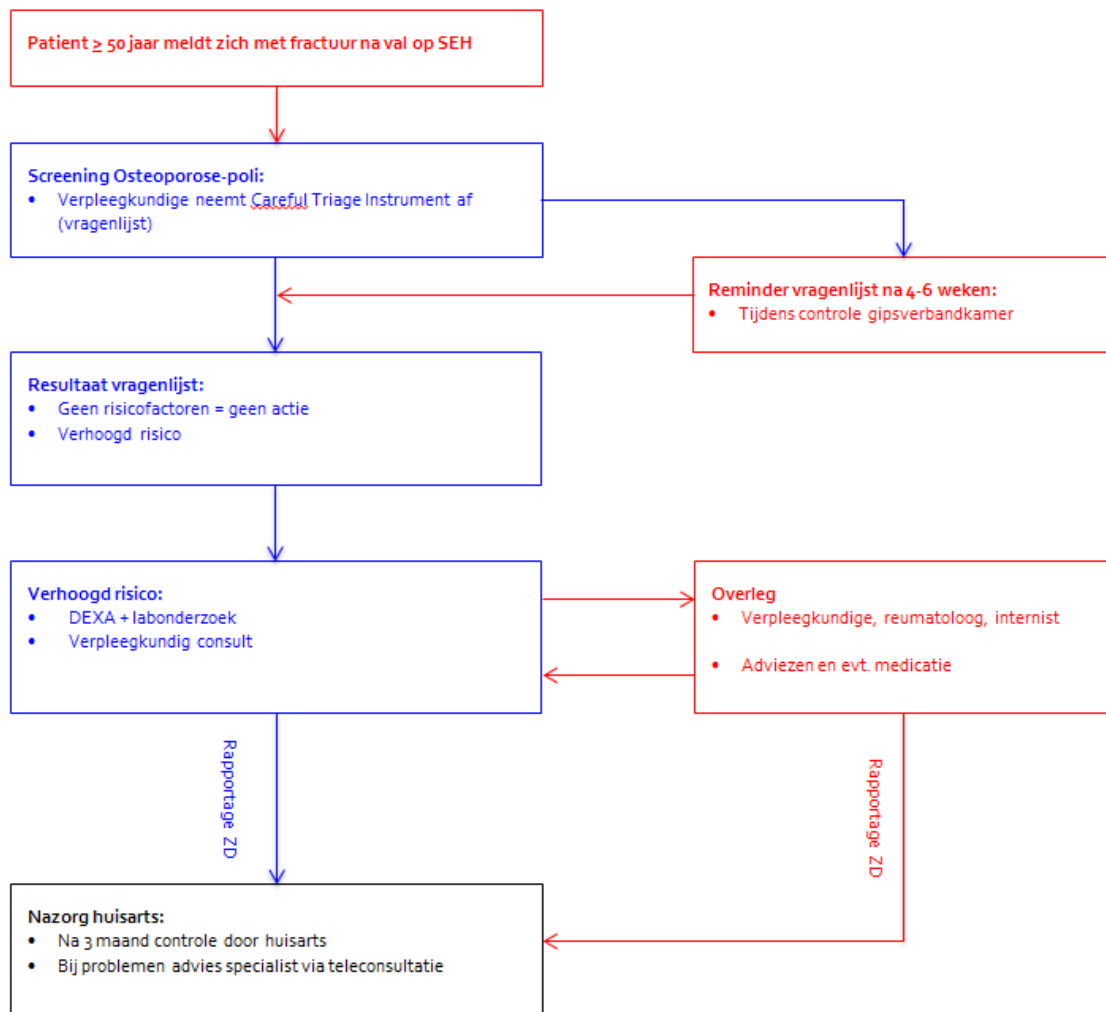


## ZORGPRESTATIE OSTEOPOROSE

versie 3 mei 2016

### Zorgprestatie Osteoporose

- Zie werkafpraak Osteoporose en Fractuurpreventie MCC Leeuwarden  
<http://www.mccleeuwarden.nl/werkafspraken/osteoporose-en-fractuurpreventie>



