

# **Ketenzorgprogramma Osteoporose**

## **Zuid-Holland Noord**

Door: Knooppunt Ketenzorg Zuid-Holland Noord, werkgroep osteoporose  
Contactpersoon: Frans van der Kooij (huisarts, kaderhuisarts bewegingsapparaat en  
voorzitter werkgroep osteoporose)  
Louise Henderikx (adviseur Reos, [lhenderikx@reos.nl](mailto:lhenderikx@reos.nl))  
Versie: 2013.1  
Laatst aangepast: 3-6-2019  
Status: Concept (vastgesteld door werkgroep)

## Inhoud

<b>1.</b>	<b>Voorwoord .....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Wijzigingen versie voorjaar 2019.....</b>	<b>3</b>
<b>3.</b>	<b>Disclaimer ketenzorgprogramma's Knooppunt Ketenzorg .....</b>	<b>3</b>
<b>4.</b>	<b>Zorgproces osteoporose eerstelijns .....</b>	<b>4</b>
<b>5.</b>	<b>Werkprotocol osteoporose huisarts en POH .....</b>	<b>5</b>
<b>6.</b>	<b>Werkprotocol osteoporose apotheker .....</b>	<b>9</b>
<b>7.</b>	<b>Werkprotocol osteoporose diëtist .....</b>	<b>11</b>
<b>8.</b>	<b>Werkprotocol osteoporose fysiotherapeut .....</b>	<b>13</b>
<b>9.</b>	<b>Transmurale afspraken osteoporose .....</b>	<b>15</b>
<b>10.</b>	<b>Zelfmanagement bij osteoporose .....</b>	<b>16</b>
<b>11.</b>	<b>Kwaliteit.....</b>	<b>17</b>
<b>12.</b>	<b>Bronnen .....</b>	<b>19</b>
<b>13.</b>	<b>Bijlage NHG-labcodes.....</b>	<b>20</b>
<b>14.</b>	<b>Bijlage NHG-algoritme .....</b>	<b>21</b>

## **1. Voorwoord**

In dit ketenzorgprogramma vindt u de werkafspraken rondom mensen met osteoporose. Deze afspraken zijn nog niet geïmplementeerd in Zuid-Holland Noord.

## **2. Wijzigingen versie voorjaar 2019**

Dit betreft alleen een wijziging in de opbouw van het document. Alle ketenzorgprogramma's van Knooppunt Ketenzorg hebben dezelfde opbouw gekregen.

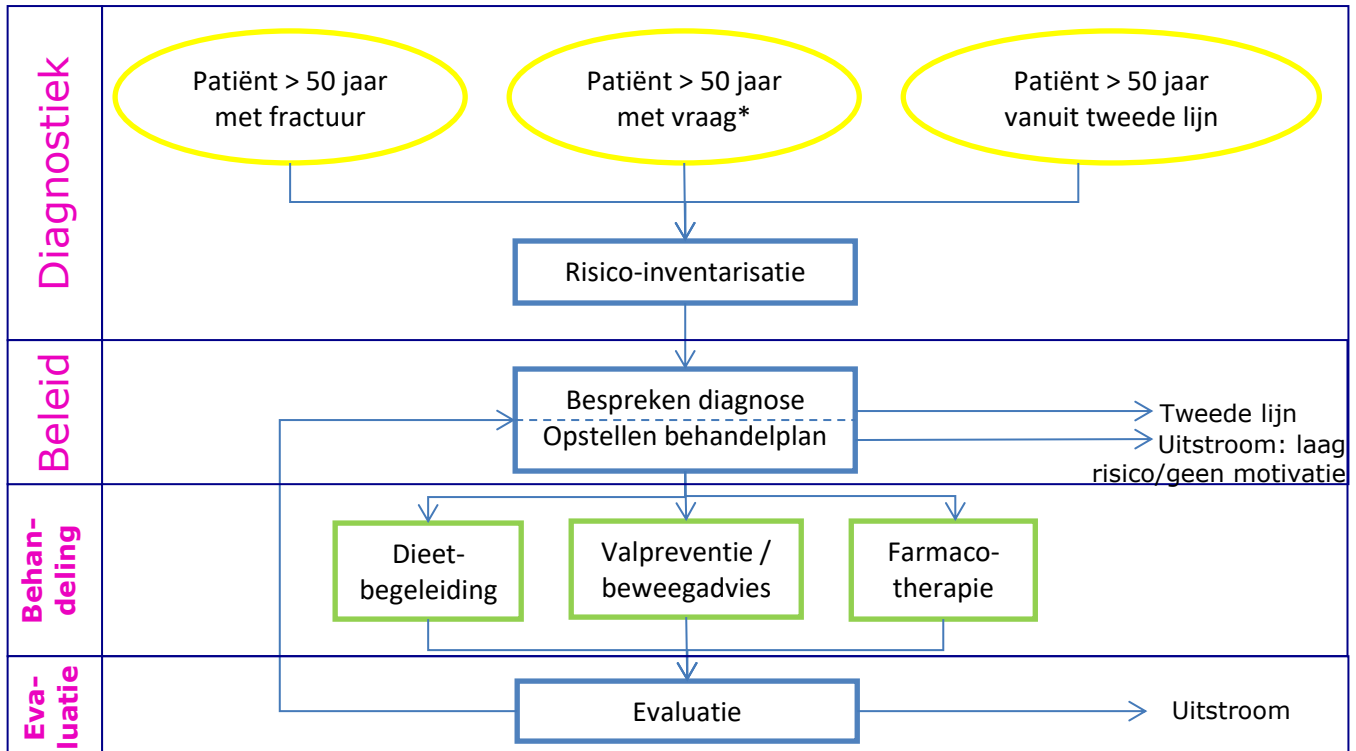
## **3. Disclaimer ketenzorgprogramma's Knooppunt Ketenzorg**

- Dit ketenzorgprogramma van Knooppunt Ketenzorg is opgesteld en geactualiseerd op basis van de geldende professionele richtlijnen en zorgstandaarden en aangepast aan de regionale situatie in Zuid-Holland Noord.
- Dit ketenzorgprogramma is opgesteld en mag gebruikt worden door deelnemers van Knooppunt Ketenzorg, de betrokken zorgpartners en Zorg en Zekerheid.
- Deelnemers van Knooppunt Ketenzorg:
  - mogen dit ketenzorgprogramma implementeren binnen hun GEZ of zorggroep met de betrokken zorgpartners en Zorg en Zekerheid;
  - deelnemers behouden het logo van of de verwijzing naar Knooppunt Ketenzorg bij de schriftelijke lokale vertaling van dit ketenzorgprogramma en de implementatie ervan.
- Dit ketenzorgprogramma is opgesteld als handvat voor zorgprofessionals. Patiënten en zorgorganisaties kunnen op geen enkele wijze rechten ontleen aan de inhoud van dit ketenzorgprogramma.

