



Zorginstituut Nederland

Evaluatie Passende zorg verbetertraject

Osteoporose

December 2024

| Van goede zorg verzekerd |

Inhoudsopgave

Samenvatting en aanbevelingen	3
Inleiding	5
1 Zorgtraject, richtlijnen en patiënteninformatie	7
1.1 Verbeterafspraken over 'expliciet maken zorgtraject' deels gereed	7
1.2 Verbeterafspraken over richtlijnen deels gereed	8
1.3 Meer en beter toegankelijke patiënteninformatie over osteoporose	9
2 Evaluatie verbeterafspraken diagnostiek	11
2.1 Verbeterafspraken 'Geef meer patiënten een botdichtheidsmeting' gereed of in gang gezet	11
2.2 Verbeterafspraken over 'Verbeter diagnostiek en rapportage van wervelbreuken' zijn gereed of in gang gezet	13
2.3 Verbeterafpraak 'Doe een valrisico-inschatting en zo nodig een valrisico-beoordeling' is in gang gezet	14
3 Evaluatie verbeterafspraken behandeling	15
3.1 Verbeterafspraken 'Behandel meer mensen na een botbreuk' in gang gezet	15
3.2 Verbeterafspraken 'Geef meer mensen die glucocorticoïden gebruiken botsparende medicatie' grotendeels in gang gezet	16
3.3 Verbeterafspraken 'Stimuleer het volhouden van de behandeling met botsparende medicijnen' nog niet uitgevoerd	17
3.4 Verbeterafpraak 'Stop niet zomaar met denosumab' in gang gezet, monitoring gestopt	18
Bijlagen	
Bijlage 1 - Werkwijze systematische doorlichting	19
Bijlage 2 - Overzicht betrokken partijen	21
Bijlage 3 - Overzicht en status van verbeterafspraken	22
Bijlage 4 - Methode van evaluatie van de implementatie	24
Bijlage 5 -Voorstel analyseplan voor evaluatie van zorggebruik	25
Bijlage 6 - Reacties van partijen	28

Samenvatting en aanbevelingen

In 2020 publiceerde Zorginstituut Nederland het *Verbetersignalement Osteoporose*. Daarin beschreven we verbeterpunten in het zorgtraject van mensen van 50 jaar en ouder met een botbreuk. Samen met organisaties van patiënten, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars maakten we daarover verbeterafspraken. Tot eind 2023 faciliteerden we de implementatie van deze verbeterafspraken. In dit rapport evalueren we in hoeverre het partijen is gelukt om de verbeterafspraken in te voeren in de praktijk en te komen tot meer passende zorg. We zijn verheugd om te zien dat meerdere verenigingen hun richtlijnen hebben herzien, en dat de Osteoporose Vereniging patiënteninformatie heeft ontwikkeld en verspreid. Helaas zien we ook dat implementatie in de praktijk van zowel behandeling als diagnostiek achter blijft.

Het grootste verbeterpunt was dat slechts een kwart van de mensen van 50 jaar en ouder met een botbreuk een DXA-scan (DXA) kreeg om osteoporose op te sporen. Partijen gaven aan dat dat percentage twee tot drie keer zo hoog zou moeten zijn. Het gevolg is dat te weinig mensen met osteoporose worden behandeld. Het verbetersignalement had dus als belangrijkste doel om opsporing en behandeling te verbeteren, en daarmee toekomstige botbreuken te voorkomen.

Goede ontwikkeling van randvoorwaarden voor passende zorg

Het onderwerp DXA-scans (DXA's) is op de implementatieagenda geplaatst van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG)¹. Dat geeft zorgverzekeraars en zorgaanbieders een impuls om meer DXA's in te kopen en te leveren. Ook valpreventie- en leefstijladvies, en behandeling met medicatie staan op deze implementatieagenda. Deze waardegedreven² diagnostiek en behandeling, gericht op preventie, kan nieuwe botbreuken voorkomen.

Daarnaast is de multidisciplinaire richtlijn 'Osteoporose en fractuurpreventie' in 2022 herzien. Daarin staan nieuwe aanbevelingen over het fractuurpreventietraject en het fractuurpreventieteam. Onlangs is ook de herziene NHG-Standaard 'Fractuurpreventie' gepubliceerd, en is een V&VN richtlijn 'Osteoporose en fractuurpreventie' verschenen. Steeds meer ziekenhuizen hebben een fractuurpreventiepolikliniek. Daardoor wordt de juiste zorg bij de juiste zorgprofessionals in het ziekenhuis gestimuleerd. De Osteoporose Vereniging heeft materialen voor samen beslissen opgeleverd. Zo kan zorg samen met en rondom de patiënt worden geboden. Bovendien is hun ledenaantal gegroeid, zodat meer mensen goed worden voorgelicht over preventie van toekomstige botbreuken.

Veel verbeterafspraken nog niet geïmplementeerd in de praktijk

Toch zijn veel verbeterafspraken nog niet of niet helemaal ingebed in de praktijk. Allereerst zijn er belemmerende factoren voor het verhogen van het aantal DXA's. Veel ziekenhuizen leggen de prioriteit niet bij het opsporen en behandelen van osteoporose. In lijn daarmee kopen zorgverzekeraars geen extra osteoporosezorg in. Maar ook als ze wel voldoende zorg zouden inkopen, kunnen ziekenhuizen niet alle benodigde zorg leveren. Want personeel is schaars en in sommige ziekenhuizen is een tekort aan DXA-scanners. Door vertraging in de implementatie van software stokt ook het stroomlijnen van het zorgtraject voor de patiënt. Verder zijn de registratie en bekostiging van fractuurpreventie niet optimaal.

Daarnaast blijft de begeleiding van patiënten in de eerste lijn achter, waaronder de controle op therapietrouw. Het tekort aan huisartsen en praktijkondersteuners bemoeilijkt periodieke controles bij osteoporosepatiënten. Huisartsen ervaren daarnaast de niet-optimale overdracht door het ziekenhuis als een probleem voor het verder begeleiden van de patiënt. Er zijn gelukkig wel enkele regionale initiatieven om fractuurpreventie in de tweede en eerste lijn gezamenlijk vorm te geven, met aandacht voor leefstijl, valpreventie en therapietrouw. Ook worden apothekers gestimuleerd om therapietrouw te verbeteren. Het leveren van zorg op de juiste plek kan onnodige en zwaardere zorg in de tweede lijn voorkomen, wat de houdbaarheid en duurzaamheid van zorg ten goede komt.

Houdbaarheid van zorg is noodzakelijk

Het aantal ouderen en de zorgvraag in Nederland stijgen, maar het zorgaanbod wordt kleiner. Het is belangrijk dat de ouderen in de samenleving zo lang mogelijk gezond blijven. Bij een botbreuk bij mensen

¹ <https://zorgevaluatiegepastgebruik.nl>

² Waardegedreven is een van de vier basisprincipes van passende zorg en betekent dat zorg waarde moet toevoegen aan gezondheid en kwaliteit van leven van mensen, tegen een redelijke inzet van geld, personeel en grondstoffen.

van 50 jaar en ouder is een DXA belangrijk om osteoporose op te sporen. Tijdig persoonsgericht leefstijladvies, valpreventie en behandeling met medicatie kunnen nieuwe botbreuken voorkomen. Daardoor blijven patiënten langer zelfredzaam en blijft toekomstig zorggebruik beperkt. We vragen zorgprofessionals in de eerste en tweede lijn om samen te werken aan passende zorg, op de juiste plek, samen met en rondom de patiënt. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben een rol in het contracteren van die zorg.

Complimenten en oproep van het Zorginstituut

Het Zorginstituut complimenteert de partijen met het verbeteren van de randvoorwaarden voor passende zorg voor mensen met osteoporose, zoals het verbeteren van richtlijnen, scholing, patiënteninformatie en keuzehulpen. Ook juichen we de goede initiatieven toe, zoals fractuurpreventieklinieken en regionale samenwerkingsverbanden. Bevlogen koplopers zijn hierbij onmisbaar gebleken.

Met de nieuwe richtlijnen zal de inhoud van de zorg in de toekomst naar verwachting verbeteren. Echter, de verbeterpunten over organisatie van zorg zijn moeilijk te beïnvloeden. Bij de meeste zorgaanbieders en zorgverzekeraars staat osteoporose nog steeds niet hoog op de agenda. En helaas zijn regionale initiatieven niet genoeg om een landelijke beweging op gang te brengen. Om lokale en regionale initiatieven op te schalen, roepen wij de partijen op om van elkaars goede voorbeelden te leren.

Helaas zijn er na deze evaluatie nog weinig aanwijzingen dat er in de toekomst meer botbreuken worden voorkomen. Wij dringen er op aan dat de zorgaanbieders en wetenschappelijke verenigingen de implementatie van de verbeterafspraken voortzetten. Met dit rapport ronden we het faciliteren van het implementatietraject af. We zullen de voortgang met belangstelling volgen.

Inleiding

Om mensen met osteoporose meer passende zorg te bieden heeft Zorginstituut Nederland in 2020 het Verbetersignalement Osteoporose gepubliceerd. Sindsdien zetten de betrokken partijen zich in om de verbeterafspraken in het verbetersignalement uit te voeren. In deze evaluatie gaan we na in hoeverre zij daarin tot nu toe zijn geslaagd.

Aanleiding voor evaluatie Verbetersignalement Osteoporose

Het onderwerp osteoporose is gekozen in de screeningsfase van het voormalige Zinnige Zorg-programma vanwege de verbeterpunten die mogelijk zijn in het zorgtraject. Op basis van onderzoek in de verdiepingsfase zijn verbeterafspraken gemaakt en beschreven in het Verbetersignalement Osteoporose.³ De verbeterafspraken zijn met de betrokken organisaties van patiënten, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars (verder aangeduid als 'betrokken partijen') opgesteld. Tussen 2020 en 2023 hebben de betrokken partijen zich ingezet voor de implementatie van de verbeterafspraken, in het Passende zorg verbetertraject Osteoporose (voorheen Zinnige Zorg). Daarbij werden zij ondersteund door het Zorginstituut en bij sommige afspraken ook door het programma 'Zorgevaluatie en Gepast Gebruik' (ZEGG)⁴

Wat is osteoporose?

Osteoporose betekent botontkalking of verzwakte botten. De kans erop neemt toe met de leeftijd. Oorzaken zijn onder andere weinig calcium en vitamine D, weinig lichaamsbeweging, roken en alcoholgebruik, ondergewicht, erfelijkheid en hormonale veranderingen tijdens (vervroegde) overgang. Het is een chronische ziekte die vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen.

Osteoporose kan ook het gevolg zijn van (andere) ziekten of het gebruik van medicijnen, zoals glucocorticoiden. Dat heet secundaire osteoporose.

Osteoporose verhoogt de kans op botbreuken (fracturen). Experts spreken daarom niet meer van osteoporose, maar van een verhoogd fractuurrisico.

Passende zorg

Om de zorg toekomstbestendig te houden is passende zorg de norm.

Passende zorg is persoonsgericht, houdbaar en duurzaam. Het vraagt om een ommezwaai in het denken over zorg en heeft vier basisprincipes⁵:

1. Passende zorg is waardegedreven, het is zorg die waarde toevoegt aan de gezondheid van mensen tegen een proportionele inzet van middelen, personeel en grondstoffen.
2. Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand.
3. Passende zorg vindt plaats op de juiste plek.
4. Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

Verbetersignalement Osteoporose in de beweging naar passende zorg'

Osteoporose heeft veel impact op het leven van mensen. De gevolgen zijn over het algemeen ingrijpend en niet alleen praktisch van aard, maar ook psychisch. Patiënten durven vaak bepaalde activiteiten niet meer te doen en hebben angst voor wat er nog komen gaat.⁶

Het leveren van passende zorg is bij uitstek van toepassing op mensen met osteoporose. Als de verbeterafspraken uit het Verbetersignalement Osteoporose geïmplementeerd zijn is de zorg:

³ Zorginstituut Nederland, [Zinnige Zorg - Verbetersignalement Osteoporose](#), 11 augustus 2020.

⁴ [Website ZEGG](#).

⁵ Website Zorginstituut Nederland, [Passende Zorg](#).

⁶ Osteoporose Vereniging, [Leven met Osteoporose - Resultaten achterbanraadpleging](#), Oktober 2024.

Waardegedreven

Mensen met osteoporose worden tijdig opgespoord en behandeld om gezondheid te verbeteren. Dat kan zwaardere zorg en onnodige kosten voorkomen. Door efficiënte organisatie van de zorg gebeurt dat tegen een proportionele inzet van mensen en middelen.

Samen met en rondom de patiënt

De patiënten krijgen via verschillende kanalen heldere en eenduidige patiënteninformatie. Zo kunnen zij samen met de zorgprofessional op de fractuurpreventiepolikliniek beslissen over hun eigen leefstijlaanpassingen en behandeling.

Op de juiste plek

Nadat de diagnose osteoporose na de botbreuk is gesteld, komt de patiënt bij de verpleegkundig specialist of medisch specialist. Als de behandeling is gestart en er geen onderliggende aandoeningen zijn, wordt de patiënt snel verwezen naar de huisarts voor periodieke controle en begeleiding. Er is goede afstemming tussen alle zorgprofessionals.

Gericht op gezondheid in plaats van op ziekte

Alle verbeterafspraken zijn gericht op preventie van nieuwe botbreuken. Daardoor blijven mensen langer gezond en zelfredzaam, wat onnodig zorggebruik kan voorkomen.

Inzicht in het behalen van verbeterafspraken door evaluatie - deel 1

Dit rapport is het eerste deel van de evaluatie. Om inzicht te krijgen in de implementatie van de verbeterafspraken raadpleegden we de stakeholders van de betrokken partijen. De stakeholders zijn afgevaardigden van wetenschappelijke verenigingen en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Osteoporose Vereniging en een huisarts op persoonlijke titel. Eerst hebben zij per verbeterafpraak aangegeven wat naar hun weten de status was. Vervolgens hebben we verdiepende interviews uitgevoerd, over de implementatie van verbeter

afspraken en andere ontwikkelingen in fractuurpreventie. De uitkomst van deze evaluatie rapporteren we aan de betrokken partijen en aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Inzicht in het behalen van verbeterafspraken door evaluatie - deel 2

Het tweede deel van de evaluatie volgt in 2025-2026. Zodra de declaratiegegevens over osteoporose-zorg tot en met 2023 beschikbaar zijn, zullen we data-analyses uitvoeren. Daarmee kunnen we zien of het zorggebruik is veranderd. Bijlage 5 van dit rapport bevat het plan van aanpak voor het tweede deel van de evaluatie.

