventuele knie- en heupvervangingen. Meer stepped care vraagt allereerst inspanningen van zorgaanbieders en -professionals om te komen tot afspraken in de regio. Aanvullend vraagt het van zorgverzekeraars om het daadwerkelijk leveren van stepped care door zorgaanbieders lonend te maken en hier expliciet aandacht voor te hebben in de contractering; dit vraagt een sectoroverstijgende aanpak en lange termijn perspectief. Ook ligt er een rol voor patiënten en patiëntenverenigingen; wanneer mensen in Nederland beter geïnformeerd zijn over het krijgen van artrose en de omgang met de (eerste) klachten kunnen we als maatschappij voorkomen dat iedereen met artrose ook direct in de zorg belandt. Daarnaast zien we een rol voor de overheid. Hoewel elementen als het eigen risico, reistijd, wachttijden of patiëntverwachtingen vaak worden genoemd als mogelijk van invloed, ontbreekt nog de

onderbouwing op basis van kwantitatieve of kwalitatieve gegevens. Hierdoor is nog onvoldoende duidelijk welke belemmeringen het zwaarst wegen en waar beleidsinterventies het meest effectief kunnen zijn. Daarbij constateren we dat in het geval van artrosezorg er op verschillende tafels goede plannen gemaakt worden, er daadwerkelijk mooie initiatieven in het veld tot stand komen en er ook op verschillende momenten door verschillende partijen gekeken wordt naar zowel de effecten van de goede initiatieven als de trend in geleverde zorg voor de totale aandoeningsgroep. Vaak worden de resultaten en aanbevelingen weer teruggelegd bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In de artrosezorg is dit de afgelopen jaren ook gedaan. Het ontbreekt echter aan meer dwingende sturing op het daadwerkelijk implementeren van deze adviezen, iets wat nodig is om tot versnelling van de beweging te komen. Mogelijk gaat de inzet op de implementatieagenda van ZE&GG in het (beoogd) AZWA dit doorbreken. Om te kijken wat er eventueel nog meer nodig is gaat de NZa de komende maanden in gesprek met alle partijen die een aandeel hebben in de totstandkoming van stepped care en meer passende artrosezorg. Om zo de daadwerkelijke implementatie te versnellen. Samen de schouders eronder zetten en stepped care-principes breed implementeren in Nederland, met ruimte voor regionale invulling, is daarbij het gezamenlijke streven.

Bijlage 1: De analyse

Deze analyse is uitgevoerd tussen januari 2025 en mei 2025 door een werkgroep met vertegenwoordiging van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), ReumaNederland, Het Beweegkader (NHG-expertgroep van kaderhuisartsen Bewegingsapparaat), het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV).

Externe leden van de werkgroep:

- 1 Dr. Ramon Ottenheijm, huisarts-onderzoeker vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht, afgevaardigde vanuit Het Beweegkader.
- 2 Dr. Just Hofmans, huisarts in Voorburg, KaderHuisarts Bewegingsapparaat, Landelijk Bestuurslid Beweegkader, afgevaardigde vanuit Het Beweegkader.
- 3 Hugo Ouwendijk, senior regio adviseur Noordoost Nederland, landelijke kartrekker artrose en afgevaardigde vanuit KNGF.
- 4 Marja Mulder, fysio- en manueel therapeut (Master), leefstijlcoach, lid dagelijks bestuur BeweegZorg Noord, bestuurder bij Fysio Ketenzorg Noord/Zorggroep ROEPNN, afgevaardigde vanuit KNGF.
- 5 Dr. Tim Boymans, orthopedisch chirurg Maastricht UMC+ en medisch directeur Beweeghuis, afgevaardigde vanuit NOV.
- 6 Drs Dirk Jan Hofstee, orthopedisch chirurg NoordWest Ziekenhuis Groep, initiatiefnemer Netwerk Artrose bnw, afgevaardigde vanuit NOV.
- 7 Patrick Toonders, beleidsmedewerker Nederlandse Orthopaedische Vereniging, afgevaardigde vanuit NOV.
- 8 Prof. Dr. Paul C. Jutte, orthopedisch chirurg Universitair Medisch Centrum Groningen, Hoofd afdeling Orthopedie, Ontwikkeling in beweging, Oncologie, Infectie, Reconstructie, afgevaardigde vanuit NOV.

1 Methodologie

1.1 Databronnen

In deze sectie beschrijven we de primaire databronnen die gebruikt zijn voor dit rapport.

1.1.1 Vektis

Voor deze analyse hebben we gebruik gemaakt van de beschikbare declaratiedata uit de Vektis-tabellen voor medisch specialistische zorg en paramedische zorg. Voor de analyse is gebruik gemaakt van de tabellen voor de jaren 2012 t/m 2023.