LET OP: Niet alle zorg die in dit ketenzorgprogramma is beschreven wordt door de verzekeraar vergoed.

#### 4. Zorgproces osteoporose eerstelijns

De eerste stap in onderstaand schema geeft weer via welke wegen het gros van de patiënten instroomt in het ketenzorgprogramma. Het geeft voor alle doelgroepen, ook voor de patiënten bij wie een verhoogd risico wordt vermoed en voor patiënten die vanuit de tweede lijn instromen, weer welke stappen zij in de meeste gevallen doorlopen in de verschillende fases van het ketenzorgprogramma (diagnostiek, beleid, behandeling en evaluatie).



\*Ook de patiënt zonder vraag maar bij wie de huisarts vermoedt dat er sprake is van een verhoogd risico, kan hier instromen.

## 5. Werkprotocol osteoporose huisarts en POH

### 5.1 Doelgroep

#### Inclusiecriteria:

Personen ouder dan 50 jaar:

- Met een klinische fractuur (een wervelfractuur of recente niet-wervelfractuur) of
- Met vragen over osteoporose (of die daar betrekking op hebben) of vragen over het risico op een fractuur.
- Met secundaire osteoporose ten gevolge van vitamine-D-gebrek en/of langdurig glucocorticosteroïdgebruik.

NB. Alle overige aandoeningen die osteoporose veroorzaken (zie tabel 2 in de NHG-standaard Fractuurpreventie) komen in de eerste lijn weinig voor en vallen onder de verantwoordelijkheid van de behandelend specialist, tenzij hier andere afspraken over gemaakt zijn. Wel is vanuit de eerste lijn een proactieve houding van de huisarts nodig voor patiënten die een aandoening hebben die osteoporose veroorzaakt (bijvoorbeeld anorexia nervosa, chronisch alcoholmisbruik, ziekte van Crohn, depressie) en die mogelijk niet of weinig gezien worden door zorgverleners (bijv. zorgmijders, patiënten die al lang geleden de diagnose osteoporose hebben gehad), bijvoorbeeld vrouwen nog niet in de overgang maar wel met osteoporose en verzakte wervels. Zij kunnen tussen wal en schip vallen.

#### Exclusiecriteria:

- Mensen van 50 jaar en jonger met osteoporose en één of meer spontane fracturen: verwijzing naar medisch specialist.
- Mensen met secundaire osteoporose als gevolg van alle andere dan bij de inclusiecriteria genoemde aandoeningen.

### 5.2 Eisen aan de huisartsenpraktijk voor goede osteoporosezorg

De huisartsenpraktijk:

- Verleent osteoporosezorg volgens de NHG-standaard en de CBO-richtlijn
- Volgt de regionale samenwerkingsafspraken met betrekking tot verwijzing naar en consultatie van de tweede lijn
- Werkt met een praktijkondersteuner (POH)
- Werkt multidisciplinair samen met de in dit ketenzorgprogramma genoemde disciplines
- Heeft een huisarts beschikbaar voor consultatie door de POH
- Organiseert structureel overleg tussen POH en huisarts

### 5.3 Doelen van de behandeling

- Voorkomen van een (nieuwe) fractuur door het verbeteren van de botdichtheid en beperken van het valrisico
- Bevorderen van zelfmanagement
- Verbeteren van leefstijlfactoren
- Optimaliseren van de kwaliteit van leven

### 5.4 Werkwijze van de risicoschatting<sup>1</sup>

De risico-inventarisatie bestaat uit een anamnese, lichamelijk onderzoek, eventueel aanvullend onderzoek, diagnosestelling, beleidbepaling en behandeling (zie NHG algoritme in bijlage).

Onderstaand wordt dit toegelicht. De gegevens verkregen uit de anamnese, het lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek kunnen in een meetwaardemodule in het HIS worden vastgelegd. Deze meetwaardemodule moet per HIS worden gemaakt (zie voorbeeld bijlage). Na de risico-inventarisatie stelt de huisarts de diagnose, bepaalt het beleid in samenspraak met de patiënt en/of de mantelzorgers, is betrokken bij de behandeling en voert de evaluatie uit.

Diagnostiek:

#### **Anamnese:**

- fracturen en wanneer deze hebben plaatsgevonden
- aanwijzingen voor één of meerdere wervelfracturen zoals rugpijnepisodes

---

<sup>1</sup> De bestaande POH-financiering is niet voor de behandeling van osteoporose bedoeld. Daarom geldt voor dit ketenzorgprogramma dat de gewenste taakverdeling tussen huisarts en POH op lokaal niveau verder afgestemd dient te worden.

- opvallende lengtevermindering
- heupfractuur bij één van de ouders
- aanwijzingen voor een verhoogd valrisico
- aantal zuivelconsumpties per dag
- vitamine D gebruik
- roken
- alcoholgebruik
- secundaire osteoporose
- mate van dagelijks bewegen (inschatting).

### Lichamelijk onderzoek:

Meet gewicht en lengte en bepaal de BMI

Bij aanwijzingen op een wervelfractuur letten op:

- Klop-, druk- en asdrukpijn van de wervelkolom
- Vorm van de wervelkolom (versterkte kyfose of lordose)
- Uitpuilen van de voorste buikwand en geringe afstand tussen ribbenboog en bekkenkam
- Bij patiënten met een verhoogd valrisico letten op mobiliteit en evenwicht bij het opstaan en lopen

Bepaal het fractuurrisico aan de hand van de risicoscore (zie tabel 1).

*Tabel 1: Risicoscore uit NHG-standaard Fractuurpreventie 2012.*

Kenmerk		Score
Leeftijd	≥60 jaar	1
	≥70 jaar	2
Laag lichaamsgewicht < 60 kg/ BMI < 20 kg/m <sup>2</sup>		1
≥2 keer vallen in de afgelopen 12 maanden		1
Ouder met een heupfractuur		1
Eerdere fracturen vanaf 50 jaar > 2 jaar geleden	1 fractuur ≥2 fracturen	1 2
Totaal		..... Lage risicoscore: <4 Hoge risicoscore: ≥4

Zie ook NHG algoritme in de bijlage.

