

“Waar alles kan, gebeurt (n)iets”

Author(s)

van der Esch, Dr. Martin

Publication date

2018

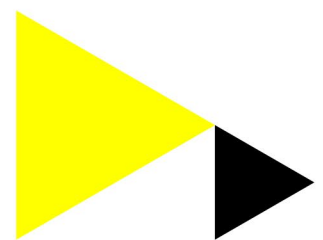
Document Version

Final published version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

van der Esch, D. M. (2018). “*Waar alles kan, gebeurt (n)iets*”. Hogeschool van Amsterdam.

**General rights**

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please contact the library: <https://www.amsterdamuas.com/library/contact/questions>, or send a letter to: University Library (Library of the University of Amsterdam and Amsterdam University of Applied Sciences), Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.



“WAAR ALLES KAN, GEBEURT (N)IETS”

Dr. Martin van der Esch



“Waar alles kan, gebeurt (n)iets”

“Waar alles kan, gebeurt (n)iets”

Lectorale rede

uitgesproken bij de aanvaarding van
het lectoraat **interdisciplinaire zorg voor
chronische gewrichtsaandoeningen**
aan de Hogeschool van Amsterdam, Faculteit Gezondheid,
op 4 december 2018

door

Dr. Martin van der Esch



**Amsterdam University
of Applied Sciences**

Cover image: BertZuiderveen.nl
Graphic design: Texcetera, The Hague
Productie: Uitgeverij Eburon, Delft

ISBN: 978-94-6301-210-2

© Martin van der Esch / HvA Publicaties, Amsterdam 2018.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	6
2. Relatie gewrichtsaandoeningen en functioneren	9
3. Mogelijkheden om functionele problemen te voorkomen of te verminderen	12
4. Hiaten in kennis: onderzoeksagenda	18
5. Integratie in onderwijs	21
6. Dankwoord	23
Referenties	26
Curriculum Vitae	29
Summary In English	32

1. Inleiding

Mijnheer de voorzitter van het college van bestuur van de Hogeschool van Amsterdam, collega's, familie, vrienden en andere toehoorders.

Met het uitspreken van deze rede aanvaard ik vandaag het lectoraat interdisciplinaire zorg voor chronische gewrichtsaandoeningen bij de Faculteit Gezondheid aan de Hogeschool van Amsterdam.

Ik ben trots dat ik vandaag deze rede mag houden. Trots op de kans die me gegeven wordt om de zorg van patiënten met chronische gewrichtsaandoeningen te helpen verbeteren. Om de zorg te innoveren en te profileren. Trots om onderzoek, praktijk en onderwijs te verbinden en daarmee kennis en kunde van de trias academica te verbinden. Aan mij nu de taak om deze kans te benutten.

De titel van deze rede, "Waar alles kan, gebeurt (n)iets" is naar het schilderij van Jan Anton van Dis die dit schilderij in de jaren 80 maakte. Officieel staat de "n" niet tussen haakjes, maar ik kom daar later in mijn rede op terug. Een citaat van Van Dis dat het schilderij mooi weergeeft luidt "*Ik haal mijn inspiratie uit het dagelijkse leven: de dingen die ik om me heen zie of die me overkomen.*" Het werk van Van Dis toont surrealistische, magisch-realistische en fantastisch-realistische aspecten. Het zijn werelden die niet lijken te kunnen bestaan, maar die toch zo natuurlijk ogen. Er gebeurt veel in de schilderijen van Van Dis. Of beter gezegd: er staat iets te gebeuren of er is net iets gebeurd. De kunstenaar is op zoek naar het raadsel van de werkelijkheid.

Een patiënt stuurde mij een kaart van het schilderij eind 2002 met de wens voor een goed 2003. Hij schreef: "*Mijn heupoperatie lijkt geslaagd (25 november). Na verblijf in een zorghotel beweeg ik mij weer thuis en heb twee keer per week fysiotherapie aan huis. Voorlopig dus in revalidatie. Hartelijke groet*". Hij was een kritische patiënt die mij regelmatig vroeg of datgene wat ik deed wel gebaseerd was op bewijs en effectief was. Wij spraken veel over wetenschappelijk onderzoek en waarom fysiotherapie zo weinig wetenschappelijk onderbouwd was. Het was rond 2002. Mijn behandeling was echter niet afdoende om het pijnlijke gewricht te verbeteren en de operatie was een effectieve oplossing. Ik had gemengde gevoelens. Waarom was mijn behandeling niet afdoende geweest om een operatie minimaal uit te stellen of zelfs niet noodzakelijk te maken? Waarom was er zo weinig bewijs wat de beste behandeling zou moeten zijn? Waren niet alle ingrediënten voor onderzoek aanwezig om een keuze te maken voor de meest effectieve behandeling, vroeg ik mij af. Deze kaart heeft vanaf eind 2002 op mijn bureau gelegen of aan de muur gehangen. Het symboliseerde mijn gevoel dat er veel mogelijk was, maar dat het niet al te makkelijk was om iets voor elkaar te

krijgen. De kaart is langzaamaan vergeeld, maar de gedachte is nog springlevend. Voor het maken van een mooi schilderij heb je ingrediënten nodig en dan komt het neer op je creativiteit, inzet en doorzettingsvermogen. Kunst is niet direct kunde.

Wie was deze patiënt? Laat ik eerst meneer H. introduceren. De heer H. was rond de 50 jaar oud. Hij had persisterende pijnklachten in zijn heup. Een reumatoloog liet een röntgenfoto maken en constateerde een artrose van het gewricht. Even *uitleggen: Artrose wordt in de volksmond ook wel "slijtage" van het gewricht genoemd, het komt met name voor bij knieën en heupen. Klachten van artrose zijn chronisch van aard. Huidige behandelingen zijn onder andere pijnstillers, oefen therapie en uiteindelijk kan een gewricht-vervangende operatie volgen.* In het algemeen wordt de aandoening gekenmerkt door pijn en doordat het algemeen dagelijks functioneren afneemt zoals problemen met lopen, traplopen en fietsen. Er bestaan veel vragen op het gebied van medicatie. Heb ik wel de juiste reumamedicijnen, waarom helpen pijnstillers niet, hoe kan ik afvallen om mijn gewrichten minder te belasten en wat moet ik doen om in beweging te blijven of neemt dan de artrose juist toe? Moet er niet "gewoon" een nieuw gewricht in? Vragen die de heer H. ook ongeveer stelde. Hij was een prettige, kritische patiënt die zijn klacht zeer serieus nam en gemotiveerd was om goed te blijven functioneren. Veel patiënten vergeet je nooit en ik ben hem nog steeds dankbaar voor zijn kritische houding.

Gewrichtsaandoeningen gaan gepaard met een geleidelijke afname van het functioneren in het dagelijks leven, vooral bij ouderen. Gepleit wordt de zorg te richten op het bevorderen, het behouden en herstellen van het dagelijks functioneren. Optimale zorg bij patiënten met chronische gewrichtsaandoeningen staat in dienst van het functioneren en richt zich m.n. op het zo goed mogelijk zelfstandig te laten functioneren in de eigen leefomgeving. Het algemeen dagelijks functioneren staat dus centraal en vormt het uitgangspunt voor behandeling, zoals het verwoord staat in het rapport: "naar nieuwe zorg en zorg beroepen: de contouren" van commissie Kaljouw (1).

De komende minuten wil ik u graag meenemen naar de problemen waarvoor we staan in de zorg van patiënten met chronische gewrichtsaandoeningen, nu en in de nabije toekomst.

Eerst ga ik u uitleggen wat nu precies chronische gewrichtsaandoeningen zijn, wat de relaties zijn ten aanzien van het algemeen functioneren en op welke wijze het functioneren beïnvloed kan worden. Ten slotte zal ik u vertellen hoe ik het me voorstel op welke wijze hiaten in kennis gedicht kunnen worden door

het opstellen van een onderzoeksagenda. Ten slotte eindig ik met het geven van informatie over de wijze waarop kennis geïntegreerd kan worden in het onderwijs. Uiteindelijk doel is dat de zorgprofessional van de toekomst capabel is veranderingen te realiseren om de toekomstige problemen het hoofd te bieden.

2. Relatie gewrichtsaandoeningen en functioneren

Chronische gewrichtsaandoeningen zijn aandoeningen van alle gewrichten variërend van teen- en handgewrichten tot de gewrichten van de wervelkolom. Door degeneratie neemt de kwaliteit van de gewrichtsstructuren af, maar ook door een ontsteking van het gewricht neemt de kwaliteit af. De degeneratie leidt tot een afname in het functioneren van het gewricht en veroorzaakt klachten.