Leeswijzer

In dit evaluatierapport beschrijven we de implementatie van de verbeterafspraken, verdeeld over drie hoofdstukken: 1) richtlijnen en patiënteninformatie; 2) diagnostiek; en 3) behandeling. In de bijlagen beschrijven we de gebruikte methoden, geven we een overzicht van de status van de verbeterafspraken en vermelden we het commentaar van de betrokken partijen na consultatie.

1 Zorgtraject, richtlijnen en patiënteninformatie

In dit hoofdstuk concluderen we dat de richtlijnen en patiënteninformatie zijn herzien. De herziene multidisciplinaire richtlijn ‘Osteoporose en fractuurpreventie’ bevat een heldere beschrijving van het fractuurpreventietraject en duidelijkere criteria voor wie in aanmerking komt voor een DXA-scan (DXA). Dat stimuleert zorg voor de juiste patiënten op de juiste plek. Door het bieden van keuzehulp en informatie over leefstijl en bewegen, stimuleert de Osteoporose Vereniging goede zorg samen met en rondom de patiënt, gericht op gezondheid in plaats van ziekte.

Passende zorg begint met goed ingelichte zorgprofessionals en goed voorgelichte patiënten. Een belangrijke bevinding in het verbetertraject was onduidelijkheid over welke groep patiënten in aanmerking kwam voor een DXA. Ook was onduidelijk welke zorgprofessional waarvoor verantwoordelijk was. Daardoor kregen veel mensen met een botbreuk onterecht geen diagnostiek en behandeling. Bovendien, omdat fractuurpatiënten niet goed werden voorgelicht, konden ze niet goed samen beslissen over hun zorgtraject.

De overkoepelende verbeterafspraken in het Passende zorg verbetertraject zijn:

- Maak verbeterafspraken expliciet.
- Pas richtlijnen aan.
- Verbeter patiënteninformatie.

Hieronder beschrijven we in hoeverre dit tot nu toe is gelukt.

1.1 Verbeterafspraken over ‘expliciet maken zorgtraject’ deels gereed

Het zorgtraject uit het verbeter signalement is opgenomen in de richtlijn van de medisch specialisten. Zorgprofessionals en zorgaanbieders zijn verantwoordelijk om dit zorgtraject toe te passen in hun zorginstelling. De mogelijkheid om deze zorg te leveren hangt deels af van de afspraken tussen de zorgverkooper van het ziekenhuis en de zorginkoper van de zorgverzekeraar. Het is nog onbekend of die inkoopafspraken nu anders zijn dan voorheen.

Tabel 1 | Realisatie verbeterafspraken over expliciet maken van het zorgtraject

Verbeterafpraak	Partijen	Status
1.1 Expliciteer het fractuurpreventietraject voor mensen van 50+ met een fractuur, zodat het inzichtelijk is voor alle betrokken medisch specialisten en fractuurpatiënten	NIV*, NVR, NHG, NVT, NOV, V&VN, Zorginstituut, Osteoporose Vereniging	Gereed
1.2 Attendeer zorgverkopers van ziekenhuizen op het belang en de gewenste vorm van het zorgtraject fractuurpreventie	NVZ, ZN, Zorginstituut, NIV, NOV, NVR, NVT	Geen actie

* Vetgedrukte partijen hebben de rol van regiehouder, de andere zijn betrokken.

In de herziene multidisciplinaire richtlijn ‘Osteoporose en fractuurpreventie’ is een hoofdstuk ‘organisatie van zorg’ toegevoegd, op basis van het verbeter signalement.⁷ Dat hoofdstuk beschrijft het fractuurpreventietraject met de benodigde activiteiten en zorgprofessionals in eerste en tweede lijn, evenals de aanpassingen die daarvoor nodig zijn. Net als het verbeter signalement beveelt de richtlijn aan om het elektronisch patiëntendossier (EPD) aan te passen, zodat het makkelijker wordt om een DXA en VFA aan te vragen. De richtlijn bevat ook de aanbeveling om een ziekenhuisbrede diagnosebehandelcombinatie (dbc) aan te maken, om samenwerking tussen zorgprofessionals te bevorderen en onnodige kosten te vermijden. Tot slot, voldoende personeel en financiering zijn noodzakelijke randvoorwaarden. Zorgaanbieders, beroepsgroepen en zorgverzekeraars hebben hierin allemaal een rol.

⁷ [Startpagina - Osteoporose en fractuurpreventie - Richtlijn - Richtlijnen database](#)

In de onlangs herziene NHG-Standaard ‘Fractuurpreventie’ staat een module over organisatie van zorg.⁸ Deze sluit aan op de multidisciplinaire richtlijn, waarbij wel benadrukt wordt dat controles in de eerste lijn afhankelijk zijn van lokale afspraken. Het zorgtraject komt overeen met het verbeteringsbeleid in de aanbeveling dat de huisarts in de eerste lijn samenwerkt met andere zorgprofessionals. Bij de jaarlijkse controles is er bijvoorbeeld een rol voor de praktijkondersteuner weggelegd. Bij medicatiegebruik is begeleiding door de apotheker wenselijk.

In de implementatiefase hebben we laten onderzoeken welke regionale initiatieven er al zijn voor samenwerking tussen huisartspraktijken en ziekenhuizen, apothekers, fysiotherapeuten en andere zorgprofessionals. Onderzoeksbureau Panaxea vond enkele mooie voorbeelden van bestaande samenwerkingsverbanden, enkele initiatieven in wording en ook initiatieven die weer waren gestopt.⁹ Panaxea concludeerde dat langdurige samenwerking alleen mogelijk is als richtlijnen op elkaar aansluiten, er goede afspraken worden gemaakt over taken en verantwoordelijkheden, en er structurele financiering is vanuit zorgverzekeraars. Dat maakt het opzetten en onderhouden van samenwerkingsverbanden lastig.

1.2 Verbeterafspraken over richtlijnen deels gereed

De herziene multidisciplinaire richtlijn beschrijft duidelijker wie wel en niet in aanmerking komt voor een DXA, zodat zorg aan de juiste patiënten geleverd wordt. Het is belangrijk dat de multidisciplinaire richtlijn en de NHG-Standaard op elkaar aansluiten, zodat de juiste zorg op de juiste plek plaatsvindt.

Tabel 2 | Realisatie verbeterafspraken over aanpassen van richtlijnen

Verbeterafpraak	Partijen	Status
1.3 Expliciteer in de NIV- en NVvH-richtlijnen dat bij mensen van 50+ met fractuur een DXA en VFA moet worden aangevraagd op de SEH of gipskamer, door een (orthopedisch of trauma-) chirurg, onder verantwoordelijkheid van het fractuurpreventieteam.	NIV, NOV, NVT , NVKG	Gereed
1.4 Expliciteer in de NIV- en NVvH-richtlijnen de in- en exclusiecriteria voor diagnostiek wat betreft type fractuur.	NIV , NOV, NVT	Gereed
1.5 Stem de NIV-richtlijn en de NHG-Standaard op elkaar af wat betreft diagnostiek en behandeling van mensen met een verhoogd fractuurrisico.	NIV , NHG	Gereed
1.6 Zorg voor aanbevelingen over botsparende medicatie in richtlijnen voor de behandeling van ziekten waarvoor glucocorticoïden worden voorgeschreven.	NVR , NIV, NHG	In gang
1.7 Zorg voor aanbevelingen in de NIV- en NHG-richtlijnen over de wijze van opvolging na stoppen met denosumab.	NIV , NHG	Gereed
1.8 Streef ernaar dat de NIV-richtlijn en de NHG-Standaard voldoen aan het Toetsingskader van het Zorginstituut en bied ze aan voor opname in het Register van het Zorginstituut.	NIV , NHG , Osteoporose Vereniging, ZN, Zorginstituut	Stopgezet

Vetgedrukte partijen hebben de rol van regiehouder, de andere zijn betrokken.

Vier verbeterafspraken zijn gereed. In de multidisciplinaire richtlijn zijn zowel de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en de Nederlandse Vereniging van Heelkunde (NVvH) vertegenwoordigd. Daardoor gaan zorgprofessionals in de tweede lijn eenduidiger te werk bij de diagnostiek en behandeling van osteoporose. Bovendien is de multidisciplinaire richtlijn aangescherpt om onnodige diagnostiek te voorkomen: mensen van 75+ met een heupfractuur worden direct behandeld. Ook is er duidelijk advies over opvolging na stoppen met denosumab. Er is veel aandacht besteed aan de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn, door onder meer de Stichting Interdisciplinaire Werkgroep Osteoporose (IWO), in congressen en bijscholing. Ook is er een bloeiende opleiding voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten waarin de nieuwste inzichten uit de richtlijn zijn opgenomen.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft onlangs een nieuwe NHG-Standaard Fractuurpreventie gepubliceerd. De aanbevelingen over diagnostiek en behandeling komen overeen met de multidisciplinaire richtlijn. Bovendien is er een module ‘organisatie van zorg’ toegevoegd, met aanbevelingen over consultatie en verwijzing. De NHG-Standaard zal in nascholingen worden besproken, en de informatie over medicatie zal in materialen voor het ‘farmacotherapeutisch overleg’ (FTO) met apothekers worden verwerkt.

⁸ [Fractuurpreventie | NHG-Richtlijnen](#)

⁹ Panaxea en Amsterdam UMC. [Praktijkvoorbeelden, mogelijkheden en randvoorwaarden voor multidisciplinaire fractuurpreventie](#). Mei 2023.

In tegenstelling tot het verbeteringskader zijn de multidisciplinaire richtlijn en NHG-Standaard zijn niet getoetst volgens het Toetsingskader¹⁰ van het Zorginstituut. Wel voldoen deze richtlijnen aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroepen en zijn ze openbaar toegankelijk, waardoor de kwaliteit en toegankelijkheid geborgd zijn.

Naast de bovengenoemde richtlijnen heeft ook de vereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN) een richtlijn ‘Osteoporose en Fractuurpreventie’ gepubliceerd. Deze bevat aanbevelingen voor het handelen van verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten bij de signalering, preventie en zorg voor mensen met een verhoogd fractuurrisico of osteoporose. Dit is wereldwijd een primeur.¹¹ Tot slot is er internationale aandacht voor fractuurpreventie in Nederland naar aanleiding van het Passende zorg verbetertraject. De *International Osteoporosis Foundation* heeft het verbeteringskader opgenomen in het rapport *Solutions for fracture prevention in the Netherlands*.¹²

Tot slot, er zijn door de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NvR) duidelijke adviezen uitgebracht over de botsparende behandeling van mensen die ook glucocorticoïden gebruiken.¹³ De specialismen die deze patiëntengroep zien, zoals de longartsen, zullen deze adviezen de komende jaren naar verwachting overnemen in hun richtlijnen.

1.3 Meer en beter toegankelijke patiënteninformatie over osteoporose

De Osteoporose Vereniging heeft een sleutelrol in het vergroten van kennis en bewustwording van mensen osteoporose en een risico daarop. Zij betreft zorgprofessionals en ervaringsdeskundigen hier actief bij. Zo gaan mensen met osteoporose beter geïnformeerd het zorgtraject in en kunnen ze makkelijker samen beslissen met hun zorgprofessional. Zo wordt de zorg samen met de patiënt vormgegeven.

Tabel 3 | Realisatie verbeterafspraken over patiënteninformatie

Verbeterafpraak	Partijen	Status
1.9 Zorg voor complete en correcte informatie op websites over diagnostiek, valpreventie, leefstijl, medicijnen, controle en nazorg.	Zorginstituut, NHG, NOV, KNMP, KNGF, Osteoporose Vereniging	Gereed
1.10 Verwijs naar de website van de Osteoporose Vereniging.	Zorginstituut, NHG, NOV, KNGF, Osteoporose Vereniging	Gereed

Vetgedrukte partijen hebben de rol van regiehouder, de andere zijn betrokken.

De eerste verbeterafpraak over patiënteninformatie was al snel gerealiseerd. Na de website-analyse van het Zorginstituut hebben alle verenigingen waarvan de website onvolledig was, hun website aangepast. Zij verwijzen nu ook allemaal naar de Osteoporose Vereniging.

De Osteoporose Vereniging heeft een uitgebreide informatievoorziening met een groot bereik. Zo zijn er de veelgelezen nieuwsbrief, het magazine ‘Bot in Balans’ en goedbezochte informatiebijeenkomsten en webinars. Ook is er een overzichtelijke website met informatie over preventie, behandeling en adviezen over het dagelijks leven met osteoporose. Sinds kort staan er op de website ook uitleg-video’s voor mensen met taalachterstand of beperkte gezondheidsvaardigheden. Een apart gedeelte van de website is bedoeld voor de verschillende zorgverleners. De Osteoporose Vereniging brengt via hun website alle disciplines uit de zorg bij elkaar om van elkaar te leren en de zorg in regio’s en instellingen verbeteren. In 2022 is de doelgroep uitgebreid naar mensen met een verhoogd risico op osteoporose door de ‘Zwakkebottentest’ aan te bieden op de website.¹⁴

De website heeft ook een Zorgzoeker¹⁵ met fysio- en oefentherapeuten in de regio. Hoewel deze lijst niet volledig is, is het een handig hulpmiddel om een therapeut te vinden die gespecialiseerd is in osteoporose. Verder bevat de website filmpjes met beweegoefeningen die patiënten thuis kunnen doen. Hiermee richt de Osteoporose Vereniging zich op zorg rondom de patiënt, en op gezondheid in plaats van op ziekte.

¹⁰ Website Zorginstituut Nederland, [Toetsingskader: voldoen aan voorwaarden voor opname van kwaliteitsinstrumenten in Register](#).

¹¹ Website V&VN, [VVN-RI-Osteoporose-1.3.pdf](#).

¹² *International Osteoporosis Foundation, Solutions for fracture prevention in the Netherlands, 2023*.

¹³ Raterman, H.G., De Nijs, R., Lems, W.F. *Standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie inzake glucocorticoïd-geïnduceerde Osteoporose*. NVR, 2020.

¹⁴ Website Osteoporose Vereniging, [Zwakkebottentest](#).

¹⁵ Website Chronisch Zorgnet, [Zorgzoeker](#).