### Aanvullend onderzoek:

Bij aanwijzingen voor wervelfractuur X-Thwk en X-Lwk.

Bij leeftijd > 50 jaar én een aangetoonde wervelfractuur, een recente niet-wervelfractuur of een risicoscore van ≥ 4: DXA (Dual X-ray Absorptiometry).

Bij leeftijd ≥ 60 jaar: tevens VFA (Vertebral Fracture Assessment) – niet in ieder ziekenhuis mogelijk- of als alternatief: X-ThWK en X-LWK om wervelinzakkingen op te sporen.

Zonodig lab-onderzoek:

- BSE, AF en beeldvormende diagnostiek bij rugklachten en een vermoeden op een maligniteit of ontsteking
- TSH en zonodig vrij T4 bij vermoeden op hyperthyreoïdie
- Kreatinine, calcium, albumine, fosfaat en parathyroïdhormoon bij vermoeden op hyperparathyreoïdie
- Vitamine D bij vermoeden op deficiëntie
- Kreatinine en eGFR vóór de start van een medicamenteuze behandeling bij het vermoeden op een nierfunctie stoornis.

### Vaststellen diagnose:

Stel de diagnose osteoporose bij botdichtheidsmeting met een T-score.

Maak onderscheid tussen patiënten met:

- een laag fractuurrisico bij een lage risicoscore (< 4);
- een matig fractuurrisico bij:
  - een recente niet-wervelfractuur zonder osteoporose; of
  - een hoge risicoscore ( $\geq 4$ ) zonder osteoporose;
- een hoog fractuurrisico bij:
  - één of meerdere wervelfracturen; of
  - een recente niet-wervelfractuur in combinatie met osteoporose; of
  - een hoge risicoscore ( $\geq 4$ ) in combinatie met osteoporose.

Ga na of er sprake is van een verhoogd valrisico. Dit is aanwezig bij 2 of meer valincidenten in de voorafgaande 12 maanden.

### **Beleid bepalen**

Samen met de patiënt een individueel zorgplan opstellen op basis van bovenstaande gegevens. Hierin moeten in ieder geval afspraken opgenomen worden over frequentie van controles met betrekking tot lab, herhaling van de dexa-scan en medicatie. Dit kan verder aangevuld worden met andere afspraken zoals individuele behandeldoelen, verwijzing naar en begeleiding door de diëtist, fysiotherapeut en/of specialisten in de tweede lijn.

Informatie geven en verwijzen naar informatie over de aandoening osteoporose.

Verwijzen naar andere disciplines in de eerste lijn (verwijscriteria zie onderstaand) en/of verwijzing naar/consultatie van de tweede lijn (zie transmurale afspraken).

## **5.5 Werkwijze controles**

### **Behandeling**

De behandeling wordt multidisciplinair uitgevoerd, ondersteund door het individueel zorgplan waarin persoonlijke doelen zijn opgenomen. De rol van de huisarts/POH hierin heeft betrekking op de volgende aspecten:

- Voorlichting geven, informatie m.b.t. leefstijladviezen,
- Informatie geven over suppletie met calcium en vitamine D
- Informatie geven over valpreventie (zie ook zorgmodule valpreventie).
- Wanneer gestart wordt met behandelen met bisfosfonaat: attentieregel aanmaken in het HIS met de einddatum van de medicatie ten behoeve van evaluatie medicatie.

## **5.6 Medicamenteuze therapie**

Bij hoog fractuurrisico en behandeling met bisfosfonaat:

- bij geen inname van zuivelproducten: 1000 mg extra calcium/dag in tabletvorm;
- bij 1 tot 3 porties zuivelproducten/dag: 500 mg extra calcium/dag in tabletvorm;
- bij  $\geq 4$  porties zuivelproducten: geen extra calcium.

Bij matig en hoog fractuurrisico: adviseer 800 IE (20 microg) vitamine D per dag; bij indicatie voor vitamine D en calcium: geef een combinatiepreparaat met 500 mg calcium en 880 of 800 IE vitamine D.

Bij hoog fractuurrisico: geef een bisfosfonaat oraal:

- alendroninezuur (70 mg/week of 10 mg/dag) of risedroninezuur (35 mg/week of 5 mg/dag);
- contra-indicatie voor een bisfosfonaat is een creatinineklaring < 30 ml/min;
- om beschadiging van de slokdarm te voorkomen: inname 's ochtends met een groot glas water, nuchter, het lichaam rechtop; instrueer 30 minuten rechtop en nuchter te blijven.

### **Vervolgcontrole**

Na 4 weken, 3 maanden, 6 maanden en vervolgens jaarlijks de patiënt controleren/monitoren:

- Letten op de juiste inname en eventuele bijwerkingen. Bij bijwerkingen de inname-instructie doornemen. Bij gastro-intestinale intolerantie alendroninezuur door risedroninezuur vervangen of andersom.
- Jaarlijks de lichaamslengte meten en deze registreren. Bij een lengtevermindering van meer dan 5 cm een X-TWK en een X-LWK maken. Bij verzoek om het middel te staken: desgewenst andere medicatie of een alternatieve toedieningsvorm bespreken.

Bij gebruik van bisfosfonaten vindt na 5 jaar een evaluatie plaats:

- Het gebruik van bisfosfonaten wordt in principe gestopt.

- 3 jaar na het staken van de bisfosfonaatmedicatie of eerder bij een nieuwe fractuur: opnieuw het stappenplan doorlopen. Bij persistent hoog fractuurrisico continuering van de behandeling tot maximaal 10 jaar overwegen.
- Bij voortgezet gebruik van een hoge dosis glucocorticosteroid na 5 jaar behandelen: bisfosfonaat tot maximaal 10 jaar continueren.
- Bij voortzetten van de behandeling de mogelijke afname van het fractuurrisico afwegen tegen het met de behandelduur toenemende risico op zeldzame bijwerkingen zoals osteonecrose, slokdarmcarcinoom en atypische femurschachtfracturen.