1.1.2 Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Voor deze analyse is een gegevensaanvraag gedaan bij Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Deze studie is goedgekeurd volgens de governance code van Nivel Zorgregistraties, onder nummer NZR-00325.007

Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn verzamelt routinematig vastgelegde gegevens uit elektronische medische patiëntendossiers van huisartsen, huisartsenspoedposten en paramedici in Nederland.

Het gebruik van gegevens uit elektronische patiëntendossiers, zoals verzameld door Nivel Zorgregistraties Eerste lijn, is onder bepaalde voorwaarden toegestaan, zonder dat van iedere afzonderlijke patiënt daarvoor toestemming wordt gevraagd of dat toetsing door een medisch ethische commissie heeft plaatsgevonden (art. 24 UAVG jo art. 9.2 sub j AVG).

1.1.3 Zorginstituut Nederland

Daarnaast is ook gebruik gemaakt van de risicovereveningskenmerken omtrent sociaaleconomische status voor jaar 2022. De NZa ontvangt jaarlijks het onderzoeksbestand van risicovereveningskenmerken dat is samengesteld door Zorginstituut Nederland. Het bestand omtrent 2023 is nog niet beschikbaar, daarom is ervoor gekozen om het voor analyses met betrekking tot 2023 het bestand van 2022 te gebruiken.

1.1.4 Centraal Bureau voor Statistiek en ESRI

Voor de landkaarten en populatie aantallen per postcodegebied is in deze publicatie gebruik gemaakt van de 'kerncijfers per postcode' op postcode-4 niveau van het Centraal bureau voor Statistiek. Deze zijn voor de doeleinden van dit project geaggregeerd naar postcode-2 niveau.

1.2 Methode

In deze sectie beschrijven we de methodes die gehanteerd zijn om te komen tot de resultaten van de analyse.

1.2.1 Data definities

Voor het beantwoorden van vragen met betrekking tot heup- en knieartrose hebben wij de volgende definities gebruikt om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

Identificatie artrosepopulatie in de tweede lijn

Knie- en heupartrose wordt gedefinieerd als:

- Heupartrose
Een DBC met specialisme-diagnosecode 305/1701 - *Arthrosis bekken/heup/bovenbeen*
- Knieartrose
Een DBC met specialisme-diagnosecode 305/1801 - *Arthrosis knie*

Een prothese identificeren we als:

- Verrichting Heupprothese (zorgactiviteit 038567) bij een DBC met specialisme-diagnosecode 305/1701
- Verrichting Knieprothese (zorgactiviteit 038663) bij DBC met specialisme-diagnosecode 305/1801

Identificatie artrosepopulatie in de fysiotherapie

Knie- en heupartrose wordt gedefinieerd als:

- Heupartrose
op basis van fysiotherapie declaratie met DCSPH codes:
6026, 6126, 6201, 6222, 6223, 6226, 6326
- Knieartrose
op basis van fysiotherapie declaratie met DCSPH codes:
6326, 7001, 7022, 7023, 7026, 7031, 7126

We combineren deze selectie met een leeftijdsgrens van 45 jaar. We excluseren alle patiënten onder de 45. De leeftijdsgrens wordt in ander onderzoek naar artrose ook gebruikt en excludeert de relatief jonge patiënt met patellapeestendinopathie klachten. Dit zorgt voor:

- Een betere selectie in de spier-pees-fascie groep, waardoor we ook de DCSPH codes mee kunnen nemen die niet rechtstreeks refereren naar heup- of knieartrose.
- Exclusie van jonge patiënten met artrose. Dit is echter een kleine groep gezien de leeftijdsverdeling. Tevens is nog steeds enige ruis aanwezig van oudere patiënten met daadwerkelijk peesklachten die nu gecodeerd worden als artrosepatiënt.

Bij analyse-vragen waarbij uit andere data een bevestiging komt van de artrose-diagnose, zoals fysiotherapie voorafgaand aan een DBC heup/knieartrose, hanteren we de leeftijdsgrens van 45 jaar niet.

Voor het tellen van het aantal behandelingen hanteren we het aantal individuele contactmomenten. Indien er meerdere declaraties zijn voor een patiënt op een dag (intake + behandeling) dan beschouwen we dat als een behandeling.