Ook stimuleert de Osteoporose Vereniging zorgverleners om zorg samen met de patiënt vorm te geven. De *Startersset samen beslissen*¹⁶ is te downloaden op hun website. Ziekenhuizen doen dat steeds vaker en gebruiken de startersset als ze de diagnose met de patiënt bespreken en het behandelbeleid vaststellen. Ook de *Keuzehulp Osteoporose van Patiënt+* staat op de website, met veel informatie over leefstijl en valpreventie. Op deze manier helpt de Osteoporose Vereniging om de gezondheid en zelfredzaamheid van patiënten te vergroten en onnodige zorg te verminderen. Al deze activiteiten dragen bij aan de preventie van nieuwe botbreuken.

¹⁶ Website Osteoporose Vereniging, [Startersset Samen Beslissen](#).

2 Evaluatie verbeterafspraken diagnostiek

In dit hoofdstuk evalueren we de verbeterafspraken over het diagnosticeren van osteoporose bij mensen met een botbreuk. De diagnostiek bestaat uit een botdichtheidsmeting, onderzoek naar wervelbreuken, laboratoriumonderzoek en een valrisico-inschatting. Partijen hebben de implementatie van de verbeterafspraken in gang gezet, maar de meeste afspraken zijn nog niet gerealiseerd. Het Zorginstituut roept partijen op om krachtiger in te zetten op onderdiagnostiek, omdat het bijdraagt aan passende zorg voor mensen met osteoporose en zwaardere zorg voorkomt.

Een van de belangrijkste bevindingen uit het Verbetersignalement Osteoporose was dat osteoporose niet tijdig of helemaal niet wordt gediagnosticeerd. DXA's en onderzoek naar wervelbreuken worden onvoldoende uitgevoerd bij mensen met een botbreuk. Bovendien wordt nog onvoldoende het valrisico ingeschat. Zonder de diagnose osteoporose krijgen patiënten geen advies en behandeling. En dat geeft een verhoogde kans op nieuwe botbreuken.

De overkoepelende verbeterafspraken over de diagnostiek voor mensen met osteoporose zijn:

- Geef meer patiënten een botdichtheidsmeting.
- Verbeter diagnostiek en rapportage van wervelbreuken.
- Doe een valrisico-inschatting en zo nodig een valrisico-beoordeling.

Er zijn veel verschillende oorzaken voor onderdiagnostiek. De verbeterafspraken in dit hoofdstuk zijn gericht op het wegnemen van deze oorzaken. Hieronder beschrijven we in hoeverre dit tot nu toe is gelukt.

2.1 Verbeterafspraken 'Geef meer patiënten een botdichtheidsmeting' gereed of in gang gezet

Kennis en bewustwording over botdichtheidsmetingen lijken toe te nemen bij zorgprofessionals en patiënten. De implementatieagenda van ZEGG geeft een impuls aan de implementatie. De mensen en middelen voor het uitvoeren van botdichtheidsmetingen zijn helaas ontoereikend.

Tabel 4 | Realisatie verbeterafspraken over diagnostiek

Verbeterafpraak	Partijen	Status
2.1 Vraag vaker een DXA aan bij mensen van 50+ met een fractuur bij binnenkomst op de SEH of in de gipskamer.	NVT, NOV, NIV, NVR, NVKG, ZN, NVZ	In gang
2.2 Bel patiënten in geval van no show bij de DXA, binnen de eerste 6 weken na de fractuur.	NVT, NOV, NIV, V&VN	Stopgezet
2.3 Faciliteer het aanvragen van een DXA door een elektronische voorziening in het EPD.	NVT, NOV, NVR	In gang
2.4 Creëer bewustzijn bij artsen en patiënten voor het aanvragen van een DXA op de SEH/gipskamer door een poster/bord, bijvoorbeeld de informatieset '50+ en een fractuur' van de Osteoporose Vereniging.	NVT, NOV, Osteoporose Vereniging	In gang
2.5 Geef patiënten van 50+ met een fractuur informatie over de Osteoporose Vereniging, zowel op de SEH als op het eerste consult, bijv. via de informatieset '50+ en een fractuur' van de Osteoporose Vereniging.	NVT, NOV, NIV, V&VN, Osteoporose Vereniging	In gang
2.6 Voeg een kwaliteitsindicator toe: % fractuurpatiënten voor wie DXA is aangevraagd (als aanvulling op % fractuurpatiënten dat DXA heeft ondergaan).	Zorginstituut, NVZ, ZN, NOV, NIV, NVR, NVKG, V&VN, Osteoporose Vereniging	Gereed
2.7 Vraag een DXA aan bij mannen onder de 70 jaar en premenopauzale vrouwen die starten met glucocorticoiden in een dosis van 7,5-15 mg prednisonequivalent per dag, en bij wie de verwachting is dat deze langer dan 3 maanden gebruikt zullen worden (conform de adviezen in de huidige osteoporoserichtlijn).	NVR, NIV, NH	(Nog) geen actie

Vetgedrukte partijen hebben de rol van regisseur, de andere zijn betrokken.

De verbeterafspraken zijn grotendeels in gang gezet, in meerdere ziekenhuizen. Verschillende factoren hebben hieraan bijgedragen. Ten eerste de hernieuwde multidisciplinaire richtlijn 'Osteoporose en fractuurpreventie' uit 2022. Daarin is de doelgroep voor een DXA duidelijker omschreven en zijn er aanbevelingen over de organisatie van diagnostiek.

De verbeterafpraak 'Vraag een DXA aan bij 50-plussers met een fractuur conform indicaties in de richtlijn' is op de implementatieagenda¹⁷ van ZE&GG geplaatst. ZE&GG is een samenwerkingsverband tussen Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Federatie Medisch Specialisten (FMS), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de projectorganisatie. ZE&GG ondersteunt partijen uit de medisch-specialistische zorg om afspraken over gepast gebruik in de zorginstellingen te implementeren en monitort de voortgang daarvan. De implementatieagenda van ZE&GG is de route die ziekenhuizen gebruiken voor implementatie van gepaste zorg. Volgens de zelfrapportages van ziekenhuizen aan ZE&GG neemt het aantal DXA's de afgelopen jaren toe. Of dit overeenkomt met de declaratiedata zal nog worden geanalyseerd. De NVT en NIV benoemen dat er meer bewustzijn over het belang van een DXA is bij zorgprofessionals en dat ook patiënten zelf vaker om een screening voor osteoporose vragen.

Het bellen van patiënten bij een *no show* in de praktijk bleek niet uitvoerbaar. Ieder ziekenhuis heeft zijn eigen werkwijze bij het niet komen opdagen van patiënten. Door implementatie van de andere verbeterafspraken verwachten we dat de *no show* in de toekomst afneemt.

Aan het inrichten van elektronische voorzieningen in het EPD is hard gewerkt. Stakeholders van de NVT en NVR hebben samen met Chipsoft een module ontwikkeld voor het inbouwen van automatische oproep-systemen en elektronische reminders. Dit faciliteert de medisch specialist om via de richtlijn te werken en zo krijgen de patiënten automatisch informatie in hun eigen online-patiëntomgeving. Dat kan leiden tot een aanzienlijk hoger percentage patiënten dat wordt opgeroepen voor een DXA en een opvolgend consult. Als de patiënt voorafgaand aan het consult de vragenlijsten vast invult, kan de tijd van een consult worden ingekort. De module is klaar, maar is helaas nog niet beschikbaar gesteld voor ziekenhuizen. Ook is getracht eenzelfde module in Epic in te bouwen, maar dat kan alleen op lokaal niveau.

Om meer bewustzijn te creëren bij zowel patiënten als zorgprofessionals, heeft de Osteoporose Vereniging posters gemaakt die zorgprofessionals en patiënten attenderen op de mogelijkheid en het belang van een DXA. Een aantal ziekenhuizen gebruikt deze posters, maar vanwege een *clean wall policy*, is posters ophangen in veel ziekenhuizen niet mogelijk. Daarom is ook een beeldschermvariant voor in de wachtkamer gemaakt, met dezelfde boodschap.

Op de website Zorginzicht¹⁸ is voor verslagjaar 2024 een nieuwe indicatorset Osteoporose gepubliceerd. Onder begeleiding van het Zorginstituut hebben partijen deze set in 2023 herzien. De indicatoren geven inzicht in welk percentage van de doelgroep een DXA heeft ondergaan. Ook is een vraag opgenomen over de aanwezigheid van een fractuurpreventieteam. De indicatoren zijn opgenomen op de Transparantiekalender en zorgaanbieders zijn verplicht om jaarlijks hun kwaliteitsgegevens aan te leveren. Deze kwaliteitsinformatie kan ziekenhuizen stimuleren om de zorg voor osteoporose passender in te richten.

Voor de verbeterafpraak over de diagnostiek bij glucocorticoïdgebruikers is voor zover bekend geen specifieke actie ondernomen. Er worden bij mensen van 50+ met een botbreuk al te weinig DXA's gedaan, om de redenen beschreven in het hoofdstuk diagnostiek. Het is niet waarschijnlijk dat het aantal DXA's wel is toegenomen bij mensen die glucocorticoïden gebruiken. Dat is jammer, want dan zal ook bij deze doelgroep het aantal botbreuken en de bijbehorende zorgvraag niet dalen.

Wat heeft implementatie geholpen?

De publicatie van het verbeter signalement heeft gezorgd voor meer kennis en bewustzijn bij zorgprofessionals. De stakeholders benadrukken allemaal dat de cijfers over het lage aantal DXA's het gevoel van urgentie bij hun achterban hebben vergroot en dat de noodzaak van het uitvoeren van DXA's zichtbaar is gemaakt. Zij ervaren meer bereidwilligheid bij collega's om bij te dragen aan de zorg voor mensen met osteoporose.

¹⁷ ZE&GG Implementatieagenda, [Fractuur bij 50-plussers: vraag een Dexa-scan aan bij 50-plussers met een fractuur conform indicaties in de richtlijn](#).

¹⁸ <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/osteoporose-indicatoren>.

Wat staat implementatie in de weg?

De knelpunten in diagnostiek die we beschreven in het verbeter signalement zijn nog niet opgelost. De zorg voor mensen met osteoporose heeft helaas geen prioriteit bij veel zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Mensen en middelen om de zorg uit te voeren zijn schaars. Het tekort aan personeel neemt toe en het aantal DXA-scanners is ontoereikend. Volgens de NIV kan de wachttijd voor een DXA oplopen tot negen maanden. Ook benadrukt de NIV dat als een ziekenhuis meer werk zou maken van het aanvragen en uitvoeren van DXA's, de patiëntstroom groeit en niet goed kan worden gemanaged. Preventie van botbreuken blijft dus achter, ondanks de groeiende groep ouderen met een botbreuk.

2.2 Verbeterafspraken over 'Verbeter diagnostiek en rapportage van wervelbreuken' zijn gereed of in gang gezet

Wervelbreuken zijn pijnlijk en brengen beperkingen met zich mee. Wervelbreuken kunnen worden opgespoord met een vertebral fracture assessment (VFA). De uitvoering en verslaglegging daarvan is niet goed ingebed in het zorgtraject. Radiologen en nucleair geneeskundigen vragen daar nu landelijk meer aandacht voor. Het is belangrijk om hier lokaal goede afspraken over te maken binnen het fractuurpreventieteam.

Tabel 5 | Realisatie verbeterafspraken over diagnostiek van wervelbreuken

Verbeterafpraak	Partijen	Status
2.8 Laat een verrichtingscode aanmaken voor de VFA.	NVvR (i.s.m. NVNG)	Gereed
2.9 Koppel de aanvraag van een DXA elektronisch altijd aan een aanvraag voor een VFA bij mensen van 50+ met een fractuur op de SEH/gipskamer.	NVT, NOV, NIV, NVR	In gang
2.10 Draag zorg voor een gestandaardiseerd verslag van de VFA conform adviezen in geldende osteoporoserichtlijn.	NVvR, NIV	In gang

Vetgedrukte partijen hebben de rol van regisseur, de andere zijn betrokken.

Mensen met osteoporose of osteopenie kunnen ook een wervelbreuk hebben. Zij kunnen baat hebben bij behandeling met botsparende medicatie. Daarover heeft de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) in 2024 een module toegevoegd aan de multidisciplinaire richtlijn. Een VFA kan worden uitgevoerd tegelijk met de DXA, maar dat gebeurt nog niet standaard. Uitvoering van de VFA kost de radioloog en nucleair geneeskundige extra tijd, die nu niet vergoed wordt. Daarnaast gaven de NVvR en Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG) aan dat er vaak geen goede afstemming is tussen de 'beeldvormende' en behandelende zorgprofessionals.

Er is inmiddels voor de VFA een code aangemaakt in de 'verrichtingenthesaurus' van Dutch Hospital Data (DHD). Deze leidt af naar de dbc-verrichtingscode 120037. Als het niet om een dbc gaat kan de VFA verrichtingscode als overig zorgproduct (OZP) eerstelijnsdiagnostiek worden gedeclareerd. Zo krijgt het ziekenhuis inzicht in hoe vaak deze verrichting wordt uitgevoerd en kan rekening worden gehouden met de inzet en vergoeding van de radiologen en nucleair geneeskundigen. Momenteel is echter niet inzichtelijk in hoeverre ziekenhuizen deze code gebruiken. Wel is de verwachting dat het aantal VFA's zal toenemen. Of dat zo is, zal blijken uit de data-analyses.

In de herziene richtlijn zijn de aanbevelingen verduidelijkt over verslaglegging van de DXA en VFA. De stakeholders van de NVvR en de NVNG gaven aan de collega's uit hun beroepsgroep te informeren en te scholen over de inhoud en het belang van een goed verslag. De NVvR geeft aan dat landelijke implementatie van een gestandaardiseerde verslaglegging niet mogelijk is. Ieder ziekenhuis maakt hierover op lokaal niveau afspraken. Maar de NVvR kan wel ondersteunen met een standaardverslag als voorbeeld op hun website.

Welke factoren hebben de implementatie geholpen?

Een bevorderende factor voor het verbeteren van de wervelhoogtemeting in het algemeen is dat aan de nieuwe indicatorset Osteoporose een indicator is toegevoegd: "Aantal patiënten van 50 jaar en ouder met een recente fractuur die een VFA-meting hebben gehad." Dit stimuleert ziekenhuizen om deze meting uit te voeren. Een mogelijk bevorderende factor in de toekomst is de inzet van artificial intelligence (AI). Maar huidige AI-algoritmen hebben nog beperkingen bij de integratie in het dagelijkse werk en aan de implementatie van AI zijn kosten verbonden, aldus de NVvR.