## 5.7 Verwijscriteria binnen de eerstelijin

**Huisarts  
verwijst naar:**  
Fysiotherapeut

### Verwijscriteria

- Verhoogd valrisico
- (Dreigende) immobiliteit of valangst, in de fase na een (wervel)fractuur
- Zo nodig bij sub-acute fase na een (wervel)fractuur
- Zo nodig bij bewegingsarmoede (Nederlandse norm gezond bewegen 2011: combinorm)

Stoornissen en beperkingen op het gebied van het houding- en bewegingsapparaat en immobiliteit

Diëtist

- Slechte voedingstoestand
- Onvolwaardig voedingspatroon
- Voedingsgerelateerde vragen
- Suppletie advies

Apotheker

- Medicatiecheck
- Medicatie advies m.b.t. inname, behandeling, therapietrouw

Tweede lijn

In geval van secundaire osteoporose anders dan door corticosteroïdgebruik  
Zie ook de transmurale afspraken (nog in ontwikkeling).

Bij verwijzing naar een paramedicus stuurt de huisarts/POH de volgende informatie mee:

- Personalialia patiënt
- Diagnose
- Relevante pathologie
- Labwaarden van het afgelopen jaar
- Medicatie overzicht
- Behandelplan
- Recept (bij verwijzing naar een apotheek)

## 5.8 Voorlichting, informatie en educatie

Informatie over de ziekte, het beloop en de gevolgen is van groot belang. De volgende thema's komen aan bod:

- Wat is osteoporose: kennis van het ziektebeeld
- Wat is een gezonde leefstijl
- Wat zijn behandelmethoden
- Wat zijn risicofactoren
- Wat zijn complicaties
- Welke invloed is er op psychosociaal en lichamelijk vlak
- Welke onderzoeken zijn nodig en wat betekenen die
- Wat is het belang van therapietrouw
- Patiënteninformatie op internet is te vinden op [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl) en [www.apotheek.nl](http://www.apotheek.nl)
- Lotgenotencontact via: [www.osteoporosevereniging.nl](http://www.osteoporosevereniging.nl).



## **6. Werkprotocol osteoporose apotheker**

### **6.1 Doelgroep**

Personen ouder dan 50 jaar bij wie op basis van een risico-inventarisatie farmacotherapeutische behandeling ter voorkoming of behandeling van osteoporose noodzakelijk wordt geacht.

### **6.2 Eisen aan de apotheker voor goede osteoporosezorg**

De apotheker zorgt ervoor dat hij voldoende punten haalt in het kader van de herregistratie tot openbaar apotheker. Daarnaast moet hij op de hoogte zijn van de actuele richtlijnen omtrent de farmacotherapie bij osteoporose.

### **6.3 Doelen van de behandeling**

Het voorkomen van fractures veroorzaakt door een (te) lage botmineraal dichtheid:

- Door middel van medicatiechecks bij mensen met een mogelijk verhoogd risico op osteoporose op grond van het medicatiegebruik.
- Door middel van medicatiechecks bij mensen met een mogelijk verhoogd valrisico op grond van het medicatiegebruik (zie zorgmodule valpreventie).

### **6.4 Werkwijze farmacotherapeutische behandeling**

De farmacotherapeutische behandeling is onder te verdelen in een eerste uitgifte, een tweede uitgifte en diverse vervolguittigtes. Deze stappen worden hieronder toegelicht.

Bij een eerste uitgifte wordt gecontroleerd of de patiënt de voorgeschreven medicijnen veilig kan gebruiken. Eventuele signalen worden volgens protocol (Winap of Stichting Healthbase) afgehandeld. Tevens wordt beoordeeld of de dagelijkse calciuminname (via zuivel of als calcium supplement) voldoende is en of de patiënt 800 IE vitamine D per dag gebruikt. De benodigde medicatie wordt voor twee weken geleverd en toegevoegd aan het actuele medicatieoverzicht van de patiënt. Soms is dit al gedaan door de diëtist of de huisarts.

Bij een tweede uitgifte worden de ervaringen met het gebruik van de medicatie besproken en vindt wederom medicatiebewaking plaats. Medicatie wordt voor maximaal drie maanden geleverd en desgewenst (na synchronisatie) toegevoegd aan de proactieve chronische herhaalservice.

Als een patiënt deelneemt aan de proactieve chronische herhaalservice, zorgt de apotheek ervoor dat de chronische medicatie elke drie maanden bij de huisarts wordt aangevraagd. De patiënt krijgt van de apotheek een berichtje wanneer zijn of haar medicatie afgehaald kan worden. Indien een patiënt (herhaaldelijk) zijn medicatie te laat komt ophalen, wordt geïnformeerd of er wellicht problemen zijn met het correct innemen van zijn of haar medicatie.

### **6.5 Voorlichting, informatie en educatie**

#### Eerste Uitgifte

De begeleiding aan de patiënt wordt gegeven volgens het protocol Eerste Uitgifte begeleiding. Bij de begeleiding wordt gebruik gemaakt van patiëntgerichte communicatie en motiverende gespreksvoering. Bij de Eerste Uitgifte overlegt de apotheekmedewerker met de patiënt over de individueel benodigde en gewenste zorg en wordt de overeengekomen zorg vastgelegd in het elektronische patiëntendossier (EPD).

De eerste vraag is: "Wat heeft de dokter u over dit middel verteld?" zodat kan worden ingehaakt op de voorlichting die al is gegeven.

Vervolgens komen de volgende zaken aan bod:

- Behandeldoel op de korte en op de lange termijn
- Uitleg over de werking van de voorgeschreven medicatie
- Dosering en inname tijdstip
- Belangrijkste bijwerkingen
- Wanneer kan er effect verwacht worden?
- Wat te doen als er een tablet vergeten is?
- Bespreken van het calcium en vitamine D advies. Indien nodig vindt terugkoppeling naar de voorschrijver plaats.
- Inname-adviezen en gebruikswaarschuwingen
- Bewaaradviezen (zo nodig)

- Het medicatieoverzicht → Is dit nog actueel?
- Vragen van de patiënt

Alles wordt vastgelegd in het elektronische patiëntendossier (EPD). Tevens wordt bij bisfosfonaten de einddatum van het gebruik vastgelegd ten behoeve van evaluatie.

Er wordt een informatiefolder verstrekt met specifieke informatie over het afgeleverde geneesmiddel. Daarnaast krijgt de patiënt een uitdraai van het actuele medicatieoverzicht.

#### Tweede Uitgifte

Bij de Tweede Uitgifte van het medicijn komt meer de beleving van de patiënt ten aanzien van zijn of haar medicatie aan de orde. Tevens is er aandacht voor het inpassen van het medicatiegebruik in het dagelijks leven van de patiënt.