### Doel zorgprestatie

Verplaatsing van zorg rond fractuurpreventie van tweede naar anderhalve lijn met als doel een betere compliance en kostenreductie (van zowel directe kosten als lange termijn winst door afname van aantal recidief fracturen). Tevens voorkoming van verwijzing van patiënten met osteoporose van eerste naar tweede lijn en verbetering van de kwaliteit rond osteoporose in de eerste lijn door de mogelijkheid tot teleconsultatie. Alleen complexe patiënten met osteoporose blijven onder controle in de tweede lijn.

## Achtergrondinformatie

Osteoporose is een verminderde botsterkte met als gevolg een toegenomen risico op fracturen. Een vermindering van de botkwaliteit is het gevolg van een verstoorde balans tussen botafbraak en botaanmaak:

- Onvoldoende opbouw tijdens de groei,
- Excessieve botafbraak;
- Onvoldoende toename van de botaanmaak in relatie tot toegenomen botafbraak.

Het optreden van fracturen is eveneens multifactorieel bepaald. Naast de kwaliteit en de sterkte van het skelet, speelt het wel of niet optreden van een trauma en het soort trauma een rol. De meeste fracturen treden op bij patiënten die geen osteoporose hebben.

Osteoporose komt met name voor bij ouderen. Vooral na een heupfractuur of meerdere wervelfracturen is de kwaliteit van leven duidelijk verminderd. Tevens is de kans op overlijden verhoogd.

Naast patiënten die een fractuur door hebben gemaakt, is er ook een groep patiënten die niet een fractuur hebben doorgemaakt, maar wel een verhoogd risico hebben op een fractuur. Risicofactoren die hierbij een rol spelen zijn o.a. leeftijd (per decade verdubbeling van fractuurrisico), laag lichaamsgewicht, één of meer niet-recente fracturen vanaf het 50e levensjaar (langer dan 2 jaar geleden) en val-gerelateerde risicofactoren.

Actief beleid om deze mensen op te sporen wordt in de NHG-standaard ontraden. Wel worden deze zaken in kader van zorg voor kwetsbare ouderen in beeld gebracht en zo nodig behandeld.

## Epidemiologie

In de algemene Nederlandse bevolking wordt het aantal patiënten met een klinische fractuur bij patiënten van 50 jaar en ouder geschat op 80.000 per jaar. De meeste patiënten presenteren zich op de SEH met een niet-wervelfractuur (95%). Daarnaast komen wervelfracturen voor (1/3 met klachten/ symptomen van acute fractuur). Circa de helft van de volgende fracturen treedt op binnen 2 tot 3 jaar na de eerste fractuur. Het is dus zaak om behandeling van een eventuele osteoporose tijdig te starten, teneinde een nieuwe fractuur (met bijkomende morbiditeit en mortaliteit) te voorkomen.

De jaarlijkse incidentie van een heupfractuur in de Nederlandse huisartsenpraktijk bedraagt ongeveer 1 per 1.000 bij personen ouder dan 65 jaar en ongeveer 5 per 1.000 bij personen ouder dan 75 jaar. De huisarts ziet gemiddeld 1 tot 2 patiënten per jaar met een fractuur en osteoporose.

Het RIVM schat de prevalentie van osteoporose in de Nederlandse huisartsenpraktijk op 4 per 1.000 patiënten. De incidentie en prevalentie van fracturen en osteoporose zijn hoger bij vrouwen dan bij mannen en nemen boven de 65 jaar sterk toe. Deze exponentiële toename wordt met name veroorzaakt door progressieve afname van de botkwaliteit en toename van het valrisico (multifactorieel bepaald).