Wat stond implementatie in de weg?

Een belemmerende factor voor een gestandaardiseerd verslag is volgens de NVVR dat veel radiologen een eigen stijl en taalgebruik hebben en daar moeilijk van kunnen afwijken. Daarnaast is volgens de NVNG de software voor beoordeling en verslaglegging van de VFA ontoereikend om een goed verslag te maken. Bovendien worden beeldvormende zorgprofessionals niet in ieder ziekenhuis goed betrokken in het fractuurpreventietraject van de patiënt. Door samenwerking in een fractuurpreventieteam kunnen zorgprofessionals makkelijker afspraken maken over de uitvoering en verslaglegging van VFA's.

2.3 Verbeterafspraken 'Doe een valrisico-inschatting en zo nodig een valrisicobeoordeling' is in gang gezet

In de herziene multidisciplinaire richtlijn 'Osteoporose en fractuurpreventie' wordt een uitgebreidere valrisico-inschatting beschreven dan voorheen. Fractuurpreventie- verpleegkundigen worden hierin geschoold. Landelijke aandacht voor het onderwerp valpreventie zet het onderwerp op de kaart.

Tabel 6 | Realisatie verbeterafspraken over valrisico

Verbeterafpraak	Partijen	Status
2.11 Doe een valrisico-inschatting tijdens het eerste consult van de fractuurpatiënt 50+. Doe bij mensen met een verhoogd valrisico vervolgens een valrisico-beoordeling.	NIV, KNGF, NVKG, NVR, NOV, NVT, NHG, KNMP, V&VN	In gang

Vetgedrukte partijen hebben de rol van regisseur, de andere zijn betrokken.

Mensen met osteoporose die al eens gevallen zijn, hebben een verhoogde kans om opnieuw te vallen en iets te breken. Bijvoorbeeld omdat ze moeite hebben met lopen of balans houden. De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG) benadrukken dat een valrisico-inschatting en valrisicobeoordeling na een eerste val belangrijk zijn. We hebben in de evaluatie geen zicht gekregen of er vaker een valrisico-inschatting en valrisicobeoordeling gedaan wordt. Wel zijn er ontwikkelingen die het doen van een valrisico-inschatting stimuleren.

De herziene multidisciplinaire richtlijn beveelt aan om de risicofactoren te achterhalen bij mensen tussen de 50 en 65 jaar die door een val een botbreuk hebben. Risicofactoren zijn alcoholgebruik, medicatiegebruik, duizeligheid, gezichtsvermogen en looppatroon, kracht en balans. Volgens de NVKG is de valrisicobeoordeling voor deze leeftijdsgroep een waardevolle aanvulling op de richtlijn. Voor mensen van 65 jaar en ouder wordt verwezen naar de richtlijn 'Valpreventie' van de NVKG¹⁹ voor een meer uitgebreide valrisicobeoordeling. De nieuwe V&VN-richtlijn bevat aanbevelingen over valrisico-inschatting en advisering, waarvoor ook veel aandacht is in de jaarlijkse opleiding. Verder is er nog de 'Wereldrichtlijn valpreventie', die fysiotherapeuten ook toepassen bij mensen met een botbreuk.²⁰

Bovendien is er de landelijke ketenaanpak valpreventie²¹, opgezet door VeiligheidNL in samenwerking met zorgpartijen en gemeenten. Deze ketenaanpak start met een valrisicotest bij thuiswonende ouderen (65+) met drie vragen: Bent u de afgelopen 12 maanden gevallen? Bent u bezorgd om te vallen? Hebt u moeite met bewegen, lopen of balans houden? Bij een verhoogd valrisico volgt een valanalyse, waarbij valrisicofactoren in kaart worden gebracht. Gemeenten kunnen zelf een valpreventie-aanbod ontwikkelen en aanbieden, samen met onder andere thuiszorg- en welzijnsorganisaties en fysiotherapeuten. De NVFG ziet transmurale en intramurale initiatieven ontstaan door deze landelijke ketenaanpak en geeft aan dat het belangrijk is om het proces op lokaal niveau te waarborgen. De KNMP heeft aansluiting gezocht bij deze landelijke ketenaanpak. Er is een pagina ingericht op de KNMP-website met informatie en materialen die de apotheker ondersteunen bij uitvoeren van taken rondom valpreventie.²² Dit geldt voor een bredere patiëntengroep dan alleen mensen met osteoporose.

Wat staat implementatie in de weg?

Een uitgebreidere valrisicobeoordeling van de groep mensen van 50-65 jaar, zoals aanbevolen in de herziene richtlijn 'Osteoporose en fractuurpreventie', kost zorgprofessionals op de fractuurpreventiepolikliniek meer tijd dan voor de herziening. Die tijd is niet altijd beschikbaar.

¹⁹ NVKG, richtlijn [Preventie van valincidenten bij ouderen](#), 2021.

²⁰ Montero-Odasso, M., et al. *World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age and Ageing*, 51:1-36, 2022.

²¹ RIVM, website [Loketgezondleven.nl, Ketenaanpak valpreventie gemeente](#).

²² Website KNMP, [Valpreventie](#).

3 Evaluatie verbeterafspraken behandeling

In dit hoofdstuk evalueren we de verbeterafspraken die gaan over de behandeling van mensen met osteoporose. Er zijn verschillende mogelijkheden voor behandeling: leefstijladviezen, maatregelen voor valpreventie en medicijnen die de botdichtheid beïnvloeden. Helaas krijgen nog steeds onvoldoende mensen deze behandeling. De meeste patiënten worden namelijk niet opgespoord. Zij die wel medicatie krijgen, stoppen vaak voortijdig met de medicatie. De behandeling van osteoporose is gericht op gezondheid en zelfredzaamheid in plaats van op ziekte. Dit is bij uitstek passende zorg. Daarom roepen we partijen op om hier de komende jaren op in te blijven zetten.

Uit het *Verbetersignalement Osteoporose* bleek dat er verbeteringen mogelijk zijn in de behandeling van mensen met een verlaagde botdichtheid. Onvoldoende 50-plussers die een botbreuk gehad hebben en onvoldoende patiënten die glucocorticoïden gebruiken, kregen een behandeling met botsparende medicijnen. Ook mensen die stopten met denosumab kregen vaak geen opvolging met medicijnen, zoals aanbevolen in de richtlijn. Patiënten die wel botsparende medicatie gebruikten, stopten vaak voortijdig. Tot slot waren er aanwijzingen dat de inzet van valpreventie verbeterd kan worden. Als botsparende medicijnen niet of te kort gebruikt worden en er geen aandacht is voor het voorkomen van vallen, hebben patiënten een verhoogd risico op nieuwe botbreuken. Dat verhoogt het zorggebruik en de zorgkosten, veroorzaakt beperkingen voor de patiënt en vermindert diens kwaliteit van leven.

De partijen hebben met elkaar afspraken gemaakt op verschillende onderwerpen om de behandeling van mensen met osteoporose verder te verbeteren:

- Behandel meer patiënten na een botbreuk met botsparende medicatie.²³
- Geef meer patiënten die glucocorticoïden gebruiken botsparende medicatie.
- Stimuleer het volhouden van de behandeling met botsparende medicatie.
- Stop niet zomaar met het gebruik van denosumab.
- Geef advies over het voorkomen van vallen.

3.1 Verbeterafspraken 'Behandel meer mensen na een botbreuk' in gang gezet

Vanwege de nieuwe richtlijn en plaatsing op de ZE&GG-agenda verwachten we dat meer mensen met osteoporose leefstijladviezen en botsparende medicatie krijgen. Een voorwaarde is dat meer mensen met osteoporose worden opgespoord.

Tabel 7 | Realisatie verbeterafspraken over behandeling na botbreuk

Verbeterafpraak	Partijen	Status
3.1 Zorg dat meer mensen met een behandelindicatie botsparende medicatie krijgen voorgeschreven door een verpleegkundig specialist/physician assistant of fractuurverpleegkundige onder supervisie van een arts, en geef de patiënt uitleg over het belang ervan.	NIV, NVR, NOV, NVT, NVKG, V&VN, Osteoporose Vereniging	In gang
3.2 Geef alle fractuurpatiënten 50+ daarnaast advies over voeding en bewegen, en attendeer aanvullend op de Osteoporose Vereniging voor meer informatie, ondersteuning en peer-to-peer support.	NIV, NVR, NOV, NVT, NHG, NVKG, V&VN, Osteoporose Vereniging	In gang
3.3 Geef iedere fractuurpatiënt 50+ persoonlijk advies over het voorkomen van vallen, op basis van de uitkomsten uit de valrisico-inschatting en zo nodig valrisico-beoordeling, bijvoorbeeld een verwijzing naar kracht- en balanstreining.	NIV, KNGF, NVKG, NVR, NOV, NVT, V&VN, NHG, KNMP	In gang
3.4 Sluit de PATIENT+ Keuzehulp aan op de nieuwe richtlijn 'Fractuurpreventie' en maak de keuzehulp beter toegankelijk.	NIV, NHG, NVR, Osteoporose Vereniging	Gereed

Vetgedrukte partijen hebben de rol van regisseur, de andere zijn betrokken.

²³ In lijn met het verbetersignalement en continuïteit in het gebruik van termen, houden we in deze evaluatie de term 'botsparende medicatie' aan. Let wel dat in de herziene NIV-richtlijn de term 'medicatie voor fractuurpreventie' wordt gebruikt in plaats van 'botsparende medicatie'.

Zoals beschreven in voorgaande hoofdstukken is een herziene richtlijn ‘Osteoporose en fractuurpreventie’ uitgekomen. Hierin staan veel aanbevelingen over behandeling, leefstijladviezen en valpreventie. Ook zijn er aanbevelingen over samen beslissen met de patiënt en het gebruik van een keuzehulp. Onder meer de NIV en NVR hebben de richtlijn op verschillende congressen en scholingen gepresenteerd en toegelicht aan hun achterban en andere beroepsgroepen. Op basis hiervan doen we de aanname dat de verbeterafspraken over behandeling van mensen met osteoporose in gang zijn gezet. In de NHG-Standaard ‘Fractuurpreventie’ wordt bij ‘voorlichting en advies’ verwezen naar de zorgmodules leefstijl op de NHG website, met informatie die in het gesprek met de patiënt gebruikt kan worden.²⁴

In veel ziekenhuizen is de fractuurpreventiepolikliniek de centrale plek waar mensen met osteoporose langskomen voor informatie over de aandoening, adviezen en behandeling. Uit onderzoek blijkt dat de fractuurpreventiekliniek de kans op herhaling en op sterfte verlaagt bij mensen met een ernstige fractuur of een heupfractuur.²⁵ Een enquête in 2022 liet zien dat veel ziekenhuizen wel een fractuurpreventiekliniek hebben, maar dat het aantal uren dat verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten daar beschikbaar zijn vaak te laag is om alle patiënten te kunnen zien. Uit onderzoek van de Osteoporose Vereniging blijkt dat slechts de helft van de mensen met een behandelplan aangeeft dat ook bewegen wordt besproken, of dat ze een beweegadvies krijgen.

Een goede ontwikkeling is dat twee verbeterafspraken over behandeling op de ZEE&GG implementatie-agenda zijn geplaatst. Dit zijn de onderwerpen over botsparende medicatie en advies over voeding en bewegen. De stakeholders zijn zeer te spreken over de implementatieagenda van ZEE&GG. Deze geeft een daadwerkelijke impuls aan kwaliteitsverbetering in de Nederlandse ziekenhuizen. Periodieke monitoring door zelfrapportage geeft een indruk van hoe een ziekenhuis presteert. En tot slot: op de online ‘hub’ van ZEE&GG kunnen beleidsmedewerkers en zorgprofessionals uit ziekenhuizen hun ervaringen en vragen uitwisselen over implementatie van de verbeterafspraken.

3.2 Verbeterafspraken ‘Geef meer mensen die glucocorticoïden gebruiken botsparende medicatie’ grotendeels in gang gezet

Er is gewerkt aan meer informatie voor zorgprofessionals over de behandeling van mensen met glucocorticoïden. Het is onbekend of dit al tot verbeterde behandeling leidt.

Tabel 8 | Realisatie verbeterafspraken over botsparende medicatie

Verbeterafpraak	Partijen	Status
3.5 Schrijf vaker botsparende medicatie voor bij glucocorticoïdgebruikers conform de geldende richtlijn.	NVR, NIV, NHG	In gang
3.6 Expliciteer de aanbevelingen in het Farmacotherapeutisch Kompas over botsparende medicatie bij glucocorticoïden, zoals deze zijn beschreven in de geldende osteoporoserichtlijn.	Zorginstituut, NVR, NIV, NHG	Gereed
3.7 Zorg voor een elektronische reminder over botsparende medicatie bij voorschrijven van glucocorticoïden.	NVR, NHG, NIV, KNMP	In gang
3.8 Formuleer kwaliteitsindicator ‘Botsparende medicatie bij langdurig gebruik van hoge doseringen glucocorticoïden’ voor huisartsen.	NHG, NVR	Stopgezet

Vetgedrukte partijen hebben de rol van regiehouder, de andere zijn betrokken.

De NVR heeft in 2020 adviezen uitgebracht over behandeling van glucocorticoïdgebruikers met botsparende medicatie, zoals beschreven in hoofdstuk 1. De NVR heeft hierover landelijk nascholing gegeven, met expliciet aandacht voor patiënten met ernstige klachten. Na het uitkomen van de multidisciplinaire richtlijn heeft het Zorginstituut het Farmacotherapeutisch Kompas aangepast.²⁶ Onze stakeholders van de NVT en de NVR merken dat glucocorticoïdgebruikers vaker botsparende medicatie krijgen voorgeschreven. Daarnaast wordt tijdens de opname vaker een intraveneuze behandeling met botsparende medicatie gestart bij mensen met een hoog risico op een val. Ook benoemt de NVT dat regionaal steeds vaker afspraken worden gemaakt over het toedienen van intraveneuze bisfosfonaten²⁷ thuis bij de patiënt, uitgevoerd door verpleegkundigen in de thuiszorg.

²⁴ [Praktijkhandleiding leefstijl voor huisartsen](#)

²⁵ Vrancken L. et al. Decreased Mortality and Subsequent Fracture Risk in Patients With a Major and Hip Fracture After the Introduction of a Fracture Liaison Service: A 3-Year Follow-Up Survey. *J Bone Miner Res*, 37(10):2025-2032, 2022.

