

*Praktijkvoorbeelden, mogelijkheden en  
randvoorwaarden voor  
multidisciplinaire fractuurpreventie*



# Colofon

Datum: 12 mei 2023

## Onderzoekers

Dit onderzoek is uitgevoerd door een samenwerkingsverband tussen Panaxea en Amsterdam UMC.

### Panaxea

Drs. Anam Ahmed | Senior-onderzoeker

Drs. Ysanne de Graaf | Junior-onderzoeker

Dr. Bert Vrijhoef | Algemeen directeur

### Amsterdam UMC

Prof. Dr. Petra Elders | Huisarts en Hoogleraar Huisartsgeneeskunde

### Contact:

Panaxea

Pettelaarpark 84

5216 PP Den Bosch

[info@panaxea.eu](mailto:info@panaxea.eu)

## Opdrachtgever

### Zorginstituut Nederland

Iris Groeneveld | Projectleider Zinnige Zorg Osteoporose

Kayleigh Alberg | Adviseur Zorg

© Zorginstituut Nederland 2023

Alle rechten voorbehouden. Niets in deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door print-outs, kopieën, of op welke manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Citeer dit document als volgt: Ahmed A, de Graaf Y, Petra E, Vrijhoef HJM. *Praktijkvoorbeelden, mogelijkheden en randvoorwaarden voor multidisciplinaire fractuurpreventie*. Panaxea: Den Bosch 2023.



# Samenvatting

**Inleiding** - De afgelopen 50 jaar zijn de mogelijkheden om osteoporosezorg te verlenen sterk verbeterd met betrekking tot bijvoorbeeld de diagnostiek, de beoordeling van fractuurrisico, en de ontwikkeling van behandelingen en medicatie om het risico op fracturen te verminderen. Toch bestaat er een aanzienlijke groep mensen met (hoog) fractuurrisico die geen passende osteoporosebehandeling krijgt. In het kader van Zinnige Zorg heeft Zorginstituut Nederland samen met betrokken partijen in de zorg verbeterafspraken gemaakt omtrent osteoporosezorg en fractuurpreventie. Het implementeren van deze verbeterafspraken blijkt echter lastig te zijn, deels vanwege de hoge werkdruk van huisartsen en het gebrek aan een eenduidige methodiek voor samenwerking met andere zorgprofessionals. Ook ontbreekt een overzicht van goede praktijkvoorbeelden op het gebied van multidisciplinaire fractuurpreventie. Met dit onderzoek is beoogd de bestaande osteoporosezorg in de eerste lijn op het gebied van multidisciplinaire fractuurpreventie in kaart te brengen, alsook de mogelijkheden en randvoorwaarden om deze zorg ook in de toekomst structureel te kunnen (blijven) leveren.

**Methoden** - In dit onderzoek is een mixed-methods design gehanteerd met complementaire methoden, te weten: 1) een documentenanalyse van relevante literatuur om inzicht te krijgen in de (internationale) status van multidisciplinaire fractuurpreventie; 2) diepte-interviews met vertegenwoordigers van praktijkvoorbeelden in Nederland, die multidisciplinaire fractuurpreventie in de eerste lijn wel of niet succesvol hebben georganiseerd; en 3) focusgroep-interviews met ervaringsdeskundigen, zorgprofessionals en andere stakeholders om in reflectie en co-creatie te bespreken of de eerder opgehaalde inzichten uit het onderzoek worden (h)erkend en hoe deze benut kunnen worden naar de toekomst toe. De bevindingen van de drie methoden zijn met elkaar gecombineerd (data-triangulatie) om tot alomvattende inzichten te komen. Gezien de complexe, multifactoriële aard van multidisciplinaire fractuurpreventie is gebruik gemaakt van de principes van de 'Realist Research', die inzicht bieden in de onderlinge samenhang van factoren die de effectiviteit van complexe interventies beïnvloedt. Realist Research richt zich op het verklaren van de relatie tussen de context waarin de complexe interventie is toegepast, de mechanismen waardoor de interventie werkt, en de effecten die eruit voortkomen.

**Resultaten** - Bij het opzetten en implementeren van multidisciplinaire fractuurpreventie in de eerste lijn dient rekening te worden gehouden met het complexe samenspel van actoren, context en mechanismen om transmurale

afspraken te maken. Voor het ontwikkelen en implementeren van transmurale afspraken spelen vier typen actoren een rol. Dit zijn de eerste lijn (huisarts, extramuraal apotheker en paramedici), verschillende specialismen in de tweede lijn, de zorgverzekeraar, en de gemeentelijke overheid. Ten aanzien van de transmurale afspraken moet concreet worden gemaakt welke taken bij welke partijen worden belegd en op welke momenten deze moeten worden uitgevoerd. Hier dient een integrale financiering tegenover te staan waarbij ook niet-patiëntgebonden taken, zoals overleg en coördinatie, worden meegenomen (context). Voor het opzetten van fractuurpreventie dienen de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de multidisciplinaire richtlijn in acht te worden genomen (context). In de standaard en richtlijn worden de meeste verantwoordelijkheden belegd in de tweede lijn. In dit onderzoek komt naar voren dat zorgprofessionals osteoporosezorg inhoudelijk beschouwen als laagcomplexere zorg, die voor het grootste deel thuis hoort in de eerste lijn. Momenteel ontbreekt het transmurale karakter in de NHG-Standaard en multidisciplinaire richtlijn, wat juist mogelijkheden biedt om regio-specifieke transmurale afspraken te maken. Voor één van de grote problemen binnen de zorg, namelijk de beperkte tijd en menskracht in de eerste- en tweede lijn (context), dient voor toekomstbestendige fractuurpreventie te worden gekeken naar alternatieven om fractuurpreventie en osteoporosezorg te realiseren in de praktijk, zoals digitalisering, eHealth, en taakherschikking (context). Deze context items hebben invloed op hoe de mechanismen tot uiting komen. De mechanismen zijn de hefboomen die ervoor zorgen dat transmurale afspraken wel of niet succesvol kunnen worden gemaakt en volgehouden. In dit onderzoek komen de volgende mechanismen naar voren: bewustwording van de problematiek onder actoren en patiënten, de verschillende belangen en houding van betrokken partijen, en de verschillen in (regionale) draagkracht. De interactie tussen aanwezige context items en mechanismen kan resulteren in transmurale samenwerking, verbeterde diagnostiek en behandeling, verbeterde therapietrouw van patiënten, en op lange termijn minder (opvolgende) fracturen.

**Discussie** - Op basis van de bevindingen van dit onderzoek en de aanwezige behoefte in het veld wordt aanbevolen om een handreiking op te stellen. De handreiking dient zorgprofessionals te ondersteunen bij het opzetten en inrichten van multidisciplinaire fractuurpreventie in de praktijk, en voorbeelden van zorgpaden van *best practices* te bevatten. Met op juiste wijze ingerichte multidisciplinaire fractuurpreventie ligt het bieden van passende osteoporosezorg binnen handbereik.



# Inhoudsopgave

Samenvatting .....	3
Veelgebruikte afkortingen .....	7
1. Introductie.....	8
1.1 Aanleiding.....	8
1.2 Onderzoeksvragen en -methoden.....	10
1.2.1 Realist Research .....	10
1.3 Gebruikerscommissie .....	11
2. Documentenanalyse .....	12
2.1 Methoden documentenanalyse .....	12
2.1.1 Zoekstrategie.....	12
2.1.2 Data-extractie en analyse.....	13
2.2 Resultaten documentenanalyse .....	13
2.2.1 Geïncludeerde documenten.....	13
2.2.2 Uitwerking thema's .....	14
2.3 Conclusie documentenanalyse .....	19
3. Diepte-interviews.....	21
3.1 Methoden diepte-interviews.....	21
3.1.1 Selectie praktijkvoorbeelden.....	21
3.1.2 Dataverzameling en -analyse .....	21
3.2 Resultaten diepte-interviews .....	22
3.2.1 Geïncludeerde praktijkvoorbeelden .....	22
3.2.2 Uitwerking thema's .....	28
3.3 Conclusie diepte-interviews .....	36

4.	Focusgroep-interviews .....	38
4.1	Methoden focusgroep-interviews .....	38
4.1.1	Selectie deelnemers .....	38
4.1.2	Dataverzameling en -analyse .....	38
4.2	Resultaten focusgroep-interviews .....	39
4.2.1	Geïnccludeerde deelnemers .....	39
4.2.2	Uitwerking thema's .....	39
4.3	Conclusie focusgroep-interviews .....	48
5.	Conclusie en discussie .....	49
5.1	Bevindingen per onderzoeksvraag .....	49
5.2	Samenspel tussen (f)actoren .....	54
5.3	Inzichten uit eerder onderzoek .....	56
5.4	Methodologische kanttekeningen .....	57
5.5	Aanbevelingen .....	57
5.5.1	Handreiking .....	57
5.5.2	Het betrekken van onderbelichte ketenpartners .....	58
5.6	Conclusie .....	60
	Begrippenkader .....	61
	Referenties .....	64
	Bijlagen .....	68
	Bijlage 1. Leden Gebruikerscommissie .....	68
	Bijlage 2. Zoektermen en zoektermen-combinaties .....	69
	Bijlage 3. Topic guide diepte-interviews .....	70
	Bijlage 4. Topic guide focusgroep-interviews (FGI) .....	71



## Veelgebruikte afkortingen

DBC	Diagnose-Behandelcombinatie
DXA	Dual Energy X-ray Absorptiometry
FGI	Focusgroep-interviews
GALA	Gezond en Actief Leven Akkoord
IT	Informatietechnologie
IZA	Integraal Zorgakkoord
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
NAPA	Nederlandse Associatie Physician Assistants
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NVvPO	Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners en Praktijkverpleegkundigen
RHO	Regionale huisartsenorganisaties
SEH	Spoedeisende hulp
VFA	Vertebral Fracture Assessment
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland



# 1. Introductie

## 1.1 Aanleiding

Nederland heeft te maken met een toenemend aantal (oudere) zorgbehoevenden, en tegelijkertijd een groeiend tekort aan zorgpersoneel. Hierdoor worden zorgsystemen gedwongen om innovatieve manieren te bedenken om kwalitatief goede zorg te blijven leveren en deze toekomstbestendig uit te bouwen.<sup>1,2</sup> Osteoporose, ook wel botontkalking genoemd, zorgt voor een verhoogd risico op fracturen.<sup>3</sup> De afgelopen 50 jaar zijn de mogelijkheden om osteoporosezorg te verlenen sterk verbeterd met betrekking tot bijvoorbeeld de diagnostiek, de beoordeling van fractuurrisico, en de ontwikkeling van behandelingen en medicatie om het risico op fracturen te verminderen.<sup>4</sup> Ten behoeve van het opsporen en het behandelen van het toenemende aantal mensen met een risico op (opvolgende) fracturen, zijn innovatieve benaderingen wenselijk, zodat preventieve en persoonsgerichte zorg kan worden geboden.<sup>4</sup>

Volgens de multidisciplinaire richtlijn Osteoporose en Fractuurpreventie dient bij een persoon ouder dan 50 jaar, die zich meldt in het ziekenhuis met een botbreuk, een onderzoek naar botdichtheid te worden verricht.<sup>5</sup> Dit gebeurt door middel van de zogenaamde Dual Energy X-ray Absorptiometry (DXA) scan, vaak in combinatie met een Vertebral Fracture Assessment (VFA) om wervelkolomhoogte te meten. Als sprake is van osteoporose wordt botsparende medicatie voorgeschreven en dient val- en leefstijladvies te worden gegeven. Dit wordt secundaire fractuurpreventie genoemd. De richtlijn adviseert om voor persoonlijk beweegadvies de

fysiotherapeut in te schakelen, en voor verdere opvolging wordt de patiënt doorverwezen. Omdat de medicatie geen merkbare effecten heeft, dient de behandelaar (waarschijnlijk huisarts) therapietrouw van de patiënt te evalueren, en eventuele bijwerkingen uit te vragen. De behandeling duurt in beginsel vijf jaar en daarna wordt een DXA-scan

- De **Multidisciplinaire richtlijn Osteoporose en Fractuurpreventie** uit 2022 is specifiek gericht op fractuurpreventie en is bedoeld voor alle behandelaren: medisch specialisten, huisartsen en verpleegkundigen.
- De **NHG-Standaard** is speciaal voor huisartsen, en heeft ook als doel (opvolgende) botbreuken zo veel mogelijk te voorkomen. De NHG-Standaard komt uit 2012 en wordt in 2023 herzien om zo veel mogelijk in lijn te blijven met de multidisciplinaire richtlijn.

Box 1. NHG-Standaard en multidisciplinaire richtlijn



gedaan ter controle, waarna opnieuw een fractuurrisico-evaluatie wordt gedaan. De huisarts kan ook zelf een DXA-scan aanvragen bij een verdenking op osteoporose en de behandeling inzetten. Dit wordt aangeduid als primaire fractuurpreventie. Ook mensen die bepaalde afweersysteem-onderdrukkende medicatie (glucocorticoïden) gebruiken, hebben een verhoogd risico op osteoporose en komen daarom in aanmerking voor een DXA-scan. Niet alle medicatie kan door de huisarts worden voorgeschreven; bepaalde medicatie kan alleen door een medisch specialist uit de tweede lijn worden voorgeschreven.<sup>5,6</sup>

In de afgelopen jaren is gebleken dat osteoporosezorg en fractuurpreventie nog onvoldoende zijn geïmplementeerd in de praktijk: er is sprake van een aanzienlijke kloof tussen de populatie met een fractuurrisico en degenen die daadwerkelijk passende osteoporosebehandeling krijgen.<sup>4</sup> Als oorzaken hiervoor worden genoemd: de opinie bij patiënten en een aanzienlijk aantal (para)medici dat vallen en breken bij veroudering hoort en daarom niet preventief hoeft te worden aangepakt; laag vertrouwen van patiënten in de medicamenteuze behandeling; de zorg met betrekking tot osteoporose en fractuurpreventie is verdeeld over vele disciplines (in de eerste en tweede lijn) en, hiermee samenhangend, het ontbreken van de primaire verantwoordelijkheid voor de patiënt met een verhoogd fractuurrisico.<sup>5,6</sup>

In het kader van Zinnige Zorg heeft Zorginstituut Nederland samen met betrokken partijen in de zorg verbeterafspraken gemaakt omtrent osteoporosezorg en fractuurpreventie.<sup>7</sup> Deze verbeterafspraken beschrijven op welke punten de zorg voor mensen van 50 jaar en ouder met een botbreuk verbeterd kan worden en hebben onder andere betrekking op de diagnostiek, behandeling, en patiënteninformatie.<sup>7</sup> Ook de basisprincipes van de beweging Passende zorg zijn vertegenwoordigd in deze verbeterafspraken, namelijk zorg tegen een redelijke prijs, zo dicht mogelijk bij de patiënt, besluitvorming met zorgverlener en patiënt gezamenlijk en aandacht voor niet alleen ziekte, maar ook gezondheid en zelfredzaamheid.<sup>8</sup> Het implementeren van deze verbeterafspraken blijkt lastig, (deels) vanwege de hoge werkdruk van huisartsen, beperkingen in de logistiek en het gebrek aan een eenduidige methodiek voor samenwerking met andere zorgprofessionals. Ook ontbreekt een overzicht van goede praktijkvoorbeelden op het gebied van multidisciplinaire fractuurpreventie.<sup>9</sup>

In opdracht van Zorginstituut Nederland is onderhavig onderzoek verricht, met als doel om de bestaande osteoporosezorg in de eerste lijn op het gebied van multidisciplinaire fractuurpreventie in kaart te brengen, alsook de mogelijkheden en randvoorwaarden om deze zorg ook in de toekomst structureel te kunnen (blijven) leveren. Door heel Nederland zijn verschillende initiatieven opgezet, die multidisciplinaire afspraken omtrent fractuurpreventie hebben gemaakt. Door factoren te onderscheiden, die kenmerkend zijn voor goede en minder goede praktijkvoorbeelden, beoogt dit onderzoek inzicht te bieden in de factoren die nodig zijn voor het succesvol opzetten van multidisciplinaire fractuurpreventie en het samenspel daartussen. Met dit rapport worden de opgedane inzichten gedeeld met partijen die betrokken zijn bij fractuurpreventie in zowel de eerste als de tweede lijn.

## 1.2 Onderzoeksvragen en -methoden

De onderzoeksvragen van dit onderzoek zijn:

1. Welke voorbeelden zijn er van samenwerkingen die multidisciplinaire fractuurpreventie hebben georganiseerd, tijdelijk of structureel, alsook welke voorbeelden zijn er die met deze organisatie zijn gestopt?
2. Hoe ziet de samenwerking tussen zorgprofessionals in de huisartspraktijk en andere zorgprofessionals in de eerste- en de tweede lijn op het gebied van fractuurpreventie eruit?
3. Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaren zorgverleners bij het (st)opzetten en het in stand houden van fractuurpreventie?
4. Welke mogelijkheden en randvoorwaarden zijn er of zijn nodig voor toekomstbestendige fractuurpreventie?

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen is een mixed-methods design gehanteerd met complementaire methoden, te weten:

1. documentenanalyse van relevante literatuur;
2. diepte-interviews met vertegenwoordigers van praktijkvoorbeelden;
3. focusgroep-interviews met ervaringsdeskundigen, zorgprofessionals en andere stakeholders.

Na toepassing van iedere methode werden de resultaten besproken met opdrachtgever. De diepte-interviews en focusgroep-interviews dienden naast dataverzameling, ook een validering en verdieping te geven van het stadium daarvoor. De bevindingen uit stadia 1, 2 en 3 zijn met elkaar gecombineerd (data-triangulatie) om tot alomvattende inzichten te komen. Randvoorwaarden en mogelijkheden zijn in dit rapport beide gedefinieerd als condities, waarbij een randvoorwaarde een noodzakelijke conditie is, en een mogelijkheid als geen noodzakelijke conditie kan worden beschouwd. In de hiernavolgende hoofdstukken zijn per methode de details hiervan, de resultaten en conclusies weergegeven (documentanalyse: H2; diepte-interviews: H3; focusgroep-interviews: H4). In het afsluitende hoofdstuk (H5) zijn de onderzoeksvragen beantwoord en in samenhang beschouwd.

### 1.2.1 Realist Research

Gezien de complexe, multifactoriële aard van multidisciplinaire fractuurpreventie is voor beantwoording van de onderzoeksvragen gebruik gemaakt van de principes van de 'Realist Research'.<sup>10</sup> Deze benadering biedt inzicht in de onderlinge samenhang van factoren die de effectiviteit van interventies beïnvloeden, zoals in dit geval multidisciplinaire fractuurpreventie.<sup>11</sup> Bij deze benadering probeert men het (niet) optreden van uitkomsten te verklaren vanuit de relatie met de context en mechanismen van een complexe interventie, zoals multidisciplinaire fractuurpreventie. Hierbij dragen de bevorderende en belemmerende factoren aan bij het in kaart brengen van de

context en mechanismen. Er liggen drie constructen ten grondslag aan het begrijpen van complexe interventies op basis van Realist Research: context, mechanismen en uitkomsten. In Realist Research bepalen interacties tussen context en mechanismen de uitkomsten. Door te bestuderen hoe verschillende context items interageren met de mechanismen van een interventie, kunnen omstandigheden worden geïdentificeerd waarin een interventie het meest effectief is. Hieronder is een toelichting gegeven van de drie constructen.

**Context** heeft betrekking op de externe factoren, elementen of condities en kan verwijzen naar belangrijke kenmerken van actoren, organisatorische setting/context, personeel, geschiedenis, cultuur, natie, religie, politiek, gebeurtenissen, geografische en gemeenschapsomgeving, en overtuigingen die nodig zijn om mechanismen te laten werken (of om te voorkomen dat beoogde mechanismen worden geactiveerd).<sup>10,12-14</sup>

**Mechanismen** hebben betrekking op causaliteit en kan bijvoorbeeld redenties, keuzen, normen, (collectieve) overtuigingen, motivatie, processen omvatten. Of mechanismen werken of niet hangt af van de context. Realist Research probeert het mechanisme dat werkt te identificeren en te begrijpen wat de oorzaak is van (of, gegeven meerdere oorzaken, welke bijdragen aan) de uitkomsten.<sup>10,12-14</sup>

**Uitkomsten** omvatten bedoelde en onbedoelde resultaten van een programma, zoals gestimuleerd door de verschillende mechanismen en contexten.<sup>10,12-14</sup>

### 1.3 Gebruikerscommissie

Om de haalbaarheid en mogelijke toepassing van de onderzoeksbevindingen te vergroten, is een Gebruikerscommissie ingesteld. Hiervoor zijn verschillende experts uitgenodigd (Bijlage 1) om input te leveren op de bevindingen van het onderzoek, eventuele knelpunten te bespreken, en plannen te maken voor het vervolgtraject.

De hoofdtaken van de Gebruikerscommissie waren:

- waar nodig, helpen van de onderzoekers bij het krijgen van toegang tot rapporten, literatuur, respondenten, data, en/of andere zaken die nodig zijn voor het onderzoek;
- adviseren over de bruikbaarheid van onderzoeksresultaten, conclusies en aanbevelingen;
- geven van feedback op de concept-eindrapportage;
- adviseren over en ondersteunen bij het verspreiden van conclusies en aanbevelingen.



## 2. Documentenanalyse

*In het eerste stadium van het onderzoek is een documentenanalyse uitgevoerd voor het verkrijgen van inzicht in de huidige (internationale) status van multidisciplinaire fractuurpreventie in de eerste lijn.*

### 2.1 Methoden documentenanalyse

#### 2.1.1 Zoekstrategie

Het zoeken naar en het selecteren van literatuur vond plaats in een iteratieve meer-stappenbenadering. Aan de vertegenwoordigers van Zorginstituut Nederland en de inhoudelijk expert in het onderzoeksteam (PE) is gevraagd om relevante literatuur aan te dragen. Naast deze uitvraag, is door de onderzoekers gericht gezocht naar literatuur, waarbij naar zowel wetenschappelijk gepubliceerde literatuur alsook naar niet in wetenschappelijke vakbladen gepubliceerde, zogenaamde grijze literatuur, is gezocht. Voor de gepubliceerde literatuur zijn de databases PubMed en Google Scholar gebruikt. De Engelstalige zoektermen die werden gebruikt (in diverse combinaties) zijn te vinden in Bijlage 2.