Patiënten ouder dan 50 jaar met een wervelfractuur hebben een 5 maal verhoogd risico op een volgende wervelfractuur en een ongeveer 2 maal verhoogd risico op een andere fractuur vergeleken met personen zonder wervelfractuur. Voor alle fracturen geldt dat het verhoogde risico op een volgende fractuur in de eerste jaren na de initiële fractuur 5 tot 20 maal hoger en na 10 tot 15 jaar nog altijd 2 maal hoger is. Circa de helft van de volgende fracturen treedt op binnen 2 tot 3 jaar na de eerste fractuur.

## Huidige zorg rond osteoporose in regio Noordwest Friesland

### *Tweede lijn*

Momenteel krijgen alle patiënten van 50 jaar en ouder, die zich melden op de SEH met een fractuur na een val, een vragenlijst ('Careful Triage Instrument') toegestuurd door de onderzoeksmedewerker van de poli reumatologie. Patiënten die de vragenlijst niet hebben teruggestuurd, worden één maal telefonisch benaderd. Als patiënten ook na dit telefonisch contact de vragenlijst niet terugsturen, krijgt de huisarts daarvan bericht. Patiënten die zijn opgenomen krijgen de vragenlijst na ontslag. Als de patiënt is opgenomen in een

verpleeghuis, dan wordt de specialist ouderengeneeskunde per brief gevraagd de diagnostiek en behandeling over te nemen.

De geretourneerde vragenlijst wordt beoordeeld. Er zijn een aantal mogelijkheden:

- Er zijn geen risicofactoren, verder actie is niet nodig,
- Er zijn risicofactoren en patiënt wordt uitgenodigd voor een DEXA en labonderzoek.

Een DEXA in het kader van deze screening wordt binnen twee weken gemaakt. De uitslag wordt, na voor overleg met internist en reumatoloog, op de osteoporosepoli met de patiënt besproken door de **verpleegkundige/onderzoeksmedewerker**. Er worden algemene adviezen gegeven over voeding en beweging en, indien nodig, wordt de patiënt ingesteld op medicatie. Hierna wordt er weer terugverwezen naar de huisarts voor verdere begeleiding.

Als er risicofactoren zijn en de patiënt komt in aanmerking voor de valpoli, dan wordt er verwezen. Patiënten met gecompliceerde osteoporose worden, doorgaans op verwijzing van de specialist, gezien op de **poli reumatologie**. De volledige werkafpraak staat in bijlage 1.

De respons op de toegezonden vragenlijsten na doorgemaakte fractuur ligt **op ..%**. Hiervan **wordt ..%** uitgenodigd voor een botdichtheidsmeting. Uiteindelijk **geeft ..%** gehoor aan deze oproep. Grofweg betekent dit, dat **ca ..%** van alle patiënten met een fractuur boven de 50 jaar een botdichtheidsmeting ondergaat.

#### *Eerste lijn*

Naast de actieve opsporing door de osteoporose-poli, speelt de huisarts ook een rol in de opsporing en behandeling van osteoporose. De huisarts speelt (naast de osteoporose-poli) mogelijk een actieve rol in het aanvragen van een botdichtheidsmeting na doorgemaakte fractuur (bijvoorbeeld bij patiënten die in eerste instantie niet hebben gereageerd op de oproep vanuit het ziekenhuis), maar zal met name ook patiënten met röntgenologische aanwijzingen voor osteoporose (doorgemaakte wervelfractuur of aanwijzingen voor een kalkarm skelet) verwijzen voor een botdichtheidsmeting.

Er worden in de regio Noordwest Friesland door de huisarts **.. botdichtheidsmetingen** per jaar aangevraagd. Het is niet bekend hoeveel van deze metingen worden gedaan als follow-up van behandeling en hoeveel er worden gedaan als eerste meting om osteoporose op te sporen.

## OSTEOPOROSE-ZORG ANDERHALVE LIJN

De huidige werkafspraken met screening op risicofactoren op osteoporose na een doorgemaakte fractuur is inhoudelijk een goede afspraak. Er zijn echter een aantal verbeterpunten.