Chronische degeneratieve en inflammatoire gewrichtsaandoeningen zijn onder te verdelen in:

1. Osteoartritis (ook wel artrose of osteoartrose genoemd): voortschrijdende beschadiging van met name de knie en/of de heup, maar kan ook voorkomen in de duim, vinger- en wervelkolomgewrichten.
2. Polyartritiden (waaronder reumatoïde artritis en jicht): dit betreft aandoeningen met ontstekingen van de gewrichten (artritis) die leiden tot secundaire beschadiging van de gewrichten.

Chronische gewrichtsaandoeningen worden ook gekenmerkt door de aanwezigheid van andere aandoeningen of de aanwezigheid van factoren die het risico verhogen dat een gewrichtsaandoening sneller leidt tot ernstiger vormen. Er bestaat een overlappende groep van zeven risicofactoren te weten: hoge bloeddruk, roken, alcohol gebruik, hoog cholesterolgehalte, overgewicht, slechte eetgewoonten (weinig fruit en groenten) en niet onbelangrijk: fysieke *in*activiteit.

Het begrip chronisch vraagt om verduidelijking. Met een chronische aandoening wordt bedoeld een ziekte die langdurig van aard is (meer dan drie tot zes maanden) en zelfs blijvend is. Men geneest niet van de aandoening door medicatie of een andersoortige behandeling. Gewrichtsaandoeningen zoals artrose of polyartritis vallen onder de term chronische aandoening omdat deze aandoeningen niet genezen. Wel kunnen huidige geneesmiddelen de polyartritiden afremmen en zelfs grotendeels stoppen. Echter de gevolgen van de aandoening kunnen eveneens chronisch van aard zijn zoals een blijvende afname in het dagelijks functioneren.

Chronische inflammatoire gewrichtsaandoeningen zijn veelal bekend als reumatologische aandoeningen. In 2013 hadden bijna twee miljoen Nederlanders een reumatische aandoening, waarvan het grootste deel artrose had. Het aantal gevallen en vooral nieuwe gevallen van gewrichtsaandoeningen zal de komende jaren toenemen. De voor leeftijd en geslacht gestandaardiseerde incidentie voor bijvoorbeeld knieartrose was 240 per 100.000 persoonsjaren en voor heupartrose 88 in 2011 (2). In Nederland waren er in 2015, op basis van huisartsenregistraties,

naar schatting 234.400 mensen met de diagnose RA: 86.200 mannen en 148.200 vrouwen. Dit komt overeen met 10,3 per 1.000 mannen en 17,3 per 1.000 vrouwen. In 2015 kregen naar schatting 17.400 nieuwe patiënten de diagnose RA bij de huisarts: 6.600 mannen en 10.800 vrouwen. Dit komt overeen met 0,8 nieuwe patiënten per 1.000 mannen en 1,3 per 1.000 vrouwen. Het aantal nieuwe patiënten met RA neemt toe met de leeftijd voor zowel mannen als vrouwen.

Chronische gewrichtsaandoeningen vormen een groot gezondheidsprobleem en op de lijst van "Global Burden of Diseases" staan degeneratieve gewrichtsaandoeningen in 2015 op plaats één (lage rugklachten), acht (algemene gewrichtsklachten) en dertien (artrose) als oorzaak van beperkingen in het dagelijks functioneren (3,4). Deze aandoeningen veroorzaken dus veel ziektebelasting zoals het aantal jaren dat men moet leven met afname van zelfstandig functioneren in het dagelijks leven. Volgens deze studie ervaren mensen met artrose van de knie in 83% van de gevallen een afname in het dagelijks functioneren. Ongeveer 80% van de mensen met artrose ervaart enige mate van beperkingen in hun functioneren en 25% kan grote dagelijkse activiteiten zoals traplopen of zelfstandig boodschappen doen niet uitvoeren. Zelfs 11% van de mensen met knie artrose heeft hulp nodig met persoonlijke verzorging in de thuissituatie. Omdat genezing van artrose momenteel niet mogelijk is, zal de aandoening voor langere tijd leiden tot een substantiële individuele en maatschappelijke last.

Hoe is de situatie ten aanzien van chronische gewrichtsaandoeningen in Amsterdam?

Informatie van de gezondheidswijzer Amsterdam in 2016 geeft aan dat het groeiend aantal mensen met een chronische gewrichtsaandoening niet alleen een globaal probleem is (5). In Amsterdam worden de bewoners ouder en hebben tegelijkertijd meerdere aandoeningen zoals chronische gewrichtsaandoeningen en cardiovasculaire aandoeningen, hyperlipidemie, obesitas en het optreden van fracturen. Van alle volwassen Amsterdammers heeft 42% (ca. 263.000 mensen) minimaal één chronische aandoening; 22% heeft twee of meer chronische aandoeningen. De drie meest gerapporteerde ziekten in Amsterdam zijn: hoge bloeddruk (12%), gewrichtsslijtage (artrose; 9%) en ernstige aandoeningen van nek, schouder, elleboog, pols en hand (8%). Van de Amsterdamse 65-plussers heeft 18%, zo'n 17.000 ouderen, één of meer ADL-beperkingen. Zij hebben grote moeite met minimaal één dagelijkse handeling of kunnen deze alleen met hulp van anderen uitvoeren. Meestal gaat het om een mobiliteitsbeperking (17%). Het positieve is dat in 2016 twee derde van de Amsterdammers voldoet aan de beweegnorm, maar dat een derde van de inwoners te weinig beweegt (35%).

Amsterdam scoort hiermee gunstiger dan het landelijke cijfer en de andere grote steden. Ruim de helft van de Amsterdammers sport minstens één keer per week, ook dat is meer dan landelijk. Aan de fitnorm voldoet een vijfde van de Amsterdammers. De bewegcijfers zijn sinds 2008 niet of nauwelijks veranderd. Echter 40% van de bevolking kent overgewicht (225.000 inwoners en 12% (75.000) is obees. Vooral laagopgeleiden, het hebben van geen werk en een niet-westerse herkomst en de 75+ mensen vormen de risicogroep.

Voldoende lichaamsbeweging verhoogt de fitheid en draagt niet alleen bij aan een gezond gewicht en het voorkómen van chronische gewrichtsaandoeningen, het heeft ook een positief effect op het zelfstandig functioneren, de kwaliteit van leven en hoe mensen zich voelen. Beperkingen in het bewegen zijn voor driekwart toe te schrijven aan chronische degeneratieve gewrichtsaandoeningen zoals rug aandoeningen, artrose en polyartritiden. Preventie van deze aandoeningen kan bijdragen aan het voorkómen van afname in functioneren in het dagelijks leven. Het bieden van optimale zorg aan Amsterdammers met een afname in functioneren kan de negatieve gevolgen hiervan verminderen. Daarbij verdienen de eerdergenoemde risicogroepen zoals 65-plussers, laagopgeleiden, lage inkomensgroepen en Amsterdammers van niet-westerse herkomst extra aandacht.

Echter, de burger dient meer eigen verantwoordelijkheid te dragen en ervoor te zorgen dat langer onafhankelijkheid wordt nagestreefd zoals verwoord in de rapporten van VWS uit 2011 en 2014 (6-9).

3. Mogelijkheden om functionele problemen te voorkomen of te verminderen

Effectieve zorg bestaat in het algemeen uit medicatie, oefentherapie en operatieve ingrepen. Medicatie bij reumatoïde artritis heeft veel invloed op het ziektebeloop, maar bij artrose zijn geen effectieve medicijnen bekend. Bij reumatoïde artritis hebben tegenwoordige biologicals gezorgd voor een enorme verbetering van het ziekteproces en verbetering in dagelijks functioneren. Bij de mensen met knie- en/of heupartrose bestaan er geen middelen die de oorzaak van de artrose aanpakken. Bij deze patiënten worden vaak pijnstillers en/of NSAID's ingezet om pijn te verminderen. Studies naar het effect van NSAID's op progressie van de aandoening en de gevolgen op pijn en functioneren, zijn niet in grote mate aanwezig en het bewijs is matig tot zwak (10). Juist bij deze patiënten leiden leefstijl- en omgevingsfactoren, in relatie tot de aanwezige comorbiditeit zoals cardiovasculaire aandoeningen, diabetes mellitus en depressie tot complexe zorg. Oefentherapie is bewezen effectief bij de behandeling van knieartrose en knie/heup operaties zijn eveneens effectief (11,12). Echter, zowel de medicatie als de oefentherapie genezen de aandoening niet en de operatieve ingreep kent ook vaak complicaties.

Gezien de complexiteit van de context waarin patiënten met chronische gewrichtsaandoeningen zich presenteren is het gewenst om vanuit meerdere richtingen problemen te benaderen. Veelal worden deze mensen gezien door reumatologen, orthopeden en revalidatieartsen, maar ook in paramedische disciplines zoals fysiotherapie, ergotherapie, maatschappelijk werk en diëtiëk. Een multi- en/of interdisciplinaire diagnostiek en behandeling lijkt veelal noodzakelijk waarin samenwerking tussen medici (huisarts, reumatoloog en orthooped) en paramedici (fysiotherapeut, oefentherapeut, ergotherapeut, diëtist) absoluut noodzakelijk is. Indien er ook een relatie bestaat met problemen van cognitieve- en psychosociale aard, waardoor het functioneren afneemt, is ook samenwerking met o.a. de (wijk)verpleegkundige en de psycholoog van belang. Ten aanzien van participatieproblemen, zoals werkgerelateerde problemen, is samenwerking met maatschappelijk werk niet onbelangrijk.