Grijze literatuur werd gezocht via Google, waarbij alle studiedesigns werden meegenomen. De gebruikte zoektermen en periode van publicaties zijn vergelijkbaar met de peer-reviewed search. Om de meest relevante hits te selecteren werden de eerste 10 pagina's (in totaal 100 'beste match' resultaten) onderzocht. Ten aanzien van de peer-reviewed literatuur is gezocht naar diverse typen reviews (narrative, rapid, scoping, systematic, realist) en meta-analyses gepubliceerd tussen 2017 en 2022 in het Nederlands en Engels ten behoeve van de rigiditeit van onderzoeksresultaten. Om geen relevante literatuur voor 2017 te missen met betrekking tot de onderzoeksvragen, werd ook gezocht in de referentielijsten van alle documenten ("snowballing").

Om te worden geïncludeerd dienden documenten een focus te hebben op multidisciplinaire samenwerking bij fractuurpreventie en/of osteoporosezorg. Studies werden meegenomen als deze hoge inkomen landen bestudeerden. Artikelen werden geëxcludeerd indien deze onvoldoende informatie bevatten over multidisciplinaire fractuurpreventie en/of osteoporosezorg of over de samenwerking tussen eerste- en tweede lijn. Daarnaast werden ze niet meegenomen als het ging om monodisciplinaire programma's, of als ze enkel ziekenhuis-exclusieve initiatieven rapporteerden.

De titels en abstracts van alle geïdentificeerde documenten (zowel peer-reviewed als grijze literatuur) werden gescreend door twee onderzoekers [AA, YG]. In geval van twijfel werd een derde onderzoeker betrokken [BV].

Artikelen die werden geïncludeerd op basis van titel en abstract werden individueel beoordeeld op basis van hun volledige tekst door twee onderzoekers [AA, YG]. Meningsverschillen werden opgelost in onderlinge discussie tussen de onderzoekers, eventueel met een derde beoordelaar [BV].

## 2.1.2 Data-extractie en analyse

De data werden systematisch geëxtraheerd door twee individuele onderzoekers [AA, YG], op basis van de volgende thema's: samenwerking, betrokken partijen (zorgprofessionals en patiënten), preventie, diagnostiek, en behandeling, gebruikte middelen (financiën, tijd, personeel), bevorderende en belemmerde factoren bij de opzet en implementatie, resultaten, aanbevelingen, en overige relevante informatie. Data-analyse vond plaats in meerdere stappen door twee individuele onderzoekers [AA, YG]. Categorisering vond plaats op basis van geïdentificeerde thema's, die vervolgens werden gegroepeerd als belemmerend en/of bevorderend. Hoofdbevindingen werden per (sub)thema omschreven (thematic content analysis). Deze werden geïnterpreteerd door het voltallige onderzoeksteam.

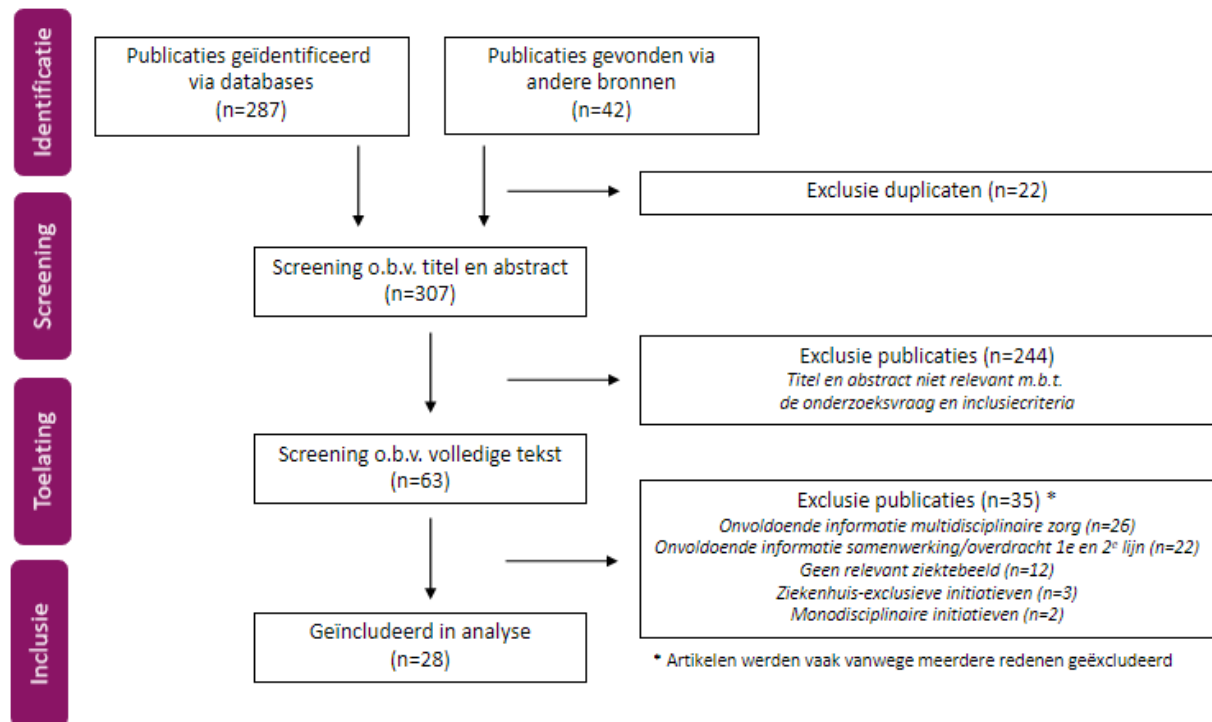
## 2.2 Resultaten documentenanalyse

### 2.2.1 Geïncludeerde documenten

De zoektocht leverde 329 mogelijk relevante publicaties op via databases (n=287) en aanvullingen van het onderzoeksteam en het Zorginstituut (n=42). Na exclusie van duplicaten (n=22) werden 307 artikelen gescreend op titel en abstract. Hierbij werden 244 documenten geëxcludeerd. Van de 63 documenten, die werden gescreend op basis van volledige tekst, werden 35 documenten geëxcludeerd. Dit was vanwege (een combinatie van) gebrek aan informatie betreffende multidisciplinaire zorg (n=26), onvoldoende informatie over samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg (n=22), een niet-relevant ziektebeeld (n=12), ziekenhuis-exclusieve initiatieven (n=3) en monodisciplinaire initiatieven (n=2). In totaal zijn 28 artikelen geïncludeerd in de analyse, waarvan 17 wetenschappelijke artikelen en 11 artikelen uit de grijze literatuur (zie Figuur 1).

De geïncludeerde documenten waren reviews (n=10)<sup>4,15-23</sup>, beschrijvende rapporten (n=9)<sup>7,24-31</sup>, onderzoekstudies (n=6)<sup>32-37</sup>, een systematische review en meta-analyse (n=1)<sup>38</sup>, de richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap uit 2011 (NHG) (n=1)<sup>5</sup>, en de multidisciplinaire richtlijn (n=1) uit 2022<sup>5</sup>.

De landen die werden geanalyseerd in de studies waren Nederland (n=13)<sup>5-7,22,26,27,29,32-35,37</sup>, het Verenigd Koninkrijk (n=2)<sup>17,23</sup>, Australië (n=1)<sup>30</sup>, en Schotland (n=1)<sup>31</sup>. Hiernaast hadden zeven artikelen een internationale focus<sup>16,18,19,21,24,28,38</sup> en vier artikelen een Europese focus.<sup>4,15,20,25</sup>



Figuur 1. Flowchart van documentselectie

## 2.2.2 Uitwerking thema's

Op basis van de data-extractie zijn de volgende hoofdthema's geïdentificeerd:

1. Samenwerking;
2. Preventie, diagnostiek, en behandeling;
3. Richtlijnen;
4. Bewustzijn van zorgprofessionals en patiënten;
5. Financiering;
6. Informatietechnologie (IT)-systemen/digitale middelen.

Per hoofdthema zijn sub-thema's geïdentificeerd, welke hieronder zijn uitgewerkt.

## Samenwerking

De meest voorkomende structuur of samenwerkingsvorm voor secundaire fractuurpreventie wereldwijd was een Fracture Liaison Service/ fractuurpreventie team (n=7).<sup>5,20,25,28,30,35,36</sup> Ook de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn beveelt deze vorm aan.<sup>5</sup> Binnen een fractuurpreventieteam dienen verantwoordelijkheden duidelijk te worden omschreven met als doel de algehele coördinatie van het proces van opsporing tot en met behandeling goed te laten verlopen. Studies zijn niet eenduidig omtrent de samenstelling en rolverdeling binnen een fractuurpreventieteam, maar de betrokkenheid van in ieder geval een verpleegkundig specialist en (begeleidend) medisch specialist wordt benoemd.<sup>5,20,25,28,30,35,36</sup> Het fractuurpreventieteam wordt veelal als een tweedelijns team beschreven, waarbij de betrokkenheid van de huisarts bij dit team door slechts twee studies wordt benoemd.<sup>21,33</sup>

Het hebben van samenwerkingsafspraken tussen de eerste en tweede lijn, die een duidelijke definitie en verdeling van taken omvatten, wordt als bevorderend en als een aanbeveling gerapporteerd. Samenwerkingsafspraken met onduidelijke definities en verdeling van taken wordt als belemmerend gezien (n=4).<sup>7,22,24,27</sup> Vanwege de betrokkenheid van meerdere zorgprofessionals in de osteoporosezorg werd het aanwijzen van een primair verantwoordelijke zorgprofessional voor diagnostiek en doorverwijzing naar de volgende zorgstap als bevorderend genoemd (n=3).<sup>5,21,23</sup>

Binnen een multidisciplinair team vond men belangrijk dat één persoon of partij regie of een coördinerende rol heeft en dat deze persoon/partij overzicht heeft op het zorgpad (n=5).<sup>5,21,23,36,38</sup> Een verpleegkundig specialist en/of leidend arts werden benoemd om deze rol te vervullen.

Door het niet goed aansluiten van IT-systemen werd uitwisseling van patiëntgegevens als knelpunt gerapporteerd (n=2)<sup>5,29</sup>, terwijl goede interdisciplinaire communicatie wordt gezien als bevorderend (n=1).<sup>22</sup> Goede communicatie is een randvoorwaarde voor zowel besluitvorming omtrent zorg voor de patiënt als besluitvorming op zorgsysteemniveau (n=2).<sup>19,24</sup>

Een aandachtspunt is het bevorderen van gezamenlijke besluitvorming tussen patiënten en zorgverleners voor zowel niet-medicamenteuze als medicamenteuze behandeling (n=3).<sup>5,15,20</sup>

Communicatie tussen de eerste en tweede lijn dient laagdrempelig te kunnen worden geïnitieerd en gestructureerd te zijn (n=2).<sup>5,24</sup> Belangrijke informatie over een patiënt dient beschikbaar te worden gesteld aan alle betrokken zorgverleners. Echter, variatie in hoe deze informatie wordt gecommuniceerd en variatie in (communicatie over) het doorverwijsproces kan ervoor zorgen dat de behandeling onvoldoende gecontinueerd wordt, wat onder andere leidt tot slechte therapietrouw bij patiënten (n=5).<sup>5,23,24,33,39</sup>

Multidisciplinaire samenwerking wordt genoemd als een manier om zelfmanagement(vaardigheden) van de patiënt te stimuleren om gedragsverandering omtrent medicatiegebruik te bewerkstelligen en therapietrouw te bevorderen (n=2).<sup>5,30</sup> Volgens de literatuur is een grotere betrokkenheid nodig van de eerste lijn en integratie van de eerste lijn in het osteoporose zorgpad (n=8).<sup>5,7,16,21,24,33,36,38</sup> De eerstelijnszorg kan een grote(re) rol spelen bij het verstrekken

van informatie aan patiënten over het ziektebeeld, het belang van screenen en, eventueel, therapietrouw. Meerdere keren werd genoemd dat diagnostiek en initiatie van osteoporosezorg na een fractuur het beste in het ziekenhuis plaats kan vinden (n=3).<sup>5,7,29</sup> De behandeling start vaak in de tweede lijn, waarna een overdracht naar de eerste lijn plaats kan vinden. In de transmurale samenwerking dient meer aandacht te worden besteed aan een goede overdracht tussen de tweede en de eerste lijn, omdat de gebruikelijke manier van schriftelijk doorverwijzen niet altijd voldoet. Uit meerdere studies blijkt dat administratieve fouten in ziekenhuizen ervoor zorgen dat een deel van patiënten met een botbreuk niet wordt uitgenodigd voor een aanvullend onderzoek (botdichtheidsmeting) (n=3).<sup>5,7,37</sup> De tweede lijn dient patiënten na een fractuur actief te benaderen, indien zij niet reageren op de uitnodiging voor aanvullend onderzoek (n=4).<sup>5-7,29</sup> Als patiënten worden behandeld dient hun hoofdbehandelaar in een consult aandacht te schenken aan therapietrouw, vallen en leefstijl. Wanneer medicatie door de tweede lijn wordt voorgeschreven, dient dit consult te worden gedaan door een relevante specialist (van bijvoorbeeld endocrinologie, reumatologie of geriatrie).<sup>5</sup>

## Preventie, diagnostiek en behandeling

Primaire fractuurpreventie is essentieel om de gevolgen van slechte botgezondheid gedurende het hele leven van een individu te verminderen (n=4).<sup>4,15,16,19</sup> Secundaire fractuurpreventie is nodig om risico's na een fractuur te minimaliseren.<sup>4,19</sup> Door mensen met een hoog fractuurrisico te behandelen, kan de kans op opvolgende fracturen worden verlaagd. Verder bestaat het beeld dat osteoporose een aandoening is die vooral vrouwen treft, waardoor het voorkomen van osteoporose onder en het effect op mannen onderbelicht blijft.<sup>37,38</sup>

Identificatie van personen die een (hoog) risico op een fractuur hebben (case finding), is de eerste stap van het implementeren van preventiemaatregelen (n=6).<sup>15,19,20,24,28,30</sup> Osteoporose wordt vaak niet (tijdig) gediagnosticeerd, deels vanwege gebrekkige aandacht voor diagnostiek naar lage botdichtheid en wervelkolombreuken en kenmerken van osteoporose (n=4).<sup>7,20,29,30</sup> Het dient voor zorgprofessionals te worden verduidelijkt welke patiënten en personen met hoog risico wel of niet in aanmerking komen voor een DXA-scan. Botgezondheidsonderzoek en valrisicobeoordelingen dienen te worden geïntegreerd in behandeling van patiënten en personen met hoog risico, en standaardzorg worden (n=5).<sup>16,19,24,36,39</sup> Persoonsgerichte zorg en -ondersteuning werden gezien als bevorderend voor de implementatie van multidisciplinaire zorgtrajecten in de eerste lijn (n=4).<sup>22,23,31,37</sup>

Therapietrouw is laag onder patiënten, waarbij patiënten vaak voortijdig stoppen met botsparende medicatie (n=5).<sup>7,15,16,20,27</sup> Onvoldoende patiënten die een botbreuk gehad hebben en onvoldoende gebruikers van glucocorticoïden, krijgen een medicamenteuze behandeling (n=2). Meer patiënten en gebruikers van glucocorticoïden dienen met medicijnen te worden behandelen om de uitkomsten van osteoporosezorg te verbeteren. Het volhouden van de behandeling met medicijnen moet worden gestimuleerd. Ten behoeve daarvan



zal een betere medicatiebewaking bij glucocorticoiden, en samenwerking tussen huisarts en apotheker in monitoren van therapietrouw moeten worden gerealiseerd. Om therapietrouw te verbeteren en bezorgdheid over bijwerkingen van medicatie weg te nemen, is het ook belangrijk om kennis over osteoporose te vergroten door middel van patiënteducatie, welke nu onvoldoende plaatsvindt (n=9).<sup>4,18,20,21,24,28,29,37,38</sup> Dit zou kunnen bevorderen dat de noodzakelijke opvolging van de initiële behandeling plaatsvindt.

## Richtlijnen

Diverse studies geven verbetermogelijkheden aan wat betreft richtlijnen (n=4).<sup>7,24,27,38</sup> Richtlijnen dienen beter op elkaar afgestemd te worden en te worden gespecificeerd voor bijvoorbeeld het personeel van spoedeisende hulp (SEH). Ook kan meer focus liggen op promotie van gezondheid in plaats van behandeling van ziekte. Om het gebruik van de NHG-Standaard en multidisciplinaire richtlijn te verbeteren, kan bijvoorbeeld (bij)scholing van professionals worden verzorgd en kan gebruik worden gemaakt van gemakkelijk te begrijpen aanvullende producten (zoals infographics of samenvattingskaarten).<sup>27</sup> De richtlijnen zijn geen garantie voor succesvolle factuurpreventie in de praktijk, aangezien het geen eventuele hiaten in kennis dicht.<sup>27</sup> Een studie onderzocht de implementatie van één richtlijn in diverse zorgcentra en vond sterke verschillen in implementatie van de richtlijn.<sup>34</sup> Aandacht dient uit te gaan naar een meer gestandaardiseerde manier van implementatie van een richtlijn, waarbij het belangrijk is dat de richtlijn concreet genoeg is om te kunnen worden toegepast in de praktijk.

## Bewustzijn van zorgprofessionals en patiënten

Momenteel bestaat te weinig publieke bewustzijn omtrent osteoporose(zorg). Het vergroten van het bewustzijn is van cruciaal belang om mensen te betrekken bij preventie en om de impact van de aandoening te begrijpen (n=6).<sup>7,16,19,20,24,28</sup> Osteoporose heeft zelden de aandacht gekregen die het verdient van overheden, beleidsmakers en zorgverleners. Overheden dienen osteoporose en/of fractuurpreventie tot een nationale gezondheidsprioriteit te maken met evenredige menselijke en financiële middelen om ervoor te zorgen dat passende zorg wordt geleverd aan alle patiënten (n=3).<sup>18,19,21</sup> Musculoskeletale aandoeningen worden in het algemeen door patiënten als van minder belang beschouwd dan aandoeningen, zoals kanker en hartcondities. Weerbaarheid dient te worden opgebouwd op populatieniveau, waarin gedrag om vallen te voorkomen en de gezondheid van de botten te behouden de norm zou moeten zijn.<sup>31</sup> Dit kan onder meer door het stimuleren van regelmatige beweging door betrokken zorgverleners.<sup>31</sup> De multidisciplinaire richtlijn noemt de Osteoporose Vereniging als de verantwoordelijke partij om een landelijke campagne op te zetten (in samenwerking met andere partijen) voor bewustzijn en kennis over vallen en fracturen op oudere leeftijd. Hiermee kan de Osteoporose Vereniging een belangrijke rol in informatievoorziening spelen.<sup>5</sup>

Ook is sprake van onvoldoende bewustzijn bij ziekenhuisbesturen dat sequentieel behandelen van fractuurrisico vraagt om meer middelen en meer monitoring van patiënten.<sup>5</sup> Daarnaast bestaat een gebrek aan bewustzijn bij zorgverleners en patiënten over de ernst van osteoporose (n=6).<sup>4,5,16,18,22,27</sup> Vaak wordt benoemd dat bij huisartsen, maar ook bij zorgverleners werkzaam in de tweede lijn een gebrek aan kennis bestaat over (signalen van) osteoporose, behandeling, en de huidige richtlijnen (n=13).<sup>5,7,16-18,20,22,26-28,35,37</sup> Dit zorgt voor het ontbreken van aandacht voor preventieve maatregelen en fractuurrisico. Als kennis-bevorderende factor wordt het continueren van osteoporosescholing voor de huisarts genoemd, alsook het op elkaar laten aansluiten van de scholing van verpleegkundige, huisarts, fysiotherapeut en apotheker (n=6).<sup>5,16,24,29,30,39</sup> Ook is het bieden van voorlichting aan patiënten over o.a. risico's en gevolgen van osteoporose, medicatie en leefstijlaanpassingen (n=3) een mogelijkheid.<sup>27,35,37</sup>

## Financiering

Schotten tussen financieringsstelsels dienen doorbroken te worden, ten behoeve van continuïteit van zorg en preventieve taken van bijvoorbeeld zorgprofessionals in de wijkverpleging. Een groot deel van deze groep komt in aanraking met patiënten met osteoporose en een verhoogd fractuurrisico. Hoewel dit ze in staat stelt tot vroegsignalering en het starten van preventieve maatregelen staat hier geen bekostiging tegenover (vanuit de zorgverzekeringswet waaruit de wijkverpleging wordt gefinancierd).<sup>27</sup> Integrale (keten)bekostiging is een randvoorwaarde voor implementatie van multidisciplinaire fractuurpreventie. Het maken van een business case is bevorderlijk voor het verkrijgen van financiering.<sup>21</sup> Wat betreft financiering in de eerste lijn is benoemd dat een gebrek bestaat aan financiële compensatie voor het opzetten van multidisciplinaire zorgpaden.<sup>22,29</sup> Hoewel screening en behandeling van osteoporose in de eerste lijn goed mogelijk is, is het knelpunt hierbij een adequate financiering ten behoeve van o.a. het continueren van scholing over osteoporose en toegankelijkheid van DXA-scans voor huisartsen. Ook mist de adequate financiering voor de mankracht die nodig is voor het gestructureerd oproepen en in zorg houden van de mensen met deze chronische aandoening.<sup>29</sup>

## IT-systemen/ digitale middelen

Het gebruik van digitale ondersteuning werd als bevorderend ervaren indien deze efficiënte communicatie en gegevensuitwisseling tussen betrokken partijen mogelijk maakt met als randvoorwaarde dat organisatie-overstijgende IT-structuren aanwezig zijn.<sup>24</sup> IT-platforms werden als belemmerend ervaren als deze niet in staat zijn tot het delen van gegevens en/of informatie over de transmurale en intersectorale schotten heen.<sup>31</sup> Ook kunnen de aanpassingen die nodig zijn voor IT-ondersteuning ingrijpender zijn dan verwacht.<sup>26</sup> Verder wordt de aanwezigheid

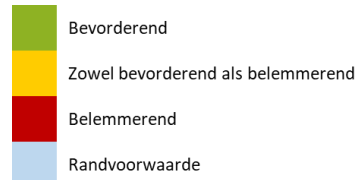
van een goede digitale (patiëntgegevens)registratie als belangrijke randvoorwaarde voor implementatie van programma's benoemd.<sup>5</sup>

## 2.3 Conclusie documentenanalyse

De geïncludeerde studies verstrekken een eenduidige boodschap omtrent de richting voor verbetering van osteoporosezorg, namelijk meer samenwerking met een duidelijke taak- en rolverdeling, meer educatie bij zorgverleners en patiënten, en meer bewustzijn creëren op alle niveaus.