Identificatie artrosepopulatie in de huisartenzorg

De identificatie van de artrosepopulatie in de huisartenzorg is gedaan met behulp van Nivel Eerstelijns zorgregistraties. Voor de gegevensaanvraag is de studiepopulatie als volgt gedefinieerd:

- Periode: 2012 tot en met 2023
- Selectie criteria patiënten:
 - alle patiënten met minimaal 1 inschrijfdeclaratie bij de desbetreffende praktijk in het betreffende rapportage jaar en die voldoen
 - patiënten met een indicatie voor artrose, welke gedefinieerd is met ICPC diagnose code L89 of L90
- Regio's: de gegevens zijn aangeleverd per zorgkantoorregio. Zorgkantoorregio's met minder dan 5 praktijken zijn samengevoegd met een andere regio, waarbij ook rekening is gehouden met het de uniformiteit in het aantal inwoners van de regio resulterende regio's. De volgende zorgkantoorregio's zijn samengevoegd:
 - Flevoland & 't Gooi
 - Midden-Brabant & Noordoost-Brabant
 - Midden-Holland & Westland Schieland Delfland
 - Noord- en Midden-Limburg & Zuidoost-Brabant
 - Zuid-Hollandse Eilanden & Zeeland
- Praktijken zijn geïnccludeerd die per jaar voldoen aan de kwaliteitsfilters die relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Deze filters worden jaarlijks toegepast, waardoor het mogelijk is dat een praktijk het ene jaar wel voldoet en het andere jaar misschien niet. De praktijkselectie zoals hieronder genoemd is toegepast op alle hiernavolgende onderdelen.
 - Minimaal 500 ingeschreven patiënten per praktijk.
 - Minimaal 46 weken registratie van verrichtingen en prescripties.
 - Minimaal 70% ICPC vulling, dit houdt in dat bij minimaal 70% van de verrichtingen een diagnose op dezelfde dag moet zijn geregistreerd.
 - Minimaal 85% ATC vulling, dit houdt in dat bij minimaal 85% van de prescripties een geldige ATC code geregistreerd moet zijn.
 - Minimaal 30% (of 50%) ICPC-vulling bij voorschriften

Gegevens zijn enkel aangeleverd met betrekking tot de onderzoeksvraag.

De gedeelde prevalentiecijfers zijn door het Nivel gestandaardiseerd (post-stratificatie) naar de geslacht- en leeftijdssamenstelling per zorgkantoorregio, Het Nivel beschrijft de stappen als volgt:

- We berekenen de jaarprevalentie van (bijvoorbeeld) L13 o.b.v. het aantal patiënten met minimaal één L13 ziekte-episode gedurende het jaar, gedeeld door het aantal kwartalen van inschrijving van patiënten voor elke zorgkantoorregio/geslacht/leeftijdscategorie combinatie. Bij deze proportie wordt een 95% Confidence Interval berekend.
- De dan berekende proportie + 95% Confidence Interval o.b.v. de patiëntpopulatie van de (aan Nivel Zorgregistraties) deelnemende huisartspraktijken, wordt vervolgens vermenigvuldigd met de bij het CBS bekende populatiegrootte (ook naar zorgkantoorregio/ geslacht/ leeftijdscategorie). Vervolgens tellen we alle prevalentie gevallen (en populatiegroottes) op, en komen we tot een geëxtrapoleerd (regionaal) aantal. Wanneer we dit aantal delen door de populatiegrootte van CBS en vermenigvuldigen met 1.000, komen we op de relatieve, gestandaardiseerde, L13 prevalentie van X per 1.000 personen.

- Op deze manier corrigeren we voor het feit dat de dekking van Nivel Zorgregistraties niet overal in Nederland even groot is. De landelijke jaarcijfers op onze website worden gestandaardiseerd naar geslacht, leeftijd (5-jaars leeftijdscategorie) en stedelijkheid (op 3 niveaus). Voor deze gegevensaanvraag hebben we (in overleg) een andere leeftijdsindeling aangehouden voor de standaardisatie (i.e., 0-19, 20-44, en vanaf 45 jaar leeftijdscategorieën van 5 jaar, tot 85+) en hebben we stedelijkheid achterwege gelaten, omdat we al naar zorgkantoorregio uitsplitsen.

1.2.2 Regionale variatie

Regionale variatie kan veel verschillende oorzaken hebben, waarvan sommige ook wenselijk zijn, denk aan:

- Aantoonbare verschillen tussen patiëntenpopulaties en hun voorkeuren
- Ruimte in interpretatie in de toepassing van wetenschap en richtlijnen, verschillen in taakverdeling en concentratie en spreiding, die op basis van landelijke kwaliteitsstandaarden rechtvaardigen dat die zorg juist wel of juist niet geleverd wordt.

We standaardiseren de regionale verschillen om waar mogelijk te corrigeren voor niet-beïnvloedbare factoren in de behandeling: leeftijd, geslacht, en SES, waarvan bekend is dat er een verband is met de ziektelast.