Ter ondersteuning van de noodzaak tot complexe zorg is de studie van Agca et al. waarin het risico van cardiovasculaire aandoeningen en risicofactoren bij gewrichtsaandoeningen werd bestudeerd (13). Vergeleken met de algemene populatie hebben patiënten met een chronische gewrichtsaandoeningen een twee keer hoger risico op sterfte. Gespeculeerd kan worden dat het risico op het optreden van beperkingen in het dagelijks leven bij deze groep eveneens hoog is.

Behandeling van patiënten met chronische gewrichtsaandoeningen die een verhoogd cardiovasculair risico hebben is primair gericht op medicatie, echter recent, in 2017, werden aanbevelingen gepubliceerd om cardiovasculaire risicofactoren te verminderen door de zorg bij deze patiënten uit te breiden (14,15). De European League Against Rheumatism (EULAR) publiceerde tien aanbevelingen voor het behandelen van cardiovasculaire risicofactoren bij patiënten met chronische gewrichtsaandoeningen. Aanbeveling zeven is van specifiek belang en ik citeer "Lifestyle recommendations should emphasize the benefits of a healthy diet, regular exercise and smoking cessation for all patients". Echter, het effect van meer bewegen op het verminderen van het risico op cardiovasculaire aandoeningen bij patiënten met chronische gewrichtsaandoeningen is onbekend. Vandaar dat de EULAR-studies ten aanzien van bewegen bij deze groep patiënten heeft opgenomen in de "research" agenda voor de toekomst.

Het afgelopen jaar is een studie gestart die de complexe zorg bij patiënten met reumatoïde artritis en een verhoogd cardiovasculair risico als doel heeft. Een studie die het bewegen en oefenen bij reumatoïde artritis en cardiovasculair risico bestudeert, de zogenaamde *exercise in RA and Cardiovascular risk-study* of te wel de eRAC studie. Deze studie wordt uitgevoerd door Lisa Edelaar in samenwerking met professor Mike Nurmohamed. Het bestuderen van cardiovasculaire aandoeningen bij reumatische ziekten behoort tot zijn leerstoel. Het betreft een haalbaarheidsstudie en het plan is een RCT te gaan uitvoeren. De studie wordt gedaan in nauwe samenwerking met professor George Metsios van de universiteit in Birmingham.

Een ander voorbeeld van het belang van complexe zorg is de studie geweest van collega Mariette de Rooij, in samenwerking met professor Joost Dekker en Marike van der Leeden (16). Het effect van oefentherapie werd bestudeerd bij patiënten met knie en/of heupartrose en comorbiditeit. Deze groep patiënten is complex vanwege het feit dat niet eenvoudig met hen geoefend kan worden vanwege de aanwezigheid van diverse belemmerende factoren zoals COPD, hartfalen, diabetes mellitus etc. Terwijl richtlijnen voor de behandeling van knie- en/of heupartrose uitgaan van één ziekte, zal echter de "artrose patiënt" in de toekomst meerdere aandoeningen hebben. Zo hebben patiënten met artrose vaak overgewicht, cardiovasculaire en respiratoire aandoeningen. Een interventie die voornamelijk bestond uit oefentherapie had een positief effect op het verbeteren van het dagelijks functioneren indien rekening werd gehouden met alle nevenaandoeningen. Echter, veel behandelaars zijn niet voldoende opgeleid om effectieve behandelingen te geven bij deze complexe groep van patiënten, omdat het niet eenvoudig is tegelijkertijd met alle factoren rekening te houden. Complexe zorg eist dat alle professionals goed opgeleid zijn op basis van de meest recente studieresultaten

In de toekomst is een voortzetting van deze studie noodzakelijk vanwege het feit dat deze studie uitgevoerd werd in een tweedelijnsinstituut. Een vervolgstudie kan zijn het effect van een behandeling te bestuderen voor en na een knie of heup vervangende operatie bij complexe patiënten. Samenwerking met Leo Roorda en de afdelingen orthopedie van het SVZ en OLVG is gaande en het plan is een RCT op te zetten.

Verder is het van belang dat de behandelingen zoveel mogelijk op maat zijn voor de individuele patiënten. Voor het verlenen van op maat uitgevoerde zorg of te wel zorg verlenen aan subgroepen is de studie van Jesper Knoop van belang. Samen met professor Raymond Ostelo wordt deze studie uitgezet in de eerstelijnsfysiotherapie om te bestuderen of het effect van oefenen bij subgroepen patiënten met knieartrose verbeterd kan worden. Inzet van studenten van de HvA bij dit onderzoek wordt bestudeerd.

In het dagelijks leven is één van de meest voorkomende functies lopen. Met lopen hebben veel patiënten met gewrichtsaandoeningen problemen. Het belasten van de gewrichten van de onderste extremiteit veroorzaakt pijn. En pijn wil men graag vermijden. Vaak heerst ook de gedachte dat het lopen gewrichtsaandoeningen verergert. Veel patiënten zijn dan ook uiteindelijk geholpen met een gewricht vervangende operatie zoals ik eerder vertelde over de heer H. Herstel van lopen is zeer gewenst en daarmee van groot belang. Dit kan mede verkregen worden door het objectiveren van het lopen met redelijk eenvoudige bewegingsanalyses.

Een eenvoudig, maar adequaat beweeg(loop)laboratorium kan een hulpmiddel zijn om afwijkend lopen te analyseren en aanwijzingen te vinden voor aangepast lopen. In dit looplaboratorium kan aan de hand van diverse sensoren en videocamera's bewegingen geanalyseerd worden. Samenwerking met de andere lectoraten zoals "digital life" is hierbij essentieel. Additioneel doel is bewegingen in de thuissituatie te registreren en te analyseren of verbetering mogelijk is. Gezien de projecten bij FDMCI (digital life) en FBSV (voeding) is samenwerking gewenst en zal onderzocht moeten worden waar mogelijkheden bestaan om gemeenschappelijke projecten te vormen. Vanuit de SPRONG subsidie (RAAK) wordt de samenwerking tussen de faculteiten geïntensiveerd.

De studie van Claudia Leichtenberg, in samenwerking met professor Thea Vliet-Vlieland gaf antwoord op de vraag of patiënten na een knieoperatie nog steeds knie-instabiliteit ervaren en ook slechter functioneren (17). Uitkomst was dat patiënten die een jaar na de operatie nog steeds instabiliteit ervaren ook daadwerkelijk slechter functioneren. Voortzetting van deze studie is gewenst waardoor er een duidelijke richtlijn voor orthopedie komt om niet optimaal functioneren na een operatie te voorkomen.

In dit licht is het onderzoek van Jim Schrijvers van belang dat zich richt op het meten van geobjectiverde knie instabiliteit bij patiënten met knieartrose. Deze studie wordt uitgevoerd in samenwerking met professor Jaap Harlaar en Josien van den Noort. Jim Schrijvers ontwikkelt een maat voor knie instabiliteit in een laboratorium setting. Zijn studie zal tot gevolg hebben dat internationaal afgestemde parameters gebruikt gaan worden en dat meetprotocollen op elkaar afgestemd zijn. De volgende stap is het uitvoeren van ambulante metingen, niet zo zeer met een focus op stabiliteit alleen, maar op het functioneren in het algemeen tijdens de uitvoering van dagelijkse activiteiten. Ook hier is er een sterke ontwikkeling op het terrein van de technologie en zal het analyseren van bewegingen en diagnosticeren van afwijkend bewegen een grote vlucht kennen. Verdere samenwerking op dit gebied met Jaap Harlaar, eveneens hoogleraar aan de technische universiteit Delft, ligt in het verschiet.

Dat patiënten met knieartrose beïnvloed kunnen worden in hun manier van lopen en beter kunnen functioneren bestudeerden Rosie Richards en Tomasz Cudejko. Beide onderzoekers namen deel aan het KNEEMO-project. Dit project stond onder leiding van professor Martijn Steultjens van de Caledonian Universiteit in Glasgow, Schotland. Tomasz Cudejko en Rosie Richards, bestudeerden het effect van een zachte kniebrace op knie-instabiliteit en of lopen was te veranderen om de mechanische belasting in het kniegewricht te verminderen (18,19). De eerste studie had als doel om de effectiviteit van een zachte kniebrace in een looplaboratorium vast te stellen en de tweede studie of patiënten in een looplaboratorium getraind konden worden om hun belasting te verlagen en daarmee invloed zouden hebben op de progressie van de aandoening. Omdat beide studies in een laboratorium omgeving werden uitgevoerd is het van groot belang deze studies voort te zetten buiten een laboratorium, in het "echte" leven. Daarvoor zijn ambulante metingen nodig die nog volop in ontwikkeling zijn. De technologische ontwikkeling gaat echter hard en samenwerking met andere lectoraten en technische bedrijven is dan ook zeer gewenst. Dat hier verdere studies in gedaan gaan worden is geen discussie.