In Figuur 2 is een overzicht gegeven waarin is aangeduid of een (sub)thema's als belemmerend, bevorderend, of als randvoorwaarde werd benoemd. Dit Figuur toont de complexe multifactoriële aard aan van (factoren binnen) multidisciplinaire fractuurpreventie. In elke thema komen zowel bevorderende als belemmerende factoren naar voren en zijn randvoorwaarden benoemd ter verbetering van een thema. De documentenanalyse maakt inzichtelijk dat multidisciplinaire samenwerking bevorderend werkt voor fractuurpreventie, waarbij de verantwoordelijkheid voor diagnose en initiatie van osteoporosezorg bij de tweede lijn wordt belegd, maar tegelijkertijd een grotere betrokkenheid wordt gevraagd van de eerste lijn. De afspraken waarmee de eerste lijn betrokken dient te worden, zijn echter niet duidelijk. Op basis van de documenten komt naar voren dat een kennisgebrek bestaat bij zowel patiënten als zorgprofessionals, waarbij het geven en/of continueren van educatie als oplossing wordt benoemd. Er is nog geen gestandaardiseerde manier voor continuering van osteoporose scholing voor zorgprofessionals en ook in de multidisciplinaire richtlijn staan geen handvatten voor het opzetten van scholing of het geven van patiënteducatie. Fractuurpreventie-richtlijnen kunnen als bevorderend worden ervaren mits bestaande richtlijnen op elkaar afgestemd worden en er meer aandacht komt voor (hulmiddelen voor) gestandaardiseerde implementatie van de richtlijn. Op basis van de thema's osteoporosezorg en financiering komt naar voren dat middelen dienen te worden toegekend voor preventie (screening, voorlichting, opzetten van multidisciplinaire zorgpaden).

Thema	Subthema	Thema	Subthema
Samenwerking	Fracture Liaison Service/fractuurpreventieteam	Betrokken partijen	Gebrek aan kennis osteoporose(zorg)
	Samenstelling en rolverdeling fractuurpreventieteam		Continuering van scholing
	Coördinerende rol		Primair verantwoordelijke voor patiënt
	Samenwerkingsafspraken		Therapietrouw
	Multidisciplinaire samenwerking		Weerbaarheid op populatieniveau
	Lage betrokkenheid van de eerste lijn	Richtlijn	Hulpmiddelen voor het beter gebruik van richtlijnen
	Duidelijk profiel van patiënten voor (terug)verwijzing naar tweede lijn		Richtlijnen dichten geen kennishiaat
	Diagnostiek en initiatie in de tweede lijn		Aandacht voor gestandaardiseerde implementatie richtlijn
	Correcte overdracht patiënt i.p.v. enkel doorverwijzing naar de eerste lijn	Bewustzijn	Gebrek aan bewustzijn van ernst van osteoporose
	Administratieve fouten ziekenhuizen		Verbeterde voorlichting aan patiënten
	Communicatie binnen- en tussen lijnen		Vergroten bewustzijn zorgprof., patiënten, en beleidsmakers
	Case finding		Fractuurpreventie als nationale gezondheidsprioriteit
Osteoporosezorg	Late diagnostiek en onderdiagnostiek	Financiering	Rol van de Osteoporose Vereniging
	Integratie in standaardzorg		Schotten tussen financieringsstelsels
	Persoonsgerichte zorg	Bekostiging volledig zorgproces	
	Medicamenteuze behandeling en bewaking	Opstellen business-case voor financiering	
	Primaire en secundaire fractuurpreventie	Inadequate financiering eerste lijn	
	Negatief/incorrect imago osteoporose	ICT	Gebruik digitale ondersteuning



Figuur 2. Een overzicht van (sub)thema's gerapporteerd als bevorderend, belemmerend of randvoorwaarde



## 3. Diepte-interviews

*In het tweede stadium van het onderzoek zijn diepte-interviews verricht met stakeholders van praktijkvoorbeelden in Nederland, die multidisciplinaire fractuurpreventie wel of niet succesvol hebben georganiseerd. Het doel hiervan was de bevorderende en belemmerende factoren omtrent de opzet en implementatie van multidisciplinaire fractuurpreventie te identificeren.*

### 3.1 Methoden diepte-interviews

#### 3.1.1 Selectie praktijkvoorbeelden

Identificatie van stakeholders van praktijkvoorbeelden vond plaats op basis van een overzichtsjijst van eerstelijnspraktijken van Zorginstituut Nederland op basis van het Zinnige Zorg project Osteoporose, een uitvraag aan de leden van de Gebruikerscommissie, en via (het netwerk van) het onderzoeksteam. Een praktijkvoorbeeld diende een samenwerkingsverband te zijn tussen de eerste en tweede lijn met betrekking tot osteoporosezorg en/of fractuurpreventie. Praktijkvoorbeelden werden onderverdeeld in:

- goede voorbeelden: samenwerkingsverbanden tussen de eerste en tweede lijn, die zijn geïmplementeerd in de praktijk en een verbetering van (organisatie van) zorg teweegbrachten;
- 'on-hold' praktijkvoorbeelden: samenwerkingsverbanden waarvan de transmurale afspraken (deels) zijn opgezet, maar nog niet volledig geïmplementeerd;
- minder goede voorbeelden: samenwerkingsverbanden waarbij of het opzetten van transmurale afspraken niet lukte, de implementatie niet lukte, of beiden.

Stakeholders van praktijkvoorbeelden werden per mail en/of telefonisch benaderd voor deelname aan het interview.

#### 3.1.2 Dataverzameling en -analyse

Het interview werd geleid aan de hand van een topic guide (zie Bijlage 3), welke was opgesteld op basis van de thema's van de documentenanalyse. Het interview begon met een introductieronde, een korte inleiding en toelichting op het onderzoek, gevolgd door de hoofdvragen en aanvullende vervolgvragen, ruimte voor de deelnemer voor aanvullingen, en een afsluiting. Eén onderzoeker leidde het interview [AA of YG] en een tweede onderzoeker

maakte notulen. Een interview duurde gemiddeld 60 min en vond plaats via Microsoft Teams. Interviews werden opgenomen na toestemming te hebben verkregen van interviewdeelnemers. Opnames werden woordelijk getranscribeerd via software Amberscript en gecontroleerd door twee onderzoekers [AA en YG]. Tekstsegmenten kregen een code toegewezen, indien deze een specifieke thema/onderwerp betroffen (thematic content analysis) aan de hand van een inductief, iteratief proces. Data werden gecodeerd door twee onderzoekers [AA en YG] en geïnterpreteerd door het voltallige onderzoeksteam. Data zijn zowel op het niveau van individuele casussen alsook, waar mogelijk, op programmaniveau (meerdere voorbeelden samengenomen) geanalyseerd, om inzicht te krijgen in de belemmerende en bevorderende factoren, alsook in mogelijkheden en/of randvoorwaarden.

## 3.2 Resultaten diepte-interviews

### 3.2.1 Geïnccludeerde praktijkvoorbeelden

Negentien stakeholders van praktijkvoorbeelden waren benaderd voor deelname, waarvan 12 stakeholders instemden. Eén interview betrof een Zorginkoper Integrale Zorg werkzaam bij een zorgverzekeraar, die ook betrokken was bij één van de goede praktijkvoorbeelden. In Tabel 1 zijn de geïnccludeerde praktijkvoorbeelden weergegeven. In Tabel 2 zijn de transmurale afspraken in de praktijkvoorbeelden kort samengevat en wordt de huidige status van het praktijkvoorbeeld beschreven en, waar relevant, de uitkomsten tot nu toe.

Tabel 1. Geïnccludeerde praktijkvoorbeelden in diepte-interviews

Nr.	Naam praktijkvoorbeeld	Regio	Functie geïnterviewde
1	Zorgprogramma Osteoporose en Fractuurpreventie <i>THOON</i>	Twente	(Kader)huisarts
2	Zorgprogramma Fractuurpreventie <i>Samendraads</i>	Tilburg	(Kader)huisarts
3	Zorgprogramma Osteoporose	Gelderse Vallei	Huisarts
4	Programma <i>Zorg Dichterbij</i> Fractuurpreventie	Hilversum, Blaricum, Weesp	Verpleegkundig specialist
5	Ketenzorgprogramma Osteoporose Zuid-Holland Noord	Leiden	Fysiotherapeut
6	Zorgprogramma Osteoporose	Zaanstreek	Internist-endocrinoloog
7	Project Substitutie Screening Osteoporose	Amersfoort	Huisarts
8	Zorgprogramma Osteoporose	Amsterdam	Huisarts
9	Transmuraal Project <i>Aan Tafel!</i>	Deventer	Huisarts
10	Transmuraal Zorgpad Fractuurpreventie	Eindhoven	Huisarts
11	Zorgprogramma Osteoporose	Rotterdam	Reumatoloog
12	n.v.t.	Zuidwest-Nederland	Zorginkoper

Goed voorbeeld
  Voorbeeld 'on-hold'
  Minder goed voorbeeld

Tabel 2. Beschrijving geïncludeerde praktijkvoorbeelden

Nr.	Naam praktijk- voorbeeld	Transmuraal karakter van praktijkvoorbeeld	Huidige status praktijkvoorbeeld
1	Zorgprogramma Osteoporose en Fractuur-preventie THOON	<p>Het programma loopt sinds 2016 en is opgezet rondom secundaire fractuurpreventie. Voor dit project is een eerstelijns Diagnose-behandelcombinatie (DBC)-Osteoporose ontwikkeld. Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt met zorgpartners buiten de eerste lijn. Deze afspraken ontstonden vanuit een internist (gespecialiseerd in osteoporose) en een huisarts. De huisartsenpraktijk draagt zorg voor afstemming van het medicatiebeleid met de apotheek (willen echter gehonoreerd worden binnen de DBC), indien nodig verwijzing naar de fysiotherapeut (valpreventie en stabiliteitstraining), en naar de diëtist (optimalisatie voeding). Afspraken met tweede lijn betreffen consultatie en verwijzing bij complexe gevallen. Praktijkondersteuner doet screening en levert de follow-up met betrekking tot het behandelplan. De financiering van de follow-up is meegenomen in de DBC als prikkel om patiënten te blijven volgen.</p>	<p>De eerstelijns DBC-Osteoporose wordt momenteel gebruikt. Van de huisartsen in de regio doet 80% mee aan het programma. Een andere zorggroep in de regio is voornemens de DBC ook te adopteren in 2023. De zorgverzekeraar was vanaf het begin (2016) betrokken bij de opzet van het programma en de pilot. De business case die ten grondslag ligt aan de DBC dient echter opnieuw geëvalueerd te worden door de zorgverzekeraar, om de impact van de nieuwe multidisciplinaire richtlijn op de bestaande afspraken te evalueren. Om gebruik te maken van de DBC-Osteoporose dienen praktijken een osteoporose-spreekuur op te zetten volgens richtlijnen beschreven in het osteoporose-protocol van THOON.<sup>40</sup></p>
2	Zorgprogramma Fractuurpreventie Samendraads	<p>Het programma liep van 2017 tot 2023. Het was een samenwerking tussen een huisartsorganisatie en het regionaal ziekenhuis (drie locaties). De IT- en oproepsystemen van ziekenhuizen werden eerst op elkaar afgestemd. Volgens de afspraken komt de eerste oproep tot screening uit het ziekenhuis. Bij reactie van de patiënt, vindt de screening ook daar plaats. Indien er geen respons is, gaat er een brief naar de huisartspraktijken, welke nog een keer contact opnemen met de patiënt. Bij een reactie van de patiënt verricht de huisarts het screening-proces. In dit geval blijft de patiënt een</p>	<p>Het project duurde 5 jaar. Er was deelname van 67% praktijken in Midden-Brabant, 63% therapietrouw onder patiënten en een afname in opvolgende fracturen van bijna 30%. Na het indienen van de eindevaluatie is financiering vanuit zorgverzekeraar gestopt. Hierdoor is geen extra vergoeding meer voor scholing, praktijkondersteuner en is er geen ondersteuning vanuit de zorggroep meer. Individuele praktijken krijgen nog steeds hun consult-, maar niet meer alle niet-patiëntgebonden uren vergoed. Verwachting is dat men stopt met het</p>

		<p>eerstelijnspatiënt, maar wel met de tweede lijn laagdrempelig op de achtergrond, benaderbaar via e-consulten. Controles op o.a. therapietrouw worden altijd gedaan bij de huisarts door de praktijkondersteuner (met ondersteuning van de zorggroep), tenzij de patiënt noodzakelijk naar tweede lijn moet gaan.</p>	<p>extra oproepen. De verwachting is ook dat meer praktijkvariatie gaat ontstaan, waarbij slechts sommige praktijken zullen doorgaan met extra oproepen.</p>
3	<p>Zorgprogramma Osteoporose Gelderse vallei</p>	<p>Programma is in 2018 opgezet en loopt nog. De reumatoloog was kartrekker vanuit het ziekenhuis. Projectmanager van de werkgroep was kartrekker vanuit eerste lijn. Huisartsen en praktijkondersteuners dachten inhoudelijk mee, en praktijkondersteuner verrichte de follow-up. De format van het zorgprogramma was gebaseerd op het protocol van THOON<sup>40</sup>, bedoeld voor de huisartspraktijk. Met behulp van VIPLife kunnen patiënten met recente breuk uit de ziekenhuis-registraties worden gehaald en worden opgeroepen bij de huisartspraktijk. Hierdoor zijn ze minder afhankelijk van doorverwijzing vanuit het ziekenhuis. Een DXA-bus werd ingezet op de parkeerplaats bij huisartsenpraktijk, waardoor mensen niet naar het ziekenhuis moeten voor een scan. Voor advies bij complexe gevallen werd doorverwezen naar tweede lijn (reumatoloog).</p>	<p>De pilot liep tot 2018, daarna werd een zorgverzekeraar betrokken bij de opzet van het programma. Eind 2021 is begonnen met het uitnodigen van praktijken om deel te nemen aan het zorgprogramma, waarbij ongeveer 30% van de praktijken participeert in 2023. Scholing door huisarts én praktijkondersteuner is een verplicht onderdeel voor deelname aan het programma. Het programma krijgt een gemiddelde vergoeding per patiënt die deelneemt aan het zorgprogramma voor het eerste jaar. Aandachtspunt: de 4 jaar follow-up is niet meegenomen in de financiering en hierover worden gesprekken gevoerd met de zorgverzekeraar.</p>
4	<p>Programma <i>Zorg Dichterbij</i> Fractuurpreventie</p>	<p>Het programma is in 2020 opgezet als eerstelijnsproject: verpleegkundig specialist op osteoporose-polikliniek screent in opdracht van eerste lijn. De verpleegkundig specialist benadert hiervoor alle vijftigplussers die zich op de SEH aandienen met een breuk, nodigt hen uit voor een DXA-scan en geeft ze de uitslag. Dit betekent dat de stappen voor standaardzorg; verwijzing van SEH naar huisarts voor DXA-aanvraag stap en verwijzing na DXA-scan naar huisarts, wordt overgeslagen. Als DXA-scan osteoporose uitsluit, krijgen mensen leefstijladvies mee en eventueel calcium en vitamine D. Bij mensen</p>	<p>Project zit in 2023 nog in de pilot fase en het loopt goed. Een eerste evaluatie laat zien dat in plaats van 10-20% van de patiënten nu &gt;75% gescreend worden op osteoporose. Zorgverzekeraar is bij de opzetfase van het project betrokken, maar er is nog geen structurele financiering geregeld. Het blijkt lastig om betaalstructuren rondom eerstelijnszorg vanuit het ziekenhuis te regelen: DXA-scan wordt nu op naam van de huisarts aangevraagd, maar het ziekenhuis wil bijvoorbeeld ook een</p>



		<p>met osteoporose vindt aanvullend labonderzoek plaats en start de medicamenteuze behandeling. In geval van primaire osteoporose: verpleegkundig specialist houdt mensen drie maanden onder controle, daarna gaat de patiënt naar de huisarts. In geval van secundaire osteoporose: via de huisarts wordt een verwijzing naar tweede lijn gevraagd. Verpleegkundig specialist heeft het zorgpad geschreven en coördineert het. Verpleegkundig specialist heeft korte lijnen met geriater, radioloog en huisarts bij vragen.</p>	<p>vergoeding krijgen voor bijvoorbeeld de labformulieren die de verpleegkundig specialist afneemt.</p>
5	<p>Ketenzorg programma Osteoporose Zuid-Holland Noord</p>	<p>In 2017 is een eerste versie van het ketenzorgprogramma, een post-corona (2021) programma en een business case geactualiseerd. Na de verschijning van de multidisciplinaire richtlijn is het programma aangepast. Een transmurale afspraak is bijvoorbeeld dat een ontslagbrief vanuit ziekenhuis aan huisarts moet worden verzonden bij een patiënten met een fractuur op de SEH met de vermelding om screening op te pakken 3-4 maanden na de fractuur. Huisarts maakt ook het behandelplan op basis van de DXA-scan die is gedaan in het ziekenhuis. Bij ingewikkelde casussen kan via een teleconsult overlegd worden met internisten. Voor dit teleconsult is een vergoeding geregeld binnen de afspraken. Ook past de radiologie-afdeling zijn berichtgeving naar de huisarts aan. Een eerstelijns-werkgroep ambieert niet alleen osteoporose, maar ook fractuurpreventie te verzorgen. Hiervoor dienen de apotheek, diëtist en fysiotherapeut erbij betrokken te worden voor monitoring van leefstijl en medicatie.</p>	<p>Het programma is nog niet geïmplementeerd en staat 'on-hold' sinds eind 2022. De reden hiervoor is om de business case aan te passen aan de NHG-Standaard, welke nog gepubliceerd moet worden. Afspraken wat betreft financiering in de oude businesscase zijn goedgekeurd door de zorgverzekeraar. De osteoporose-prestatiecodes mogen pas gedeclareerd worden als de praktijk een certificaat van gevolgde osteoporose scholing in heeft gediend bij zorgverzekeraar.</p>
6	<p>Zorgprogramma Osteoporose Zaanstreek</p>	<p>In 2021 is begonnen met het ontwikkelen van het zorgpad. Het is een transmuraal ingestoken project, gezamenlijk vanuit de organisatie van het ziekenhuis, het osteoporose team in het ziekenhuis en de bestuurlijke</p>	<p>Het project is bedoeld als transmuraal zorgpad, maar is sinds begin 2023 een tweedelijnsproject. Transmurale afspraken met eerste lijn zijn nog niet geïmplementeerd wegens financiering. Het project is bezig met</p>