Echter, er blijft nog steeds praktijkvariatie over in de resultaten. Naast bovengenoemde factoren bevat de regionale getallen ook nog een kans-component, waarbij het aantal behandelde patiënten op jaarbasis hoog of laag kan uitkomen zonder structurele achterliggende oorzaak als gevolg van het feit dat het een kansproces betreft hoeveel patiënten er op jaarbasis geobserveerd worden, hoe kleiner de achterliggende populatie in een regio is, des te groter de invloed van deze willekeurige variatie is.

Als vuistregel, onder andere gebaseerd op het rapport “Rapportage praktijkvariatie (IQ-health, 01-07-2019), hanteren we dat een factorverschil tussen het 5%-percentiel en 95%-percentiel kleiner dan 2 als relatief laag wordt beschouwd. Wanneer het in dit rapport over een spreidingsfactor gaat, heeft dit altijd betrekking tot de factor tussen het 95%-percentiel en het 5%-percentiel, om rekening te houden met outliers in de analyse.

1.2.3 Regionale variatie op de kaart

De kaarten van de regio's worden gepresenteerd op PC2 niveau. De data van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn is hierop een uitzondering, die wordt gepresenteerd op Zorgkantoor-niveau in verband met het aantal huisartsenpraktijken dat binnen een regio valt. Alle kaarten zijn voorzien van een legenda met de volgende tredes:

Zeer laag, Laag, Verlaagd, Gemiddeld, Verhoogd, Hoog, Zeer Hoog.

Deze tredes zijn gekijkt op een logaritmische schaal rondom een factor 2 in regionale variatie, welke voortvloeit uit de beschouwing in voorgaande sectie. Omdat we geïnteresseerd zijn in factor verschillen, is een logaritmische schaal de natuurlijke schaal om in te werken: een factor van 2 is even relevant als een factor van $\frac{1}{2}$, dit zijn respectievelijk een factor 2 groter en een factor 2 kleiner. Op een logaritmische schaal met basis 2 vertaald dit zich naar respectievelijk 1 en -1. Omdat exponentiele verbanden lineair worden op een logaritmische schaal betekent dit dat het verschil tussen een factor 4 en een factor 2 ook weer een stap

van formaat 1 betreft, namelijk van 1 naar 2. Op basis hiervan zijn de tredes uit de legenda als volgt berekend:

- Zeer laag: $\log_2(x) < -0.83$
- Laag: $-0.83 < \log_2(x) < -0.5$
- Verlaagd: $-0.5 < \log_2(x) < -0.167$
- Gemiddeld: $-0.167 < \log_2(x) < 0.167$
- Verhoogd: $0.167 < \log_2(x) < 0.5$
- Hoog: $0.5 < \log_2(x) < 0.83$
- Zeer Hoog: $0.83 < \log_2(x)$

Dit komt zo uit het maximale verschil tussen 2 regio's die in dezelfde trede zijn ingedeeld ongeveer 25% behelst. Daarnaast betekent dit dat een regio 'Zeer laag' in combinatie met een regio 'Verhoogd' uitkomt op een verschil van een factor 2 of hoger. Een indicatie 'Zeer hoog' of 'Zeer laag' betekent dus de desbetreffende regio een hoge kans heeft om een verschil in behandeling te hebben met een andere regio.

Soortgelijk zullen een regio 'Laag' en 'Hoog' ten opzichte van elkaar ook een verschil hebben van een factor 2 of hoger. Dit betekent ook dat een verschil van groter dan een factor 2 niet mogelijk is als alle regio's beperkt zijn tot de tredes 'Verlaagd', 'Gemiddeld' en 'Verhoogd'.

1.2.4 Correctie regiokaarten voor niet-beïnvloedbare persoonskenmerken

Als onderdeel van deze analyse zijn Vektis data gecorrigeerd voor verschillen in de samenstelling van de populatie, welke samenhangen met de ziektelast van artrose. Het gaat hierbij om het standaardiseren van de resultaten, ofwel een casemixcorrectie. Het gaat hier om de variabelen leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status.

Bij het berekenen van de standaardisatie is gekozen voor indirecte standaardisatie aan de hand van een logistische regressie, in tegenstelling tot een directe standaardisatie. De redenen hiervoor zijn:

- Regressie standaardisatie vereist weinig parameters.
- Regressie standaardisatie gaat beter om met kleine aantallen voor subgroepen.
- Regressie standaardisatie is flexibel in de specificatie.

Dergelijke standaardisatie wordt ook toegepast door het CBS voor het berekenen van de (H)SMR.

Berekening gecorrigeerde indicatorscore

De correctie van de indicatoren vindt plaats door middel van onderstaande formule:

$$GecorrigeerdeWaarde_r = \left(\frac{ObservatieWaarde_r}{VerwachteWaarde_r} \right) LandelijkGemiddeldeWaarde$$

Hier is:

- r : de regio
- $ObservatieWaarde_r$: De geobserveerde waarde uit de regio r .