²⁶ Voorbeeld van aanpassing in het [Farmacotherapeutisch Kompas: alendroninezuur](#).

²⁷ Een type botsparende medicatie.

Het blijkt dat het inbouwen van een elektronische reminder afhankelijk is van het ziekenhuis. Ziekenhuizen kunnen eigen keuzes maken in hoe zij dit inpassen in het EPD, passend bij de lokale situatie. Tijdens de implementatiefase is het niet gelukt om een kwaliteitsindicator 'Botsparende medicatie bij langdurig gebruik van hoge doseringen glucocorticoiden' voor huisartsen te formuleren. Er was geen afgevaardigde van het NHG bij dit traject betrokken.

3.3 Verbeterafspraken 'Stimuleer het volhouden van de behandeling met botsparende medicijnen' nog niet uitgevoerd

Zorgprofessionals erkennen het belang van therapietrouw, maar er zijn nog weinig verbeterafspraken over therapietrouw bij osteoporose in gang gezet. De kans dat mensen voortijdig stoppen met de behandeling is naar verwachting nog steeds hoog. Dan neemt het risico op een nieuwe botbreuk weer toe.

Tabel 9 | Realisatie verbeterafspraken over therapietrouw botsparende medicatie

Verbeterafpraak	Partijen	Status
3.9 Algemeen: stimuleer therapietrouw.	NHG, KNMP, NIV, NVR, NVT, NOV, NVKG, V&VN	In gang
3.10 Zorg voor standaard contactmoment (fysiek, telefonisch of e-consult) 3 maanden na starten met medicatie bij voorschrijvende zorg-professional of verpleegkundige in tweede lijn.	NIV, NVR, NVT, NOV, NVKG, V&VN	In gang
3.11 Neem contact op met de patiënt bij niet ophalen van botsparende medicatie.	KNMP, NHG	(Nog) geen actie
3.12. Formuleer een kwaliteitsindicator 'Therapietrouw botsparende medicatie' voor huisartsen.	NHG	(Nog) geen actie
3.13 Maak afspraken over wie contact opneemt en wanneer met (persisterend) therapieontrouwe gebruikers van botsparende medicatie en leef deze afspraken na.	NHG, KNMP	(Nog) geen actie
3.14 Streef naar periodieke controle bij de huisarts voor mensen die botsparende medicatie gebruiken.	NHG	In gang
3.15 Agendeer naar behoefte het onderwerp 'therapietrouw bij botsparende medicatie' op het regionale overleg tussen huisartsen en apothekers.	NHG, KNMP, ZN	In gang

Vetgedrukte partijen hebben de rol van regiehouder, de andere zijn betrokken.

De algemene verbeterafpraak voor dit onderwerp luidt: 'Stimuleer therapietrouw.' De verbeterafspraken daaronder zijn manieren om dat te doen. Het NHG en de KNMP zouden hierin het voortouw nemen. Het NHG had helaas geen afgevaardigde tijdens de implementatiefase van dit project, waardoor geen actie kon worden ondernomen. Gelukkig is onlangs de NHG standaard uitgekomen waardoor gezamenlijke stappen in therapietrouw kunnen worden gezet.

In de herziene NHG-Standaard is opgenomen: 'Overweeg de (jaarlijkse) controles gestructureerd vorm te geven, bijvoorbeeld door inzet van de praktijkondersteuner, zodat de patiënt daadwerkelijk op controle komt en de medicatie en eventuele suppletie niet voortijdig staakt'. Het NHG voorziet wel knelpunten bij implementatie daarvan. Huisartsenpraktijken zijn overbelast, in sommige regio's zijn huisartsen en praktijkondersteuners moeilijk te vinden, en huisartsen kunnen een systeem voor standaard jaarlijkse controles er niet zomaar bij hebben, aldus het NHG. Het initiatief voor het maken van afspraken ligt vooralsnog bij de patiënt. Mogelijk kunnen in de toekomst ook doktersassistenten een rol spelen bij het begeleiden van patiënten met osteoporose. Stichting DOKh heeft hiervoor een cursus ontwikkeld.²⁸

Het NHG en de KNMP hebben in 2021 de 'Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen' vastgesteld. Hierin zijn generieke afspraken gemaakt voor het bevorderen van goed gebruik van medicijnen en het verbeteren van therapietrouw. De Osteoporose Vereniging besteedt in campagnes en op de website aandacht voor therapietrouw bij mensen met osteoporose.

De KNMP vraagt aandacht van apothekers voor het belang van stimuleren van therapietrouw. Hierover wordt gesproken op lokale bijeenkomsten en er zijn goede voorbeelden gepubliceerd op de website.²⁹

²⁸ DOKh, [Osteoporose Spreekuur Ondersteuner Huisarts](#).

²⁹ Website KNMP, [Het is belangrijk dat apotheker en arts osteoporosepatiënt zelfde verhaal vertellen](#).

Zo was er eind 2023 op het 'PAOfarmacie symposium Kwetsbare ouderen' een lezing over osteoporose, therapietrouw bisfosfonaten en het belang van de samenwerking tussen huisarts en apotheker. Op verdiepingdagen worden aandoeningen uitgelicht en wordt aandacht besteed aan hoe de apotheker therapietrouw kan stimuleren. In 2021 heeft het Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM) werkmateriaal gepubliceerd voor bespreking van osteoporose en fractuurpreventie in het Farmacotherapeutisch Overleg (FTO)³⁰, waarvoor de Stichting farmaceutische kengetallen (SFK) diverse rapportages levert. Dit ondersteunt het regionale overleg tussen huisartsen en apothekers, in lijn met de verbeterafspraken.

Toch is therapietrouw lastig te beïnvloeden en moeilijk meetbaar. De NVR benoemde dat zij signalen krijgen dat veel mensen stoppen met medicatie, maar dat medisch specialisten geen invloed meer hebben op de therapietrouw van patiënten zodra ze die verwijzen naar de eerste lijn. Het NHG benoemt dat huisartsen geen zicht hebben op patiënten bij de start wel gemotiveerd waren om de preventieve medicatie langdurig te gebruiken. Het eerste gesprek over het gebruiken van medicatie, en wat daarbij komt kijken, wordt gevoerd in de tweede lijn. Apothekers beschikken over aflevergegevens, maar zien niet het daadwerkelijk gebruik.

Daarom wordt wetenschappelijk onderzoek gedaan naar manieren om therapietrouw te bevorderen. Het Make-It-consortium heeft proeftuinen ingericht en een implementatiegids gepubliceerd voor therapietrouw in het algemeen. Het NIVEL coördineert dit consortium. Het is een samenwerkingsverband van de Universiteit Utrecht, Hogeschool Utrecht, RadboudUMC, AmsterdamUMC, IVM en SIR *Institute for Pharmacy Practice and Policy*.³¹ Uit de proeftuinen blijkt dat implementatie van therapietrouwinterventies van veel factoren afhankelijk is, zoals draagvlak, eigenaarschap, capaciteit en financiering, en daarom niet eenvoudig is.³²

Er zijn ook positieve geluiden uit de praktijk. De KNMP geeft aan dat in verschillende regio's afspraken worden gemaakt tussen apothekers en huisartsen over contact leggen met de patiënt als medicatie niet wordt opgehaald. De zorgprofessionals die wij spraken gaven aan dat zij in de spreekkamer structureel aandacht besteden aan therapietrouw bij hun patiënten. Het onderzoek van Panaxea liet zien dat in opkomende samenwerkingsverbanden tussen de eerstelijns- en tweedelijnszorg wordt gestreefd naar een betere therapietrouw. Een huisarts gaf aan dat hij initiatief heeft genomen om een digitale cursus te geven, met handvatten voor de inrichting van het farmacotherapeutisch overleg met apothekers over fractuurpreventie.

3.4 Verbeterafpraak 'Stop niet zomaar met denosumab' in gang gezet, monitoring gestopt

De herziene multidisciplinaire richtlijn en NHG-Standaard bevelen aan dat mensen met osteoporose opvolgende behandeling krijgen als ze gestopt zijn met denosumab. Er zijn signalen dat dit ook vaker gebeurt in de praktijk. Dit is nodig om de kans op toekomstige botbreuken te verlagen.

Tabel 10 | Realisatie verbeterafspraken over stoppen gebruik denosumab

Verbeterafpraak	Partijen	Status
3.16 Geef patiënten na staken van denosumab minimaal een jaar een oraal botsparend medicijn of één gift zoledroninezuur.	NHG, KNMP, NIV, NVR, NVT, NOV, NVKG	In gang
3.17 Monitor de opvolging van denosumab met een ander botsparend medicijn en waarschuw voorschrijvers bij uitblijven van verbetering.	Zorginstituut, NHG, KNMP, NIV, NVR, NVT, NOV	Stop-gezet

Vetgedrukte partijen hebben de rol van regiehouder, de andere zijn betrokken.

Het geven van ten minste één jaar botsparende medicatie of één gift zoledroninezuur na het staken van denosumab is opgenomen in de herziene multidisciplinaire richtlijn. Ook wordt deze informatie gedeeld via de Stichting IWO op jaarlijkse congressen en bijscholingen. De verbeterafpraak over het monitoren van de opvolging van denosumab door het Zorginstituut bleek tijdens de implementatiefase niet mogelijk. We hebben namelijk wel gegevens van medicatie die wordt opgehaald in openbare apotheken, maar geen zicht op medicatie die wordt toegediend in of vanuit het ziekenhuis. De cijfers in het verbeteringsignalement zijn mogelijk niet volledig correct. Om deze reden is de verbeterafpraak over monitoring stopgezet. Partijen kunnen wel zelf monitoren of de opvolging na staken van denosumab vaker gebeurt. De SFK helpt zorgverleners in de eerste lijn daarbij, met een rapportage over Prolia-gebruik.

³⁰ Instituut Verantwoord Medicijngebruik, *FTO-module 'Osteoporose en fractuurpreventie'*.

³¹ [Website Make-It consortium](#).

³² NIVEL, *Proeftuinen ter bevordering van therapietrouw in de praktijk. Kennissynthese. Utrecht, 2024.*

Bijlage 1 Werkwijze systematische doorlichting

Het Zorginstituut voerde tussen 2014 en 2023 het Zinnige Zorg-programma uit om de kwaliteit van zorg en de gezondheidswinst voor de patiënt te vergroten en onnodige kosten te vermijden. Om deze doelen te bereiken lichtte het Zorginstituut samen met betrokken partijen de zorg in het verzekerde basispakket systematisch door. Dit leidde tot de publicatie van zogeheten Zinnige Zorg-verbetersignalen.

Onderdeel van passende zorg

Om te benadrukken dat Zinnige Zorg-projecten bijdragen aan passende zorg, heten de projecten vanaf de implementatiefase voortaan Passende zorg verbetertrajecten. De verbetersignalen bevatten immers concrete verbetermogelijkheden die tegemoetkomen aan een of meer principes van passende zorg, de beweging naar persoonsgerichte, houdbare en duurzame zorg. Passende zorg voldoet aan vier principes:

1. Passende zorg is waardegedreven, dat wil zeggen, het is zorg die waarde toevoegt aan de gezondheid van mensen tegen een proportionele inzet van middelen, personeel en grondstoffen.
2. Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand.
3. Passende zorg vindt plaats op de juiste plek.
4. Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

Uitgangspunten systematische doorlichting

De kern van de systematische doorlichting is het identificeren en terugdringen van ineffectieve en onnodige zorg en het identificeren en realiseren van nodige zorg die niet of nog niet wordt geleverd. Het doel is dat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verbetert, de gezondheidswinst toeneemt en onnodige kosten worden vermeden. Een systematische doorlichting doen we binnen alle ICD-10-hoofdstukken. We werken hierbij vanuit de volgende uitgangspunten:

Patiëntenperspectief

We kijken vanuit het perspectief van de patiënt naar het hele zorgtraject. Samen beslissen is daarbij van belang.

Pakketbeheerder

Onze focus ligt op zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet langdurige zorg (Wlz).

Goede zorg in de praktijk

We gaan uit van de opvattingen over goede zorg van de professionals zelf zoals deze zijn weergegeven in richtlijnen of blijken uit wetenschappelijk onderzoek. Vervolgens kijken we hoe de zorg in de praktijk wordt uitgevoerd. Dit leidt tot identificatie van onder- en overdiagnostiek, onder- en overbehandeling en het signaleren van kennislacunes.

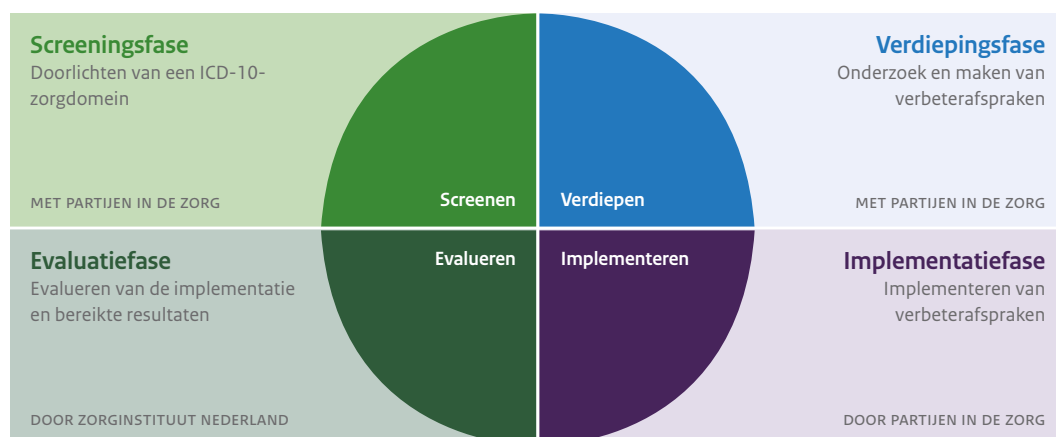
Betrokkenheid partijen

In alle fasen van de systematische doorlichting werken we samen met de betrokken verantwoordelijke partijen. Dit zijn patiëntenorganisaties, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars. We nodigen hen uit om bijeenkomsten bij te wonen en ons te adviseren over het onderzoek en de resultaten te duiden. Voorafgaand aan de publicatie van rapporten nodigen we partijen uit voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie.