		<p>organisatie van de huisartsen. De focus van het programma ligt momenteel op het optimaliseren van de osteoporose-polikliniek en case-finding binnen het ziekenhuis. De ambitie is om patiënten, waarbij na een fractuur blijkt dat ze niet-complexe (primaire) osteoporose hebben, door te verwijzen naar de huisarts en daar verder te laten behandelen. Hierna is het doel preventie, en ambieert men de apotheker en fysiotherapeut bij het zorgpad te betrekken.</p>	<p>passende financiële incentives te regelen voor de osteoporose-patiënten die huisartsen dienen over te nemen. Momenteel ligt de focus op procesoptimalisatie binnen het ziekenhuis, bijvoorbeeld hoe de lijnen tussen de osteoporose-polikliniek en andere afdelingen zo kort mogelijk gehouden kunnen worden. Hiervoor is een regeling met de zorgverzekeraar getroffen.</p>
7	<p>Project Substitutie Screening Osteoporose</p>	<p>Doel van het programma (2017-2019) was om het aantal DXA-scans bij vijftigplussers met een fractuur te verhogen. Het was een plan voor substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn. Het is niet gelukt om transmurale afspraken te maken, mede door ingewikkelde gesprekken met de verschillende afdelingen en specialismen binnen het ziekenhuis, waarbij osteoporose screening bij de verschillende specialismen op een andere manier gefinancierd wordt.</p>	<p>Een business-case was opgesteld en een financieringsaanvraag was gedaan, welke niet werd goedgekeurd. Het samenwerkingsorgaan in de regio werd opgeheven. Tijdens de COVID-pandemie lagen de plannen stil en is het programma toen doodgebloed. In 2023 is zijn plannen gestart om het aantal DXA-scans te verhogen. Het project zit nu nog in de gespreksfase.</p>
8	<p>Zorgprogramma Osteoporose</p>	<p>Het zorgprogramma is in 2013 gebleven bij een plan voor samenwerking tussen de eerste en tweede lijn om osteoporosezorg beter te structureren. Zorginhoudelijk waren de kartrekkers uit de eerste lijn (huisarts) en tweede lijn (internist) het met elkaar eens. Het doel was osteoporosezorg van de tweede lijn meer te verplaatsen naar de eerste lijn, door de zorg daar beter te organiseren. De praktijkondersteuners zou uitvraag doen bij patiënten en therapietrouw in de gaten houden.</p>	<p>De samenwerking heeft een stille dood gestorven. Er waren geen kartrekkers om het plan voort te zetten en ook de financiën konden niet worden geregeld. De zorgverzekeraar stond achter het plan, mits ze de tweede lijn erin konden betrekken. De gesprekken met de tweede lijn verliepen echter moeizaam, mede door verschillende belangen rondom financiering. Hierdoor is de financiering uiteindelijk niet gelukt.</p>
9	<p>Transmuraal Project <i>Aan Tafel!</i></p>	<p>Het programma is op basis van de vraag vanuit het ziekenhuis tot stand gekomen. De tweede lijn wilde zorg overdragen aan huisartsen. Aanjager en initiatiefnemer van het programma was de lokale zorggroep. De focus van het programma lag op secundaire preventie, met de mogelijkheid uit te</p>	<p>Het programma is niet voorbij de financieringsaanvraag gekomen. Nadat het plan gemaakt was, is de zorgverzekeraar erbij betrokken. Er is een lange termijn kosten-baten analyse gemaakt, maar de zorgverzekeraar was niet geïnteresseerd in het project: het rendement was te laag en de businesscase was negatief voor het ziekenhuis. Vanwege het niet kunnen</p>

		breiden naar primaire preventie. De taakverdeling was uitgewerkt en aangepast aan zowel de specialistische zorg, alsook de huisartsenzorg.	regelen van financiering trokken de partijen, die in eerste instantie zich gecommitteerd hadden, hun handen ervan af.
10	Transmuraal Zorgpad Fractuur- preventie	Het programma liep van 2018 tot 2019. De reden voor ontstaan van het programma was dat eerste lijn graag met de ziekenhuizen de diagnostiek en de eventuele consequenties wilde koppelen. De partij die de coördinerende rol had en de transmurale afspraken stimuleerde, was de Kwaliteitsondersteuning voor Huisartsen. Volgens het programma zou na diagnose, vóór dat de therapeutische besluitvorming afgerond was, de patiënt terug naar de eerste lijn komen om te bepalen welke medicatie gegeven zou worden. Grote rollen dienden hierbij te worden te gespeeld door de apotheker (uitleg medicatie, interactie medicaties, therapietrouw) en de fysiotherapeut.	Het project is doodgebloed. Plannen voor de zorgverzekeraar waren opgesteld met een externe partij. Het is niet duidelijk wat daar mee is gedaan. Eén van de tweedelijns kartrekkers van het osteoporose beleid ging weg. Hierna merkte men veranderingen in continuïteit van zorg. De onderhandelingen met de tweede lijn werden bemoeilijkt doordat er twee leidende ziekenhuizen waren waarvan er één meer toegankelijk naar de eerste lijn was dan de andere.
11	Zorgprogramma Osteoporose Rotterdam	In periode 2016-2017 zijn plannen voor een pilot zorgprogramma osteoporose gemaakt. Alle partijen (inclusief overkoepelingsorganen uit de eerste lijn, patiënten, zorgverzekeraars, apotheek, paramedici) die belanghebbend waren, werden vanaf het begin erbij betrokken. De lijnen tussen eerste en tweede lijn werden kort gehouden. Volgens de opzet van het programma lag de regie bij de huisartsen, waarbij de praktijkondersteuner een grote rol speelde (in vergelijking met de huisarts). Er waren duidelijke afspraken gemaakt. De tweede lijn kwam in beeld als de eerste lijn er niet uitkwam (specialistische medicatie, complexe problematiek). Er is contact geweest met betrokkenen bij het osteoporoseprogramma THOON om te leren van een eerder goed voorbeeld.	Het programma heeft een stille dood gestorven. De zorgverzekeraar had geld beschikbaar gesteld voor de pilot. Onder andere vanwege de COVID-pandemie, heeft het project nooit doorgang gekregen. Daarnaast is het niet gelukt alle betrokken partijen blijvend te enthousiasmeren. Dit kwam door het wegvallen van kartrekkers: één van de twee initiatiefnemende huisartsen ging met pensioen. Daarnaast veranderde de teamleiding van een tweede kartrekker, het overkoepelend zorgorgaan.

### 3.2.2 Uitwerking thema's

Op basis van de input van interviewdeelnemers zijn thema's 'belangrijke rollen in de samenwerking', 'verschillende belangen van partijen', 'de rol van de zorgverzekeraar', 'middelen (tijd en personeel)', 'deskundigheidsbevordering', en 'participatie en therapietrouw van de patiënt' toegevoegd aan de thema's die geïdentificeerd waren in de documentenanalyse. Hieronder zijn de belemmerende en bevorderende factoren gerapporteerd, alsook de mogelijkheden en randvoorwaarden, die benoemd zijn door interviewdeelnemers voor verbetering van de thema's.

#### Samenwerking van zorgprofessionals

Een zowel door goede als minder goede voorbeelden aangegeven bevorderende factor was dat relevante zorgpartijen vanaf het begin betrokken werden en op één lijn zaten over hoe de zorg georganiseerd kan worden. Zorgprofessionals waren over het algemeen enthousiast en hadden de intentie en goede wil om osteoporosezorg te verbeteren. Er waren korte lijnen tussen de eerste en tweede lijn. Het hebben van een regionaal samenwerkingsorgaan van de eerste of tweede lijn of tussen eerste en tweede lijn was ook bevorderend voor de samenwerking. Een geïnterviewde benoemde dat het gezamenlijk bepalen van wat het pad is wat je gaat nastreven bevorderend kan zijn voor het samenwerkingsverband. Belangrijk hierbij is vooraf te bepalen op welke manier een project gemonitord gaat worden. Bij minder goede voorbeelden was sprake van een gebrek aan eenduidige afspraken zowel binnen organisaties in eerste en tweede lijn als daartussen (belemmerend). Het maken van

**"Uiteindelijk proberen we goeie zorg voor zo weinig mogelijk geld na te streven en daar vind je elkaar dan. En vanuit die bewustwording werkt het vaak veel beter om gezamenlijk tot projectvoorstellen te komen."**

*Diepte-interviews, deelnemer #1*

**"We laten ongelooflijk veel mensen lopen en dat is niet omdat we het niet willen, want de huisartsen willen het, de specialisten willen het, dus de intenties zijn er, de evidence is er, de richtlijnen zijn er, maar op de één of andere manier lukt het elke keer niet."**

*Diepte-interviews, deelnemer #2*

transmurale afspraken ging moeizaam, omdat het vaak ingewikkelde gesprekken waren met verschillende partijen en specialismen. Betrokken medisch specialismen uit het ziekenhuis hanteerden verschillende werkwijzen ten aanzien van doorverwijzing, communicatie, en verslaglegging. Ook bestond een verschil in financiering van bijvoorbeeld dezelfde bestaande DBC's, die aangevraagd werden door andere specialismen. Een goed voorbeeld gaf aan dat binnen de tweede lijn geen uniform beleid was omtrent de communicatie door de arts naar patiënten toe, die

met een fractuur op de SEH terecht waren gekomen. Bijvoorbeeld, de behandelend arts hoort aan patiënten met een breuk op de SEH te vertellen dat ze in aanmerking komen voor een osteoporose-screening, maar dit gebeurt vaak niet. Hierdoor wordt diagnostiek en eventuele vervolgbehandeling door de huisarts bemoeilijkt.

Er was onduidelijkheid in het beleid omtrent het beleggen van screening. Ook ontbrak het aan organisatie omtrent controle en follow-up van patiënten die al in behandeling waren. Deze patiënten werden teruggestuurd naar de eerste lijn, maar het was onduidelijk wie de behandeling in de gaten ging houden. Ook kwam als belemmerende factor naar voren dat de heterogeniteit van huisartsenpraktijken het moeilijker maakt om een samenwerking aan te gaan. Een structuur om binnen een regio praktijkvariatie in te perken, is het hebben van huisartsenorganisatie, waarbij het makkelijker is om zorg te organiseren.

Er werd gesuggereerd om de zorgverleners die niet veel passie hebben voor het onderwerp osteoporose en die meer aan de rand staan, niet te betrekken bij het opzetten van het programma. Als er eenmaal een basis is, kunnen zij wel betrokken worden. Vier randvoorwaarden die werden genoemd, zijn het creëren van een gezamenlijke visie met alle betrokkenen, het hebben van goede projectleiding, het hebben van overzicht van de patiënten met (risico op) osteoporose welke uit de verschillende systemen binnen de eerste- en tweedelijnszorg gehaald moeten worden, en uniforme communicatie binnen- en tussen de eerste en de tweede lijn. Een randvoorwaarde om een zorgprogramma op te zetten is om per regio te kijken naar wat de draagkracht is in de eerste lijn en de tweede lijn, waar de interesses liggen, waar nog groeimogelijkheden zitten, en op basis daarvan een samenwerking aangaan, indien sprake is van een gedeelde visie. Door wie deze rol belegd dient te worden, is niet benoemd.

### **Belangrijke rollen in de samenwerking**

Kartrekkers speelden een belangrijke bevorderende rol in het zorgprogramma bij goede en minder goede praktijkvoorbeelden. Deze kartrekkers waren afkomstig uit de eerste lijn (huisarts of praktijkondersteuner), tweede lijn (verpleegkundig specialist en/of medisch specialist), of allebei. Goede praktijkvoorbeelden hadden bij de opzet en implementatie van het programma kartrekkers uit zowel de eerste als tweede lijn. Het beleggen van een coördinerende en/of projectmanagement rol was bevorderend voor het programma. Door sommige praktijkvoorbeelden werd de rol van coördinator en projectmanager apart belegd, bij anderen vielen deze samen. De partij die de coördinerende/projectmanagement rol had, was vaak een andere partij dan de kartrekker, zoals een multidisciplinaire werkgroep, een zorggroep, een overkoepelende partij (een huisartsencoöperatie, een coördinerend centrum tussen eerste en tweede lijn), of een externe partij (van buiten de eerste en tweede lijn). De taken die door geïnterviewden als het belangrijkste werden benoemd, waren het regelen van IT-zaken, het managen van het programma, en het doorsturen van inhoudelijke vragen naar de relevante zorgpartijen. Het afhankelijk zijn van een kartrekker of een partij die de coördinerende/ projectmanagement rol had, maakte het zorgprogramma kwetsbaar. Deze afhankelijkheid werd als belemmerend ervaren, waarbij een aantal minder goede praktijkvoorbeelden zijn gestopt door het vertrek van kartrekker of partij. Een randvoorwaarde zou het hebben van meerdere kartrekkers zijn. Ook dient een externe organisatie betrokken te zijn voor de projectondersteuning en/of coördinerende rol met voldoende tijd en een multidisciplinaire visie. Vaak werd benoemd door de

interviewdeelnemers dat een belangrijke rol is weggelegd voor de praktijkondersteuner bij de huisarts en de verpleegkundig specialist in het ziekenhuis. Door deskundigheid te delegeren, kunnen deze partijen een grotere rol gaan spelen. Echter werd door een minderheid benoemd dat, aangezien het aantal osteoporosepatiënten dat een gegeven huisartspraktijk erbij krijgt erg klein is, het inefficiënt zou zijn een praktijkondersteuner tijd te laten steken in een aparte scholing.

## Verschillende belangen en houding van partijen

Goede en minder goede voorbeelden gaven aan dat het hebben van verschillende belangen door partijen belemmerend werkten tussen de eerste en tweede lijn, maar ook binnen de tweede lijn zelf. Meerdere specialismen in het ziekenhuis kunnen zich bezighouden met osteoporose, zoals traumatologie, interne geneeskunde, reumatologie. Door verschillen in werkwijze en

“Je gaat zo'n project vol goede moed in, maar d'r zijn zoveel partijen en zoveel geldschijven bij betrokken dat als het ergens stagneert, dan houdt het op.”

*Diepte-interviews, deelnemer #6*

financiering kunnen er mogelijk verschillende belangen kunnen ontstaan. Ook was door de betrokkenheid van meerdere specialismen in het ziekenhuis niemand hoofdverantwoordelijk voor het zorgpad van de patiënt.

Het sentiment onder zorgprofessionals werd soms ook als belemmerend ervaren, waarbij door zowel de eerste als tweede lijn werd gezegd dat huisartsen overbelast zijn. Ook het niet succesvol kunnen opzetten van een programma na meerdere pogingen zorgde ervoor dat zorgprofessionals wat terughoudender werden. Ze stonden wel open om zorg te verbeteren, maar hadden weinig vertrouwen of dit wel ging lukken. Er was daardoor sprake van onvoldoende animo om een programma voort te trekken. Bij een minder goed voorbeeld werden de taken behorende bij de rol van de praktijkondersteuner in de eerste lijn als overbodig ervaren in de samenwerking, omdat er een osteoporosepoli was in het ziekenhuis. Bij een ander minder goed voorbeeld zag het ziekenhuis het programma als een eerstelijns project, waarbij het werk eigenlijk huisartsenwerk was wat uit handen wordt genomen. Het gevoel dat bij huisartsen ontstond was dat de osteoporosepoli in het ziekenhuis een behandeling inzet en daarna controle afschuift naar de eerste lijn. Meerdere praktijkvoorbeelden gaven aan dat osteoporosezorg door huisartsen over het algemeen gezien wordt als een makkelijke inkomstenbron voor het ziekenhuis, aangezien osteoporosezorg als

“Je moet heel kritisch kijken van hoe kan je dat voor de patiënt zo efficiënt en fijn mogelijk inrichten maar ook voor de zorgverleners. Wat is haalbaar in de eerste lijn? En wat is haalbaar in de tweede lijn?”

*Diepte-interviews, deelnemer #3*

laagcomplexere zorg wordt beschouwd. Een geïnterviewde erkende dat deze visie bestaat, maar beaamde deze zelf niet. Een minder goed voorbeeld kwam niet van de grond, omdat het ziekenhuis niet mee wilde werken aan het verplaatsen van zorg naar de eerste lijn vanwege verlies aan inkomsten gekoppeld aan osteoporosezorg. Een ander goed voorbeeld verklaarde het feit dat een osteoporose-DBC in het ene ziekenhuis wel en in het

andere ziekenhuis niet tot stand werd gebracht, uit het verschil in standpunt van ziekenhuizen omtrent taken die in de eerste lijn belegd konden worden. Een randvoorwaarde, die werd genoemd, was om alle belangen openlijk en transparant te bespreken, zodat gekeken kan worden of en waar gezamenlijke belangen liggen.

## Financiering van het programma

Voor alle goede voorbeelden was het bevorderend dat men financiering voor het programma kon regelen en toegekend kreeg. Het proces van het regelen van financiën werd als een knelpunt ervaren. Over het algemeen was het vinden van financiering moeilijk en duurde het proces erg lang. Als een programma wel vergoeding kreeg, dan was de vergoeding voor het structureren van follow-up (het monitoren van patiënt) vaak niet meegenomen in het programma. Een goed voorbeeld gaf aan dat het nog niet lukt betaalstructuren op te zetten om eerstelijnszorg vanuit het ziekenhuis te financieren. En omgekeerd kreeg een ziekenhuis wel de door de huisarts aangevraagde DXA vergoed, maar niet de kosten die gemaakt werden doordat de verpleegkundig specialist in het ziekenhuis het bijbehorende bloedonderzoek nog administratief moest aanvragen. Ook lukte het niet om financiering te regelen met een kleine groep huisartspraktijken. Om in aanmerking te komen, dienen meerdere praktijken in een zorggroep zich te bundelen. Een geïnterviewde schetste dat projectaanvragers vaak aan zorgverzekeraars laten weten dat ze te weinig vergoed krijgen voor een inspanning. Echter, de zorgverzekeraar koppelde terug dat aanvragers de complexiteit van financiering onvoldoende doorgronden, aangezien niet goed duidelijk wordt gemaakt hoe de relatie ligt tussen de inkomsten van een huisartsenpraktijk en de geleverde inspanningen. Een verandering die afgelopen jaren heeft plaatsgevonden en belemmerend heeft gewerkt, is dat door personeelskrimp zorginkopers minder tijd hebben om zich te verdiepen in één onderwerp, waardoor ze meer afhankelijk zijn van de mening van ingeschakelde experts. Er werd aangegeven dat het maken van goede keuzes binnen krappe tijd lastig is, dus je moet maar net de goede experts kunnen inschakelen. Randvoorwaarden die werden benoemd door interviewdeelnemers waren het hebben van structurele financiering voor transmurale osteoporosezorg. Osteoporose is een chronische aandoening, waarbij na de eerste evaluatie aandacht nodig is voor therapietrouw en een herevaluatie na de eerste behandelcyclus die een aantal jaren duurt. Idealiter is ook sprake van een vergoeding voor dit vervoltraject. Ook niet-patiëntgebonden taken dienen in de financiering te worden meegenomen. Een uniforme duurzame financiering voor osteoporosezorg op basis van keten-DBC's werd gesuggereerd als mogelijkheid. De (grote) zorgverzekeraars kunnen dan zorgen voor een landelijk financiële dekking, waardoor niet elke zorggroep apart hoeft te onderhandelen. Ook aanvullende kosten dienen te worden gedekt die patiënten maken (bijvoorbeeld een botdichtheidsversterkende training door de fysiotherapeut) door inclusie in een zorgprogramma.

## De rol van de zorgverzekeraar

Bij goede en minder goede voorbeelden was de zorgverzekeraars betrokken en toonde deze interesse in het programma (bevorderend). Ook voerden zorgverzekeraars analyses uit om de potentie van het programma te berekenen. Echter, de betrokkenheid van een zorgverzekeraar zorgde niet in alle gevallen ook voor vergemakkelijking in de financiering

van het programma. De zorgverzekeraar was ook betrokken bij minder goede voorbeelden, voerde gespreken, voerde data-analyses uit, maar deze programma's kregen geen vergoeding toegekend. Belemmerend hierbij was dat in sommige praktijkvoorbeelden niet teruggekoppeld werd waarom geen vergoeding werd toegekend. Waar het volgens een geïnterviewde vaak misgaat, is dat het niet lukt altijd om met de data-analisten van verschillende partijen samen aan tafel te zitten, vanwege de beperkte tijd die ze beschikbaar hebben (belemmerend). Als randvoorwaarde werd benoemd dat wat betreft het opzetten van het evaluatieplan van het programma, data-analisten uit ziekenhuizen en zorgverzekeraars bij elkaar dienen te zitten en de blik vanuit de verschillende disciplines meteen met elkaar moeten matchen. Een ander knelpunt, dat werd ervaren door de praktijkvoorbeelden, is de focus van de

**“Ondanks dat we daar financiële plannen voor hebben geschreven en hadden laten zien wat het opbrengt en wat het kost, was het ondoorzichtig wat de zorgverzekeraar ervan vindt of ermee doet.”**

*Diepte-interviews, deelnemer #4*

zorgverzekeraar op kostenbesparing, terwijl de zorgprofessionals voornamelijk zorginhoudelijk te werk gaan, waarbij naast betere zorg voor de patiënt ook gestreefd wordt naar betere organisatie van zorg. Een geïnterviewde benoemde dat bij zorgverzekeraars de voorwaarde voor het toestaan van innovatieprojecten is dat naast kwaliteitswinst ook sprake moet zijn van zorgkostenbesparing. Goede en minder goede voorbeelden gaven aan dat het onvoldoende transparant was wanneer ze in aanmerking kwamen voor een vergoeding en wat de zorgverzekeraar (inhoudelijk) wilde zien in het programma (belemmerend). De (lange termijn) gezondheids- en financiële winst van het verplaatsen van zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn zijn moeilijk aan te tonen. Zo worden kosten gemaakt op korte termijn binnen de Zorgverzekeringswet, maar de (financiële) baten liggen ver in de toekomst en buiten de scope van 3-4 jaar die de zorgverzekeraar hanteert. Daarnaast liggen de baten vaak ook buiten de Zorgverzekeringswet, bijvoorbeeld op maatschappelijk vlak. Daarnaast werd benoemd dat zorgverzekeraars minder gemotiveerd lijken te zijn om eerstelijnsprojecten te vergoeden, vanwege de meer-jaren overeenkomst met ziekenhuizen, waarbij vaste tarieven zijn afgesproken (meer SEH-opnames in het ziekenhuis zullen niet opgemerkt worden, maar wel als de eerste lijn meer geld krijgt). Ook konden zorgverzekeraars in het praktijkvoorbeeld bepalen dat de uurtarieven anders waren voor bijvoorbeeld een specialist werkzaam in het ziekenhuis en een kaderarts in de huisartsenpraktijk. Dit verschil in honorering bracht onvrede met zich mee voor de zorgprofessionals. Bovendien

**“In zo'n project waarin je zo intensief samenwerkt en echt persoonlijk op gelijkwaardige basis erin zit, waarom moet de financiële honorering dan anders?”**

*Diepte-interviews, deelnemer #5*



onderhandelen zorgverzekeraars in sommige praktijkvoorbeelden separaat met de eerste en tweede lijn en brachten ze de lijnen niet bij elkaar. Aangezien geldverstrekking een grote afhankelijkheid is voor een zorgprogramma, werd als mogelijkheid benoemd om mensen die zowel ervaring hebben met financiële zaken, als de kennis hebben van het organiseren van osteoporosezorg een leidinggevende rol toe te bedelen.

### Middelen (tijd en personeel)

Een goed voorbeeld gaf aan dat in hun programma veel tijd is opgezet voor de patiënt, maar dat er ook tijd, geld, en ruimte was vrijgemaakt voor de kartrekker van het programma, wat als bevorderend werd gezien. Zowel goede als minder goede praktijkvoorbeelden benoemden dat het ontbreken aan tijd- en menskracht in zowel de eerste- als tweede lijn belemmerend werkt om extra zorg op zich te nemen. Indien een vergoeding beschikbaar is voor het zorgprogramma, was vaak sprake van beperkt (opgeleid) personeel. Er was te weinig buffer voor het opzetten van nieuwe programma's en nauwelijks ruimte voor nieuwe werkzaamheden. Zorgtaken van de apothekers worden over het algemeen betaald uit de geldverstrekking in de basiszorg vanuit de vergoeding voor medicatieafgifte. Omdat calcium en vitamine D uit het basispakket zijn gehaald, zal monitoring van deze supplementen door de apotheker moeilijker worden. Dit werd ervaren als belemmerend. Een randvoorwaarde die naar voren kwam is dat procesoptimalisatie dient plaats te vinden om osteoporosezorg efficiënter en effectiever te organiseren, waarbij (de inzet van) personeel (op basis van kennis en kunde), tijd en geld beter benut kunnen worden.

"[Het is belangrijk om] de patiënt centraal te stellen en heel eerlijk gezegd ook de zorgverlener centraal stellen, want dat zeggen we nooit, maar dat moet natuurlijk wel gebeuren, want we verzuipen allemaal. Dus als je niet iets positiefs voor de zorgprofessionals kunt doen, dan gaat het niet werken."