- *VerwachteWaarde_r*: De verwachte waarde voor de regio r , gebaseerd op het regressie model
- *LandelijkGemiddeldeWaarde*: Het landelijke gemiddelde voor deze waarde.

Hierin is de *gemeten_score* de waarde die rechtstreeks volgt uit de data voor regio r . De *verwachte_score* voor regio i wordt bepaald aan de hand van een logistische regressie berekend aan de hand van de landelijke data, toegepast op de regionale populatie-verdeling. Dit wordt vermenigvuldigd met de *landelijke_score*, welke staat voor het landelijk gemiddelde van de score.

Regressie Standaardisatie

Voor het berekenen van *VerwachteWaarde_r* wordt gebruik gemaakt van een logistische regressie als:

$$\text{logit}(P(\text{Waarde}_i = 1)) = \beta_0 + \sum_g^{G-1} \text{LeeftijdGeslacht}_{i,g} + \sum_j^{J-1} \text{SES}_{i,j}$$

Waar:

- *LeeftijdGeslacht_{i,g}* een dummy is voor combinaties van leeftijd en geslacht.
- *SES_{i,j}* een dummy is voor de sociaaleconomische status.

Leeftijd is onderverdeeld in de groepen:

20-, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85+

Geslacht is onderverdeeld in de groepen: *man*, *vrouw*

Sociaaleconomische status is onderverdeeld in de vier hoofdcategorieën zoals aangeleverd door Zorginstituut Nederland:

1. *zeer laag*, 2. *laag*, 3. *midden*, 4. *hoog*.

De verwachte waarde per regio wordt berekend als:

$$\text{VerwachteWaarde}_r = \sum_i \hat{p}_{r,i}$$

Waar $\hat{p}_{r,i}$ staat voor de kans op een observatie voor persoon i . De verwachte score is dus de som over deze kansen voor regio r . De kans $\hat{p}_{r,i}$ volgt uit het toepassen van bovenstaande regressie op de personen in regio r .

In enkele gevallen is de uitkomst niet een binaire variabele, maar een continue variabele. In dat geval wordt er gebruik gemaakt van een soortgelijke lineaire regressie van de vorm:

$$\mathbb{E}[\text{Waarde}_i] = \beta_0 + \sum_g^{G-1} \text{LeeftijdGeslacht}_{i,g} + \sum_j^{J-1} \text{SES}_{i,j}$$

1.3 Waarborging privacy

Vanuit privacy overwegingen is het belangrijk dat er geen tot individuele personen herleidbare gegevens in de rapportage verschijnen.

Grens voor minimaal aantal interventies in de kaarten

Om te waarborgen dat de statistieken in de kaarten niet herleidbaar zijn tot individuele personen, is ervoor gekozen om regio's op postcode-2 niveau in kaart te brengen. en enkel de regio's te laten zien waar het aantal unieke patiënten minimaal 50 betreft. Voor regio's waarvoor dit niet gegarandeerd kon worden zijn de statistieken niet getoond in de kaarten. Dit geeft een balans tussen de bruikbaarheid in de vergelijking van regionale variatie en de waarborging van de privacy.

Bijlage 2: Overige figuren

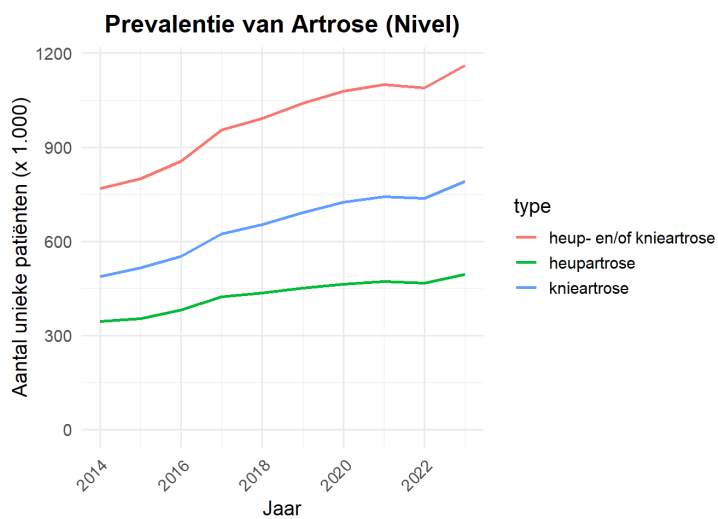
	ORT		REU	REV		SPO	
BEGINJAAR	unieke_patienten_03051701	unieke_patienten_03051801	unieke_patienten_03240403	unieke_patienten_03270115	unieke_patienten_03270117	unieke_patienten_84165005	unieke_patienten_84166004
2014	61058	122358	1793	19672	7680	NA	NA
2015	60805	123137	1578	18111	7760		
2016	67190	139906	1484	17738	7912		
2017	68699	146839	1359	16752	7147		
2018	70455	150369	1265	16545	6085		
2019	72484	155175	1310	16036	5793		
2020	65359	133699	1086	12854	4802		
2021	71719	143331	1276	13302	4233		
2022	77975	158665	1215	13515	4391	541	1577
2023	80662	164399	1148	13863	4286	646	2022