Slechter lopen en in het algemeen beperkingen in het functioneren wordt o.a. veroorzaakt door afname van spierkracht van de beenspieren. Behandelingen zijn gericht op de verbetering van spierfuncties en daarmee het verbeteren van het lopen. Joost Dekker, Marike van der Leeden en ik zijn al een aantal jaren bezig studies te verrichten om onderliggende mechanismen beter te kunnen begrijpen. Een focus op afname in spierkracht speelt daarin een belangrijke rol. Zo hebben Esmee Koeckhoven, Lisa Edelaar, Michelle Hall, Maaïke Witvliet en Arjan de Zwart gekeken naar verschillende aspecten van spierkracht bij patiënten met knieartrose (20-23). Met Josien van den Noort werd de relatie tussen spierkracht en spiervetweefsel bestudeerd met een MRI (24). Een RCT van Arjan de Zwart

zal antwoord geven of intensieve spierkracht training in combinatie met Vit D-suppletie leidt tot beter functioneren en minder pijnklachten bij patiënten met knieartrose. Voortzetting van het bestuderen van onderliggende mechanismen is van belang om interventies effectiever te maken.

Er zijn echter nog een aantal studies die eveneens aandacht behoeven, omdat zij in de nabije toekomst van belang zullen zijn op het functioneren van patiënten met knie en/of heupartrose. Dat spierkracht een belangrijke oorzaak is van beperkingen in het functioneren bleek uit een eerder gepubliceerde Cochrane literatuurstudie, die in samenwerking werd verricht met collega's in Australië (11). Vervolgens wordt een literatuurstudie verricht onder leiding van collega Milena Simic van de Universiteit van Sydney naar de invloed van medicatie op de progressie van de aandoening en de gevolgen voor pijn en functioneren. De studie wordt voortgezet in een RCT. Samen met professor Rana Hinman, professor Kim Bennell en professor David Hunter wordt een project uitgevoerd om een framework van capaciteit samen te stellen waaraan zorgverleners zouden moeten voldoen om effectieve zorg te verlenen bij patiënten met knieartrose om pijn te reduceren en het functioneren te verbeteren. Daartoe wordt een survey uitgevoerd vanuit de universiteit van Melbourne onder internationale experts van behandelaars en onderzoekers. Het project staat onder auspiciën van de OARSI, de wereldorganisatie voor het bestuderen van artrose. Het project moet leiden tot een document dat gebruikt kan worden om o.a. onderwijs richting te geven naar de geformuleerde criteria in het framework.

De meeste studies betreffen vooral patiënten met knieartrose. Kennis die hier is opgedaan kan gebruikt worden voor het bestuderen van de andere gewrichten die eveneens door degeneratie of ontstekingen getroffen kunnen zijn. Samen met professor Willem Lems en Marike van der Leeden zal de focus de aankomende jaren ook uitgaan naar patiënten met heupartrose en patiënten met voet/enkel afwijkingen. Bestudeerd zal worden of de eerder ontwikkelde modellen op verbetering van functioneren ook toepasbaar zijn bij deze regio's.

Ten slotte, het is duidelijk dat oefentherapie of bewegen in het algemeen één van de hoekstenen vormt van de behandeling bij patiënten met chronische gewichtsaandoeningen. Er bestaan vele studies die aantonen dat bewegen effectief is in het verminderen van pijn en het verbeteren van het functioneren en de kwaliteit van leven. Tevens is het effectief gebleken om gewicht te verliezen door de combinatie van dieet en bewegen. Echter onduidelijk is hoeveel bewegen moet worden en welk dieet er gevolgd zou moeten worden. Een behandeling op maat, ingesteld op de individuele patiënt, lijkt noodzakelijk om de effectiviteit te vergroten. Wellicht nog belangrijker is te onderzoeken op welke wijze mensen met chronische gewichtsaandoeningen blijven bewegen. Voor het veranderen

van het gedrag van patiënten om te blijven bewegen lopen er op dit moment een aantal studies zoals de "Better Knee, Better Me" studie van Australische collega's van de Universiteit van Melbourne en de "plants for joints" studie van Dirkjan van Schaardenburg en Wendy Walrabenstein van Reade. Wat nu de meest effectieve manier is om gedrag te veranderen is nog niet goed bekend. Een interdisciplinaire benadering voor het beantwoorden van deze vraag lijkt het meest waarschijnlijk.

Gezien de grote last van de gewrichtsaandoeningen is er een grote behoefte om zorg te verlenen gedurende het gehele continuüm van de aandoeningen: van preventie tot aanpassingen in de thuis- en werksituatie. Maar ook bij de gewrichtsontstekingen is het mogelijk het functioneren te verbeteren of zelfs een afname in functioneren te voorkomen door goede voorlichting over leefstijl (o.a. meer bewegen en gewicht controle), aanpassingen in de woon- en werksituatie (wijkverpleging en ergotherapie) en zorg van deze aandoeningen in relatie tot comorbiditeit als diabetes mellitus waarin diabetesverpleegkundigen een belangrijke rol spelen. Dit betekent dat aandacht noodzakelijk is voor deze aandoeningen, voor afname in dagelijks functioneren van risicofactoren en dat er aandacht is voor participatieproblemen om ziektelast te verminderen. Om optimale zorg te verlenen is het van belang dat alle toekomstige zorgprofessionals geconfronteerd worden met deze problemen en optimaal worden voorbereid om adequaat te handelen. Uiteindelijk doel is het zelfstandig functioneren in de thuissituatie van patiënten met gewrichtsaandoeningen te behouden dan wel te verbeteren. Vanwege de aanwezigheid van comorbiditeit zal met veel zorgprofessionals tezamen plannen gemaakt moeten worden om optimaal op te treden.

4. Hiaten in kennis: onderzoeksagenda

Het opleiden in interdisciplinaire zorg bij chronische gewrichtsaandoeningen is een noodzaak om de problemen van de toekomst het hoofd te kunnen bieden. Het is van belang om passende onderwijsvormen te ontwikkelen die gebruikt kunnen worden voor studenten, beroepsgroepen in de eerste en tweede lijn en eveneens in een aangepast vorm voor patiënten. Een grote bijdrage is te verwachten van technologie (domotica, robotica, e-/mHealth) aan het dagelijks functioneren van mensen met een chronische gewrichtsaandoening en hen de regie te laten voeren over hun eigen functioneren en gerelateerde zorg. In het onderzoek en onderwijs zal naar mogelijkheden worden gezocht om de technologische innovaties in te zetten waardoor het met een vanzelfsprekendheid onderdeel zal uitmaken van het professionele handelen om het functioneren te behouden en te verbeteren. Zoals ik al eerder heb aangegeven zal bij het inzetten van technologische innovaties de aandacht specifiek uitgaan naar het objectiveren van bewegingen zoals tijdens het lopen.

Meerdere groepen zoals ReumaNederland, de vereniging van Orthopedie en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie hebben aangegeven complexe zorg en op maat geleverde zorg te agenderen voor de toekomst. Op dit moment zijn er initiatieven om scholing aan te bieden via apps en 'blended learning'. Het KNGF en het NPI ontwikkelen dergelijke modules. Het is zeer gewenst dat dergelijke scholing eveneens plaatsvindt op de Hogeschool van Amsterdam, aangepast wordt per discipline en in de bacheloropleidingen wordt geïntegreerd. Gezien de relatie met de eerste lijn waar veel studenten hun praktische ervaring opdoen is het van belang dat de opleidingen hierin meegroeien en ambities hebben toonaangevend te zijn.

De Hogeschool van Amsterdam, de Faculteit Gezondheid en de Faculteit Bewegen, Sport en Voeding in samenwerking met de andere faculteiten, neemt verantwoordelijkheid en bevordert de vitaliteit van mensen in de grote stad in het project "Urban Vitality" en werkt samen met het bestuur van de stad aan praktisch oplossingen voor grootstedelijke vraagstukken. In het HvA beleid staan de problemen van de mensen in Amsterdam centraal ten aanzien van scholing en onderzoek. De Thema's zijn interdisciplinair en faculteit overstijgend. Vanuit verschillende disciplines worden problemen bestudeerd en wordt er gewerkt aan oplossingen van grootstedelijke vraagstukken. De nadruk ligt op onderzoek, maar de resultaten van het onderzoek worden direct gerelateerd aan het onderwijs.