De respons op de screeningslijsten zou hoger kunnen. Mogelijk kan dit worden gerealiseerd door de zorg dichterbij de patiënt te organiseren, en wel in de anderhalve lijn. Verder is er ten aanzien van het wel of niet ingevuld hebben van de screeningslijst nog een extra controle-moment mogelijk op het moment dat de patiënt (meestal na vier tot zes weken) voor controle op de gipsverbandkamer komt.

Om bij problemen in het vervolg van de behandeling in de eerste lijn advies te kunnen vragen bij de specialist zonder daarvoor te hoeven verwijzen naar de tweede lijn, wordt er de mogelijkheid tot teleconsultatie geboden. Hierbij kan de specialist op basis van een kleine set gegevens en een gerichte vraagstelling van de huisarts een advies geven, zodat verwijzing naar de tweede lijn kan worden voorkomen.

### Indicaties

Alle patiënten van 50 jaar en ouder, die zich melden op de SEH met een fractuur na een val, worden gescreend. De patiënten met een verhoogd risico op osteoporose worden uitgenodigd voor het doen van een DEXA.

### Contra-indicaties

Patiënten die na een fractuur opgenomen zijn in een verpleeghuis worden behandeld door de specialist ouderengeneeskunde. Patiënten die reeds worden behandeld voor osteoporose hoeven niet opnieuw te worden beoordeeld in de anderhalve lijn.

### Protocol osteoporose-zorg anderhalve lijn

De screening blijft onveranderd ten opzichte van de reeds bestaande werkafspraken, met dien verstande dat de verpleegkundige werkzaam zal zijn in het anderhalvelijns centrum.

Bij de controle-afspraken op de gipsverbandkamer wordt er nogmaals gevraagd of de patiënt de screeningslijst heeft geretourneerd.

Bij een verhoogd risico op osteoporose volgt een DEXA, waarna een consult bij de verpleegkundige in het anderhalvelijns centrum volgt.

Patiënten worden op een structureel overleg tussen **verpleegkundige, reumatoloog en internist** voor besproken. Patiënten krijgen adviezen en worden, indien nodig, ingesteld op medicatie.

Er wordt met de patiënten afgesproken dat ze na drie maanden voor controle bij de eigen huisarts langs gaan.

Daar wordt er met name beoordeeld of de medicatie goed wordt verdragen en of er verder nog vragen zijn.

Het is aan de individuele huisarts om de patiënt verder te controleren conform de NHG-standaard

Fractuurpreventie (bijlage 2).

### Teleconsultatie

Indien er bij de controle na drie maanden, of in het vervolg van de behandeling, problemen optreden, waarvan de huisarts het advies van de specialist zou willen, dan kan dit via teleconsultatie. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan bijwerkingen van medicatie, tweede fractuur onder behandeling, vragen over duur van behandeling, twijfel omtrent uitslag botdichtheidsmeting bij controle na therapie, et cetera.

Voor teleconsultatie heeft de specialist de volgende gegevens nodig:

- Uitslag DEXA (is in te zien door internist),
- Bij nieuwe patiënt uitslagen bloedonderzoek (BSE, serum calcium, albumine, creatinine, TSH en 25(OH)D en als er geen recente fractuur is, alkalisch fosfatase);
- Aantal zuivelconsumpties per dag;
- Voorafgaande medicamenteuze behandeling en duur hiervan;
- Corticosteroïdgebruik en dosering;
- Gerichtte vraagstelling.

Bij een nieuw ontdekte osteoporose door de huisarts dient er met name bij relatief jonge leeftijd en bij ernstige osteoporose (T-score < -3,5) gedacht te worden aan secundaire osteoporose, evenals bij patiënten met nieuwe fracturen onder medicamenteuze behandeling voor osteoporose. Ook dit zou een reden kunnen zijn om advies te vragen aan de internist.

In het antwoord zal de internist een adviseren over medicamenteuze behandeling, eventueel aan te vragen aanvullend bloedonderzoek of doorverwijzing naar de tweede lijn.