Cyclus

Voor het bevorderen van goede zorg voeren we een systematische doorlichting uit volgens een cyclus zoals geïllustreerd in de onderstaande figuur 1. Deze cyclus bestaat uit vier opeenvolgende fasen: screening, verdieping, implementatie en evaluatie. Over de uitkomst van deze fasen rapporteren we aan de betrokken partijen en aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Figuur 1 | Cyclus systematische doorlichting



Screeningsfase

Het doel van de screeningsfase is een of meer zorgtrajecten voor patiënten met een bepaalde aandoening uit een aangewezen ICD-10-gebied te selecteren voor de verdiepingsfase. Deze selectie gebeurt op basis van de drie criteria: groot aantal patiënten, hoge zorgkosten en hoge ziektelast. Vervolgens gaat het Zorginstituut na of er richtlijnen beschikbaar zijn en mogelijkheden voor onderzoek naar de uitvoering in de praktijk (beschikbaarheid van declaratiedata of andere data). Ook bespreken we met de betrokken partijen of er vermoedens zijn over verbetermogelijkheden. De keuze voor de zorgtrajecten die hieruit resulteert, leggen we samen met de onderliggende analyse vast in een rapport 'Systematische analyse'.

Verdiepingsfase

Het doel van de verdiepingsfase is voor de geselecteerde zorgtrajecten inzichtelijk maken waar de zorg in de praktijk niet wordt uitgevoerd zoals op basis van de (wetenschappelijke onderbouwde) aanbevelingen in richtlijnen of de wetenschappelijke stand van zaken verwacht mag worden. Met andere woorden, waar is mogelijk sprake van niet-passende zorg? Op basis van dit onderzoek identificeert het Zorginstituut met de betrokken partijen verbetermogelijkheden en maakt hierover verbeterafspraken. Het onderzoek, de verbetermogelijkheden (inclusief impactanalyse) en de verbeterafspraken leggen we vast in een verbeter-signalement.

Implementatiefase

Het doel van de implementatiefase is het realiseren van de voorgenomen verbetering. Deze verantwoordelijkheid ligt bij de betrokken partijen in de zorg. Het Zorginstituut kan in deze fase, waar nodig, een ondersteunende of faciliterende rol hebben. Het Zorginstituut volgt de implementatie door de voortgang jaarlijks te monitoren.

Evaluatiefase

Het doel van de evaluatiefase is zichtbaar maken of de voorgenomen verbetermogelijkheden in de praktijk zijn gerealiseerd en bepalen of er nog andere acties of maatregelen nodig zijn. Deze evaluatie kent twee onderdelen. Drie jaar na de implementatie evalueren we in welke mate verbeterafspraken zijn uitgevoerd. Twee jaar later bepalen we de impact hiervan op de uitvoeringspraktijk van het betreffende zorgtraject. Hierbij onderzoeken we onder andere declaratiedata.

Onderzoek

In de systematische doorlichting kunnen we gebruikmaken van verschillende vormen van onderzoek, waaronder analyse van nationale en internationale richtlijnen, systematische reviews naar (kosten)effectiviteit en analyse van declaratiedata. In de evaluatiefase combineren we bronnenonderzoek met uitvraag bij en consultatie van de betrokken partijen.

Bijlage 2 Overzicht betrokken partijen

De verbeterafspraken uit het Verbetersignalement Osteoporose zijn uitgevoerd door partijen die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met osteoporose of een hoog risico daarop: patiënten vertegenwoordigd door de patiëntenorganisatie, zorgprofessionals vertegenwoordigd door de wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars vertegenwoordigd door Zorgverzekeraars Nederland. Deze partijen zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 11 | Betrokken partijen per projectfase

Organisatie	Verdiepingsfase	Implementatiefase
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)	●	●
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)	●	●
Nederlands Huisartsen Genootschap* (NHG)	●	●
Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)/ Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie (NVE)	●	●
Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)	●	●
Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG)	●	●
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)	●	●
Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG)	●	●
Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)	●	●
Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)	●	●
Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie (NVT)	●	●
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)	●	●
Osteoporose Vereniging	●	●
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)	●	●
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	●	●

* Een huisarts heeft ons in de implementatiefase op persoonlijke titel op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen in de huisartsenzorg op het gebied van osteoporose. Het NHG is wel meegenomen in de consultatiefase van dit rapport en we hebben hun commentaar verwerkt.

- Niet betrokken
- Wel betrokken

Bijlage 3 Overzicht en status van verbeterafspraken

1. Zorgtraject, richtlijnen en patiënteninformatie		Status
Maak het zorgtraject expliciet		
1.1	Expliciteer het fractuurpreventietraject voor mensen van 50+ met een fractuur, zodat het inzichtelijk is voor alle betrokken medisch specialismen en fractuurpatiënten.	✓
1.2	Attendeer zorgverkopers van ziekenhuizen op het belang en de gewenste vorm van het zorgtraject fractuurpreventie.	●
Pas richtlijnen aan		
1.3	Expliciteer in de NIV- en NVvH-richtlijnen dat bij mensen van 50+ met fractuur een DXA en VFA moet worden aangevraagd op de SEH of gipskamer, door een (orthopedisch of trauma-) chirurg, onder verantwoordelijkheid van het fractuurpreventieteam.	✓
1.4	Expliciteer in de NIV- en NVvH-richtlijnen de in- en exclusiecriteria voor diagnostiek wat betreft type fractuur.	✓
1.5	Stem de NIV-richtlijn en de NHG-Standaard op elkaar af wat betreft diagnostiek en behandeling van mensen met een verhoogd fractuurrisico.	✓
1.6	Zorg voor aanbevelingen over botsparende medicatie in richtlijnen voor de behandeling van ziekten waarvoor glucocorticoiden worden voorgeschreven.	➔
1.7	Zorg voor aanbevelingen in de NIV- en NHG-richtlijnen over de wijze van opvolging na stoppen met denosumab.	✓
1.8	Streef ernaar dat de NIV-richtlijn en de NHG-Standaard voldoen aan het Toetsingskader van het Zorginstituut en bied ze aan voor opname in het Register van het Zorginstituut.	✗
Verbeter patiënteninformatie over osteoporose		
1.9	Zorg voor complete en correcte informatie op websites over diagnostiek, valpreventie, leefstijl, medicijnen, controle en nazorg.	✓
1.10	Verwijs naar de website van de Osteoporose Vereniging.	✓
2. Diagnostiek bij mensen met een botbreuk		Status
Geef meer patiënten een botdichtheidsmeting		
2.1	Vraag vaker een DXA aan bij mensen van 50+ met een fractuur bij binnenkomst op de SEH of in de gipskamer.	➔
2.2	Bel patiënten in geval van no show bij de DXA, binnen de eerste 6 weken na de fractuur.	●
2.3	Faciliteer het aanvragen van een DXA door een elektronische voorziening in het EPD.	➔
2.4	Creëer bewustzijn bij artsen en patiënten voor het aanvragen van een DXA op de SEH/gipskamer door een poster/bord, bijvoorbeeld de informatieset '50+ en een fractuur' van de Osteoporose Vereniging.	➔
2.5	Geef patiënten van 50+ met een fractuur informatie over de Osteoporose Vereniging, zowel op de SEH als op het eerste consult, bijvoorbeeld via de informatieset '50+ en een fractuur' van de Osteoporose Vereniging.	➔
2.6	Voeg een kwaliteitsindicator toe: % fractuurpatiënten voor wie DXA is aangevraagd (als aanvulling op % fractuurpatiënten dat DXA heeft ondergaan).	✓
2.7	Vraag een DXA aan bij mannen onder de 70 jaar en premenopauzale vrouwen die starten met glucocorticoiden in een dosis van 7,5-15 mg prednisonequivalent per dag, en bij wie de verwachting is dat deze langer dan 3 maanden gebruikt zullen worden (conform de adviezen in de huidige osteoporoserichtlijn).	➔
Verbeter diagnostiek en rapportage van wervelbreuken		
2.8	Laat een verrichtingscode aanmaken voor de VFA.	✓
2.9	Koppel de aanvraag van een DXA elektronisch altijd aan een aanvraag voor een VFA bij mensen van 50+ met een fractuur op de SEH/gipskamer.	➔
2.10	Draag zorg voor een gestandaardiseerd verslag van de VFA conform adviezen in geldende osteoporoserichtlijn.	➔
Doe een valrisico-inschatting en zo nodig een valrisico-beoordeling		
2.11	Doe een valrisico-inschatting tijdens het eerste consult van de fractuurpatiënt 50+. Doe bij mensen met een verhoogd valrisico vervolgens een valrisico-beoordeling.	➔

- ✓ Gereed
- ➔ In gang
- (nog) geen actie
- ✗ Stopgezet

3. Behandeling van mensen met osteoporose	Status
Behandel meer mensen na een botbreuk	
3.1 Zorg dat meer mensen met een behandelindicatie botsparende medicatie krijgen voorgeschreven door een verpleegkundig specialist/physician assistant of fractuurverpleegkundige onder supervisie van een arts, en geef de patiënt uitleg over het belang ervan.	→
3.2 Geef alle fractuurpatiënten 50+ daarnaast advies over voeding en bewegen, en attendeer aanvullend op de Osteoporose Vereniging voor meer informatie, ondersteuning en peer-to-peer support.	→
3.3 Geef iedere fractuurpatiënt 50+ persoonlijk advies over het voorkomen van vallen, op basis van de uitkomsten uit de valrisico-inschatting en zo nodig valrisico-beoordeling, bijvoorbeeld een verwijzing naar kracht- en balanstreining.	→
3.4 Sluit de PATIENT+ Keuzehulp aan op de nieuwe richtlijn 'Fractuurpreventie' en maak de keuzehulp beter toegankelijk.	✓
Geef meer mensen die glucocorticoïden gebruiken botsparende medicatie	
3.5 Schrijf vaker botsparende medicatie voor bij glucocorticoïdgebruikers conform de geldende richtlijn.	→
3.6 Expliciteer de aanbeveling in het Farmacotherapeutisch Kompas over botsparende medicatie bij glucocorticoïden zoals deze zijn beschreven in de geldende osteoporoserichtlijn.	✓
3.7 Zorg voor een elektronische reminder over botsparende medicatie bij voorschrijven van glucocorticoïden.	→
3.8 Formuleer kwaliteitsindicator 'Botsparende medicatie bij langdurig gebruik van hoge doseringen glucocorticoïden' voor huisartsen.	✗
Stimuleer het volhouden van de behandeling met botsparende medicijnen	
3.9 Algemeen: stimuleer therapietrouw.	→
3.10 Zorg voor standaard contactmoment (fysiek, telefonisch of e-consult) 3 maanden na starten met medicatie bij voorschrijvende zorgprofessional of verpleegkundige in tweede lijn.	→
3.11 Neem contact op met de patiënt bij niet ophalen van botsparende medicatie.	●
3.12 Formuleer een kwaliteitsindicator 'Therapietrouw botsparende medicatie' voor huisartsen.	●
3.13 Maak afspraken over wie contact opneemt en wanneer met (persisterend) therapieontrouwe gebruikers van botsparende medicatie en leef deze afspraken na.	●
3.14 Streef naar periodieke controle bij de huisarts voor mensen die botsparende medicatie gebruiken.	→
3.15 Agendeer naar behoefte het onderwerp 'therapietrouw bij botsparende medicatie' op het regionale overleg tussen huisartsen en apothekers.	→
Stop niet zomaar met het gebruik van denosumab	
3.16 Geef patiënten na staken van denosumab minimaal één jaar een oraal botsparend medicijn of één gift zoledroninezuur.	→
3.17 Monitor de opvolging van denosumab met ander botsparend medicijn en waarschuw voorschrijvers bij uitblijven van verbetering.	✗

- ✓ Gereed
- In gang
- (nog) geen actie
- ✗ Stopgezet

Bijlage 4 Methode van evaluatie van de implementatie

Bij deze evaluatie hebben we gebruikgemaakt van bronnenonderzoek, aangevuld met informatie uit interviews met de betrokken stakeholders. De evaluatie is gestart op 1 maart 2024, drie maanden na de afsluiting van de bijeenkomst van het Passende zorg verbetertraject Osteoporose.

Bronnenonderzoek

De evaluatie van de uitvoering van de verbeterafspraken is gebaseerd op raadpleging van de volgende bronnen:

- De jaarlijkse voortgangsrapportages, waarbij de voortgangsrapportage van eind 2023 als uitgangspunt werd gebruikt voor de status van de verbeterafspraken.
- De aangepaste producten, zoals richtlijnen, patiënteninformatie, keuzehulpen, et cetera.
- Verslagen van eerdere bijeenkomsten met partijen.
- Aanvullende verslagen, mails en andere documentatie over de uitvoering van de verbeterafspraken door partijen waar nodig.

Interviews

In april-mei 2024 interviewden we per partij de betrokken stakeholder(s). We focusten op de verbeteronderwerpen waar zij bij betrokken waren en stelden de volgende vragen:

- Wat is er de afgelopen jaren geïmplementeerd of in gang gezet op het gebied van osteoporose en fractuurpreventie, binnen jullie vakgebied, landelijk of lokaal?
- Welke factoren maakten dat dat lukte?
- Welke factoren maakten dat dat niet lukte?
- Welke verbeteronderwerpen moeten we blijven agenderen in de beweging naar passende zorg?

Verwerking

In dit evaluatierapport presenteren we de bevindingen. Een conceptversie van het rapport is bij partijen geconsulteerd en hun reacties zijn verwerkt in dit rapport (bijlage 6).

Bijlage 5 Voorstel analyseplan voor evaluatie van zorggebruik

Deze bijlage is de opzet van deel 2 van de evaluatie beschreven,

Evaluatie van het zorggebruik van patiënten met osteoporose: Twee delen

In het huidige rapport (evaluatie deel 1) is de implementatie van de verbeterafspraken uit het verbeter-signalement Osteoporose beschreven. Dit rapport laat zien dat een aantal verbeterafspraken in gang gezet of gereed is.

Of er ook daadwerkelijk veranderingen zijn in zorggebruik, zullen we in deel 2 van de evaluatie onderzoeken. Deel 2 van de evaluatie vindt plaats in 2025-2026, zodra de benodigde gegevens over zorgdeclaraties tot en met 2023 compleet en beschikbaar zijn. Deze zal zich richten op de vraag in hoeverre het zorggebruik veranderd is ten opzichte van vóór de publicatie van het verbeter-signalement en de herziene richtlijn. We zullen daarom de gegevens uit 2023 vergelijken met de nulmeting over 2019, en waar mogelijk ook alle tussentijdse jaren meenemen in de analyses. In deze bijlage doen we een voorstel voor de analyses.