= perifeer
heupen/knieën

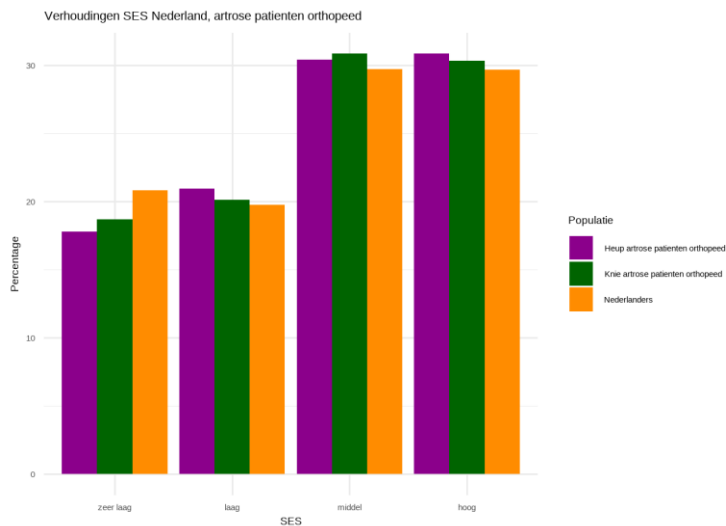
= overige
aandoeningen
onderste
extremititeit

= reumatische
aandoeningen

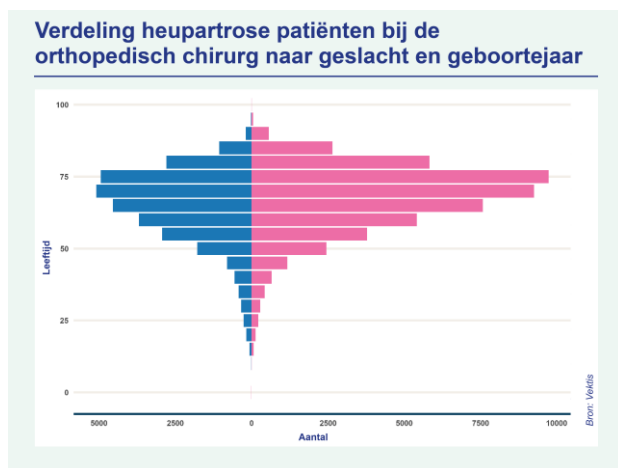
Figuur 23: Prevalentie van heup- en knieartrose binnen de medisch specialistische zorg bij de specialismen orthopedie, reumatologie, revalidatiegeneeskunde en sportgeneeskunde.