Ik heb u inzicht gegeven in wat chronische gewrichtsaandoeningen zijn, wat de gevolgen zijn ten aanzien van het functioneren, op welke wijze het functioneren beïnvloed wordt en wat er aan interventies wordt toegepast. Het

optimaliseren van zorg voor patiënten met chronische gewrichtsaandoeningen staat centraal. Het ontwikkelen van kennis en kunde om het functioneren van deze patiënten te verbeteren heeft nog veel aandacht nodig, niet alleen in mooie onderzoeksprojecten, maar ook in het onderwijs. Gestreefd wordt om de drie hoeken van de trias academica te vullen, om de verbanden tussen onderwijs, praktijk en wetenschap te versterken door onderzoek vanuit praktijkvragen uit te voeren. Veel aandacht zal er moeten zijn voor maatschappelijke relevantie, vooral voor de grootstedelijke problemen zoals in Amsterdam. Het is de bedoeling aan te sluiten bij de Nationale Wetenschapsagenda (www.wetenschapsagenda.nl) en andere agenda's op wetenschappelijk terrein.

Ik heb een aantal voorbeelden gegeven van onderzoek dat reeds verricht is, gaande is en gewenst is voor de toekomst. Er is nog veel werk te verrichten om de zorg van patiënten met gewrichtsaandoeningen te verbeteren. De verbinding onderzoek en zorg zal consequenties hebben voor het onderwijs. Het is de bedoeling dat docenten en studenten van de Faculteit Gezondheid participeren en gaan participeren in lopende en toekomstige onderzoeken. Bachelor studenten zijn onder begeleiding prima in staat om metingen uit te voeren of interviews te houden bij studies. Master studenten kunnen deelonderzoeken meer zelfstandig uitvoeren en ten slotte kunnen docenten, die hun PhD willen halen onder supervisie zelfstandig onderzoeken uitvoeren. Dit alles conform de EKK-regels, waardoor internationale aansluiting gegarandeerd wordt. Informatie opgedaan tijdens en vanuit onderzoek zal vertaald worden in het onderwijs. Deze vertaling betreft het aanleren van een onderzoekende houding als concrete studie bevindingen. Het lectoraat zal de verbinding van onderzoek met onderwijs centraal stellen. Dit houdt in dat basale informatie over gewrichtsaandoeningen in de curricula gedoceerd wordt, dat studenten en docenten van verschillende disciplines de problemen op het gebied van dagelijks functioneren gezamenlijk bestuderen en oplossingen op basis van beschikbare evidentie gaan toepassen. Het lectoraat "interdisciplinaire zorg voor chronische gewrichtsaandoeningen" zal zich daarvoor gaan inzetten.

Graag kom ik terug op de titel van mijn rede "waar alles kan, gebeurt niets". Ik hoop u duidelijk te hebben gemaakt dat er veel kan en dat er de laatste jaren daadwerkelijk ook veel gebeurd is. De titel zou dus moeten luiden: "waar alles kan, daar gebeurt iets". Echter, er zijn nog veel patiënten met gewrichtsaandoeningen die problemen hebben met hun functioneren. Ook in de Amsterdamse situatie. Veel theorie en onderbouwing is aangebracht in de zorg rond deze patiënten, maar het mag duidelijk zijn dat er nog veel vragen bestaan die beantwoord moeten worden om de zorg te optimaliseren. Daarom richt het lectoraat zich specifiek op de volgende doelen om klinisch onderzoek en onderwijs te integreren, gebaseerd op evidentie in context om optimale zorg te verlenen en te legitimeren.

De volgende vragen zullen de aankomende vier jaar centraal blijven staan:

1. Welke belemmerende factoren zoals fysieke *inactiviteit*, leefstijl, obesitas en comorbiditeit beïnvloeden het dagelijks functioneren van patiënten met chronisch gewrichtsaandoeningen en op welke wijze kunnen deze factoren beïnvloed worden door (interdisciplinaire) interventies?
2. Wat zijn de wensen en behoeften van individuele patiënten met een chronisch gewrichtsaandoening in de behandelingen om een optimaal resultaat te behalen in het dagelijks functioneren, kwaliteit van leven en participatie? Het lectoraat streeft naar een verdere onderbouwing van zorg die is afgestemd op de wensen en behoeften van individuele patiënten met een chronische gewrichtsaandoening (evidentie van de zorg in context van het leven van de patiënt).
3. Welke factoren zijn voorspellend voor optimaal effect op het zelfstandig dagelijks functioneren na een gewrichtsvervangende operatie resulterend in een effectieve nabehandeling? Het lectoraat streeft ernaar om de zorg voorafgaand en na afloop van een gewrichtsvervangende operatie van met name de knie en heup te optimaliseren waardoor de kans op recidieven afneemt, het zelfstandig functioneren in de thuissituatie toeneemt in het dagelijks leven en de kwaliteit van leven toeneemt.
4. Welke rol hebben digitale technologie, zelfmanagement en “shared decision making” in het optimaliseren van de zorg om patiënten zelfstandig in de thuissituatie te laten functioneren?

Voor het beantwoorden van bovenstaande vragen zijn twee onderzoekslijnen geformuleerd:

1. Onderzoek naar belemmerende/bevorderende factoren voor zelfstandig dagelijks functioneren in de thuissituatie van patiënten met chronische gewrichtsaandoeningen.
2. Beoordeling van de effectiviteit van interventies die tot doel hebben het dagelijks functioneren te verbeteren met in acht neming van participatie- en omgevingsfactoren van patiënten met chronische gewrichtsaandoeningen en patiënten na een gewricht vervangende operatie.

5. Integratie in onderwijs

Het lectoraat zal een nauwe samenwerking kennen met Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie, het Amsterdam UMC (de afdelingen revalidatie en reumatologie) als met het Amsterdam Rheumatology & Immunology Center (samenwerking tussen Amsterdam UMC en Reade). Verbinding naar universitaire leerstoelen zal gezocht worden om hiaten in de kennis binnen het lectoraat te vullen. Reeds aanwezige samenwerking met bestaande leerstoelen zoals die van professor Mike Nurmohamed, professor Willem Lems, professor Jos Twisk, professor Jaap van Dieën, professor Mirjam Pijnappels en professor Jaap Harlaar zullen worden geconsolideerd en waar mogelijk uitgebreid worden. Onderzoek zal ook plaatsvinden in samenwerking met buitenlandse onderzoekcentra zoals met de universiteiten in Melbourne en Sydney (Australië) via professor Kim Louise Bennell, professor Rana Hinman en professor David Hunter.

Het lectoraat zal binnen Achieve in het bijzonder een samenwerking zoeken met de leerstoel "Complexe zorg" van professor Wilma Scholte op Reimer en de lectoraten Transitie van zorg bij complexe patiënten van professor Raoul Engelbert, Dagelijks bewegen van Bart Visser, [http://www.hva.nl/subsites/nl/kc-gezondheid/lectoraten/lectoraat-participatie--omgeving/ergotherapie-participatie-en-omgeving.html?origin=cBQRGm2TSueZvS9PYBMMlwParticipatie en omgeving](http://www.hva.nl/subsites/nl/kc-gezondheid/lectoraten/lectoraat-participatie--omgeving/ergotherapie-participatie-en-omgeving.html?origin=cBQRGm2TSueZvS9PYBMMlwParticipatie%20en%20omgeving) van Margo van Hartingsveldt en Transmurale ouderenzorg van professor Bianca Buurman vanwege de overlappende vraagstukken en patiënten populaties. Met de leerstoel van Wilma Scholte op Reimer is er een bestaande samenwerking met betrekking tot onderzoek bij patiënten met reumatoïde artritis en een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen. Zij is direct betrokken bij deze studie evenals de afdeling cardiologie van het AMC. Overlappende onderwerpen met de lectoraten hebben betrekking op oudere patiënten met chronische gewrichtsklachten, vaak met cardiovasculaire nevenaandoeningen, die voor en na een operatie gezien worden en waarvan inactiviteit een belangrijke factor is voor afname in het dagelijks functioneren en participatie problemen in de maatschappij. Angst tot bewegen en depressie zijn daar belangrijke belemmerende factoren bij. Daarnaast kan samengewerkt worden met de lectoraten Functioneel herstel bij kanker van Martijn Stuijver, Revalidatie in de acute zorg van Marika van der Schaaf en Integratie van psychiatrische en somatische zorg van Corine Latour. Overeenkomstig zal zijn de manier waarop de lectoraten hun bijdrage kunnen leveren aan masteropleidingen en bacheloropleidingen. Hierdoor kunnen studenten op integrale wijze kennismaken van de onderzoeksthema's en de zorg die geleverd en onderzocht wordt door verschillende disciplines. Disciplines die in gemeenschappelijk verband tot beoordelingen en beslissingen moeten