Hierbij kunnen bijvoorbeeld de volgende vragen worden gesteld (afhankelijk van lokale afspraken):

- Hoe zijn de ervaringen met het geneesmiddel geweest?
- Heeft u nog last van bijwerkingen gehad? Zo nodig vindt overleg met de apotheker of terug verwijzing naar de arts plaats.
- Is er voor u een reden om te stoppen met het medicijn?
- Is de vorige keer met u gesproken over calcium en vitamine D?
- Zo ja: Heeft u het advies opgevolgd? Wat zijn uw ervaringen?
- Zo nee: Waarom niet? Zijn er belemmeringen?
- Heeft u nog vragen over dit geneesmiddel of over andere medicijnen die u gebruikt?

De proactieve chronische herhaalservice wordt met de patiënt besproken. Indien nodig wordt het geneesmiddelengebruik gesynchroniseerd. Desgewenst wordt een nieuw actueel medicatieoverzicht verstrekt.

Alles wordt vastgelegd in het EPD. Zo nodig vindt terugkoppeling naar de huisarts of POH plaats.

#### Vervoluitgiftes

Bij vervoluitgiftes is het belangrijk om te beoordelen of de medicatie correct wordt gebruikt en eventuele belemmeringen bij de patiënt daarbij te signaleren. De volgende vragen worden gesteld:

- Hoe gaat het met het innemen van de medicijnen?
- Zijn er nog veranderingen of bijzonderheden?
- Wat wilt u verder nog weten?

Er wordt aandacht besteed aan de therapietrouw als het apotheekinformatiesysteem hieromtrent een signaal genereert. Indien nodig vindt terugkoppeling naar de huisarts of PVK plaats.

## **6.6 Criteria voor overleg of terugverwijzing**

Indien nodig koppelt de apotheek relevante farmacotherapeutische bevindingen terug aan de voorschrijver.

### *6.1.1. Terugrapportages naar de verwijzer*

De apotheker voert jaarlijks een aantal patiëntselecties uit die worden voorgelegd aan de voorschrijver. Hierbij wordt o.a. gekeken naar:

Therapietrouw

#### **Ondergebruik:**

Krijgt elke patiënt voldoende calcium en vitamine D toegevoegd aan het bisfosfonaat?

Bij iedere patiënt die meer dan 7,5mg prednisonequivalent gebruikt moet beoordeeld worden of er een indicatie is voor een bisfosfonaat

#### **Overgebruik:**

Is de patiënt bij het stoppen van een oraal corticosteroid ook gestopt met het bisfosfonaat als er geen osteoporose is?

Therapie volgens de richtlijn:

Na vijf jaar gebruik van een bisfosfonaat wordt de patiënt aan de huisarts voorgelegd met de vraag of hij/zij moet stoppen met het gebruik van het bisfosfonaat of dat continuering van het gebruik wordt overwogen.

## **7. Werkprotocol osteoporose diëtist**

### **7.1 Doelgroep**

Personen ouder dan 50 jaar met:

- Een slechte voedingstoestand
- Een onvolwaardig voedingspatroon
- Voedingsgerelateerde vragen

Daarnaast geeft de diëtist begeleiding bij:

- Een verhoogd risico op het ontwikkelen van osteoporose
- bij het voorschrijven van corticosteroïden  $\geq 7,5$  mg prednisonequivalent per dag aan peri- en postmenopauzale vrouwen en aan mannen ouder dan 70 jaar, bij een verwachte duur van de behandeling van 3 maanden of langer.
- bij het voorschrijven van  $\geq 15$  mg prednisonequivalent per dag gedurende 3 maanden of langer.
- bij het vermoeden van inadequate calcium- en vitamine D inname of slechte voedingstoestand,
- BMI  $\leq 20$  en / of  $> 10\%$  onbedoeld gewichtsverlies in de laatste 6 maanden en/of  $> 5\%$  onbedoeld gewichtsverlies in de laatste maand; definitie Stuurgroep Ondervoeding
- overgewicht (BMI  $> 30$ )
- BMI 22 – 30 in combinatie met roken
- optimalisatie van het voedingsgedrag
- bij bepaalde aandoeningen die osteoporose veroorzaken of een risicofactor vormen voor secundaire osteoporose; de 7 meest voorkomende aandoeningen: COPD, Diabetes Mellitus, schildklier-aandoeningen, reumatische aandoeningen, primaire hyperparathyreoïdie, chronische darmontsteking, malabsorptie.
- Na verrichting van een botmineraaldichtheidsmeting door middel van dual-energy x-ray (DEXA) apparatuur, met de volgende uitslag:
  - Tscore -1 tot -2,5; er is sprake van osteopenie
  - Tscore  $< -2,5$ ; er is sprake van osteoporose.

### **7.2 Eisen aan de diëtist voor goede osteoporosezorg**

De diëtist is een HBO-opgeleide professional. Alle diëtisten hebben voldoende kennis en ervaring rondom osteoporose in relatie tot de voeding en leefstijl. De diëtist levert transparante zorg en behandelt de cliënt volgens de laatste evidence based inzichten. De diëtist volgt bij- en nascholingen en houdt de vakliteratuur bij. De diëtist staat ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici en staat open voor feedback en toetsing.

Verder beschikt de diëtist over de volgende kwaliteiten met betrekking tot communicatie:

- De diëtist is in staat met de cliënt een vertrouwensrelatie op te bouwen en deze relatie gedurende langere tijd te continueren.
- De diëtist is in staat het belang van een gezonde leefstijl en gezonde voeding aan de cliënt duidelijk te maken.
- De diëtist helpt de cliënt inzicht te krijgen in de eigen motivatie om zo tot gedragsverandering te komen.
- De diëtist helpt de cliënt zijn/haar aandoening te leren accepteren en barrières voor een goede compliance op te heffen.
- De diëtist beschikt over een breed scala aan gesprekstechnieken en motiverende technieken.

### **7.3 Doelen van de behandeling**

- Handhaven en/of verbeteren van de voedingstoestand
- Verlagen van verhoogde risico op botverlies en op ontstaan fracturen
- Vertragen van (verder) botverlies en het ontstaan fracturen
- Bereiken van een volwaardige voeding
- Bevorderen van het algemeen welbevinden volgens de patiënt
- Verbeteren van de leefstijl, aansluitend bij de wensen en mogelijkheden van de patiënt.