*Diepte-interviews, deelnemer #2*

### Deskundigheidsbevordering

Vaak werd scholing gegeven door eerste en tweede lijn gezamenlijk, of vanuit de tweede aan de eerste lijn. Het meest gebruikte format door goede voorbeelden was het geven van een basisscholing met aansluitend daarop een vervolgscholing in de vorm van casuïstiek of toetsvragen. De inhoud van de scholing werd vaak vormgegeven door de betrokken partijen. Goede praktijkvoorbeelden pasten hun scholing aan de multidisciplinaire richtlijn aan. Scholing/deskundigheidsbevordering werd over het algemeen door zowel goede als minder goede praktijkvoorbeelden als bevorderend ervaren. Het zorgde voor een verhoogd gevoel van verantwoordelijkheid voor (het belang van) osteoporosezorg en het leidde vaak tot meer enthousiasme bij zorgprofessionals over het onderwerp. Mogelijkheden die werden geopperd, waren het geven van een scholing omtrent de inhoud van de

nieuwe richtlijn aan zorgprofessionals, het geven van aparte scholing voor fysiotherapeuten en praktijkondersteuners over osteoporose, en het maken van een (video)opname van de scholing, zodat andere geïnteresseerden het later terug kunnen kijken op een laagdrempelige manier.

## Bewustzijn van zorgprofessionals en patiënten

De bij de goede en minder goede voorbeelden betrokken zorgprofessionals waren voldoende bewust over de ernst en gevolgen van osteoporose. Maar dit geldt niet voor de hele beroepsgroep (belemmering). Als belemmerend werd ook het lage bewustzijn van osteoporose onder patiënten en de algemene populatie benoemd. Goede voorbeelden merkten op dat het bieden van scholing in hun programma aan zorgprofessionals en het werk dat de Osteoporose Vereniging doet bevorderend werkte voor het creëren van bewustzijn. Een goed praktijkvoorbeeld merkte op dat er meer aandacht voor osteoporose kwam bij zorgverleners na invoering van een eerstelijns-DBC osteoporose tijdens het programma. Mogelijkheden om het bewustzijn omtrent osteoporosezorg en fractuurpreventie te vergroten onder zorgprofessionals en patiënten waren bijvoorbeeld het voeren van campagnes, het hebben van een (bekende) ambassadeur voor osteoporose, en het creëren van meer bewustzijn tijdens de opleiding van zorgprofessionals. Ook dienen de communicatiematerialen van de Osteoporose Vereniging beter benut te worden. Een suggestie was het plaatsen van een scorelijst in geselecteerde tijdschriften of andere media voor het scoren van iemands risico op osteoporose en de invuller aanmoedigen contact op te nemen met de huisarts boven een bepaalde score.

**"Osteoporose is niet een ingewikkelde ziekte, maar voor veel mensen is het niet - wat wij heel vaak noemen - een sexy ziekte."**

*Diepte-interviews, deelnemer #4*

## NHG-Standaard en multidisciplinaire richtlijn

Door zowel goede als minder goede voorbeelden werden de NHG-Standaard en/of multidisciplinaire richtlijn als bevorderend ervaren, als deze gerichte sturing gaf voor het handelen in de praktijk, als het draagvlak creëerde voor het zorgprogramma, en als de richtlijn gezamenlijk door eerste- en tweede lijn was opgezet. Door de minder goede voorbeelden werd als belemmerend benoemd dat sprake was van beperkte tot geen communicatie over de inhoud van de nieuwe versie van de NHG-standaard. Hierdoor kon het programma niet van start gaan of werd de oude standaard gebruikt. Om de doelstellingen te behalen, die in de nieuwe richtlijn worden benoemd, dient eerst een samenwerking tussen de eerste en tweede lijn tot stand te worden gebracht, wat lastig blijkt in de praktijk. Ook werd gevreesd dat de nieuwe richtlijn de zorg duurder zou maken, aangezien meer mensen in aanmerking komen

**"Je moet je in de richtlijn niet laten leiden door een sentiment, maar door wat ideale zorg is."**

*Diepte-interviews, deelnemer #7*

om met duurdere geneesmiddelen behandeld te worden. Als mogelijkheid werd het zelf invullen van de richtlijn met (lokale) oplossingen geopperd, aangezien niet alles is opgenomen en uitgewerkt in de nieuwe richtlijn (bijvoorbeeld aan de hand van een oude diagnose patiënten weer oproepen voor een nieuwe risico-inventarisatie).

### **IT-systemen/digitale middelen**

Door goede voorbeelden werden digitale tools benut, die gebruik maakten van het elektronische patiënten huisartsen- en ziekenhuisdossier om patiënten met een mogelijk verhoogd fractuurrisico te identificeren. Deze tools boden de zorgprofessionals ondersteuning om efficiënter te kunnen werken, zorg beter af te stemmen op regionaal niveau, en gegevensdeling te bevorderen. Teleconsultatie werd ook benoemd als bevorderend. Door goede voorbeelden en een 'on-hold'-praktijkvoorbeeld werd het koppelen van verschillende IT-systemen (bijvoorbeeld van de eerste lijn, tweede lijn, en apotheker) als belemmerend ervaren, vanwege de aanwezigheid van meerdere systemen binnen een regio en de regelgeving rondom (patiënten)data. Dit bemoeilijkte het screenen en het volgen van een patiënt door systemen heen, en het meten van het succes/falen van een programma. Ook werd door een interviewdeelnemer vermeld dat e-mailcommunicatie met patiënten niet goed verliep, omdat het een oudere patiëntpopulatie betrof, die minder digitaal vaardig waren. Het gebruikmaken van automatisering om efficiëntere zorg te leveren en therapietrouw te bevorderen werd als randvoorwaarde genoemd. Het naadloos overgaan van patiënten tussen lijnen, snel informatie delen en inzicht hebben in elkaars gegevens zijn belangrijk voor een goed lopend zorgprogramma. Daarnaast werd het laagdrempelig registreren van belangrijke meetpunten in het systeem waardoor het voor de zorgverlener geen extra moeite kost om ze te registreren benoemd als randvoorwaarde. Gesuggereerd werd dat veel voordeel te behalen valt bij procesbewaking (controles op therapietrouw, controles van fractuurrisico evaluatie) en informatie-uitwisseling als systemen aan elkaar worden gekoppeld. Nieuwe (privacy) wetgeving of regelgeving zou ervoor kunnen zorgen dat zorgdata makkelijker in te zien zijn.

### **Participatie en therapietrouw van patiënten**

Door de goede voorbeelden werd benoemd dat persoonsgerichte zorg bevorderend is om patiënten te laten reageren op de oproep, actief te betrekken tijdens diagnose, behandeling, en follow-up. Patiënten oproepen vanuit de huisartsenpraktijken werkte beter in vergelijking met vanuit het ziekenhuis. Het regelen van zorg dichtbij de huisartsenpraktijk werkte ook bevorderend. Deelname aan een zorgprogramma zorgde over het algemeen voor een verbetering van de therapietrouw van patiënten. Enkele randvoorwaarden zijn het laagdrempelig terecht te kunnen van patiënten bij een praktijkondersteuner of verpleegkundige met vragen of problemen. Patiënten dienen gekoppeld te worden aan een behandelaar om te voorkomen dat ze uit beeld verdwijnen. Het verhogen van het bewustzijn zou de respons na oproep en de therapietrouw kunnen verbeteren. Ook dient de patiënt meer informatie

te krijgen over de risico's en statistieken van een eerste fractuur van de zorgverleners, waarbij het een randvoorwaarde is dat de zorgverlener dat zelf ook helder moet hebben. Mogelijkheden om de therapietrouw te vergroten, waren om de apotheker een belangrijke(re) rol te laten spelen bij medicatietrouw en opvolg-advies gesprekken, waarbij het belang van medicatie en uitvragen naar bijwerkingen wordt aangekaart. Ook werd als mogelijkheid benoemd om standaard bepaalde periodes te hanteren tussen controles op therapietrouw door bijvoorbeeld de eerste lijn.

## Overig

Zowel een goed- als minder goed voorbeeld gaven aan dat zij het gebruik van een eerder, succesvol praktijkvoorbeeld (THOON) als nuttig ervaren voor het opzetten van hun programma. Een goed voorbeeld vond het lastig om een goed zorgprogramma op te stellen, omdat er beperkt informatie beschikbaar is over goede voorbeelden. Als randvoorwaarde kwam naar voren dat goede voorbeelden meer publiekelijk dienen te worden gedeeld en dat het delen idealiter uniform geregeld wordt. Bij het faciliteren van deze uniforme verspreiding zou bijvoorbeeld het NHG een rol kunnen spelen.

"Dus er moet echt vanuit heel veel groepen meer awareness, meer communicatie, meer samenwerking en duidelijk lokale richtlijn van wie doet wat? Wie heeft welke verantwoordelijkheid en pakt die verantwoordelijkheid ook op."

*Diepte-interviews, deelnemer #6*

## 3.3 Conclusie diepte-interviews

In Figuur 3 is de aanwezigheid van bevorderende en belemmerende factoren per thema weergegeven. Goede voorbeelden gaven aan dat hoewel financiering kon worden geregeld (**bevorderend**), het proces erg moeizaam ging en dat vaak geen sprake was van duurzame financiering (**belemmerend**). Ook al toonde de zorgverzekeraar interesse en was deze betrokken (**bevorderend**), de focus lag vaak op kostenbesparing en het was niet geheel duidelijk wanneer het programma in aanmerking kwam voor een vergoeding (**belemmerend**). Het gebruik van digitale tools bood ondersteuning (**bevorderend**), maar het niet kunnen koppelen van IT-systemen bemoeilijkte in het samenwerkingsproces de gegevensoverdracht (**belemmerend**). Voor de minder goede voorbeelden gold dat alhoewel de zorgprofessionals zorginhoudelijk in de eerste en tweede lijn het eens waren over hoe zorg het beste kan worden georganiseerd (**bevorderend**), het maken van transmurale samenwerkingsafspraken als moeizaam werd ervaren vanwege het verplaatsen van zorg en de (beschikbare) geld, tijd, capaciteit (**belemmerend**). Ook was sprake van een gebrek aan een kartrekker (**belemmerend**), terwijl de coördinerende/projectmanagement rol wel werd vervuld (**bevorderend**). De zorgprofessionals betrokken bij het praktijkvoorbeeld waren zich bewust van de ernst van osteoporose (**bevorderend**), maar dit gold niet voor zorgprofessionals in het algemeen (**belemmerend**).

Door interviewdeelnemers werden **mogelijkheden** benoemd die kunnen helpen om een thema meer bevorderend en minder belemmerend te laten werken. De combinatie van verschillende factoren is belangrijk voor het slagen van een zorgprogramma. Doorslaggevende factoren die worden benoemd door geïnterviewden zijn financiering, capaciteit, en deskundigheidsbevordering.

Thema	Goede voorbeelden		Minder goede voorbeelden	
	Werkte bevorderend	Werkte belemmerend	Werkte bevorderend	Werkte belemmerend
Samenwerking tussen zorgprofessionals	Bevorderend	Niet benoemd	Bevorderend	Belemmerend
Belangrijke rollen in samenwerking	Bevorderend	Niet benoemd	Bevorderend	Belemmerend
Houding en belangen van partijen	Zowel bevorderend als belemmerend	Niet benoemd	Niet benoemd	Belemmerend
Financiering van het programma	Bevorderend	Belemmerend	Niet benoemd	Belemmerend
De rol van de zorgverzekeraar	Bevorderend	Belemmerend	Niet benoemd	Belemmerend
Tijd en personeel	Niet benoemd	Belemmerend	Niet benoemd	Belemmerend
Deskundigheidsbevordering	Bevorderend	Niet benoemd	Bevorderend	Niet benoemd
Bewustzijn van zorgprofessionals	Bevorderend	Niet benoemd	Bevorderend	Belemmerend
Bewustzijn van patiënten	Niet benoemd	Belemmerend	Niet benoemd	Belemmerend
Richtlijnen	Zowel bevorderend als belemmerend	Niet benoemd	Bevorderend	Belemmerend
IT-systemen/digitale middelen	Bevorderend	Belemmerend	Zowel bevorderend als belemmerend	Zowel bevorderend als belemmerend
Participatie en therapietrouw van patiënt	Bevorderend	Niet benoemd	Zowel bevorderend als belemmerend	Zowel bevorderend als belemmerend

Bevorderend  
 Zowel bevorderend als belemmerend  
 Belemmerend  
 Niet benoemd

Figuur 3. Aanwezigheid van bevorderende en belemmerende factoren per thema



## 4. Focusgroep-interviews

*In het derde stadium zijn focusgroepen-interviews gehouden om in reflectie en co-creatie te bespreken of de eerder opgehaalde inzichten uit het onderzoek worden (h)erkend en hoe deze benut kunnen worden naar de toekomst toe.*

### 4.1 Methoden focusgroep-interviews

#### 4.1.1 Selectie deelnemers

Deelnemers voor de focusgroep-interviews (FGIs) dienden affiniteit te hebben met fractuurpreventie en/of osteoporosezorg en waren ervaringsdeskundigen, zorgprofessionals, en overige belanghebbenden, zoals zorgverzekeraars, programmamanagers, coördinatoren van zorgprogramma's. Ervaringsdeskundigen, die tevens osteoporose patiënten waren, werden geworven via de Osteoporose Vereniging. Zorgprofessionals en overige belanghebbenden werden geïdentificeerd aan de hand van een stakeholderslijst osteoporosezorg/fractuurpreventie van Zorginstituut Nederland, een uitvraag aan de leden van de Gebruikerscommissie, en via het netwerk van het onderzoeksteam. Hierbij werd gestreefd naar maximale variatie in professionele achtergrond. Deelnemers werden per mail en/of telefonisch benaderd voor deelname aan een FGI. Deelnemers die waren geïnterviewd in stadium 2 van het onderzoek konden niet deelnemen aan de FGIs.

#### 4.1.2 Dataverzameling en -analyse

De FGIs werden geleid aan de hand van een topiclijst, welke was samengesteld op basis van de thema's geïdentificeerd in de interviews (Bijlage 4). Een doelgroep-specifieke aanpak werd gehanteerd voor het FGI waarbij een focus werd gelegd op de thema's die het meest relevant werden geacht voor een doelgroep. De FGIs begonnen met een introductieronde, een korte inleiding en toelichting op het onderzoek, gevolgd door de hoofdvragen en aanvullende vervolgvragen, en een afsluiting. Er werd ruimte gegeven aan de deelnemers voor andere vragen en/of om hun eigen verhaal of ervaringen te delen, waardoor additionele informatie verzameld werd. 'Participatory learning en action' technieken werden toegepast, om een gelijkwaardige inbreng van stakeholders te faciliteren, waardoor de actieve deelname van deelnemers werd gestimuleerd.<sup>41</sup> Alle FGIs werden geleid door één onderzoeker [AA] en werden uitgevoerd in aanwezigheid van de andere onderzoekers. Een FGI duurde gemiddeld 90 minuten en

vond plaats via Microsoft Teams. De FGIs werden opgenomen na toestemming te hebben verkregen van de deelnemers. De opnames zijn woordelijk getranscribeerd via de software Amberscript en de transcripten zijn gecontroleerd door twee onderzoekers [AA en YG]. Tekstsegmenten kregen een code toegewezen indien deze een specifieke thema/onderwerp betroffen, aan de hand van een inductief, iteratief proces, waarbij een deel van de data door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar zijn gecodeerd om de validiteit te bevorderen. Data zijn zowel beschrijvend als exploratief geanalyseerd. De interpretaties vonden plaats door het onderzoeksteam.

## 4.2 Resultaten focusgroep-interviews

### 4.2.1 Geïnccludeerde deelnemers

In totaal zijn 122 stakeholders benaderd voor deelname, waarvan 30 deelnemers instemden. Redenen om niet te participeren aan een FGIs werden niet gedeeld. Deelnemers waren ervaringsdeskundigen (n=5), huisartsen (n=6), een praktijkondersteuner (n=1), apothekers (n=3), fysiotherapeuten (n=2), een verpleegkundig specialist (n=1), medisch specialisten (n=4), medisch adviseurs werkzaam bij zorgverzekeraars (n=4) en deelnemers met andere functies (n=8), waaronder innovatiemanager, coördinator zorg(programma), vertegenwoordiger patiëntenvereniging, docent en scholingsontwikkelaar, beleidsmedewerker, oefentherapeut.

### 4.2.2 Uitwerking thema's

De thema's voor de FGIs zijn gebaseerd op de geïdentificeerde thema's in de diepte-interviews, die belemmerend werkten. Dit gold voor alle thema's behalve 'deskundigheidsbevordering'.

### Samenwerking

Hoewel meerdere ervaringsdeskundigen hadden aangegeven dat doorverwijzing door en communicatie met zorgverleners goed verliep, werd deze mening niet door allen gedeeld. Knelpunten die hierbij werden ervaren, waren de gebrekkige of afwezige doorverwijzing van de medisch specialist naar de huisarts voor een DXA-scan, weinig aandacht voor hoe de communicatie van zorgverleners bij de patiënten overkwam, en een (te) grote focus op het medisch aspect in osteoporosezorg in plaats van op leefstijlaanpassingen (i.e. beweging en voeding). Huisartsen bevestigen het in de diepte-interviews geschetste beeld dat een uniform beleid ontbreekt in ziekenhuizen omtrent transitie naar de eerste lijn en dat gekeken dient te worden naar plaatselijke draagkracht in

"ik vind dat het de verantwoordelijkheid van de zorgverlener is om te verifiëren of de boodschap goed over is gekomen. Ik vind niet dat je die verantwoordelijkheid bij de patiënt kunt leggen."

*FGI 1, deelnemer #5*

geval van transitie of substitutie van zorg naar een andere lijn. Andere belemmerende factoren, die werden benoemd, zijn het gebrek aan kennis welke nodig is voor juiste doorverwijzing naar paramedici en dat het voor betrokken partijen veelal lastig is om regionale transmurale samenwerkingsafspraken op te stellen. Aanvullend werd benoemd dat men niet goed de expertise van zorgpartners waarmee wordt samengewerkt, kan inschatten en dat de vindbaarheid van deze partners momenteel voor verbetering vatbaar is. Bevorderend voor de vindbaarheid van zorgpartners is het werk van het Chronisch ZorgNet: dit landelijke netwerk poogt overzichtelijk en transparant te maken waar fysiotherapeuten, oefentherapeuten, of diëtisten te vinden zijn en om hiermee samenwerking te faciliteren. Een randvoorwaarde voor het opzetten van transmurale samenwerkingen is het vormen van een uniform beleid *binnen* lijnen om vervolgens beleid *tussen* lijnen te faciliteren.

Over goede samenwerking werd gezegd dat het regioafhankelijk moet zijn, waarbij het helpt als regionale huisartsenorganisaties (RHOs) betrokken kunnen worden in de samenwerking voor multidisciplinaire fractuurpreventie. Dit komt doordat dan in één keer grote groepen huisartsen meegenomen kunnen worden, en ook omdat deze organisaties vaak ondersteuningsmogelijkheden voor transmurale samenwerking bieden. De voorkeur om te werken met regionale huisartsenorganisaties in plaats van individuele praktijken werd gedeeld door de zorgverzekeraars. Een verdere aanbeveling is gebruik te maken van eerder opgezette zorgpaden, indien hiervan sprake is. Als mogelijkheid kwam de rol van de gemeentelijke overheid naar voren in het opzetten of ondersteunen van val- en fractuurpreventie programma's voor hun inwoners van 65 jaar of ouder. Ook de apotheker kan een rol spelen in valpreventie door ouderen met valrisico te informeren over valpreventiestrategieën, en door te weten welke zorgverlener in de wijk de multifactoriële valrisicobeoordeling afneemt. Hiernaast kan de apotheker het medicatie behandelregime van patiënten beoordelen, en aanbevelingen doen om eventuele risico's te verminderen.

### Belangrijke rollen in de samenwerking

Zorgprofessionals beamen het inzicht uit de diepte-interviews dat een RHO een belangrijke partij is die ondersteunend kan werken bij transmurale samenwerking. De RHO zou eventueel als de kartrekker of projectmanager kunnen fungeren, met als voorwaarde dat hier adequate financiering voor is geregeld binnen de samenwerking. Een andere rol, die werd geopperd voor de RHO, is die van verbinder tussen de eerste lijn, tweede lijn en eventueel, de nuldelijn (de zorg door mantelzorgers, vrijwilligers, en familie). Een randvoorwaarde hierbij is dat de RHO mandaat dient te bezitten om de aangesloten praktijken het beleid door te laten voeren en dat zij dusdanig programmatisch kan werken om praktijken te kunnen

“We weten allemaal hoe belangrijk het is inhoudelijk gezien, maar er zou ook qua logistiek, financiering, motivatie, capaciteit, gelegenheid een slag in geslagen moeten worden, en niet alleen maar de inhoudelijke overtuiging. Dat zijn allemaal punten die bijdragen aan draagvlak.”

*FGI 4, deelnemer #4*



ondersteunen. Ook zouden verpleegkundig specialisten een goede verbinder en kartrekker kunnen zijn tussen de eerste en tweede lijn, aangezien deze verpleegkundigen ook betrokken worden in het maken van protocollen. Eén van de redenen die werd genoemd voor het gebrek aan kartrekkers bij fractuurpreventie-projecten is dat deze rol niet wordt vergoed en werkzaamheden in de vrije tijd van de kartrekker moet worden uitgevoerd.

Om de afhankelijkheid van een kartrekker te verkleinen en draagvlak voor fractuurpreventie te vergroten, zouden ambassadeurs in zowel de eerste als tweede lijn gezamenlijk de rol van kartrekker kunnen vullen. Ambassadeurs zouden fungeren als stuwende kracht door andere partijen te enthousiasmeren en het belang van fractuurpreventie onder de aandacht brengen. Hun aanwezigheid binnen een regio kan ervoor zorgen dat osteoporose/fractuurpreventie breed wordt gedragen.