komen, waarvoor samenwerking met het lectoraat van Stephan Ramaekers gewenst is. Samenwerking zal ook gezocht worden met lectoraten buiten de Faculteit Gezondheid. Het lectoraat Gewichtsmanagement van professor Peter Weijs richt zich op het optimaliseren van interventiemethoden ter regulatie van een gezond gewicht. Daar obesitas één van de risicofactoren is bij patiënten met een chronische gewrichtsaandoening is samenwerking met dit lectoraat zeer gewenst. Ook samenwerking met lector Ben Kröse is van belang. Het lectoraat "digital life" richt zich op de technologie en het gebruik van intelligente sensor- en camerasystemen om (dagelijkse) activiteiten waar te nemen. Vanwege het feit dat inactiviteit een andere belangrijke risico(leefstijl)factor is bij patiënten met chronische gewrichtsaandoeningen is het wenselijk met dit lectoraat een samenwerking aan te gaan. Bovenstaande onderwerpen zijn door de curriculum commissie fysiotherapie onder de aandacht gebracht van het management van de opleiding fysiotherapie met als doel een betere integratie te bewerkstelligen van lectoraten en het onderwijs. Het advies is geformuleerd in korte termijn en lange termijn doelen (tot 2030) met als één van de belangrijkste adviezen keuzes te maken in onderwerpen waarop integratie van lectoraten en curriculum gewenst is. Dit betekent dat een deel van de onderwerpen in het bachelor curriculum een plaats heeft en een verdieping in nieuw op te zetten masterprogramma's. Op dit moment kent het curriculum fysiotherapie een semester van in totaal 20 weken dat ingevuld is met spier-gewricht aandoeningen en waarvan de chronische gewrichtsaandoeningen een substantieel onderdeel vormt.

6. Dankwoord

Wellicht is het u opgevallen dat ik vaak het woord samenwerking heb gebruikt. Samenwerking met en tussen zorgverleners, medici en paramedici, lectoren en docenten. Het lectoraat staat niet op zichzelf en heeft vele mensen nodig om succesvol te kunnen zijn. Al het werk zal ik niet alleen kunnen doen, veel mensen zijn betrokken en er zijn ook veel mensen die ervoor gezorgd hebben dat dit lectoraat er kwam. Ik wil mijn rede dan ook graag afsluiten met een woord van dank aan alle mensen die mij hebben geholpen of dit nog steeds doen. Het zijn er veel, maar ik wil er graag een aantal bij naam noemen.

Ik wil beginnen met de mensen te bedanken die dit lectoraat mogelijk hebben gemaakt. Daarbij doel ik vooral op het College van Bestuur van de Hogeschool van Amsterdam, in het bijzonder Huib de Jong en Geleyn Meijer, de Raad van Bestuur van Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie en met name Jos Buys, de decaan van faculteit Gezondheid Wilma Scholte op Reimer, hoofd van onderzoeksbureau ACHIEVE Raoul Engelbert. Ik dank jullie voor het vertrouwen in mij. Stephan Ramaekers wil ik graag bedanken voor het prettige contact en samenwerking om het lectoraat vorm te geven. Rosanne Scholte wil ik bedanken voor de ondersteuning van dit lectoraat.

Samenwerking is noodzakelijk om een succesvol lectoraat te vormen. Ik wil de leden van de curriculum commissie van de opleiding Fysiotherapie bedanken voor de fijne en inspirerende samenwerking om tot een goed curriculum te komen.

De lectoren Bianca Buurman, Marike van de Schaaf, Martijn Stuiver, Margo van Hartingsveldt, Bart Visser en Corine Latour wil ik bedanken voor hun enthousiasme en steun bij de opzet van het lectoraat. Het is een enthousiaste groep, met hardwerkende mensen die ook de samenwerking zoeken. Veel dank voor de eerste periode en ik kijk uit naar verdere samenwerking. Bianca Buurman wil ik graag even extra voor het voetlicht halen. Wat is de samenwerking het afgelopen jaren prettig geweest en bovenal inspirerend verlopen. Ik hoop dat er nog vele mooie studies volgen. Jesse Aarden, Rosanne van Seben, Lucienne Reichardt en Jos Bosch wil ik graag bedanken voor de prettige samenwerking en het feit dat ik zo snel opgenomen werd in de Hospital-ADL-studie: ik leer veel van jullie.

De docenten en onderzoekers van de opleiding Fysiotherapie wil ik graag bedanken voor hun enthousiaste reacties toen zij het instellen van het lectoraat te horen kregen. Vooral Frank van Hartingsveldt wil ik graag bedanken voor zijn jarenlange collegialiteit en vriendschap.

Naast de medewerkers van de Hogeschool van Amsterdam zijn er vele collega's op de afdelingen revalidatiegeneeskunde en reumatologie van Reade, het Amsterdam UMC en ARC die ik wil bedanken. Zonder hen had ik hier nooit kunnen staan. Wat ben ik blij met de open sfeer die er heerst, de bereidheid om te luisteren en samen op te trekken. De samenwerking met de hoogleraren Willem Lems, Mike Nurmohamed, Irene van der Horst, Dirkjan van Schaardenburg en Ronald van Vollenhoven is prettig en biedt kansen. Het is fijn om samen te zoeken naar oplossingen voor patiënten door het bedenken en uitvoeren van projecten. Jullie kritische houding over de wetenschappelijke betekenis van oefentherapie heeft me mede gevormd. Daar ben ik jullie zeer erkentelijk voor. Naast jullie zijn er nog diverse andere reumatologen waar ik graag verder mee zal samenwerken. De hoogleraar Jaap Harlaar heeft een kleine maand eerder zijn oratie uitgesproken voor een tweede hoogleraarschap aan de technische Universiteit van Delft. Beste Jaap, wat is het prettig samenwerken en wat kun je kritische vragen stellen en wat kunnen we lachen. Ik ga ervan uit dat we nog veel zullen blijven samenwerken. Op de afdeling revalidatie van Reade is er reeds een jarenlange samenwerking met Leo Roorda. Graag wil ik Leo bedanken voor zijn kritische opmerkingen, en de fijne samenwerking. Ik ga ervan uit dat we nog vele projecten samen zullen doen die vooral binnen de zorg zullen plaatsvinden. Annelies Jonkman ben ik veel dank verschuldigd voor haar ondersteuning om onderzoek te kunnen blijven verrichten. Josien van den Noort, we hebben veel colleges samen gegeven in wederzijds respect en kunde, we hebben samen begeleidt en geschreven. Ik ben je daar dankbaar voor en hoop nog vele projecten samen te doen. Ten slotte wil ik alle medewerkers van Reade bedanken, zowel van de afdeling klinimetrie, fysiotherapie, ergotherapie, radiologie als andere afdelingen voor hun jarenlange prettige manier van samenwerken. Jacqueline Bruinsma en Anja Brama bedank ik voor jullie prettige ondersteuning.

Voor al die collega's die ik niet heb genoemd betekent het niet dat ze niet gewaardeerd worden. Het zijn er echter te veel om genoemd te worden, maar ga ervan uit dat ik ook dankbaar ben voor jullie bijdrage aan de tot stand komen van dit lectoraat.

Zoals ik eerder aangaf, samenwerking heeft uiteindelijk geleid tot de positie waarin ik nu gekomen ben. Ik heb gedurende jaren veel van mensen geleerd. Twee personen wil ik expliciet naar voren halen omdat zij van grote betekenis zijn en zijn geweest voor mijn ontwikkeling. Allereerst professor Joost Dekker. Joost heeft als een strenge leermeester mij vele keren gecorrigeerd en richting gegeven. Soms heel direct en vaak ook indirect. Ik besef dat zonder jouw eerlijkheid, vorming en steun ik hier niet had kunnen staan. Heel veel dank hiervoor. De tweede persoon die ik graag naar voren wil halen is collega in "crime" Marike van der

Leeden. Wat hebben we vele gesprekken gevoerd, samen opgetrokken en elkaar adviezen gegeven. Ook voor jou wil ik graag mijn dank nadrukkelijk uitspreken. Ondanks het pensioen van Joost en de ontwikkeling die Marike doormaakt in het Amsterdam UMC hoop ik met jullie beide in de toekomst nog veel te blijven samenwerken.

Een zwak punt van me is dat werk en privé niet goed van elkaar gescheiden worden. Veel energie krijg ik uit mijn werk en de mensen waarmee ik optrek. Ik wil graag afsluiten met het bedanken van de mensen uit mijn privéleven die belangrijk voor me zijn en ertoe hebben bijgedragen dat ik hier sta. Allereerst mijn vele sportvrienden die ik graag wil bedanken voor de gezelligheid en plezier voor het actief zijn en blijven. Jullie houden me scherp.

Marije, bedankt dat je me al die jaren bent blijven steunen, ondanks het feit dat we niet meer samen zijn. Ik ben blij en trots dat we nog altijd goede vrienden zijn. Bedankt dat je hier nu kunt zijn.