Scope

Voor drie verbeterafspraken verwachten we een effect op de zorgpraktijk:

1. Vraag altijd een DXA aan bij 50+-ers met een fractuur conform indicaties in de richtlijn.
2. Koppel de aanvraag van een DXA elektronisch altijd aan een aanvraag voor een VFA bij mensen van 50+ met een fractuur op de SEH/gipskamer.
3. Zorg dat 50+-ers met een fractuur en een behandelindicatie volgens de richtlijnen altijd botsparende medicatie krijgen voorgeschreven.

Aanvullend op het verbeter-signalement analyseren we ook of er fractuurpreventieteams aanwezig zijn in de ziekenhuizen, bestaande uit onder andere medisch specialisten, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten.

Gegevensbronnen

Voor het aantal DXA's, en medicatiegebruik na de DXA worden declaratiedata van Vektis gebruikt, met declaraties van dbc-zorgproducten en verstrekking van medicijnen door openbare apotheken. Daarbij maken we gebruik van de Uniforme Data Definities (UDD's) van ZE&GG. Na opname van de verbeterafspraken op de implementatieagenda van ZE&GG, zijn samen met de wetenschappelijke verenigingen en Zorgverzekeraars Nederland UDD's opgesteld. Een UDD is een omschrijving van welke data precies geanalyseerd worden en hoe, om de mate van implementatie te bepalen. Deze UDD van ZE&GG is nagenoeg hetzelfde als de datadefinitie die voor het verbeter-signalement is gebruikt. Ook zullen we, net als in het verbeter-signalement, analyseren welke zorgprofessionals de DXA's hebben aangevraagd. Voor deze gegevens worden ook de declaratiedata van Vektis gebruikt, maar daar is geen UDD voor beschikbaar. Met deze analyse kunnen we zien of er verandering is opgetreden tussen 2019 en 2023.

In het verbeter-signalement beschreven we dat de inzet van VFA's niet kan worden afgeleid uit de declaratiedata. Ook met de nieuwe verrichtingencode in DHD (verbeterafpraak 'Laat een verrichtingencode aanmaken voor de VFA') is dat nog niet het geval. Voor de inzet van VFA's wordt daarom de 'indicatorenset Osteoporose' gebruikt, waar alle ziekenhuizen jaarlijks gegevens voor aanleveren. Hier is in 2023 een indicator aan toegevoegd, zodat ook de inzet van VFA's inzichtelijk wordt. Deze luidt: 'Bij welk percentage patiënten van 50 jaar en ouder met een recente fractuur is een jaar voorafgaand aan de fractuur tot zes maanden daarna een VFA-meting van de wervelkolom met behulp van DXA uitgevoerd ter vaststelling van wervelfracturen?' en betreft alle mensen van 50+ met een recente fractuur conform de dbc-lijst in de richtlijn. Ook de indicator 'Is er een fractuurpreventieteam aanwezig' kan worden afgeleid uit de indicatorenset.

Betrokkenheid van partijen bij de evaluatie van zorggebruik

Als de betrokken partijen akkoord zijn met deze opzet zullen we de gegevens in 2025-2026 analyseren. De resultaten leggen we voor aan de betrokken partijen. We vragen hen om hun interpretatie en duiding van de uitkomsten. Deze reacties verwerken we in het rapport met data over zorggebruik, dat in 2025-2026 zal verschijnen.

DXA

Voor de analyses over de DXA's gebruiken we dezelfde subgroepen als de analyses van Z&GG. Het afkappunt voor de leeftijd van 75 gebruiken we omdat voor deze patiëntengroep een ander beleid geldt, volgens de herziene multidisciplinaire richtlijn. De tijdsperiode (365 dagen voor tot 182 dagen na de botbreuk) wijkt af van de tijdsperiode in het verbeter-signalement (365 dagen voor tot 365 dagen na de botbreuk). Deze tijdsperiode is in overeenstemming met de UDD van Z&GG en door een kortere tijdsperiode te nemen kunnen we een grotere groep includeren in de analyses. Uit eerdere subgroep-analyses blijkt dat de groep die tussen 182 en 365 dagen na de botbreuk pas een DXA kreeg klein is. Voor de analyses over 2023 worden patiënten geïnccludeerd die in 2023 een botbreuk hebben gehad.

Analyse 1: het aantal en het percentage patiënten van 50+ met een botbreuk dat een DXA heeft gehad, per jaar en per subgroep.

Verrichting	DXA of DXA + VFA (Zorgactiviteitcode 80080, 120032, 120037)
(Sub)groepen:	Totaal fractuurpatiënten; 75+ met heupfractuur; 75- met heupfractuur; 75+ met andere fractuur; 75- met andere fractuur
Jaren:	2019-2023
Tijdsperiode:	365 dagen voor tot 182 dagen na botbreuk
Exclusiecriteria:	Patiënt is in het eerste jaar na de fractuur overleden

Analyse 2: het percentage aanvragers van de DXA bij patiënten ≥ 50 jaar met een botbreuk in 2019 en 2023, die een DXA kregen in een jaar voor tot een half jaar na de botbreuk.

Verrichting	DXA of DXA + VFA (Zorgactiviteitcode 80080, 120032, 120037)
Aanvragers	Internist, (Trauma)chirurg, Orthooped, Reumatoloog, Verpleegkundig specialist, Klinisch geriater, Physician assistant, Overig specialisme tweede lijn, Huisarts, Overige zorgprofessionals
(Sub)groepen:	Totaal fractuurpatiënten
Jaren:	2019 en 2023
Tijdsperiode:	365 dagen voor tot 182 dagen na botbreuk
Exclusiecriteria:	Patient is in het eerste jaar na de fractuur overleden

VFA

Wat betreft de VFA analyseren we het percentage patiënten van 50 jaar en ouder dat een jaar voorafgaand aan de botbreuk tot zes maanden daarna een VFA-meting van de wervelkolom met behulp van DXA kreeg ter vaststelling van wervelfracturen.

Er zijn drie verschillen in aanpak, vergeleken met de analyses over DXA's en medicatie. Ten eerste, omdat het een nieuwe kwaliteitsindicator betreft zijn de gegevens pas bekend vanaf 2023. Er kan geen vergelijking worden gemaakt met eerdere jaren. Ten tweede, omdat de VFA niet apart geregistreerd wordt is deze niet terug te vinden in de declaratiedata. De gegevens over VFA worden daarom herleid uit de kwaliteitsindicatoren, die jaarlijks gerapporteerd worden door de zorginstellingen. Ten derde, omdat de kwaliteitsindicatoren bekend zijn op zorginstellingniveau kunnen we de praktijkvariatie inzichtelijk maken.

Analyse 3: het zelfgerapporteerde aantal en het percentage patiënten van 50+ met een botbreuk voor wie een VFA is aangevraagd, en de praktijkvariatie tussen zorginstellingen.

Verrichting	VFA-meting
(Sub)groepen:	Totaal fractuurpatiënten 50+
Jaren:	2023
Tijdsperiode:	365 dagen voor tot 182 dagen na botbreuk
Exclusiecriteria:	Geen (overlijden onbekend)

Medicatie

Voor de analyses over het gebruik van medicatie wordt dezelfde tijdsperiode gebruikt als in het verbeter-signalement, namelijk voorgeschreven binnen een jaar na de botbreuk. Ook wordt de groep uitgesplitst in mensen met en mensen zonder DXA. In tegenstelling tot het verbeter-signalement is er een derde groep, namelijk mensen van 75+ met een heupfractuur. Zij krijgen volgens de richtlijn medicatie voorgeschreven zonder dat ze een DXA gehad hebben. Voor de analyses over 2023 worden ook hier de patiënten geïnccludeerd die in 2023 een botbreuk hebben gehad. Een deel daarvan heeft mogelijk (nog) geen medicatie gekregen.

Analyse 4: het aantal en het percentage patiënten met medicatie voor osteoporose, per jaar waarin de botbreuk heeft plaatsgevonden, en per subgroep.

Verrichting	Medicatie
(Sub)groepen	Patiënten met heupfractuur ≥75 jaar Fractuurpatiënten <75 jaar zonder DXA Fractuurpatiënten <75 jaar met DXA
Medicatie	Bisfosfonaten, zoledroninezuur, denosumab, teriparatide, romosozumab*
Jaren	2019-2023
Tijdsperiode	Tot 365 dagen na de botbreuk
Exclusiecriteria:	Patiënt is in het eerste jaar na de fractuur overleden

* Romosozumab wordt pas vanaf 2022 aanbevolen in de richtlijn en is niet eerder geanalyseerd.

Zorgprofessionals betrokken bij fractuurpreventie

Tot slot analyseren we welke zorgprofessionals betrokken zijn bij fractuurpreventie. Deze informatie wordt herleid uit twee kwaliteitsindicatoren, die toegevoegd zijn aan de indicatorenset Osteoporose, naar aanleiding van het verbeter-signalement. Wederom gaat het hier om zelfgerapporteerde gegevens uit 2023.

We beschrijven de uitkomst van de kwaliteitsindicator: ‘het percentage zorginstellingen waarin een fractuurpreventieteam aanwezig is, bestaande uit een verpleegkundige/verpleegkundig specialist/physician assistant (PA), een beschouwend specialist, een snijdend specialist die in een team samenwerken rondom het voorkomen van fracturen’

De ziekenhuizen die rapporteerden dat er geen fractuurpreventieteam aanwezig is, gaven vervolgens antwoord op de vraag:

“Welke van de volgende specialismen houden zich dan bezig met fractuurpreventie (meerdere antwoorden mogelijk):

- en verpleegkundige/een verpleegkundig specialist/physician assistant (PA).
- Een beschouwend specialist.
- Een snijdend specialist.

Ook deze uitkomsten beschrijven we in een tabel.

Analyse 5: aantal en percentage ziekenhuizen waarbij een fractuurpreventieteam aanwezig is, en indien niet aanwezig, welke specialismen zich met fractuurpreventie bezig houden.

	Aantal ziekenhuizen	Percentage ziekenhuizen
1. Fractuurpreventieteam aanwezig: ja		
2a. Fractuurpreventieteam aanwezig: nee		
2b. Indien nee, welke specialismen houden zich bezig met fractuurpreventie:		
- verpleegkundige/verpleegkundig specialist/physician assistant		
- beschouwend specialist;		
- snijdend specialist;		
- verpleegkundige/verpleegkundig specialist/physician assistant + beschouwend specialist;		
- verpleegkundige/verpleegkundig specialist/physician assistant + snijdend specialist;		
- beschouwend specialist + snijdend specialist;		
- verpleegkundige/verpleegkundig specialist/physician assistant + beschouwend specialist + snijdend specialist		

Bijlage 6 Reacties van partijen

Partij en opmerkingen	Reactie Zorginstituut
Koninklijke Nederlandse maatschappij ter bevordering der Pharmacie	
<p>De KNMP heeft geen opmerkingen over de stukken over patiënteninformatie en valpreventie, waar de KNMP ook genoemd wordt.</p> <p>Wat betreft therapietrouw zijn er meerdere opmerkingen en tekstuele aanpassingen, namelijk:</p> <p>‘Zij noemen onder meer het bestaan van de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen van het NHG en de KNMP. Ook benadrukken zij het belang van samenwerking met de huisarts.’</p> <p>‘Specifiek wijst de KNMP op de verschillende SFK rapportages, die kunnen helpen bij inzicht in therapietrouw’</p> <p>‘Ook noemen ze een belemmering voor de apotheker: het feit dat apothekers geen zicht hebben op het daadwerkelijk gebruik.’</p> <p>‘Tot slot vragen zij aandacht voor het feit dat therapietrouw gewoon moeilijk is, wat ook blijkt uit de NIVEL kennissynthese.’</p>	<p>Fijn dat u de stukken over patiënteninformatie en valpreventie onderschrijft. De tekstuele suggesties hebben we overgenomen. Hieronder enkele aanpassingen uitgelicht.</p> <p>De Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen hebben we vermeld, evenals de samenwerking met de huisarts.</p> <p>In 3.3 hebben we de SFK rapportages in het algemeen genoemd, en in paragraaf 3.4 hebben we de SFK rapportage voor Prolia gebruik specifiek benoemd.</p> <p>Toegevoegd: ‘Apothekers beschikken over aflevergegevens, maar zien niet het daadwerkelijk gebruik.’</p> <p>Uit de NIVEL kennissynthese hebben we conclusies toegevoegd: ‘Uit de proeftuinen blijkt dat implementatie van therapietrouw interventies van veel factoren afhankelijk is, zoals draagvlak, eigenaarschap, capaciteit en financiering, en daarom niet eenvoudig is.’³³</p>

³³ NIVEL, Proeftuinen ter bevordering van therapietrouw in de praktijk. Kennissynthese. Utrecht, 2024.

Nederlands Huisartsen Genootschap

In grote lijnen kunnen we ons vinden in uw proximale evaluatie. Wel hebben we enkele opmerkingen: We zouden graag zien dat u de passage op pagina 3 wat positiever gaat formuleren, bijvoorbeeld aldus:

Bij het Nederlands Huisartsen Genootschap is de afgelopen jaren hard gewerkt aan een nieuwe NHG-Standaard Fractuurpreventie die zoveel mogelijk aansluit op en spoort met de multidisciplinaire richtlijn. Deze standaard komt eind 2024 uit. In die richtlijn staat ook dat huisartsen patiënten die (al dan niet na daarop te zijn gezet door de tweede lijn) medicatie voor osteoporose gebruiken jaarlijks spreken, onder andere over eventuele problemen met de therapietrouw. Het initiatief voor het maken van die afspraken ligt vooralsnog bij de patiënt. Voor het opzetten van een systeem om de uitvoering van die jaarlijkse controles te bewaken, bleek te weinig draagvlak. Huisartsenpraktijken zijn al overbelast, in sommige regio's zijn huisartsen en praktijkondersteuners moeilijk te vinden, en huisartsen kunnen deze taak er niet zomaar bij hebben. Bovendien ontbreekt bij zorgverzoekers de wil om deze activiteit te financieren.