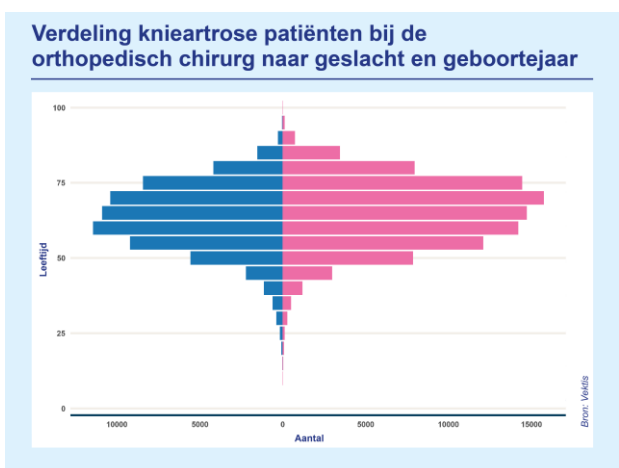
Figuur 24



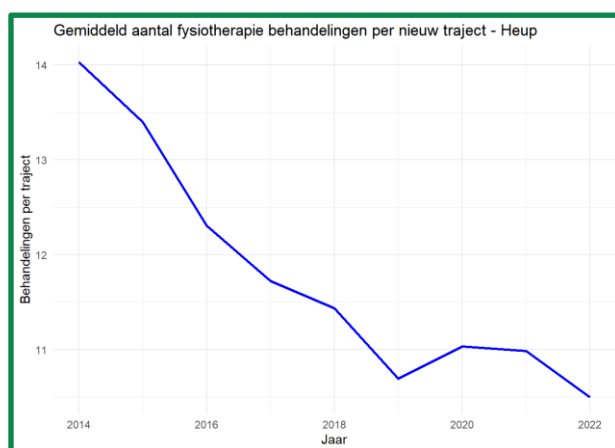
Figuur 25



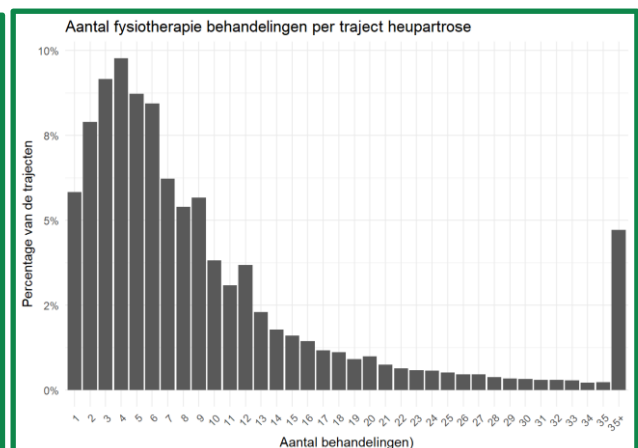
Figuur 26



Figuur 27

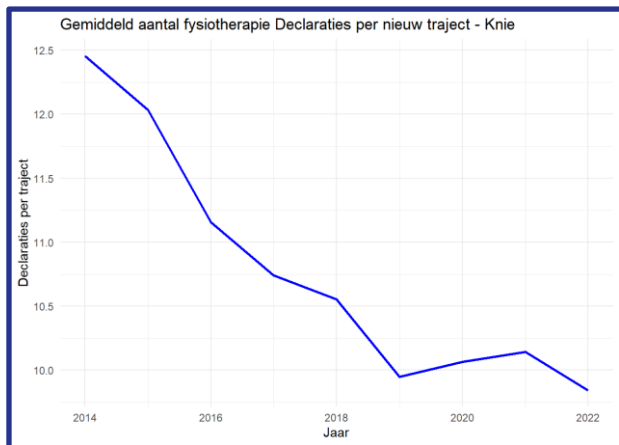


Figuur 28

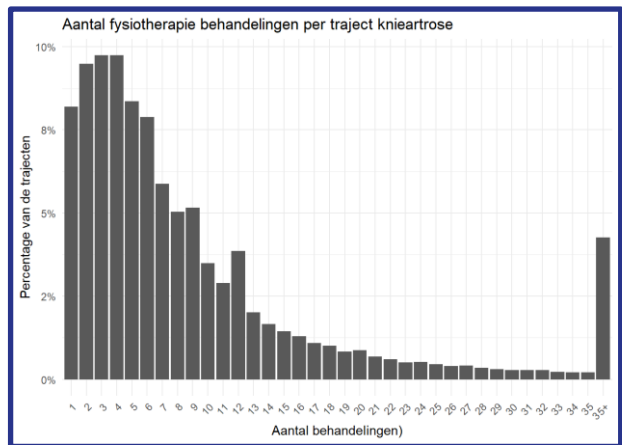


De mediaan is 7 en het gemiddelde is 10.5.

Figuur 29

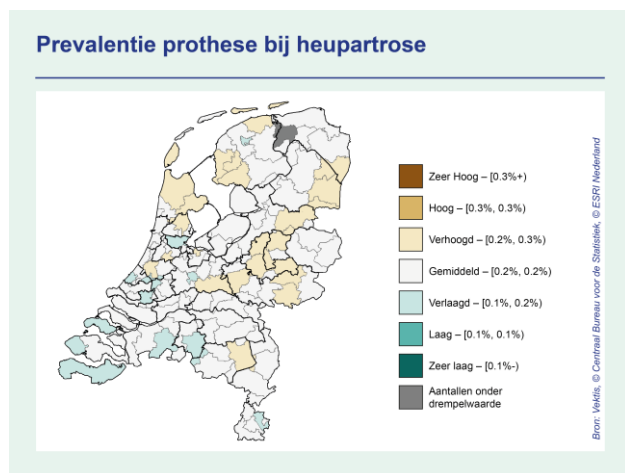


Figuur 30

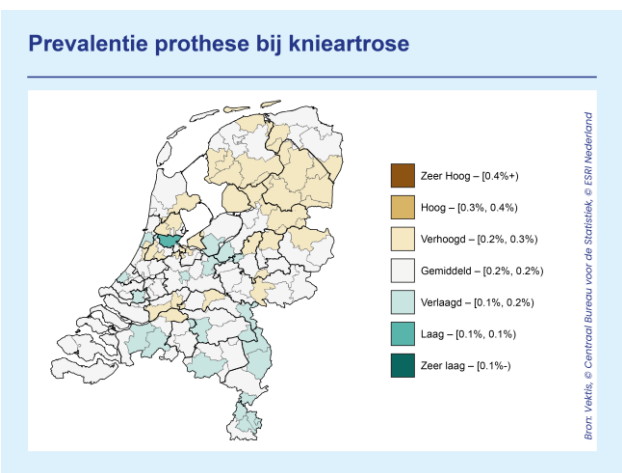


De mediaan is 6 en het gemiddelde is 9.84.