Else, mijn grote zus, wat ben ik blij dat we zo dicht bij elkaar staan en elkaar steunen. Ik ben je zo dankbaar voor je luisterend oor en je adviezen. Wat waardeer ik de gesprekken die we hebben. Bert, wat fijn dat je hier bent en graag wil ik je bedanken voor onze jarenlange meestal sportieve activiteiten.

Ten slotte, Nadine. Zoals je hiervoor hebt gehoord zijn er veel mensen belangrijk in mijn werkzame leven. In mijn privéleven ben jij dat. Wat ben ik trots op je en hoop nog vele jaren van je ontwikkelingen deelgenoot te mogen zijn.

Ik heb gezegd.

Referenties

1. Kaljouw M, van Vliet K. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Onder redactie van Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2015.
2. KNGF-richtlijn Artrose heup-knie. Kampshoff CS, Peter WFH, van Doormaal MCM, Knoop J, Meerhoff GA, Vliet Vlieland TPM. 2018.
3. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, *et al.* Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013;380:2163–96.
4. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. *Lancet*. 2016;388(10053):1603-58. Erratum in: *Lancet*. 2017 Jan 7;389(10064):e1.
5. Gezondheid in Beeld. Resultaten Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2016. Van den Boom W, Henriëtte Dijkshoorn H, Janssen A, van Santen D, Verhagen C, Wijffels C.
6. VWS. Brief 'Zorg en ondersteuning in de buurt'. Den Haag: VWS, 2011
7. VWS. De maatschappij verandert. Verandert de zorg mee? Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport, 2014.
8. VWS. Zorg die werkt; de beleidsdoelstellingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag: 2011.
9. VWS. Ehealth en zorgverbetering. Den Haag: 2014.
10. Reijman M, Bierma-Zeinstra SM, Pols HA, *et al.* Is there an association between the use of different types of nonsteroidal antiinflammatory drugs and radiologic progression of osteoarthritis? The Rotterdam Study. *Arthritis & Rheumatism* 2005;52(10): 3137-42.
11. Fransen M, McConnell S, Harmer AR, Van der Esch M, Simic M, Bennell KL. Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jan 9;1:CD004376.
12. Brosseau L, Taki J, Desjardins B, Thevenot O, Fransen M, Wells GA, Mizusaki Imoto A, Toupin-April K, Westby M, Álvarez Gallardo IC, Gifford W, Laferrière L, Rahman P, Loew L, De Angelis G, Cavallo S, Shallwani SM, Aburub A, Bennell KL, Van der Esch M, Simic M, McConnell S, Harmer A, Kenny GP, Paterson G, Regnaud JP, Lefevre-Colau MM, McLean L. The Ottawa panel clinical practice guidelines for the management of knee osteoarthritis. Part two: strengthening exercise programs. *Clin Rehabil*. 2017;31(5):596-611
13. Agca R, Heslinga SC, van Halm VP, Nurmohamed MT. Atherosclerotic cardiovascular disease in patients with chronic inflammatory joint disorders. *Heart*. 2016;102(10):790-5.

14. Rausch Osthoff AK, Niedermann K, Braun J, Adams J, Brodin N, Dagfinrud H, Duruoz T, Esbensen BA, Günther KP, Hurkmans E, Juhl CB, Kennedy N, Kiltz U, Knittle K, Nurmohamed M, Pais S, Severijns G, Swinnen TW, Pitsillidou IA, Warburton L, Yankov Z, Vliet Vlieland TPM. 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2018;77(9):1251-60.
15. Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S, Heslinga M, McInnes IB, Peters MJ, Kvien TK, Dougados M, Radner H, Atzeni F, Primdahl J, Södergren A, Wallberg Jonsson S, van Rompay J, Zabalán C, Pedersen TR, Jacobsson L, de Vlam K, Gonzalez-Gay MA, Semb AG, Kitis GD, Smulders YM, Szekanecz Z, Sattar N, Symmons DP, Nurmohamed MT. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(1):17-28.
16. de Rooij M, van der Leeden M, Cheung J, van der Esch M, Häkkinen A, Haverkamp D, Roorda LD, Twisk J, Vollebregt J, Lems WF, Dekker J. Efficacy of Tailored Exercise Therapy on Physical Functioning in Patients With Knee Osteoarthritis and Comorbidity: A Randomized Controlled Trial. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2017;69(6):807-16.
17. Leichtenberg CS, Vliet Vlieland TPM, Kroon HM, Dekker J, Marijnissen WJ, Damen PJ, Nelissen RGGH, van der Esch M; LOAS Studygroup. Self-reported knee instability associated with pain, activity limitations, and poorer quality of life before and 1 year after total knee arthroplasty in patients with knee osteoarthritis. *J Orthop Res.* 2018 May 5. (Epub ahead of print)
18. Cudejko T, van der Esch M, van den Noort JC, Rijnhart JJM, van der Leeden M, Roorda LD, Lems W, Waddington G, Harlaar J, Dekker J. Decreased pain and improved dynamic knee instability mediate the beneficial effect of wearing a soft knee brace on activity limitations in persons with knee osteoarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2018;12. (Epub ahead of print)
19. Richards R, van der Esch M, van den Noort JC, Harlaar J. The learning process of gait retraining using real-time feedback in patients with medial knee osteoarthritis. *Gait Posture.* 2018;62:1-6.
20. Koeckhoven E, van der Esch M, Roorda L, van Schoor N, de Zwart A, Dekker J, et al. THE association between muscle strength and serum 25 (OH) D level in patients with knee osteoarthritis: Results of the AMS-OA cohort. *Osteoarthritis Cartilage* 2016;23: A375.
21. Edelaar LM, van Dieën JH, van der Esch M, Roorda LD, Dekker J, Lems WF, van der Leeden M. Nonlinear relationship between isokinetic muscle strength and activity limitations in patients with knee osteoarthritis: Results of the Amsterdam Osteoarthritis cohort. *J Rehabil Med.* 2017;49(7):598-605.

22. Hall M, Hinman RS, van der Esch M, van der Leeden M, Kasza J, Wrigley TV, Metcalf BR, Dobson F, Bennell KL. Is the relationship between increased knee muscle strength and improved physical function following exercise dependent on baseline physical function status? *Arthritis Res Ther.* 2017;19(1):271
23. de Zwart AH, Dekker J, Lems W, Roorda LD, van der Esch M, van der Leeden M. Factors associated with upper leg muscle strength in knee osteoarthritis: A scoping review. *J Rehabil Med.* 2018;50(2):140-50.
24. van den Noort JC, van der Leeden M, Juch P, Stapper G, Wirth W, Maas M, Roorda LD, Lems WF, Dekker J, van der Esch M. Muscle weakness is associated with non-contractile muscle tissue of the vastus medialis muscle in knee osteoarthritis: results from the AMS-OA cohort. Submitted for publication.

Curriculum Vitae

Martin van der Esch is in 1978 afgestudeerd als fysiotherapeut aan de toenmalige voorloper van de Hogeschool van Amsterdam, de Stichting Academie voor Fysiotherapie Amsterdam (SAFA). Sedert die tijd werkzaam als fysiotherapeut in het revalidatiecentrum Reade (voorheen het Jan van Breemen Instituut). Reade is een centrum voor revalidatie en reumatologie. Vanaf 1979 is hij ook werkzaam als docent fysiotherapie.

Als fysiotherapeut en docent heeft hij zich in eerste instantie bekwaamd in de manuele therapie. Onderwijs werd gegeven in diverse landen waaronder Oostenrijk en Duitsland (spreekt vloeiend Duits). Diverse onderdelen in het fysiotherapie onderwijs heeft hij gegeven, variërend van klinisch onderwijs, anatomie, biomechanica, fysische therapie in engere zin en neurofysiologie. Diverse onderwijsmodules zijn door hem opgezet. Hij heeft in diverse werkgroepen gezeten om onderwijs en curriculum vernieuwingen toe te passen.

Vanaf 2000 is hij zich gaan toeleggen op wetenschappelijk onderzoek. Primair door scholing en epidemiologie aan de VU te Amsterdam en de Columbus University in Ohio (VS). Secundair door het verrichten van onderzoek onder leiding van prof. dr. J. Dekker, hoogleraar paramedische zorg aan de afdeling revalidatiegeneeskunde van de VUmc. Na het afronden van zijn opleiding epidemiologie in 2001 heeft hij promotieonderzoek uitgevoerd bij patiënten met artrose aan de knie en/of heup. Zijn onderzoek richtte zich op zowel epidemiologische als biomechanische aspecten bij patiënten met artrose van de knie. In 2008 verdedigde hij zijn proefschrift [“knee joint stability and functional ability in patients with osteoarthritis of the knee”] met succes aan de faculteit geneeskunde van de VUmc.