Dit kan worden gerealiseerd aan de hand van de volgende subdoelen. De patiënt:

- Kent de principes van het dieet bij osteoporose en begrijpt de relatie van het dieet tot deze aandoening
- Weet welke aanvullingen/supplementen nodig zijn
- Begrijpt de Nederlandse Norm Gezond Bewegen in relatie tot risico's op fracturen en osteoporose en in relatie tot het verminderen en voorkomen van de klachten
- Is in staat het dieet, leefstijl adviezen en specifieke onderdelen in dieet in het dagelijks leefpatroon in te passen
- Heeft inzicht in eigen eetgedrag en kan omgaan met de barrières die hij daarin ondervindt
- Is gemotiveerd de veranderende voedingsgewoonten op langere termijn voort te zetten
- Voelt zich verantwoordelijk voor het eigen voedingsgedrag en de eigen levensstijl
- Is therapietrouw.

#### **7.4 Werkwijze diëtistische behandeling**

De voedingsadviezen voor cliënten met osteoporose zijn gebaseerd op de Richtlijnen Goede Voeding. Daarbij kan de generieke zorgmodule voeding gebruikt worden.

De begeleiding richt zich onder meer op het optimaliseren van de voedingstoestand.

De onderwerpen die worden besproken zijn:

- Relatie preventie van fracturen, verminderen klachten van osteoporose en voeding
- Relatie medicatie (thiazolidinedionen (bij DM II), protonpompremmers, antiepileptica, antidepressiva, antipsychotica, benzodiazepinen, chemotherapie bij borstkanker, hormoontherapie bij borstkanker en prostaatcancer) bepaalde ziekten en risico op fracturen en botverlies
- Richtlijnen Goede Voeding
- Specifiek met betrekking tot gezonde voeding: belang van voldoende Calcium en vit D inname
- Suppletie Ca-vit D (volgens CBO richtlijn en richtlijn Gezondheidsraad 2012)
- Vit D suppletie bij osteoporose: 20 mcg (800 IE) per dag
- Ca suppletie: bij < 1200 milligram Ca inname via voeding per dag: calciumpreparaat (overeenkomst CBO Richtlijn)
- Extra aandacht voor goede natriumstatus, cafeïne, oxaalzuur (i.v.m. calcium binding) en rookgedrag
- Belang van gezonde leefstijl (zelfmanagement): voeding, stoppen met roken, matig gebruik alcohol, zo (veel) mogelijk naar buiten, bewegen; belang van veiligheid en valpreventie
- Het voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen
- Bevorderen van algemeen welbevinden: leren omgaan met de symptomen
- Belang van gezond gewicht
- Attent zijn op therapietrouw
- Boodschap afstemmen op de fase van gedragsverandering waarin de cliënt zich bevindt, opsporen van barrières en coachen bij het structureel veranderen van de leefstijl.

#### **7.5 Voorlichting, informatie en educatie**

Zie bovenstaande paragraaf.

#### **7.6 Criteria voor overleg of terugverwijzing**

De diëtist verwijst naar de huisarts, in overleg met de patiënt, indien geen verbetering waarneembaar is of bij complicaties.

De diëtist stuurt de verwijzer bij afsluiting van de begeleiding een rapportage met de behandeldoelen, het behandelproces, het dieetadvies in hoofdlijnen en de behandelresultaten.

## **8. Werkprotocol osteoporose fysiotherapeut**

### **8.1 Doelgroep**

Personen ouder dan 50 jaar met:

- Verhoogd valrisico
- (Dreigende) immobiliteit of valangst, in de fase na een (wervel)fractuur
- Zo nodig bij subacute fase na een (wervel)fractuur
- Zo nodig bij bewegingsarmoede (Nederlandse norm gezond bewegen)
- Stoornissen en beperkingen op het gebied van houding en het bewegingsapparaat en immobiliteit.

### **8.2 Eisen aan de fysiotherapeut voor goede osteoporosezorg**

Om mensen met osteoporose adequaat te kunnen behandelen, is het noodzakelijk dat de fysiotherapeut beschikt over specifieke kennis en vaardigheden (verkregen via opleiding, werkervaring en/of via bij- en nascholing). De *KNGF-richtlijn Osteoporose* verschaft de fysiotherapeut specifieke kennis over het beloop van osteoporose en de bij osteoporose behorende pathofysiologische processen, de gevolgen van osteoporose die door de fysiotherapeut te beïnvloeden zijn, en informatie over het diagnostisch en therapeutisch proces, met daarbij de meest relevante klinisch-wetenschappelijke literatuur.

### **8.3 Doelen van de behandeling**

Het doel van de fysiotherapeutische behandeling van patiënten met osteoporose of met osteoporose samenhangende klachten is het voorkomen van (nieuwe) fracturen. Hiertoe begeleidt de fysiotherapeut de patiënt om te komen tot opheffing of vermindering van de immobiliteit, vermindering van het valrisico, het behouden of herwinnen van de zelfstandigheid na een fractuur, het bevorderen van een gezondheid bevorderende leefstijl en stimuleren van daarmee samenhangende bot belastende activiteiten.

### **8.4 Werkwijze fysiotherapeutische behandeling**

De herziening van de KNGF-richtlijn Osteoporose van het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) dient als leidraad voor mensen met gezondheidsproblemen die samenhangen met osteoporose en de rol van de fysiotherapeut hierbij. In de richtlijn wordt het diagnostisch en therapeutisch proces beschreven conform het methodisch fysiotherapeutisch handelen. De Praktijkrichtlijn dient als leidraad voor het fysiotherapeutisch handelen. Deze herziene richtlijn kan worden gezien als een beroepsspecifieke invulling van de multidisciplinaire richtlijn Osteoporose en Fractuurpreventie.

Hoewel de aandoening osteoporose op zichzelf geen verwijzindicatie voor fysiotherapie hoeft te zijn, kunnen de met osteoporose samenhangende problemen, bijvoorbeeld pijn, bewegingsangst, houdingsproblemen, dyspnoe, verminderde spierkracht of een afgenomen balans, fysiotherapeutische behandeling behoeven. Ook kunnen fysiotherapeuten patiënten behandelen voor een ander gezondheidsprobleem, die mogelijk (ook) osteoporose hebben of kunnen ontwikkelen.