Onze tweede opmerking betreft verwante problematiek. Ook op pagina 19 en bovenaan pagina 20 staat een hele passage over therapietrouw, waarin wordt gezinspeeld op bellen van patiënten die hun medicatie niet ophalen en een eventuele rol van de praktijkassistente. Om dezelfde redenen als hierboven reeds genoemd is dat momenteel geen haalbare zaak. Het bewaken van dit soort zaken en het nabellen en motiveren van (wellicht onwillige) patiënten zijn allerlei extra taken die de huisartsen er momenteel niet bij kunnen hebben en iedere suggestie in die richting in conceptversies van de NHG-richtlijn, stuitte op grote bezwaren van de beroepsgroep.

Een probleem hierbij is ook dat de meeste fracturen in het ziekenhuis worden behandeld en dat het aankaarten van de mogelijkheid van een botdichtheidsmeting en gebruik van medicatie daar in beginsel plaatsvindt. Als huisartsen hebben we heel weinig zicht op de wijze waarop dat gebeurt en de mate waarin de patiënt gemotiveerd is deze medicatie (waarvan de inname toch enige voorzorgen vereist) langdurig te gebruiken. Wat we in dit verband missen in het rapport is inzicht in de mate waarin patiënten überhaupt gemotiveerd zijn dit soort medicatie voor preventieve doeleinden te gebruiken. Wellicht zijn veel patiënten toch primair geïnteresseerd in genezing van hun fractuur en hebben ze helemaal geen zin in langdurig gebruik van dit soort medicatie.

Tot zover onze opmerkingen over de proximale evaluatie. Over de beoogde opzet van de distale evaluatie hebben we geen opmerkingen.

Dank voor uw reactie. Inmiddels is de NHG-Standaard gepubliceerd, dat is fijn. We hebben informatie over de standaard in combinatie met uw opmerkingen als volgt verwerkt.

P3, samenvatting:

Daarnaast blijft de begeleiding van patiënten in de eerste lijn achter, waaronder de controle op therapietrouw. Het tekort aan huisartsen en praktijkondersteuners bemoeilijkt periodieke controles bij osteoporosepatiënten. Huisartsen ervaren de niet-optimale overdracht door het ziekenhuis als een probleem voor het verder begeleiden van de patiënt.'

P8, zorgtraject

In de onlangs herziene NHG-Standaard 'Fractuurpreventie' staat een module over organisatie van zorg.³⁴ Deze sluit aan op de multidisciplinaire richtlijn, waarbij wel benadrukt wordt dat controles in de eerste lijn afhankelijk zijn van lokale afspraken. Het zorgtraject komt overeen met het verbeteringsplan in de aanbeveling dat de huisarts in de eerste lijn samenwerkt met andere zorgprofessionals. Bij de jaarlijkse controles is er bijvoorbeeld een rol voor de praktijkondersteuner weggelegd. Bij medicatiegebruik is begeleiding door de apotheker wenselijk.

P9, richtlijnen

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft onlangs een nieuwe NHG-Standaard Fractuurpreventie gepubliceerd. De aanbevelingen over diagnostiek en behandeling komen overeen met de multidisciplinaire richtlijn. Bovendien is er een module 'organisatie van zorg' toegevoegd, met aanbevelingen over consultatie en verwijzing. De NHG-Standaard zal in nascholingen worden besproken, en de informatie over medicatie zal in materialen voor het 'farmacotherapeutisch overleg' (FTO) met apothekers worden verwerkt.

P17, therapietrouw

In de herziene NHG-Standaard is opgenomen: 'Overweeg de (jaarlijkse) controles gestructureerd vorm te geven, bijvoorbeeld door inzet van de praktijkondersteuner, zodat de patiënt daadwerkelijk op controle komt en de medicatie en eventuele supplementen niet voortijdig staaft'. Het NHG voorziet wel knelpunten bij implementatie daarvan. Huisartsenpraktijken zijn overbelast, in sommige regio's zijn huisartsen en praktijkondersteuners moeilijk te vinden, en huisartsen kunnen een systeem voor standaard jaarlijkse controles er niet zomaar bij hebben, aldus het NHG. Het initiatief voor het maken van afspraken ligt vooralsnog bij de patiënt. Mogelijk kunnen in de toekomst ook doktersassistenten een rol spelen bij het begeleiden van patiënten met osteoporose. Stichting DOKh heeft hiervoor een cursus ontwikkeld.³⁵

P18, therapietrouw

Het NHG benoemt dat huisartsen geen zicht hebben op patiënten bij de start wel gemotiveerd waren om de preventieve medicatie langdurig te gebruiken. Het eerste gesprek over het gebruiken van medicatie, en wat daarbij komt kijken, wordt gevoerd in de tweede lijn.

P18, advies en behandeling

In de NHG-Standaard 'Fractuurpreventie' wordt bij 'voorlichting en advies' verwezen naar de zorgmodules leefstijl op de NHG website, met informatie die in het gesprek met de patiënt gebruikt kan worden.³⁶

Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie

De NVE vindt het een mooi en goed leesbaar rapport en heeft geen opmerkingen.

Dank voor uw reactie, dat is fijn om te horen.

³⁴ Fractuurpreventie | NHG-Richtlijnen

³⁵ DOKh, Osteoporose Spreekuur Ondersteuner Huisarts.

³⁶ Praktijkhandleiding leefstijl voor huisartsen

Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie

Allereerst een woord van dank voor ieders inspanningen in deze! Ondergaand geven we je graag enkele opmerkingen/suggesties mee:

In algemene zin leest de NVFG veel verbeterafspraken die gaan over diagnostiek (als DEXA, VFA) en medicatie. Begrijp ons niet verkeerd; deze verbeterafspraken zijn relevant, maar het belang van leefstijlcomponenten als valpreventie, voeding en bewegen lijkt hierdoor ondergesneeuwd te raken. Dat de NHG-Standaard wel herzien, maar nog niet gepubliceerd is, kan daar mogelijk als knelpunt worden genoemd.

Onderzoek van de Osteoporose Vereniging bekrachtigd ons gevoel; daaruit bleek namelijk dat mensen niet tot nauwelijks een beweegadvies hadden ontvangen.

Ik weet, ook vanuit de landelijke ketenaanpak, dat er veel waarde wordt gehecht aan het juist gebruiken van terminologie. Kortgezegd doe je door middel van een valrisicotest een valrisico-inschatting (bepalen van de mate van valrisico--> laag, matig of hoog) en doe je bij mensen met een hoog valrisico vervolgens een screening door middel van een valrisicobeoordeling.

Daarnaast dat er '... de landelijke ketenaanpak van VeiligheidNL'. Ondanks dat VeiligheidNL een van de initiërende partijen is, zou ik wel graag een pleidooi willen houden voor een breed scala aan landelijke partijen die hierbij betrokken is.

Verder wordt er gerefereerd naar een zorgzoeker voor fysio- en oefentherapeuten van Chronisch ZorgNet die gespecialiseerd zijn in het behandelen van osteoporose. Ondanks dat het voor het evaluatierapport wellicht van ondergeschikt belang is, wil ik jullie toch meegeven dat er ook fysio- en oefentherapeuten zijn die zich kennis/vaardigheden t.a.v. osteoporose eigen hebben gemaakt, maar niet in deze zorgzoeker vindbaar zijn. Achterliggende redenen zijn b.v. dat zij niet bij een grote diversiteit aan netwerken aangesloten willen/kunnen zijn (brengt contributie, toelatings- en voortgangseisen met zich mee). Vanuit de beroepsvereniging is dit een onderwerp wat op dit moment (in brede zin, verder dan sec osteoporose) wel nader bekeken wordt.

Dank voor uw positieve reactie.

Wij begrijpen uw opmerking. Wij vinden deze leefstijlcomponenten ook erg belangrijk, en bij uitstek bijdragend aan passende zorg. Verbeterafspraken 3.2 en 3.3 betreffen daarom voeding en bewegen, en valpreventie.

Gelukkig is de NHG-Standaard onlangs gepubliceerd. Daarin is meer aandacht voor leefstijl, door een verwijzing naar de [Praktijkhandleiding leefstijl voor huisartsen](#). Dat hebben we opgenomen in het rapport.

Inderdaad vond de Osteoporose Vereniging ruimte voor verbetering. We hebben toegevoegd: Uit onderzoek van de Osteoporose Vereniging blijkt dat slechts de helft van de mensen met een behandelplan aangeeft dat ook bewegen wordt besproken, of dat ze een beweegadvies krijgen.

Wat betreft de terminologie: De termen valrisicotest en screening werden niet gebruikt in de geldende osteoporose richtlijnen in 2018, dus ook niet opgenomen in het verbeteringsplan en verbeterafspraken. Wel gebruikten we de termen 'valrisico-inschatting' en 'valrisicobeoordeling'. Dat hebben we voor de consistentie in dit rapport zo gelaten.

Bij het stukje over de ketenaanpak valpreventie hebben we deze termen wel gebruikt. We hebben dat stukje iets uitgebreid en partijen toegevoegd.

Na de zin: Op de website staat ook een Zorgzoeker³⁷ met fysio- en oefentherapeuten in de regio ' hebben we toegevoegd: De website heeft ook een Zorgzoeker³⁸ met fysio- en oefentherapeuten in de regio. Hoewel deze lijst niet volledig is, is het een handig hulpmiddel om een therapeut te vinden die gespecialiseerd is in osteoporose.

³⁷ Website Chronisch Zorgnet, <https://www.chronischzorgnet.nl/zorgzoeker/>.

³⁸ Website Chronisch Zorgnet, Zorgzoeker.

Partij en opmerkingen	Reactie Zorginstituut
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie	
<p>We hebben het rapport doorgenomen.</p> <p>Het is inhoudelijk geheel conform de nieuwe richtlijn osteoporose die de NVKG geaccordeerd heeft. De analyses komen dus overeen met de gestelde doelen uit die richtlijn en die doelen kwamen weer voort uit het verbeteringsplan osteoporose uit 2020 waar ook in deze evaluatie naar wordt verwezen.</p> <p>Kortom de cirkel is rond. We kunnen ons dus ook vinden in de beschreven evaluatie, zowel qua methodiek als inhoudelijk.</p>	<p>Hartelijk dank voor de positieve reactie. Het verbeteringsplan, de richtlijn en de evaluatie sluiten inderdaad goed op elkaar aan.</p>
Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde	
<p>NVNG de gebruikelijke schrijfwijze is DXA en niet DEXA</p>	<p>We hebben in het hele rapport DEXA vervangen door DXA</p>
Nederlandse Vereniging voor Radiologie	
<p>Ad 2.2 Verbeterafspraken over 'Verbeter diagnostiek en rapportage van wervelbreuken. Graag onderstaande fragment herformuleren: Ook heeft de NVvR een standaardverslag op de website gepubliceerd. De NVvR geeft aan dat landelijke implementatie van een gestandaardiseerde verslaglegging niet mogelijk is. Ieder ziekenhuis maakt hierover op lokaal niveau afspraken. In: De NVvR geeft aan dat landelijke implementatie van een gestandaardiseerde verslaglegging niet mogelijk is. Ieder ziekenhuis maakt hierover op lokaal niveau afspraken. De NVvR kan hierbij ondersteunen door een suggestie voor een standaardverslag op haar website beschikbaar te maken'</p> <p>We zijn het niet eens met de laatste zin. Belemmeringen voor het toepassen van AI zijn ons inziens vooral dat huidige AI algoritmen nog beperkingen hebben vooral als het gaat om goede integratie in de dagelijkse workflow. Verder zijn er uiteraard kosten aan het implementeren van AI algoritmen waarvan nog niet duidelijk is wie deze moeten dragen.</p>	<p>De zin 'ook heeft de NVvR een standaardverslag op de website gepubliceerd' is verwijderd.</p> <p>De zin: 'Maar de NVvR kan wel ondersteunen met een standaardverslag als voorbeeld op hun website' is toegevoegd.</p> <p>De zin: 'Ziekenhuizen zijn nog terughoudend, onder andere omdat het testen en implementeren van een nieuw systeem veel tijd kost' hebben we verwijderd</p> <p>Toegevoegd: Maar huidige AI-algoritmen hebben nog beperkingen bij de integratie in het dagelijkse werk en aan de implementatie van AI zijn kosten verbonden, aldus de NVvR.</p>
Nederlandse Vereniging voor Reumatologie	
<p>Het NVR-bestuur kan zich vinden in de uitkomsten van de proximale evaluatie.</p>	<p>Dank voor uw reactie, dat is fijn om te horen.</p>
Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie	
<p>Namens bestuur van de NVT geen opmerkingen.</p>	<p>Dank voor uw reactie, dat is fijn om te horen.</p>
Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden	
<p>Namens V&VN-VF&O kan ik laten weten erg blij te zijn met de totstandkoming van de Verpleegkundige Richtlijn Fractuurpreventie, wereldwijd een primeur! Je nam deze al op in het verslag waarin ook de goed draaiende opleiding fractuurpreventie voor verpleegkundigen, VS en PA wordt benoemd.</p>	<p>De zin over deze richtlijn hebben we aangevuld met: Deze bevat aanbevelingen voor het handelen van verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten bij de signalering, preventie en zorg voor mensen met een verhoogd fractuurrisico of osteoporose. Dit is wereldwijd een primeur.</p>
Zorgverzekeraars Nederland	
<p>'De zorg voor mensen met osteoporose heeft geen prioriteit bij veel zorgaanbieders ' aanvullen met: en zorgverzekeraars.</p> <p>Voor VFA bestaat geen aparte verrichtingscode, maar er is een andere verrichting die hiervoor volgens DHD kan worden gebruikt: 120037 Skeletdensitometrie met lateral vertebral assessment (LVA). De vraag is of het gaat om extra tijd die niet wordt vergoed of om het ontbreken van een declaratiecode.</p> <p>In de verrichtingenthesaurus staat een code die afleidt naar de dbc verrichtingscode 120037. Die kan, als het niet om een dbc gaat, als ozp Eerstelijns diagnostiek worden gedeclareerd.</p>	<p>We hebben 'en zorgverzekeraars' toegevoegd.</p> <p>De tekst hebben we als volgt aangepast:</p> <p>Er is inmiddels voor de VFA een code aangemaakt in de 'verrichtingenthesaurus' van Dutch Hospital Data (DHD). Deze leidt af naar de dbc-verrichtingscode 120037. Als het niet om een dbc gaat kan de VFA verrichtingscode als overig zorgproduct (OZP) eerstelijnsdiagnostiek worden gedeclareerd.</p>

Dit is een uitgave van
Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH Diemen

December 2024
www.zorginstituutnederland.nl