In 2008 startte hij samen met prof. J. Dekker, prof. WF Lems (reumatoloog) en dr. L.D. Roorda (revalidatiearts) een cohort van patiënten met knie- en/of heupartrose. Martin van der Esch heeft dit cohort (>1000 patiënten) gecoördineerd en dit cohort kent (inter-) nationale bekendheid. Diverse studies zijn met de data van dit cohort uitgevoerd hetgeen leidde tot 4 promoties bij de faculteit geneeskunde van de VUmc en de faculteit bewegingswetenschappen van de VU en daaraan gerelateerde publicaties. Drie promoties zijn gepland in 2018 en 2019 met de data van dit cohort.

Gedurende zijn promotieonderzoek leidde hij samen met prof. dr. M. Steultjens en prof. dr. J. Dekker paramedici op voor het verrichten van wetenschappelijk onderzoek in nauwe samenwerking met het EMGO-instituut van de VU. Hij schreef mee aan subsidie aanvragen bij het WCF en het Reumafonds zoals de Stabilo-studie, de COOA-studie en de VIDEX-studie. De Stabilostudie was een voortzetting van de observationele studies die hij zelf verrichtte naar de stabiliteit

van het kniegewricht en de onderliggende mechanismen en was gericht op het effect van oefentherapie ter vermindering van instabiliteit van de knie. Diverse uitkomsten zijn gepubliceerd zoals de directe effecten van oefentherapie, maar ook publicaties zijn verschenen ter verduidelijking van onderliggende mechanismen. De COOA-studie richtte zich op het effect van oefentherapie bij patiënten met knieartrose en ernstige comorbiditeit. Tenslotte, richt de VIDEX-studie zich op het effect van oefentherapie met een hoge intensiteit en de toediening van Vitamine D bij patiënten met knieartrose.

Momenteel is Martin van der Esch betrokken bij een aantal promotiestudies als copromotor. Twee promotiestudies zijn onderdeel van het KNEEMO-project, een ITN-project dat uitgevoerd wordt in vijf Europese landen en bekostigd wordt door de EU. De twee promovendi bestuderen het effect van het dragen softbraces op de knie stabiliteit en het geven van biofeedback ter verbetering van het looppatroon van patiënten met knie-en/of heupartrose. As copromotor is hij betrokken bij het objectiever en meetbaar maken van kniestabiliteit in een laboratoriumsetting en onder ambulante omstandigheden in de eerste lijn. De betrokken promovendi zijn van achtergrond fysiotherapeut en bio- engineer afkomstig uit Engeland, Polen en Nederland (promotoren prof. dr. Ing. J. Harlaar en prof. dr. J. Dekker). Als copromotor is hij betrokken bij een studie naar de predictoren van slecht herstel na een totale knieprothese. De promovendus heeft als achtergrond arts en de studie vindt plaats binnen de orthopedie van het LUMC (promotor prof. dr. T. Vliet-Vlieland). Ten slotte is Martin van der Esch copromotor bij de Hospital-ADL studie (promotoren prof. dr. R.H.H. Engelbert en prof. dr. B. Buurman-van Es).

Martin van der Esch beschikt over een uitgebreid wetenschappelijk netwerk, waarin actieve samenwerkingsverbanden bestaan met onderzoekers van verschillende disciplines waaronder met het VUmc te Amsterdam (prof. dr. J. Harlaar, prof. dr. J. Dekker, prof. dr. WF Lems, prof. dr. M. Nurmohamed, Dr. M. van der Leeden), afdeling revalidatiegeneeskunde en reumatologie) en de VU (faculteit bewegingswetenschappen, prof. dr. J. van Dieen, afdeling epidemiologie & biostatistiek, prof. dr. J. Twisk), het LUMC te Leiden (afdeling orthopedie, prof. dr. T. Vliet-Vlielands), Slotervaart ziekenhuis te Amsterdam (dr. D. Haverkamp), de Erasmus Universiteit (prof. dr. S. Bierma-Zeinstra en Dr. J. Runhaar, Rotterdam), Universitair Medisch Centrum Utrecht (Prof. dr. C. Veenhof, afdeling Revalidatie, Verplegingswetenschap en Sport), de universiteit van Sydney (prof. dr. D. Hunter, prof. dr. M. Fransen, dr. A. Harmer en dr. M. Simic) en Melbourne (prof. dr. KL. Bennell en prof. dr. R. Hinman, dr. T. Wrigley, dr. M. Hall Australië), de universiteit van British Colombia (Dr. M. Hunt, Canada) en de universiteit van Halifax (dr. D. Rutherford, Canada), University of Southern Denmark (prof. dr. E. Roos en dr. S. Skou), en de Glasgow Caledonian University (prof. dr. M. Steultjens, prof. dr. J. Woodburn, Schotland).

Martin van der Esch is lid van de wetenschappelijk raad (WR) van revalidatiecentrum Reade. In de wetenschappelijke raad worden reumatologische en revalidatie onderzoeksvoorstellen besproken en beoordeeld op inhoudelijke kwaliteit. De WR adviseert de raad van bestuur over toepasbaarheid. Daarnaast is hij lid van de Osteoarthritis Research Society International (OARSI) en binnen de OARSI lid van verschillende comités (zoals “the young investigator research group” en het “research and training committee” en is medeorganisator voor het OARSI congres in Toronto 2019). Jaarlijks keren deze comités subsidies en beurzen uit voor jonge onderzoekers. Diverse keren per jaar is hij gastdocent bij de faculteit geneeskunde van de VUmc en de faculteit bewegingswetenschappen van de VU. Sinds augustus 2018 is hij lid van de ethische commissie van de HVA.

Martin van der Esch is als erkend expert op het gebied van chronische degeneratieve inflammatoire aandoeningen betrokken bij het opstellen van nationale richtlijnen (KNGF-richtlijn knie en/of heupartrose en KNGF-richtlijn reumatoïde artritis). In 2011 werd hij als onderzoeker uitgenodigd door de universiteit van Sydney voor het participeren aan de MARKER-studie (MAXimum Recovery after KnEe Replacement). Deze werd uitgevoerd in 12 ziekenhuizen in New South Wales, Queensland and Victoria, Australië). Tot op heden begeleidt hij master en PhD studenten bij het analyseren van data. Ook op de universiteit van Melbourne participeert hij in het veld van gewrichtsaandoeningen in een aantal studies. In het KNEEMO-project heeft hij diverse scholingen en presentaties gegeven aan de internationale promovendi. Daarnaast heeft hij vele presentaties verzorgd op nationale en internationale congressen die in relatie staan tot chronische degeneratieve inflammatoire aandoeningen (zoals op de EULAR, OARSI, Nederlandse Vereniging voor Reumatologie en de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen). Naast het geven van presentaties is hij reviewer voor internationale tijdschriften en nationale en internationale subsidieverleners.

Summary In English

Martin van der Esch is a research physiotherapist, clinical epidemiologist and teacher. His current positions are: Associate professor, Senior lecturer and researcher at the School of Physiotherapy, University of Applied Sciences for health professionals Amsterdam (Hogeschool van Amsterdam). He is Senior researcher at Reade, Centre for Rehabilitation and Rheumatology, Amsterdam in collaboration with the Amsterdam UMC, Department of Rehabilitation Medicine. Scientifically, he is experienced in conducting epidemiological and biomechanical studies.

Martin's research focuses on conservative non-drug management of musculoskeletal conditions, in particular osteoarthritis (OA) and rheumatoid arthritis (RA) with an emphasis on the role of knee instability in both the onset and progression of OA and associated activity limitations. He also focuses on exercise in patients with rheumatoid arthritis with a high cardiovascular risk.

He coordinates a cohort of knee and hip OA patients at Reade, is a member of the scientific board of Reade, member of the ethics committee of the University of Applied Sciences (Hogeschool van Amsterdam) and is chair of the curriculum program commission of the School for Physiotherapy. He supervises PhD students, in the fields of rheumatology, rehabilitation medicine, physiotherapy and movement sciences.

In Amsterdam kampt een derde van de mensen met meerdere aandoeningen waaronder chronische gewrichtsaandoeningen. Mensen met chronische gewrichtsaandoeningen hebben vaak beperkingen in hun dagelijks functioneren. Leefstijlfactoren zoals overgewicht en inactiviteit spelen een belangrijke rol in het ontstaan van beperkingen in het dagelijks functioneren. Lector chronische gewrichtsaandoeningen dr. Martin van der Esch gaat in zijn rede in op de relatie tussen gewrichtsaandoeningen en beperkingen in dagelijks functioneren en de mogelijkheden om beperkingen te voorkomen of te verminderen. Hij zal hiaten in kennis toelichten en ingaan op de integratie van onderzoek in het onderwijs. Het bijzonder lectoraat chronische gewrichtsaandoeningen is ingesteld in samenwerking met Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie te Amsterdam.



AFBEELDING
BertZuiderveen.nl