Afhankelijk van de hulpvraag en de wijze van functioneren van de patiënt staan verschillende probleemgebieden (alleen of in combinatie met elkaar) centraal. De volgende probleemgebieden zijn te onderscheiden:

1. *(Dreigende) immobiliteit.* Immobiliteit leidt op den duur tot een afname van de BMD, stoornissen en beperkingen. Hierdoor ontstaat een verhoogd fractuurrisico. Val- of bewegingsangst kan een rol spelen bij het in stand houden van de immobiliteit.
2. *Een verhoogd valrisico.* Een verhoogd valrisico kan ontstaan door stoornissen en beperkingen, zoals een verminderde spierkracht, een verminderde mobiliteit van gewrichten of een verminderde balans bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (adl). Ook kan het een gevolg zijn van bepaalde (combinaties van) medicatie.
3. *Status na een fractuur.* Afhankelijk van de lokalisatie van de fractuur kunnen specifieke stoornissen, beperkingen en participatieproblemen optreden. Bij wervelfracturen staan bijvoorbeeld de houding en balans centraal, bij een heupfractuur kunnen dat bijvoorbeeld het gangpatroon en transfers zijn. In alle gevallen is het van belang om functies en activiteiten aan te leren die nodig zijn voor het dagelijks functioneren. Aanbevelingen in de richtlijn zijn gericht op de subacute fase na een (wervel)fractuur.

### **8.5 Voorlichting, informatie en educatie**

De behandeling vindt plaats in samenspraak met de patiënt en bestaat uit informeren/adviseren en het oefenen en sturen van functies en activiteiten. Informeren en adviseren is gericht op het bieden van steun en het informeren/adviseren over een gezonde leefstijl, risico's voor vallen, valpreventie en het adviseren van en leren omgaan met (loop)hulpmiddelen, zoals een rollator. Indien mogelijk betreft de advisering ook de thuissituatie (letten op losse matjes, trapleuningen, automatische verlichting rondom de trap en wc, het gebruik van (heup/rug/pols-) protectiematerialen bij sporten, enz.).

Het oefenen en sturen van functies en activiteiten is gericht op:

- het uitvoeren van osteogene activiteiten;
- spierfunctieverbetering;
- balanstraining;
- verbetering van het uithoudingsvermogen;
- verbeteren van het gangpatroon (zoals paslengte, voet clearance [hoogte waarmee de voet tijdens de zwaai fase boven de grond of obstakels blijft] en draaien) en/of
- het verminderen van het valrisico.

De fysiotherapeut stimuleert de patiënt om deze functies en activiteiten in te bouwen in het dagelijks leven, zodat hij na afloop van de behandeling deze activiteiten zelfstandig voortzet. De fysiotherapeut zal de pijn primair beïnvloeden door het geven van voorlichting en het oefenen en sturen van functies en activiteiten. Hierbij wordt een gedragsgeoriënteerde benadering toegepast. Hevige pijn is een indicatie om contact op te nemen met een arts.

### **8.6 Criteria voor overleg of terugverwijzing**

De fysiotherapeut verwijst naar de huisarts, in overleg met de patiënt, indien geen verbetering waarneembaar is of bij complicaties.

De verwijzer wordt eventueel tussentijds maar in ieder geval na het beëindigen van de behandeling geïnformeerd over de (individueel vastgestelde) behandeldoelen, het behandelproces, het beweegadvies en de behandelresultaten.

## **9. Transmurale afspraken osteoporose**

De transmurale afspraken zijn in ontwikkeling.

## **10. Zelfmanagement bij osteoporose**

### **10.1. Ondersteuning van zelfmanagement**

Zelfmanagement is een veelgehoord begrip in de zorg. Het is echter niet nieuw. Nieuw is wel om er gestructureerd aan te werken, zowel door patiënt als zorgverlener. De patiënt wordt door de chronische ziekte gedwongen zijn leven en gedrag aan te passen. Als een patiënt goed inzicht en begrip heeft omtrent de inhoud van zijn ziekte helpt dat bij het proces van aanpassing. Zorgverleners kunnen de patiënt daarbij helpen. Het individueel zorgplan ondersteunt de patiënt en de zorgverlener hierbij. Zelfmanagement is een onmisbaar onderdeel van het individuele zorgplan.

Op de website van Knooppunt Ketenzorg is een algemene uitleg opgenomen over zelfmanagement. Hier wordt volstaan met de hoofdlijnen. Op internet is nog veel meer te vinden. Onder meer op [www.zelfmanagement.com](http://www.zelfmanagement.com) kunt u veel kennis en instrumenten vinden.

Bij zelfmanagementinstrumenten specifiek voor osteoporose kunt u denken aan:

- Vragenlijsten: Samenwerken aan Gezondheid (PIH-NL) en Z-scan
- Voeding: website van het Voedingscentrum of vergelijkbare websites
- Bewegen: de patiënt informeren over lokale en regionale mogelijkheden van beweegaanbod
- Medicatie: bijvoorbeeld een weekrol
- Aangevuld door de specifieke doelen die u in samenwerking met de patiënt opneemt in het individueel zorgplan
- Informatie over ziekte en gezondheid: [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl).

### **10.2. Zorgmodules**

Patiënten met osteoporose of een hoog risico kunnen gebruik maken van de volgende zorgmodules:

- Valpreventie (zie website Knooppunt Ketenzorg)
- Stoppen met roken (idem)
- Generieke zorgmodule voeding (idem).



## **11. Kwaliteit**

Het meten van de kwaliteit van zorg gebeurt met behulp van kwaliteitsindicatoren. Ook is (na)scholing nodig en een gedegen aanpak bij de implementatie om tot een goede kwaliteit van zorg te komen. Alleen implementeren is echter niet toereikend. Na implementatie is voortdurend verbetering nodig om tot een goede kwaliteit van zorg te komen. Dit wordt ook wel een kwaliteitsmanagementsysteem genoemd. Meer informatie hierover vindt u in het implementatieplan.

### **11.1. Kwaliteitsindicatoren**

De indicatorenset van de CBO is de meest gebruikte indicatorenset (zie hieronder). Het betreft hier minimumindicatoren. De indicatorenset biedt mogelijkheden voor het verkrijgen van goede spiegelinformatie voor de individuele huisarts.

Uitgangspunt is dat de kwaliteitsindicatoren goed extraheerbaar moeten zijn voor alle HIS'en. Om dat te bereiken is het noodzakelijk om voor elk HIS alle parameters in een protocol vast te leggen. Als een HIS niet voorziet in zo'n protocol dienen de huisartsen zelf een protocol aan te maken waarbij zij gebruik kunnen maken van de NHG labcodes (zie bijlage).