### **Verschillende belangen en houding van partijen**

Vanwege de betrokkenheid van meerdere lijnen bij multidisciplinaire fractuurpreventie zijn sommige huisartsen van mening dat een patiënt moet worden gezien als gezamenlijke patiënt, die de gezamenlijke verantwoordelijkheid van eerste en tweede lijn is. Een tegenwerping die hierop werd gemaakt, is dat het gebrek aan een primair verantwoordelijke belemmerend werkt en ervoor zou moeten zorgen dat in afspraken concreet moet worden gemaakt welke zorg door wie wordt uitgevoerd. Door het ontbreken van uniform beleid binnen de tweede lijn en tussen eerste en tweede lijn ontstaat het gevoel bij huisartsen dat de medisch specialisten het werk op hen afschuiven. Een gegeven voorbeeld is dat door een te lange wachtlijst bij de afdeling in het ziekenhuis wordt verwacht dat de huisarts het werk 'wel even overneemt'. Daarnaast werd door zorgverzekeraars gedeeld dat naast de belangen van de eerste en tweede lijn ook het belang van de zorgverzekeraar een rol kan spelen. Zorgverzekeraars geven aan graag zorg van de tweede naar de eerste lijn te substitueren, wat in sommige projecten kan botsen met de regionale voorkeuren van de eerste en tweede lijn. De belangen van verschillende partijen dienen meer in openheid besproken te worden, om te kijken waar de gemene deler of het knelpunt van de verschillende belangen zit, zodat aan een gemeenschappelijke visie kan worden gewerkt.

Ook werd aangekaart dat het belangrijk is om te beseffen is dat de gemiddelde huisarts geen bovenmatige belangstelling voor osteoporose en fractuurpreventie heeft. Gezien de vele onderwerpen die aan bod komen in de huisartsenzorg, werd de vraag opgeworpen waarom van osteoporose een speerpunt gemaakt zou moeten worden. Voor zorgverleners die veel kennis of een passie voor osteoporose bezitten, lijkt het extra werk wat bij het organiseren van osteoporosezorg er bijkomt, niet (te) veel. Echter, 'de gemiddelde huisarts' kijkt heel anders aan tegen de hoeveelheid werk en organisatie van zorg. Huisartsen geven aan dat er meer nodig is dan allen goede wil om het extra werk en de verantwoordelijkheden op te pakken; hier dienen duidelijke afspraken tegenover te staan. Bij het opzetten van samenwerkingsafspraken zou rekening gehouden moeten worden met 'de gemiddelde huisarts' zonder bovenmatige kennis van osteoporose. Om de huisarts ervan te overtuigen dat fractuurpreventie

standaardzorg zou moeten zijn, dienen zij bewust gemaakt te worden van de gunstige effecten van osteoporose medicatie. Een parallel werd getrokken met astma, wat eerst ook een 'niet-sexy' aandoening was waar mensen aan kwamen te overlijden. Voor deze aandoening is ook goede preventieve zorg voor neergezet, omdat duidelijk is aangetoond wat de bevorderende werking van (nieuwe) medicatie was.

### **Financiering van zorg(programma's)**

Het wordt lastig gevonden door zorgprofessionals om transmurale afspraken te maken tussen de eerste en tweede lijn mede, omdat integrale financiering van osteoporosezorg ontbreekt. Zorgprofessionals benoemen dat het organiseren van zorg en (het tot stand brengen van een) samenwerking vaak vastloopt vanwege de bekostiging, omdat de juiste betaaltitels hiervoor ontbreken. Zorgprofessionals moeten deze activiteiten dan in hun vrije tijd doen, wat in de praktijk alleen gebeurt als men een bovenmatige passie voor osteoporose/fractuurpreventie heeft. In dit geval zou gekeken moeten worden hoe binnen bestaande bekostigingsprestaties dit kan worden opgelost. Ook wordt door de NHG-Standaard en multidisciplinaire richtlijn het verrichten van een Vertebral Fracture Assessment (VFA) direct aansluitend aan een DXA-scan aanbevolen, maar bestaat voor de VFA geen aparte bekostiging. Hoe dat precies wordt opgevangen verschilt per regio. Belangrijk is om voor de VFA een aparte bekostiging te krijgen voor uniforme uitvoer van de richtlijn.

Het opzetten van ketenfinanciering werd benoemd als bevorderend voor samenwerking tussen zorgpartijen in een regio. Paradoxaal genoeg zou voor het opzetten van een dergelijk voorstel al sprake moeten zijn van een bestaand samenwerkingsverband.

De zorgverzekeraar vindt dat, als niet kan worden aangetoond dat een business case positief zal zijn binnen een scope van drie jaar, naar andere mogelijke indicatoren gekeken moet worden. Deze indicatoren dienen idealiter aan te tonen dat de verandering in zorg uiteindelijk zal gaan leiden tot de afname of gelijk blijven van (zorg)kosten bij betere uitkomsten. Wat vaak voor discussie zorgt, is dat gekozen indicatoren bij programma's die worden opgezet, niet tot dit soort heldere en eenduidige conclusies (kunnen)leiden. Zorgverzekeraars zijn geïnteresseerd in een totaal zicht op de kosteneffectiviteit: het is daarom belangrijk om indicatoren af te stemmen op een transmuraal programma en niet een afname van kosten in alleen de eerste of tweede lijn. Over het algemeen ontbreekt er infrastructuur om indicatoren transmuraal en intersectoraal vast te leggen. Dit maakt het bekostigd krijgen van zorgprogramma's die veel transmurale en intersectorale aspecten hebben, moeilijk. Ook dient door zorgprofessionals bij het opzetten van het project nagedacht te worden aan indicatoren die gelinkt worden aan succes van het project, met het zicht op structurele financiering. De zorgverzekeraar geeft aan dat indien project succesvol blijkt te zijn geweest, structurele financiering idealiter valt in de gebruikelijke financiering/bestaande

bekostiging (bijvoorbeeld in het S1 of S2 segment van de huisarts). Een ander punt is dat zorgprofessionals een andere taal spreken dan zorgverzekeraars. Daar waar de zorgverlener een innovatieproject ziet vanuit verbetering van kwaliteit van zorg, en daar met een door bewijzen gestoeld verhaal voor komt, wil de zorgverzekeraar juist een kort en helder verhaal van wat het project is en hoeveel het opbrengt. Het betrekken van personen die ‘de financiële taal’ spreken werkt in de ervaring van een zorgverlener als bevorderend voor honorering van financieringsaanvragen van zorgprojecten. Een maatschappelijke kosten-batenanalyse werd als mogelijkheid benoemd om bewustwording omtrent fractuurpreventie bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) te doen ontstaan. De aanname hierbij is dat een landelijke aanpak een potentieel grotere besparing in maatschappelijke kosten teweegbrengt dan enkele individuele samenwerkingsprojecten. Er werd aangegeven dat een maatschappelijke kosten-batenanalyse te complex is voor een zorgverzekeraar. Dit komt volgens de geïnterviewden mede doordat zorgverzekeraars hun kaders meekrijgen vanuit het ministerie van VWS (focus op zorgkosten en niet op maatschappelijke kosten) en worden gestuurd op prestatiemetingen op de korte termijn. Idealiter dient zowel een budget impact analyse (korte termijn), als een maatschappelijke kosten-baten analyse (lange termijn) te worden gemaakt.

“Ik ben altijd bezig geweest met innovatie en liep altijd heel erg tegen financieringen, aan totdat ik dacht: misschien spreek ik wel de verkeerde taal.[...] Ik denk dat het handig kan zijn om bij de aanvraag van financiering misschien iemand in de arm te nemen die ook de taal van de financier spreekt.”

*FGI 2, deelnemer #1*

## De rol van de zorgverzekeraar

Zorgprofessionals beamen de inzichten opgehaald uit de diepte-interviews (stadium 2) en uiten hun ongenoegen over de rol van de zorgverzekeraar. Dit betreft het korte termijn denken van de zorgverzekeraar en het bestaan van onvoldoende transparantie over de reden(en) dat (lange termijn) projecten niet worden gefinancierd. Volgens zorgprofessionals wijst het gebrek aan (redenatie voor inhouden van) deze financiering op wantrouwen bij de zorgverzekeraar. Daarnaast werd als belemmering genoemd dat een uniform format voor een business case lastig voor elkaar te krijgen is, omdat iedere zorgverzekeraar een ander gedachtegoed hanteert en andere eisen stelt aan de projectaanvraag en bijbehorende businesscase. Zorgverzekeraars hebben hun beleid verschillend ingericht wat betreft hun eigen betrokkenheid en de betrokkenheid van zorgpartijen bij financieringen, monitoring, en evaluaties van projecten. Zorgverzekeraars gaven aan dat vanuit een onderzoeksopzet het berekenen van besparingen en winsten logisch kan lijken, maar dat het niet makkelijk te vertalen is naar een monitoringsopzet vanuit verzekeringsdeclaratiedata. Het wordt door de zorgverzekeraar als lastig ervaren om van tevoren na te gaan op welke manier met declaratietitels of met het gebruik van medisch-specialistische diagnosecodes eenduidige

monitoringsafspraken gemaakt kunnen worden. Deze informatie kan niet altijd even makkelijk op dezelfde manier gehaald worden uit de declaratiesystemen van verschillende zorgverzekeraars. Hierbij heeft men ook te maken met het feit dat vanwege privacywetgeving niet op individueel niveau gegevensuitwisseling mag plaatsvinden. Een randvoorwaarde die door zorgprofessionals werd benoemd, is om de zorgverzekeraar zo vroeg mogelijk in het project te betrekken en ze te vragen mee te denken in de business case en wat hun wensen zijn. Dit zou de kansen verhogen dat een project uiteindelijk gefinancierd wordt. Er dient van tevoren met alle partijen (inclusief de zorgverzekeraar) te worden gekeken naar hoe de monitoringsopzet vanuit verzekeringsdeclaratiedata van verschillende zorgverzekeraars mogelijk is.

### Middelen (tijd en personeel)

Zorgprofessionals bevestigden dat zowel de eerste lijn als de tweede lijn overbelast is. Huisartsen geven aan zich overbeladen te voelen mede door allerlei correspondentie vanuit de tweede lijn. Het personeelstekort in zowel eerste als tweede lijn (inclusief apotheken) maakt het moeilijk om samenwerkingsafspraken te maken en om

therapietrouw te controleren. Er werden zorgen geuit dat met de implementatie van de nieuwe richtlijn er meer DXA-scans zullen worden aangevraagd en dat hiervoor simpelweg onvoldoende capaciteit is. Door sommige zorgprofessionals werd gesproken over een grotere rol van praktijkondersteuners onder supervisie van de huisarts.

“Ik denk dat dat [=het zorgpad] valt en staat met het feit dat de huisartsen en de praktijkondersteuners daar ook goed gefaciliteerd in moeten worden, met de goede nascholing, maar ook dat de financiering goed op orde moet zijn.”

*FGI 3, deelnemer #3*

Hierbij werd geopperd dat osteoporose/fractuurpreventie geïntegreerd zou kunnen worden in de al bestaande ketens, zoals ouderenzorg, waardoor de hoeveelheid extra werk relatief klein is. Volgens huisartsen hebben praktijkondersteuners het te druk en kunnen ze niet nog meer taken erbij nemen. Een andere reden die werd aangedragen, was dat te weinig osteoporosepatiënten per jaar naar een praktijk komen om de investering te maken om praktijkondersteuners zich te laten verdiepen in scholing voor fractuurpreventie. Daarnaast hebben zorgverleners te maken met het zorgplafond. Ze willen wel meer patiënten zien, maar kunnen niet meer patiënten zien. Dit heeft niet alleen te maken met het gebrek aan geld, maar ook aan tijd. Gesuggereerd werd om geleverde zorg beter op elkaar te laten aansluiten. Hierdoor wordt tijd gewonnen door onder andere dubbele administratie en regeldruk te reduceren. Als mogelijkheid benoemden zorgprofessionals om per regio te kijken hoe samenwerkingsafspraken kunnen worden gemaakt, hoe paramedici een rol kunnen spelen, en wat mogelijk is om vanuit de inhoud en in de organisatie op te zetten. Ook zou gekeken moeten worden naar

“Er is haast geen tijd om naast de hectiek en de waan van de dag, zich in te zetten voor verbetering van zorg.”

*FGI 2, deelnemer #1*

alternatieven om zorg te verbeteren met de beperkte tijd en personeel die er nu is, zoals digitalisering, eHealth en taakherschikking.

Ervaringsdeskundigen merken op dat een toename te zien is in mensen die lang moeten wachten op de DXA-scan en/of de start van hun behandeling. Hierin bestaan grote verschillen tussen regio's. Vanwege de lange wachttijden wordt een telefonisch consult met de verpleegkundig specialist vaker toegepast. Echter, er werd gezegd dat patiënten liever toch de arts willen spreken, wat betekent dat ze langer wachten. Ook kwam naar voren dat de consulttijd in het begin van behandelproces te kort is om bijvoorbeeld de diagnose te bespreken nadat een DXA-scan is gemaakt, de aspecten van preventie aan de orde te laten komen, en ook nog de vragen van de patiënt te behandelen. Het is ook afhankelijk van de achtergrond van de patiënt wat die in die korte tijd van meestal tien minuten kan verwerken.

### Bewustzijn van zorgprofessionals en patiënten

Ervaringsdeskundigen bevestigen het beeld van osteoporose dat werd geschetst in de diepte-interviews, namelijk dat de term en de aandoening osteoporose over het algemeen niet bekend is. Deze onbekendheid wordt volgens hen weerspiegeld in de omvang en potentie van belangenverenigingen in vergelijking met belangenverenigingen van andere ernstige aandoeningen. Het lage bewustzijn heeft ook deels te maken met onwetendheid, waarbij osteoporose wordt geassocieerd met ouderdom en vrouwen. Osteoporose klinkt niet als ernstig genoeg om actie te ondernemen en heeft voor velen niet dezelfde urgente associatie als bijvoorbeeld kanker. Belangrijk is om meer aandacht te besteden aan het hele traject voor osteoporose en fractuurpreventie, zoals leefstijl, bewegen en vitamine-D. Gezond bewegen heeft raakvlakken met veel andere ziektebeelden en grijpt aan op diverse gezondheidsaspecten. Dit zou een facilitator kunnen zijn voor een implementatie van levensstijl-verbeteringen op een landelijk niveau. Ervaringsdeskundigen gaven aan dat zorgprofessionals niet voldoende bewust zijn van het belang van goede osteoporosezorg. Dit bleek mede door de grote verschillen die in voorlichting door zorgverleners ervaringsdeskundigen hebben ervaren. Doordat sommige zorgverleners niet goed op de hoogte zijn van de impact die osteoporose kan hebben, gaf dit patiënten het gevoel dat de gevolgen van osteoporose niet zo erg zijn, werd weinig interesse getoond in osteoporose in het ziekenhuis, werd niet doorverwezen voor een DXA-scan of naar de osteoporose polikliniek, werd geen goede uitleg gegeven over de medicatie, en werd ondanks de richtlijn na 5 jaar geen DXA-scan gedaan. Zorgprofessionals beaamen de, in de diepte-interviews opgehaalde, inzichten dat osteoporose en fractuurpreventie niet de aandacht krijgen die ze verdienen, en dat zorgverleners te weinig kennis hebben wat betreft de mogelijke gevolgen van osteoporose en de opbrengst van

**“Als je geen tijdige diagnose en goede behandeling hebt, dan krijg je mensen met meerdere en gecompliceerde fractures. Ik denk dat deze zorg veel meer tijd en middelen kost dan een tijdige diagnose.”**

*FGI 2, deelnemer #2*

behandeling. Een eerste stap is het vergroten van kennis door middel van scholing aan zorgprofessionals. Extra aandacht kan worden gegeven aan de effecten van osteoporose op kwaliteit van leven (de feiten en cijfers), het belang van medicatie, hoe een spreekuur kan worden opgezet en hoe eenvoudige informatieoverdracht kan plaatsvinden. Ook zou de Osteoporose Vereniging een rol kunnen spelen in deze informatievoorziening aan zowel zorgprofessionals als patiënten.

Sommige huisartsen geven echter aan dat gestructureerde financiering en afspraken daaromtrent in plaats dienen te zijn vooraleer zij tijd zouden willen investeren in scholing en het opzetten van osteoporosezorg in hun praktijk. Een andere mogelijkheid die werd benoemd om het bewustzijn te vergroten, is om de osteoporose-initiatieven van eerstelijnspraktijken in Nederland in beeld brengen. Daarnaast werd het instellen van ambassadeurs bij verschillende specialismen in de eerste lijn en tweede lijn genoemd. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de vaardigheden van ambassadeurs om veranderingen teweeg te brengen bij verschillende stakeholders met verschillende belangen, verschillende vertrekpunten, en kennisniveaus.

### **NHG-Standaard en multidisciplinaire richtlijn**

Zorgprofessionals gaven aan dat de standaard en richtlijn bevorderend kunnen werken voor het verkrijgen van aanbevelingen omtrent doorverwijzingen en de bijbehorende taken. Echter, ook werd aangegeven dat in de NHG-Standaard en multidisciplinaire richtlijn bepaalde taken en verantwoordelijkheden niet duidelijk genoeg zijn beschreven. Als voorbeeld werd genoemd onduidelijkheid bij wie de verantwoordelijkheid ligt in het geval van patiënten die niet reageren op oproepen nadat ze een DXA-scan hebben gehad. Er dient een vertaalslag te worden gemaakt van de richtlijnen naar de dagelijkse praktijk om de taken van zorgprofessionals in de eerste en tweede lijn tijdens bijvoorbeeld doorverwijzing duidelijk te maken. Aangezien de focus in de nieuwe richtlijn ligt op de tweede lijn en diagnostiek daar plaatsvindt, is een soepele overgang/transitie met de nodige samenwerking en bijbehorende financiering een randvoorwaarde. Zorgverzekeraars vinden het jammer dat het deel van de NHG-Standaard en multidisciplinaire richtlijn dat gaat over implementatie niet voldoende is afgestemd met hen.

### **IT-systemen/digitale middelen**

Door ervaringsdeskundigen wordt de digitale omgeving van hun behandeling (afspraken maken, dossier inzien, uitslagen bekijken) als fijn ervaren. Het gebruik van medisch jargon in het elektronisch patiënt dossier is een belemmering voor ervaringsdeskundigen voor het begrijpen van wat precies in het dossier wordt gerapporteerd. Videoconsulten worden prettiger ervaren dan een telefonisch consult, omdat het persoonlijker aanvoelt. Een gesprek in persoon brengt nog steeds het meeste vertrouwen teweeg, maar het wordt als een positieve ontwikkeling ervaren om niet op en neer naar het ziekenhuis te hoeven rijden voor consulten. Eén huisarts beschouwt videoconsulten als

slechte ontwikkeling, deze denkt dat volledig onderschat wordt wat de waarde van een persoonlijk consult is. Ook moet in het achterhoofd gehouden, volgens een geïnterviewde, worden dat ongeveer 20% van de Nederlanders laag digitaal vaardig is. Verantwoordelijkheid om alternatieve opties van zorg aan te bieden ligt hier volgens ervaringsdeskundigen bij de zorgverlener.

Mensen met lage digitale vaardigheden zouden bereikt kunnen worden door websites en/of instructiemateriaal in makkelijk begrijpbare taal te schrijven. In plaats van schriftelijk materiaal zou visueel materiaal bevorderend kunnen werken om de boodschap over te brengen. Gesprekken met zorgverleners zouden kunnen worden opgenomen, zodat patiënten het thuis rustig kunnen terugluisteren

Wat betreft IT-systemen, kwam vanuit de zorgverlenerskant naar voren dat de niet gekoppelde informatiesystemen in een regio en de manier waarop informatie wordt gedeeld belemmerend werken. Dit is in lijn met opgehaalde inzichten uit de diepte-interviews. Als mogelijkheid werd benoemd om vanuit de overheid opgelegd te krijgen om in hetzelfde systeem te registreren, zodat informatie-uitwisseling wordt gefaciliteerd. Bij systeemintegratie kan bijvoorbeeld veel beter worden gemeten waar het zorgpad begint in de tweede lijn, waar het doorgaat in de eerste lijn en of de diagnostiek goed is ingeregeld. Ook ontstaat hierdoor (meer) inzicht in eventuele winsten of verliezen, en in hoeverre een project kosteneffectief is.

## Participatie en therapietrouw van patiënten

Ervaringsdeskundigen benoemden dat vanuit de Osteoporose Vereniging, waar zij ook werkzaam zijn, patiënten worden gemotiveerd om eigen regie te nemen en door te blijven gaan met medicatie als zij overwegen om te stoppen. Ervaringsdeskundigen gaven aan dat therapietrouw bij hen niet wordt gemonitord door zorgprofessionals. Ook de ervaringsdeskundigen onderschrijven dat

**"Dus wij [Osteoporose Vereniging] proberen wel ook de regie bij de patiënt zelf neer te leggen, want daar zit natuurlijk de kracht"**

*FGI 1, deelnemer #6*

de apotheker een grote(re) rol zou kunnen spelen in het monitoren van therapietrouw. De informatievoorziening vanuit de apotheker kan worden verbeterd, bij chronische medicatie. Zo dachten sommige patiënten bijvoorbeeld dat ze met medicatie konden stoppen, omdat het 'een kuurtje' was. Grotere belemmeringen voor de therapietrouw van de patiënt zijn de (perceptie van) bijwerkingen van de medicatie, en de lange duur (gemiddeld 5 jaar) voordat stabilisatie van osteoporose te zien is. Bovendien lezen patiënten vaak informatie over -en ervaringsverhalen met bijwerkingen op het internet, waardoor het negatieve aspect wordt uitvergroot. In licht hiervan is gepaste uitleg over bijwerkingen belangrijk, waarbij kan worden benadrukt door de zorgverlener dat het niet (trouw) innemen van medicatie hoogstwaarschijnlijk meer last oplevert dan (eventuele) bijwerkingen. Door ervaringsdeskundigen werd aangekaart dat juist positieve ervaringsverhalen mensen over de streep krijgen om deel te nemen aan preventieve onderzoeken. Ook zorgprofessionals kaartten aan dat dat de manier waarop een zorgverlener een boodschap naar

buiten brengt, zoals een focus op het positieve, veel effect kan hebben. Hierbij kan door zorgverleners de nadruk worden gelegd op waar het belang voor de patiënt ligt en wat het de patiënt oplevert in gezondheidswinst als hij/zij de DXA-scan laat doen of medicatie trouw blijft innemen, zodat intrinsieke motivatie wordt gecreëerd. Ook belangrijk is de timing van het geven van de voorlichting en uitleg. Hierin was een verschil in mening tussen ervaringsdeskundigen en zorgprofessionals, waarbij één zorgprofessional meende om uitleg te geven over, en uitnodigen voor een DXA-scan, vlak na de fractuur. Ervaringsdeskundigen gaven echter aan dat dan verlaagde mogelijkheid is voor een patiënt om informatie in zich op te nemen door de pijn en verwarring over de breuk. Volgens hen is de beste timing hiervoor waarschijnlijk tijdens het eerste controlebezoek.