### Rapportage

De specialistisch verpleegkundige communiceert het advies (zowel medicamenteuze als niet-medicamenteuze adviezen) terug naar de eigen huisarts en schrijft het eerste recept voor.

Teleconsultatie geschiedt via Zorgdomein. Terugrapportage door de specialist vind ook digitaal plaats via .....

### Verwijzing/terugverwijzing

- Verwijzing naar specialist  
Patiënten die via de screening in het anderhalvelijns centrum worden gezien, worden bij gecompliceerde osteoporose verwezen naar de tweede lijn:
  - Patiënten met een verhoogd valrisico worden verwezen naar de valpoli,
  - Patiënten met secundaire osteoporose worden verwezen naar de tweede lijn, soms na advies van de internist via teleconsultatie.

### Voorwaarden voor implementatie

- De huisartsenpraktijk is inhoudelijk op de hoogte van de MCC werkafspraken Osteoporose en Fractuurpreventie (<http://www.mccleewarden.nl/Transmurale-Map>),
- De verpleegkundige van de osteoporose-poli werkt in het anderhalvelijns centrum, gedetacheerd vanuit het MCL;
- De verpleegkundige blijft toegang houden tot de gegevens van patiënten met een leeftijd van boven de vijftig jaar, die zich met een fractuur op de SEH presenteren;
- Er is financiering voor de voorbespreking van **verpleegkundige, internist en reumatoloog**;
- De specialistisch verpleegkundige kan de rapportage via Gerrit naar de huisarts versturen;
- Er wordt een module teleconsultatie aangemaakt in Zorgdomein;
- De specialist kan de teleconsulten via Gerrit eenvoudig terug rapporteren naar de huisarts.

### Evaluatiecriteria

- Screeningslijsten  
Het percentage ingevulde screeningslijsten stijgt van ..% naar ..%,
- Verwijzingen naar tweede lijn  
Het aantal patiënten dat met een vraagstelling betreffende osteoporose wordt doorverwezen naar de tweede lijn, blijft stabiel onder een toenemende prevalentie van osteoporose en een hogere 'vangkans' als gevolg van een verbeterde screening na fractuur;
- Aantal tweede fracturen binnen twee jaar  
Het aantal tweede fracturen binnen 2 jaar na een doorgemaakte fractuur na het 50e levensjaar neemt af met 20%.

### Richtlijnen en bronnen

Voor deze zorgprestatie is gebruik gemaakt van:

- De NHG standaard Fractuurpreventie (2012),
- De CBO richtlijn Osteoporose en Fractuurpreventie, derde herziening (2011);
- De MCC werkafspraken Osteoporose en Fractuurpreventie (2011).

### Bijlagen

- Bijlage 1: MCC werkafspraken Osteoporose en Fractuurpreventie  
<http://www.mccleewarden.nl/werkafspraken/osteoporose-en-fractuurpreventie>
- Bijlage 2: NHG-standaard Fractuurpreventie

#### **Samenstelling werkgroep Transmurale afspraak 2011**

- *dhr. J.G. Bakker, huisarts*
- *dhr. J.G. Woudstra, huisarts*
- *dhr. W. de Graaf, orthopedisch chirurg*
- *dhr. dr. J. Hoving, nucleair geneeskundige*
- *dhr. dr. T.L.Th.A. Jansen, reumatoloog*
- *dhr. dr. J.W. Kappelle, internist*
- *dhr. P.E. van Walderveen, klinisch geriater*
- *mevr. G.J. Vermeer, medisch coördinator MCC Leeuwarden*
- *mevr. M.A. Oostenrijk-Oreel (aanpassing in 2011)*

#### **Samenstelling werkgroep Anderhalvelijns centrum voor osteoporose**

- *dhr. dr. J.W. Kappelle, internist*
- *mevr. D. Zhang, reumatoloog*
- *dhr. S.F. Heeres, huisarts, regiodokter*
- *mevr. G.J. Vermeer, medisch coördinator MCC Leeuwarden*
- *dhr. E. P. Brameijer, regioadviseur ROS Friesland*