### **11.2. Identificatie en registratie patiënten**

De huisarts/POH is verantwoordelijk voor goede registratie en voor de verwerking van mutaties. De in bovengenoemde paragraaf genoemde protocollen helpen om de onderzoeksgegevens (zoals beschreven in werkprotocol osteoporose huisarts en POH) volledig, correct en overzichtelijk te registreren. Van belang zijn onder andere een juiste ICPC-codering en een goede registratie van de hoofdbehandelaar.

### **11.3. Informed consent**

*De betrokkenheid van patiënten op individueel niveau is vastgelegd in de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst). Deze wet bepaalt dat een zorgverlener een patiënt moet informeren over de behandelmogelijkheden en risico's of bijwerkingen. Op basis hiervan stemt de patiënt al dan niet in met de behandeling. De zorgverlener zorgt ervoor dat de patiënt de verkregen informatie begrepen heeft en legt de verkregen informed consent vast in het medisch dossier. Bij HKZ-accreditatie (voor GEZ-samenwerkingsverbanden verplicht) is dit een vereiste.*

De wijze waarop u als samenwerkingsverband informed consent met de patiënt vastlegt, spreekt u op lokaal niveau met elkaar af. Binnen de huisartsenpraktijk is de POH hier de aangewezen persoon voor. Dit kan schriftelijk met een handtekening, met een vinkje in het HIS of op andere wijze. Dit geldt naast de Opt In regeling waarin akkoord wordt gevraagd voor gegevensuitwisseling tussen de betrokken zorgverleners.

### **11.4. Scholing**

Er wordt van uitgegaan dat de huisarts, POH, apotheker, fysiotherapeut en diëtist door hun respectievelijke opleidingen voldoende gekwalificeerd zijn voor deze vorm van ketenzorg. Daarnaast is een cyclisch scholingsprogramma voor de kerndisciplines van het ketenzorgprogramma wenselijk, waarin kennis adequaat op peil gehouden wordt.

Het Knooppunt Ketenzorg evalueert de ketenzorgprogramma's bij de afnemers door middel van het meten van gebruikerservaringen en zo mogelijk de kwaliteitsindicatoren en patiënttevredenheid. Hieruit volgt onder meer een advies ten aanzien van de scholingsbehoefte in de regio. Het is wenselijk dat de samenwerkingsverbanden, de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH), de paramedische groepen en de regionale medisch specialisten hun jaarlijkse nascholingsactiviteiten over de ketenzorgprogramma's afstemmen op dit advies en tevens afstemmen op elkaar zodat het multidisciplinaire karakter versterkt wordt. Daarnaast kan een samenwerkingsverband het eigen scholingsprogramma aanvullend inrichten op basis van bovengenoemd advies en/of met inbreng van eigen elementen.

### 11.5. Kwaliteitsindicatoren voor osteoporose

Er zijn geen NHG-kwaliteitsindicatoren voor osteoporose, maar de CBO-werkgroep heeft wel twee minimumindicatoren opgesteld, te weten:

	<b>Indicator</b>	<b>Type</b>	<b>Teller</b>	<b>Noemer</b>
1.	Het percentage fractuurpatiënten ( $\geq 50$ jaar), zowel mannen als vrouwen, dat binnen drie maanden na de fractuur wordt onderzocht op osteoporose	Procesindicator	Aantal fractuurpatiënten dat binnen drie maanden middels een DXAscan wordt onderzocht op osteoporose	Totaal aantal fractuurpatiënten in meetperiode
2.	Het percentage fractuurpatiënten met osteoporose ( $T\text{-score} \leq -2,5$ ) dat binnen drie maanden na de vaststelling van de diagnose osteoporose start met de behandeling	Procesindicator	Aantal patiënten met een behandelindicatie voor osteoporose dat binnen drie maanden is gestart met de behandeling	Totaal aantal patiënten met een behandelindicatie voor osteoporose gedurende de meetperiode

NB. Gezien het doel van het ketenzorgprogramma osteoporose lijkt het voor de handliggend deze kwaliteitsindicatoren op te nemen. Er moet echter nog over nagedacht worden hoe deze gemeten kunnen worden. Het is vaak niet mogelijk de gegevens uit het HIS te halen. Een begindatum van therapie is vaak niet te achterhalen. Bovendien is een DXAscan niet altijd geïndiceerd als er een fractuur is. Een mogelijkheid is dit nader uit te werken in een FTO (denk bijvoorbeeld aan het matchen van een uitdraai van fracturen met een uitdraai van patiënten die met bisfosfonaten gestart zijn).

## **12. Bronnen**

Dit ketenzorgprogramma is voor een groot deel gebaseerd op de CBO-richtlijn Osteoporose en Fractuurpreventie uit 2011. Ook is gebruikt gemaakt van de volgende monodisciplinaire standaarden:

- NHG-standaard Fractuurpreventie, 2012
- KNGF-richtlijn Osteoporose, 2011
- Artsenwijzer Osteoporose, 2013
- Richtlijnen Goede Voeding, 2006 (Gezondheidsraad)
- Het Zorgboek Osteoporose: Patiëntenrichtlijn Osteoporose en het voorkomen van botbreuken, 2011 (Stichting September)
- KNMP richtlijn Medicatiebeoordeling, 2013

Daarnaast zijn de volgende zorgprogramma's als basis gebruikt:

- Zorgprogramma Osteoporose van SSG Dillenburg/Prelude.
- Protocol Ouderenzorg van de Zorggroep Katwijk
- Protocol Ouderenzorg uit zorgprogramma Walcheren (nieuwe stijl 10-9).

### 13. Bijlage NHG-labcodes

<b>Nr</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Codes (hier alleen voor Medicom beschikbaar)</b>
1	Lengte	LENGTE
2	Gewicht	GEWICHT
3	BMI	QINDEX
4	Roken	ROKENNHG
5	Alcoholgebruik	ALCOHOLNHG
6	Comorbiditeit	/N
7	Hoofdbehandelaar	OSHBLZ

Bloedbepaling:

<b>Nr</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Codes (hier alleen voor Medicom beschikbaar)</b>
1	Bezinking	BSE
2	Alkalische fosfatasen	ALKFOS
3	TSH	TSH
4	Vrij T4	vrijT4
5	Kreatinine	KREAT
6	Kreatinine eGFR	KREATMDRD
7	Calcium	CALCIUM
8	Fosfaat	FOSFAAT
9	Albumine	ALBUMINE
10	PTH	PTH
11	Vitamine D	VITD

## 14. Bijlage NHG-algoritme

Figuur 1 Algoritme