### 4.3 Conclusie focusgroep-interviews

Op basis van de focusgroep-interviews konden de inzichten uit de diepte-interviews (stadium 2) worden gevalideerd, wat aantoont dat de geïdentificeerde bevorderende en belemmerende factoren zowel project-specifiek kunnen zijn, alsook breder kunnen worden gedragen door zorgprofessionals en overige belanghebbenden.

Wat betreft samenwerking, werd de doorverwijzing van patiënten naar de eerste lijn en de communicatie tussen zorgverleners en patiënten door ervaringsdeskundigen onderschreven als **belemmerende** factoren. Zorgverleners geven aan dat doorverwijzingen mogelijk niet goed gaan, vanwege onder andere gebrek aan kennis, welke nodig is voor juiste doorverwijzing zowel voor als na het stellen van een diagnose. Een **randvoorwaarde** voor verbetering is het hebben van een uniform beleid wat betreft doorverwijzing van de patiënt (tussen de eerste en tweede lijn en binnen de tweede lijn) en inhoud van communicatie naar patiënt.

**Verbetermogelijkheden** voor het gebrek aan (structurele) integrale financiering zijn het uitvoeren van zowel een budgetimpact analyse voor de korte termijn, alsook een maatschappelijk kosten-baten analyse voor de lange termijn. Op basis van de maatschappelijke analyse zou idealiter door het Ministerie van VWS kunnen worden aangegeven of de huidige financiering volstaat of moet worden aangepast. Voor het hebben van verschillende belangen door de betrokken partijen werd als **randvoorwaarde** geopperd dat alle partijen vanaf het begin transparant communiceren over de eigen belangen, zodat de grootste gemene deler van belangen gevonden kan worden. Ook werd de **randvoorwaarde** benoemd om van tevoren met alle partijen, inclusief de zorgverzekeraar, te kijken naar hoe de monitoringsopzet vanuit verzekeringsdeclaratiedata van verschillende zorgverzekeraars mogelijk is. Door zowel zorgprofessionals als ervaringsdeskundigen wordt het belang van eigen regie van de patiënt aangestipt om participatie en therapietrouw te verhogen. Een manier om dit te **bevorderen** als zorgprofessional is door nadruk te leggen op positieve ervaringsverhalen en het creëren van intrinsieke motivatie, bijvoorbeeld door nadruk te leggen op de impact van positieve gezondheidseffecten op de langere zelfstandigheid als oudere.





## 5. Conclusie en discussie

Dit onderzoek heeft aan de hand van een documentenanalyse, diepte-interviews, en focusgroep-interviews de belemmerende en bevorderende factoren, mogelijkheden en randvoorwaarden met betrekking tot multidisciplinaire fractuurpreventie in kaart gebracht. Op basis hiervan is in dit hoofdstuk antwoord gegeven op de onderzoeksvragen. Ook zijn de bevindingen vergeleken met die uit ander onderzoek, zijn aanbevelingen gedaan en zijn conclusies getrokken.

### 5.1 Bevindingen per onderzoeksvraag

Voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 1 is gebruik gemaakt van de informatie die is opgehaald uit de diepte-interviews met stakeholders van praktijkvoorbeelden. Om tot alomvattende inzichten te komen, zijn ter beantwoording van onderzoeksvraag 2, 3, en 4 de bevindingen uit alle drie de stadia van dit onderzoek met elkaar gecombineerd (data-triangulatie). Voor de bevorderende en belemmerende factoren bij het (st)opzetten van fractuurpreventie kan het van belang zijn te weten door welke betrokken partij(en) deze zijn benoemd. Hierom is deze informatie bij het beantwoorden van onderzoeksvraag 3 toegevoegd.

**Welke voorbeelden zijn er van samenwerkingen die multidisciplinaire fractuurpreventie hebben georganiseerd, tijdelijk of structureel, alsook welke voorbeelden zijn er die met deze organisatie zijn gestopt? (Onderzoeksvraag 1)**

In dit onderzoek zijn stakeholders van 11 praktijkvoorbeelden geïnterviewd die fractuurpreventie in de eerste lijn hebben georganiseerd of hebben gepoogd te organiseren. Vier praktijkvoorbeelden hebben multidisciplinaire fractuurpreventie succesvol geïmplementeerd in de praktijk. Kenmerkend voor deze goede voorbeelden was het tot stand komen van transmurale afspraken tussen de eerste en tweede lijn en het toegekend krijgen van een (tijdelijke) vergoeding. Wat deze voorbeelden ook verbindt, is het hebben van zowel een kartrekker uit de eerste- en tweede lijn, alsook een partij die de coördinerende rol heeft. Deze goede voorbeelden brachten positieve (tussentijdse) resultaten voort, waaronder verbetering van de therapietrouw van patiënten, verhoogde betrokkenheid van huisartspraktijken in de regio, een verhoogd aantal screenings van personen met (hoog) fractuurrisico, en een

afname van het aantal opvolgende fracturen. Echter, twee van deze vier goede voorbeelden hebben structurele financiering weten te regelen, de andere twee projecten hebben financiering gedurende de periode van een pilot gekregen. Twee praktijkvoorbeelden hebben (deels) transmurale afspraken opgezet, maar hebben deze nog niet volledig geïmplementeerd in de praktijk. Dit heeft voor één voorbeeld te maken met de aanpassingen die plaats zullen vinden in het programma op basis van de herziene versie van de NHG-standaard, waarin taken veelal worden belegd in de tweede lijn en in het programma de focus juist lag op de eerste lijn. Het andere praktijkvoorbeeld is nog in het proces van het opzetten van transmurale afspraken met de eerste lijn en het regelen van financiering daarvan. Momenteel richten de betrokkenen van dit voorbeeld zich op de interne procesverbetering in het ziekenhuis. Beide praktijkvoorbeelden hebben een partij die de coördinatie verzorgt en één of meerde kartrekkers. Bij vijf minder goede praktijkvoorbeelden lukte het niet om multidisciplinaire fractuurpreventie op te zetten. Wat de meeste van deze projecten kenmerkte, is dat de financieringsaanvraag door de zorgverzekeraar niet werd goedgekeurd. Andere redenen waarom deze projecten geen doorgang vonden, waren het wegvallen van een kartrekker en het niet kunnen opzetten van transmurale afspraken vanwege verschillende belangen tussen lijnen. Bij twee van deze projecten kwamen de plannen mede door de COVID-pandemie tot stilstand. Tot slot gaven twee praktijkvoorbeelden aan gebruik te hebben gemaakt van een *good practice*, in beide gevallen THOON. Eén van deze praktijkvoorbeelden heeft structurele financiering gekregen, bij de ander werd geld voor een pilot toegekend, maar bloeden de plannen dood.

**Hoe ziet de samenwerking tussen zorgprofessionals in de huisartspraktijk en andere zorgprofessionals in de eerste- en de tweede lijn op het gebied van fractuurpreventie eruit?**  
**(Onderzoeksvraag 2)**

Zowel goede als sommige minder goede praktijkvoorbeelden gaven aan dat bij het opzetten van het programma relevante zorgpartijen vanaf het begin werden betrokken, enthousiast waren, en de neuzen dezelfde kant op wezen wat betreft de organisatie van zorg. Het maken van transmurale afspraken ging echter moeizaam in deze praktijkvoorbeelden, onder andere vanwege een gebrek aan eenduidige afspraken binnen de tweede lijn alsook tussen de eerste en tweede lijn. Dit werd ook door FGI-deelnemers in de dagelijkse praktijk ervaren. Zowel deelnemers van diepte-interviews als FGIs gaven aan dat binnen de tweede lijn beperkt sprake is van uniforme afspraken tussen verschillende specialismen omtrent (de manier van) doorverwijzen van (oudere) patiënten die met een fractuur op de SEH terecht waren gekomen. Dit werd bijvoorbeeld schriftelijk gedaan via een brief aan de huisarts of mondeling doorgegeven via patiënten. Eén van de redenen voor beperkte uniformiteit is het gebrek aan kennis omtrent doorverwijzing bij een verdenking op het hebben van osteoporose, waarbij het voor zorgprofessionals verduidelijkt dient te worden welke patiënten wel of niet in aanmerking komen voor een DXA-scan en door wie de

scan dient te worden aangevraagd. De gebrekkige aandacht voor doorverwijzing heeft onderdiagnostiek tot gevolg. Ook heerst onduidelijkheid over de partij die (en de manier waarop diegene) diagnostiek oppakt, indien een patiënt niet reageert op de oproep. Daarnaast ontbreekt het aan organisatie om controle en follow-up van patiënten, die al in behandeling zijn, systematisch aan te pakken. Deze patiënten werden teruggestuurd naar de eerste lijn, maar het was onduidelijk wie de behandeling ging monitoren. Na diagnose van patiënten in de eerste of tweede lijn is het doorverwijzen naar andere zorgpartners, zoals paramedici, lastig, omdat men niet op de hoogte is van de expertise van zorgpartners en hun vindbaarheid beperkt is. Een belangrijke randvoorwaarde is het vormen van uniforme afspraken binnen afdelingen in de tweede lijn alvorens een beleid tussen de eerste en tweede lijn te kunnen faciliteren. Daarnaast dienen transmurale afspraken concreet te maken welke zorg door wie wordt uitgevoerd, rekening houdend met de 'gemiddelde' huisarts zonder bovenmatige kennis van osteoporose. Andere randvoorwaarden om transmurale afspraken op te zetten, zijn de betrokkenheid van een regionale (huisartsen)organisatie als kartrekker of coördinator en het creëren van een gezamenlijke visie van betrokken partijen. Verder kan de draagkracht van de eerste- en tweede lijn verschillen per regio en dient zorg in de regio naar draagkracht verdeeld te worden. Als mogelijkheid werd benoemd te kijken naar de rol die de gemeente kan spelen in het opzetten en ondersteunen van val- en fractuurpreventieprogramma's en het gebruik te maken van de (protocollen en evalueaties van) goede praktijkvoorbeelden en opgezette zorgpaden. Hiervoor dient deze informatie publiekelijk gedeeld te worden.

**Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaren zorgverleners bij het (st)opzetten en het in stand houden van fractuurpreventie? (Onderzoeksvraag 3)**

Het belang van een partij die een coördinerende rol in de samenwerking vervult, werd geïdentificeerd in de documentenanalyse en kwam ook naar voren in de diepte-interviews. Het blijkt dat goede- en 'on-hold' praktijkvoorbeelden vaak kartrekkers uit zowel de eerste- als tweede lijn, alsook een partij met een coördinerende rol. Bij minder goede voorbeelden waren of één van de twee of beide rollen niet belegd bij de opzet van het programma. In andere gevallen viel deze rol weg door het vertrek van (een) kartrekker(s), waarna het project veelal doodbloedde. Deze fragiliteit in de afhankelijkheid van een kartrekker in een zorgprogramma wordt gevalideerd door deelnemers in de FGIs. Een andere belemmerende factor die werd ervaren, is dat zodra (pilot)financiering van een programma tot een einde kwam volgens afspraken met de zorgverzekeraar, geen middelen beschikbaar waren om een externe coördinator te financieren. Door deelnemers van zowel diepte-interviews als FGIs, wordt aangegeven dat een dergelijke rol cruciaal is voor het draaiende houden van een programma. Echter, de bijkomende tijdsintensieve werkzaamheden van deze rol zouden niet door zorgprofessionals naast hun dagelijkse taken kunnen worden uitgevoerd. Het is onduidelijk voor de stakeholders van praktijkvoorbeelden waarom de aanvraag van

financiën in sommige programma's wel werd goedgekeurd door de zorgverzekeraar en in andere gevallen niet. Bij goedgekeurde aanvragen werd door sommige praktijkvoorbeelden benoemd dat de zorgverzekeraar een al bestaande interesse had in fractuurpreventie. Het gebrek aan terugkoppeling over de reden(en) van afkeuring van een aanvraag werkt belemmerend, omdat zo de mogelijkheid te leren voor een volgende aanvraag ontnomen wordt. Door een FGI-deelnemer werd het beschikken over kennis van financiën en het spreken van de taal van de zorgverzekeraar als bevorderend ervaren om projectaanvragen te realiseren. Het betrekken van de zorgverzekeraar bij de opzet van het project wordt door zowel zorgverzekeraars als stakeholders van praktijkvoorbeelden, die het zo hadden aangepakt, als bevorderend ervaren. Zowel deelnemers van een aantal praktijkvoorbeelden als FGIs gaven aan dat de houding van de zorgverzekeraar belemmerend kan werken voor de samenwerking: er heerst een perceptie van scheve machtsverhouding (afhankelijkheid van de zorgverzekeraar) en van de zorgverzekeraar die verdeeldheid zou zaaien door eerste en tweede lijn in een gelijkwaardige samenwerking anders te financieren. Ook heerst wantrouwen onder zorgprofessionals dat de motieven van de zorgverzekeraar meer gericht zijn op kostenbesparing dan het verbeteren van kwaliteit van zorg.

De (lange) ontwikkeltijd van richtlijnen worden door stakeholders van praktijkvoorbeelden veelal als belemmerend ervaren bij het opzetten van programma's. De belemmerende werking zit bijvoorbeeld in het wachten op de nieuwe versie van de NHG-standaard, waardoor momenteel programma's gepauzeerd zijn of waarbij het programma en bijbehorende business case aangepast moeten worden. Als de inhoud van een zorgprogramma op de NHG-Standaard en/of multidisciplinaire richtlijn was gebaseerd, werd een richtlijn door stakeholders van praktijkvoorbeelden als bevorderend ervaren door de structuur en draagvlak die het creëert. In zowel de documentenanalyse als de FGIs kwam naar voren dat bepaalde zaken nog niet zijn geconcretiseerd in de richtlijn, zoals patiënteducatie, en de rollen van de eerste en tweede lijn omtrent doorverwijzing, monitoren en therapietrouw. Dit heeft grote verschillen in implementatie van richtlijnen tot gevolg, wat in de praktijk echter niet per se als belemmerend wordt ervaren, omdat zo regio-specifieke invulling kan worden gegeven aan de richtlijn.

Vrijwel alle praktijkvoorbeelden stipten de bevorderende werking van scholing aan voor het creëren van bewustzijn omtrent fractuurpreventie en het onder de aandacht brengen van het programma bij zorgprofessionals. In de FGIs werd hier een kanttekening bij gezet: sommige zorgprofessionals gaven aan eerst te willen weten of financiering voor een programma op orde was vooraleer ze tijd willen steken in scholing. Dit geeft de wisselwerking weer tussen bewustzijn en motivatie. Op basis van alle drie de stadia van dit onderzoek komt naar voren dat IT en digitale middelen zowel bevorderend, als belemmerend kunnen werken. De werking kan als bevorderend worden ervaren wanneer het laagdrempelige communicatie tussen zorgverleners mogelijk maakt (bijvoorbeeld teleconsultatie) of wanneer integratie van systemen mogelijk is, wat bijvoorbeeld screenen van patiënten vergemakkelijkt. Hoewel verbetermogelijkheden naar voren kwamen, worden IT-systemen niet ervaren als een factor waar veel invloed op uitgeoefend kan worden: de overstap op een nieuw IT-systeem ligt niet binnen de macht van een project. Door

patiënten kunnen digitale middelen als bevorderend worden ervaren in het geval rekening gehouden wordt met de veelal lagere digitale vaardigheden van een (oudere) populatie, en een vertaalslag wordt gemaakt van medisch jargon in bijvoorbeeld het elektronisch patiëntdossier. Een probleem dat zich, volgens deelnemers van diepte-interviews en FGIs, zal voordoen, is de beperkte capaciteit om DXA-scans uit te voeren, wanneer men volgens de nieuwe richtlijn(en standaard) zal handelen of als fractuurpreventie op grotere schaal wordt geïmplementeerd. Deze belemmerende factor wordt momenteel al door ervaringsdeskundigen onderstreept, aangezien zij opmerkten dat lange wachttijden van toepassing zijn voor de DXA-scan, wat ontmoedigend kan werken voor iemand met (verhoogde kans op) osteoporose.

**Welke mogelijkheden en randvoorwaarden zijn er of zijn nodig voor toekomstbestendige fractuurpreventie? (Onderzoeksvraag 4)**

Wat betreft financiering wordt het ontwikkelen van ketenfinanciering voor osteoporosezorg als mogelijkheid geopperd om samenwerking te bevorderen en het uitvoeren van een maatschappelijke kosten-baten analyse om de winsten van fractuurpreventie op de lange termijn aan te tonen. Idealiter zouden (niet-patiënt) gebonden taken, behorend bij het opzetten van afspraken en samenwerking, in de vergoeding meegenomen worden. Als randvoorwaarde voor projectaanvragen werd benoemd om van tevoren met betrokkenen de indicatoren te bepalen voor het monitoringsplan. Hiervoor is het belangrijk de zorgverzekeraar zo vroeg mogelijk bij de projectopzet te betrekken en samen te kijken naar hoe deze indicatoren vanuit data van zorgverzekeringssystemen gehaald kunnen worden. Daarnaast is het belangrijk dat de indicatoren, die door zorgprofessionals gemeten moeten worden, zonder al te veel moeite geregistreerd kunnen worden in het systeem om er zeker van te zijn dat ze zullen worden meegenomen in de registratie. Ook dienen de belangen van alle betrokkenen van tevoren transparant te worden gemaakt, om te voorkomen dat deze belangen geen knelpunt zullen vormen in de loop van het opzetten van een programma. Over de eerder benoemde afhankelijkheid van het hebben van een kartrekker tijdens een project, werd gezegd om deze afhankelijkheid te verkleinen en draagvlak voor fractuurpreventie in de regio te vergroten. Dit is mogelijk door bijvoorbeeld ambassadeurs in plaats van kartrekkers in de eerste en tweede lijn in te stellen. Mogelijkheden om het bewustzijn te vergroten, zijn het voeren van (landelijke) campagnes en het benutten van de rol van de Osteoporose Vereniging qua informatievoorziening. Specifiek voor zorgprofessionals geldt het volgen van scholing, meer aandacht voor osteoporose tijdens de opleiding van zorgprofessionals, het instellen van ambassadeurs in de eerste en tweede lijn voor osteoporose, en het in beeld brengen van osteoporose-initiatieven van eerstelijnspraktijken. Om het bewustzijn van patiënten te vergroten en daarmee ook deels therapietrouw te verbeteren, zou de zorgverlener meer toelichting kunnen geven over de risico's en impact van een fractuur en de extramurale apotheker een grote(re) rol kunnen spelen bij medicatietrouw en adviesgesprekken. Wat niet

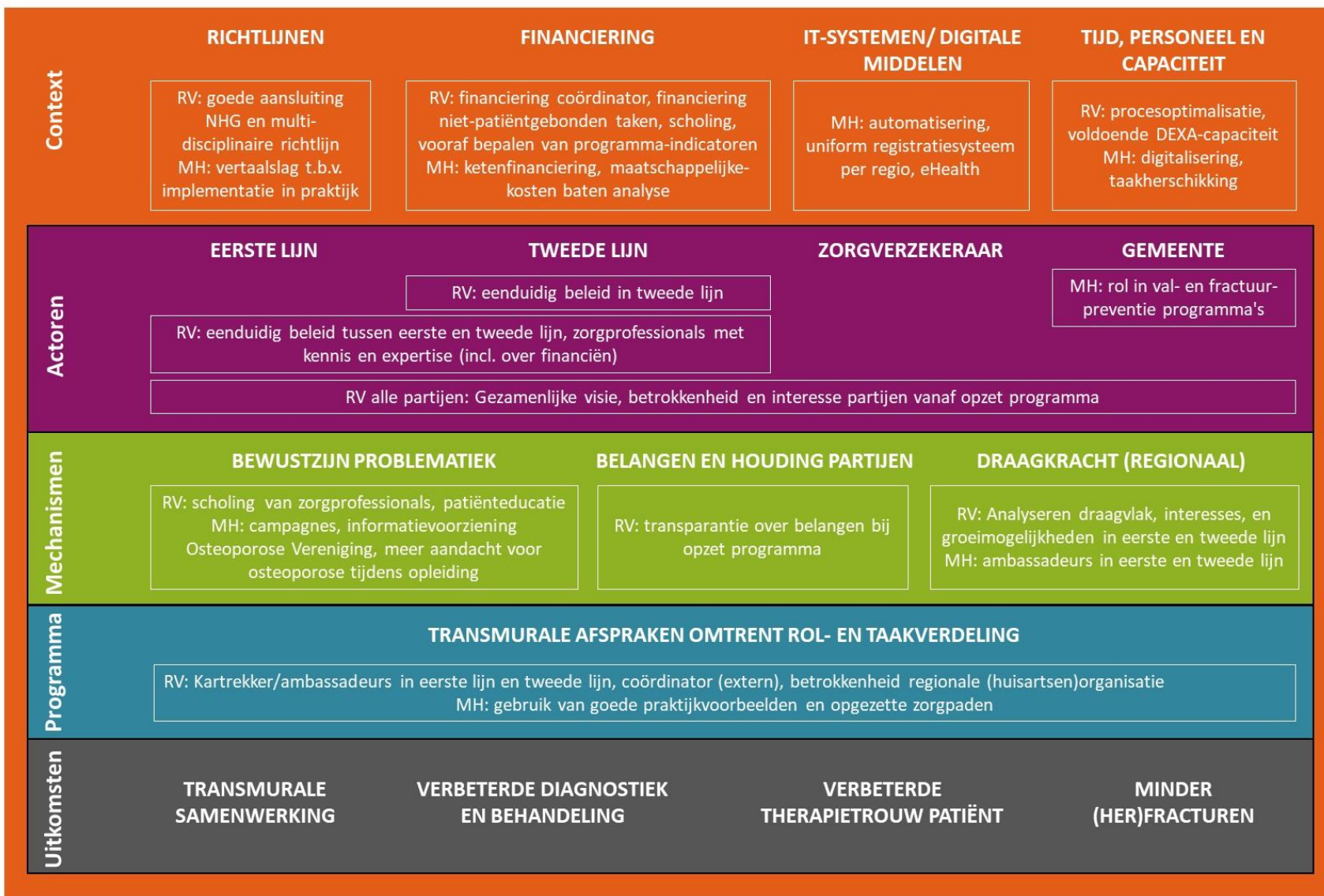
onderschat moet worden, is de impact die het benadrukken van positieve effecten van therapietrouw kan hebben. Belangrijk is ook dat patiënten laagdrempelig terecht kunnen bij een zorgverlener met vragen of problemen, waarvoor ze gekoppeld kunnen worden aan een behandelaar.