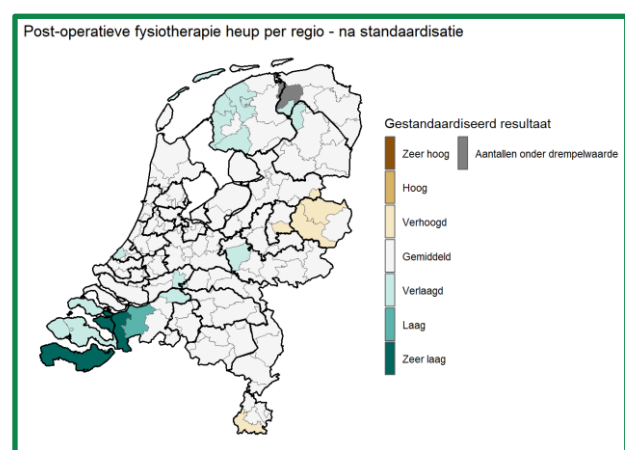
Figuur 31



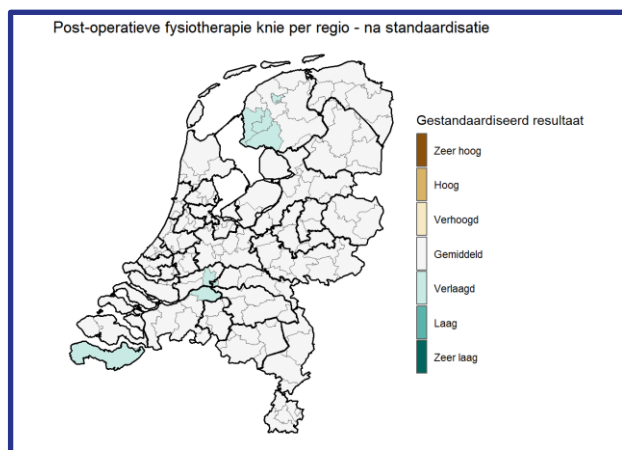
Figuur 32



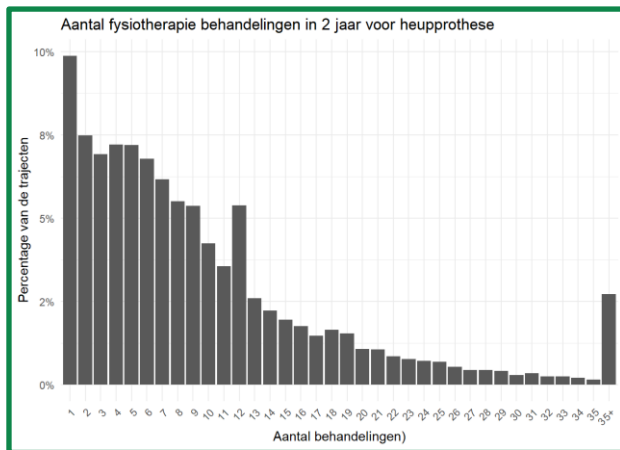
Figuur 33



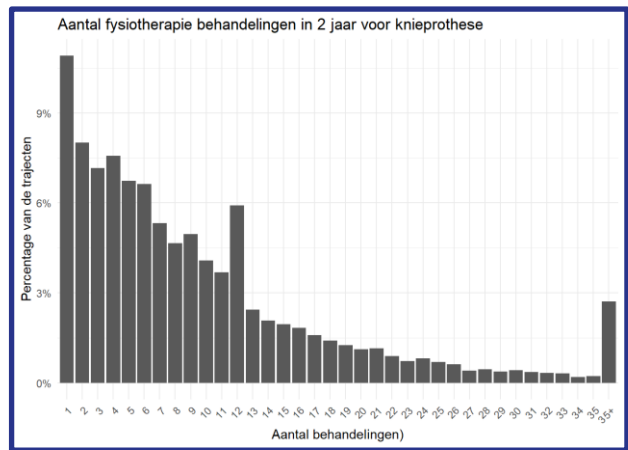
Figuur 34



Figuur 35



De mediaan is 7 en het gemiddelde is 9.9.
Figuur 36



De mediaan is 7 en het gemiddelde is 9.9
Figuur 37