Automatisering zou kunnen helpen de efficiëntie van zorg te verbeteren, bijvoorbeeld door het verminderen van administratielast. Een andere toepassing van IT is de mogelijkheid om te registreren in hetzelfde systeem, al dan niet opgelegd vanuit de overheid, om informatie-uitwisseling tussen de eerste en tweede lijn te faciliteren en het volgen van de patiënt door het systeem heen te vergemakkelijken. Om therapietrouw bij patiënten te bevorderen, zou gebruik kunnen worden gemaakt van automatische controle-herinneringen.

Ten aanzien van de NHG-Standaard en multidisciplinaire richtlijn dient een vertaalslag te worden gemaakt naar de dagelijkse praktijk om bijvoorbeeld de taken van zorgprofessionals in de eerste en tweede lijn tijdens doorverwijzing duidelijk te maken. Gezien de focus op de tweede lijn in multidisciplinaire richtlijn, wordt als randvoorwaarde voor multidisciplinaire fractuurpreventie een soepele transitie naar de eerste lijn voorgesteld, waarbij transmurale samenwerkingsafspraken worden gemaakt met passende financiering.

## 5.2 Samenspel tussen (f)actoren

De onderlinge relaties tussen factoren van multidisciplinaire fractuurpreventie, die in dit onderzoek als thema's naar voren zijn gekomen, dienen in acht te worden genomen voor het realiseren van de beoogde uitkomsten. Deze factoren kunnen worden onderverdeeld in context en mechanismen. Hierbij kunnen de mechanismen via de actoren in een bepaalde context tot uiting komen. In Figuur 4 zijn de betrokken actoren, context en mechanismen, de interventie, en de uitkomsten in hun onderlinge samenhang weergegeven. De interventie wordt beïnvloed door de mechanismen die tot stand worden gebracht door actoren, die allemaal fungeren in de (juiste) context, resulterend in de uitkomsten. Figuur 4 toont de multifactoriële aard aan van multidisciplinaire fractuurpreventie en het complexe samenspel van context, mechanismen, en uitkomsten. Voor het ontwikkelen en implementeren van transmurale afspraken (de interventie) spelen vier typen actoren een rol. Dit zijn de eerste lijn (huisarts, extramurale apotheker en paramedici), verschillende specialismen in de tweede lijn, de zorgverzekeraar en mogelijk de gemeente. Zij dienen een gezamenlijke visie te vormen en hiervoor is betrokkenheid van alle partijen vereist vanaf het begin van het programma. Actoren kunnen in verschillende stadia van fractuurpreventie een kleinere of grotere rol spelen, bijvoorbeeld de rol van de gemeente en zorgverzekeraar zal groter zijn bij de opzet van het programma dan bij implementatie. Voor de transmurale afspraken omtrent de rol- en taakverdeling van actoren zijn de richtlijnen, de financiering, IT-systemen/digitale middelen en de beschikbare tijd, personeel en capaciteit van belang (context).



RV: randvoorwaarden  
MH: mogelijkheden

Figuur 4. Onderlinge samenhang van context, actoren, mechanismen, programma, en uitkomsten.

Hierbij vindt een wisselwerking plaats tussen de context items en de mechanismen, namelijk het bewustzijn van de problematiek onder actoren en patiënten, de (verschillende) belangen en houding van betrokken partijen, en de (regionale) draagkracht. In de juiste context komen deze mechanismen beter tot stand, waarbij er bijvoorbeeld meer bewustzijn kan ontstaan door aanwezige financiering en tijd voor scholing. Andersom vergroot het bewustzijn de kans op financiering en meer tijd voor scholing. De interactie tussen actoren, context, en mechanisme leidt tot transmurale afspraken. Dit kan resulteren in het hebben van transmurale samenwerking, verbeterde diagnostiek en behandeling (inclusief follow-up), verbeterde therapietrouw van patiënten, en op lange termijn minder (opvolgende) fractures.

### 5.3 Inzichten uit eerder onderzoek

Om de geïdentificeerde context items, mechanismen en uitkomsten te duiden in licht van eerder gepubliceerde literatuur zijn deze vergeleken met inzichten uit ander realist onderzoek naar geïntegreerde zorgpaden. Deze inzichten betreffen veelal het samenspel van factoren om via bepaalde actoren tot uitkomsten te leiden. Er is één realist review beschikbaar omtrent de behandeling en therapietrouw van patiënten met osteoporose. Overige realist reviews betreffen geïntegreerde zorgpaden bij andere ziektebeelden. Eerdere literatuur betreffende geïntegreerde zorgpaden onderbouwt de gevonden mechanismen in onderhavig onderzoek.<sup>42</sup> Een aanvullend inzicht hierbij is gedeelde scholing tussen de eerste- en tweede lijn, in tegenstelling tot alleen binnen één lijn, een bevorderende werking lijkt te hebben op bewustzijn en een positieve houding bij zorgprofessionals.<sup>42,43</sup> Ander realist onderzoek benadrukt dat niet moet worden onderschat dat voor het verhogen van bewustzijn naast financiële investering, ook een tijdsinvestering nodig is. Dit betreft niet alleen tijd voor voorbereiding van implementatie, maar ook tijd voor het ondersteunen van de nieuwe rollen die zorgprofessionals moeten gaan aannemen.<sup>43,44</sup> Een inzicht dat in onderhavig onderzoek naar voren komt is dat het stimuleren van de eigen regie van een patiënt door zorgverleners bevorderend kan werken voor therapietrouw (als uitkomst). Zelfbeschikking en eigen regie van de patiënt worden in ander onderzoek benadrukt als mechanismen om therapietrouw te bevorderen.<sup>42,45</sup> Ook van invloed op de (lange termijn) therapietrouw zijn digitale toepassingen ter ondersteuning van besluitvorming voor een patiënt met osteoporose.<sup>45</sup> Als essentiële context item om deze digitale toepassingen te laten werken, werd naar voren gebracht om eerst tijd te nemen om de overtuigingen en zorgen van patiënten over osteoporose en medicatie aan te kaarten.<sup>45</sup> Het investeren van tijd in patiënteducatie werd door een FGI-deelnemer naar voren gebracht in het onderhavig onderzoek. Een deel van de aanbevelingen die door deelnemers van de diepte-interviews en FGIs zijn geopperd, komen terug in het 'Verbetersignalement Osteoporose' van Zorginstituut Nederland.<sup>7</sup> Een aanvulling op de bestaande verbeterafspraken in dat verbetersignalement is dat door deelnemers wordt aangegeven dat (initiatie van) osteoporosezorg laagcomplex is en voor het grootste deel thuis hoort in de eerste lijn. Transmurale afspraken



dienen zich ook hierop te richten. Daarnaast wordt ingezoomd op het financieringsaspect van zorg(programma's), de rol van de zorgverzekeraar, het hebben van verschillende belangen en houdingen door betrokken partijen en IT-systemen/ digitale middelen.

## 5.4 Methodologische kanttekeningen

Eén van de sterke kanten van onderhavig onderzoek is het gebruik van de Realist Research benadering om inzicht te verschaffen in de interactie en het complexe samenspel van context, mechanismen en uitkomsten. Dit heeft gezorgd voor een beter begrip van hoe multidisciplinaire fractuurpreventie werkt (of juist niet) in de praktijk. Daarnaast zijn de onderzoeksvragen vanuit verschillende invalshoeken en door meerdere stakeholdergroepen benaderd. De participatie van patiënten, zorgprofessionals en andere stakeholders vergroot de (praktische) validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten van dit onderzoek. Bovendien heeft door gebruik te maken van een multi-methods design, validatie van de tussentijdse bevindingen plaatsgevonden in de verschillende stadia van het onderzoek. Een mogelijke beperking van dit onderzoek is dat de geïncludeerde studies van de documentenanalyse niet altijd een duidelijk onderscheid tussen praktijkvoorbeelden in hun bevindingen lieten zien, waardoor het lastig was om te bepalen hoeveel praktijkvoorbeelden gerapporteerd zijn. Een andere limitatie is de mogelijkheid van bias bij de werving en selectie van deelnemers voor de diepte-interviews en focusgroep-interviews, aangezien zorgprofessionals met bovengemiddelde kennis en enthousiasme voor osteoporose en fractuurpreventie oververtegenwoordigd waren. Ten slotte was het een uitdaging om zorgprofessionals te laten deelnemen aan de diepte-interviews of focusgroep-interviews, omdat hun drukke schema's hun vrijwillige deelname vaak in de weg stonden.

## 5.5 Aanbevelingen

### 5.5.1 Handreiking

Een prominente aanbeveling op basis van dit onderzoek is het opstellen van een handreiking voor zorgprofessionals om hen te ondersteunen bij het opzetten en inrichten van multidisciplinaire fractuurpreventie in de praktijk. Ideeën omtrent de invulling van de handreiking, geopperd door FGI-deelnemers, waren echter niet eenduidig. Uitgangspunten van de handreiking dienen uniformiteit in zorg te zijn alsook bekostiging, gezien de enorme variatie aan betrokken (medisch) specialismen bij osteoporosezorg. Het is wenselijk om in de handreiking een onderscheid te maken tussen de *ontwikkeling* van multidisciplinaire fractuurpreventie en *implementatie* van multidisciplinaire fractuurpreventie.

### **Ontwikkeling van multidisciplinaire fractuurpreventie**

Op basis van dit rapport komen items (context en mechanismen) naar voren welke aanwezig dienen te zijn voor het opzetten van multidisciplinaire fractuurpreventie. Het is aanbevolen om allereerst de juiste context te verwezenlijken (het ontwikkelen van richtlijnen door beroepsgroepen, het verzekeren van financiering door het betrekken van de zorgverzekeraar vanaf het begin en het spreken van dezelfde taal, het inzetten van digitale ondersteuning voor verbeterde communicatie tussen lijnen en verminderde administratielast). Volgens de input van zorgprofessionals dient de handreiking duidelijkheid te scheppen over de rolverdeling (welke taken en verantwoordelijkheden liggen bij welke partijen en wanneer worden deze uitgevoerd) en ideeën voor de organisatie van de samenwerking en adequate financiering ervan. Ook medisch inhoudelijke zaken kunnen in de handreiking geconcretiseerd worden, zoals welke afspraken er gelden voor de interpretatie van DXA en VFA. Zorgprofessionals zouden graag ook afspraken rondom verslaglegging willen terugzien en informatie omtrent regionale organisaties die zouden kunnen fungeren als verbinder tussen de eerste lijn, tweede lijn en eventueel, de nuldelijn.

### **Implementatie van multidisciplinaire fractuurpreventie**

Wat betreft de implementatie zou de handreiking volgens zorgprofessionals gedeeltelijk een soort praktische vertaalslag van de NHG-Standaard en multidisciplinaire richtlijn moeten bieden ter ondersteuning bij het implementeren van deze standaard en richtlijn in de praktijk. Het multifactoriële karakter van multidisciplinaire fractuurpreventie en het complexe samenspel van context, mechanismen, en uitkomsten vraagt een dergelijk hulpmiddel. Om te voorkomen dat de richtlijnen een andere interpretatie krijgen in de handreiking dienen partijen te worden betrokken, die ook bij het ontwikkelen van de richtlijnen betrokken waren. Er was ook veel vraag naar de *lessons learned* en zorgpaden van goede praktijkvoorbeelden, hoe zij benaderd kunnen worden of waar deze gevonden kunnen worden. In de handreiking kan een stroomdiagram geïncorporeerd worden om in één oogopslag alle relevante zorgpartijen in kaart te hebben. Om een groter draagvlak te creëren, werd door zorgprofessionals benoemd dat financieringsafspraken met betrekking tot rollen, coördinatie van samenwerking en niet-patiënt gebonden taken, die in de handreiking naar voren komen, afgestemd zouden moeten worden met de zorgverzekeraar. Idealiter zou de handreiking worden geaccrediteerd door relevante organisaties, te weten Zorginstituut Nederland, KNGF, KNMP, LHV, NAPA, NHG, NVvPO, Osteoporose Vereniging, V&VN, en ZN.

## **5.5.2 Het betrekken van onderbelichte ketenpartners**

Het onderzoeken van de rol die momenteel minder zichtbare ketenpartners zouden kunnen spelen ter ondersteuning van het opzetten van transmurale fractuurpreventie, wordt aanbevolen.

- de rol van patiënten en/of patiëntenverenigingen: om zorg beter aan te laten sluiten bij de behoeften van de patiënt zouden osteoporose patiënten en de Osteoporose Vereniging betrokken kunnen worden bij de opzet

en implementatie van preventieve maatregelen of interventies. Ook zou de Osteoporose Vereniging een rol kunnen spelen bij de informatievoorziening naar zowel zorgprofessionals, als patiënten;

- de rol van paramedici: effectieve fractuurpreventie vereist een goede samenwerking en communicatie tussen eerstelijns- en tweedelijnszorgverleners en paramedici. Paramedici kunnen helpen bij het bieden van preventieve zorg en nazorg aan patiënten die fracturen hebben gehad. Het is essentieel dat deze zorgprofessionals op de hoogte zijn van elkaars kennis en competenties en elkaar weten te vinden, als dat nodig is. Voor het in kaart brengen van zorgverleners met bepaalde (specialistische) kennis en waar deze te vinden zijn, kan het Chronisch Zorgnet (landelijk netwerk van zorgverleners) een belangrijke rol spelen;
- De rol van extramurale apothekers: apothekers kunnen een belangrijke rol spelen bij het verminderen van het valrisico bij ouderen door dit risico onder de aandacht te brengen. Het KNMP benoemt dat apotheekeams en regionale apothekers kunnen bijdragen aan de ketenaanpak door na te gaan welke zorgverleners in de buurt multifactoriële valrisicobeoordelingen uitvoeren.<sup>47</sup> Het is van belang vast te stellen wie de regie voert in de keten en hoe de overdracht naar andere zorgaanbieders plaatsvindt. Door ouderen met valrisico te identificeren, kunnen apothekers hen informatie geven over valpreventiestrategieën, het medicatie behandelregime van patiënten beoordelen, en aanbevelingen doen om eventuele risico's te verminderen. Apothekers kunnen samenwerken met andere zorgverleners om ervoor te zorgen dat patiënten uitgebreide zorg en follow-up krijgen.
- De rol van gemeenten: in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) is uitgewerkt hoe de verschuiving van zorg naar preventie kan worden vormgegeven en is de ketenaanpak voor valpreventie geïnccludeerd.<sup>2,48</sup> Gemeenten hebben hierbij de taak gekregen om valpreventie aan te bieden aan hun inwoners van 65 jaar en ouder. Bij het opzetten van fractuurpreventie kan worden onderzocht welke rol de gemeente kan spelen bij het maken van lokale (en regionale) samenwerkingsafspraken en bij de uitvoering van valpreventie, zoals bijvoorbeeld het uitvoeren van een valrisico-inschatting en het aanbieden van een valpreventieve beweeginterventie.

## 5.6 Conclusie

Dit onderzoek toont aan dat bij het opzetten en implementeren van multidisciplinaire fractuurpreventie in de eerste lijn rekening dient te worden gehouden met het complexe samenspel van actoren, context, mechanismen, resulterend in de uitkomsten van de interventie (transmurale afspraken). Ten aanzien van de transmurale afspraken moet concreet worden gemaakt welke taken bij welke partijen worden belegd en op welke momenten deze moeten worden uitgevoerd. Hiervoor dient een integrale financiering tegenover te staan waarbij ook niet-patiëntgebonden taken, zoals overleggen, worden meegenomen (context). Voor het opzetten van fractuurpreventie dienen de NHG-Standaard en multidisciplinaire richtlijn in acht te worden genomen (context). In de richtlijnen worden de meeste verantwoordelijkheden belegd in de tweede lijn. In dit onderzoek kwam naar voren dat zorgprofessionals osteoporosezorg inhoudelijk beschouwen als laagcomplex zorg, die voor het grootste deel thuis hoort in de eerste lijn. Momenteel ontbreekt het transmuraal karakter in de NHG-Standaard en multidisciplinaire richtlijn, wat juist mogelijkheden biedt om transmurale afspraken te maken. Voor één van de grote problemen binnen de zorg, namelijk de beperkte tijd- en menskracht in de eerste- en tweede lijn (context), dient voor toekomstbestendige fractuurpreventie gekeken te worden naar alternatieven om fractuurpreventie en osteoporosezorg te realiseren in de praktijk, zoals digitalisering, eHealth, en taakherschikking (context). Deze context items hebben invloed op mechanismen: de bewustwording van de problematiek onder actoren en patiënten, de verschillende belangen en houding van betrokken partijen, en de (regionale) draagkracht. De interactie tussen aanwezige context items en mechanismen kan resulteren in transmurale samenwerking, verbeterde diagnostiek en behandeling (inclusief follow-up), verbeterde therapietrouw van patiënten, en op lange termijn minder (opvolgende) fracturen. Op basis van de bevindingen van dit onderzoek en de aanwezige behoefte in het veld wordt aanbevolen om een handreiking op te stellen bedoeld om zorgprofessionals te ondersteunen bij het opzetten en inrichten van multidisciplinaire fractuurpreventie in de praktijk. Met op juiste wijze ingerichte multidisciplinaire fractuurpreventie ligt het bieden van passende osteoporosezorg binnen handbereik.



# Begrippenkader

Hieronder worden de begrippen, die zijn gebruikt in het onderzoeksrapport, kort toegelicht. De begrippen staan in alfabetische volgorde.

## **Bevorderende en belemmerende factoren**

Factoren met een stimulerende of verhinderende kracht bij de implementatie van multidisciplinaire fractuurpreventie.

## **Botsparende medicatie**

Medicatie die helpt de botsterkte te stabiliseren. Deze medicatie dient ten minste vijf jaar te worden genomen, waarna opnieuw een fractuurrisico-evaluatie (DXA-scan) plaatsvindt.

## **Contexten, mechanismen en uitkomsten**

Deze termen staan centraal in 'Realist Research', een onderzoekbenadering die geschikt is voor de evaluatie van complexe interventies. Bij 'Realist Research' geldt dat complexe interventies, ofwel programma's, alleen succesvol kunnen zijn (=resulteren in uitkomsten) indien deze gepaard gaan met (nieuwe) ideeën, opvattingen en/of normen (mechanismen) van actoren en worden toegepast in geschikte sociale, fysieke en culturele condities (contexten).

*Context* heeft betrekking op belangrijke kenmerken in de omgeving, die van invloed zijn op de mechanismen en daardoor de uitkomsten bepalen. Context kan verwijzen naar implementatie-context, kansen en middelen om beslissingen uit te voeren, algemene condities en belangrijke kenmerken van actoren, die nodig zijn om het mechanismen te laten werken. Context kan ook organisatorische setting, personeel, geschiedenis, cultuur, natie, religie, politiek, gebeurtenissen, geografische en gemeenschapsomgeving zijn.

*Mechanismen* beschrijven wat feitelijk de effecten van een programma produceert en hebben betrekking op causaliteit. Mechanismen kunnen bijvoorbeeld redenties, keuzen, normen, (collectieve) overtuigingen, motivatie, processen omvatten. Of mechanismen werken of niet hangt af van de context. Realist Research probeert het mechanisme dat werkt te identificeren en te begrijpen wat de oorzaak is van (of, gegeven meerdere oorzaken, welke bijdragen aan) de uitkomsten.

*Uitkomsten* (outcomes) omvatten de (on)bedoelde programmaresultaten, zoals gestimuleerd door de verschillende mechanismen en contexten;

### **DXA-scan**

Dual Energy X-ray Absorptiometry-scan. Hierbij wordt met behulp van röntgenstraling gemeten hoeveel kalk de botten bevatten. Door te meten hoe goed het bot de röntgenstraling doorlaat, kan de dichtheid van het bot worden berekend en vastgesteld of iemand osteoporose heeft.

### **Eerstelijnszorg**

Eerstelijnszorg is zorg waar een persoon zonder verwijzing naartoe kan gaan, bijvoorbeeld de huisarts, tandarts, fysiotherapeut, apotheker, maatschappelijk werker of wijkverpleegkundige.

### **Glucocorticoïden**

Medicatie die ontstekingsreacties -en het afweersysteem- remt. Het gebruik van glucocorticoïden gaat gepaard met een verhoogd fractuurrisico. Bij langdurig (>3 maanden) gebruik van glucocorticoïden, wordt daarom aangeraden ook botsparende medicatie voor te schrijven.

### **Implementatie**

In het licht van dit onderzoek wordt het in de dagelijkse praktijk toepassen van multidisciplinaire fractuurpreventie aangeduid als implementatie. Dit gaat gepaard met allerlei veranderingen om de gewenste uitkomsten te bereiken.

### **Multidisciplinaire richtlijn**

De multidisciplinaire richtlijn Osteoporose en Fractuurpreventie (2022). Deze richtlijn is specifiek gericht op fractuurpreventie, en is bestemd voor alle behandelaren: medisch specialisten, huisartsen en verpleegkundigen.

### **NHG-Standaard**

Deze standaard is speciaal voor huisartsen, en heeft ook als doel (volgende) botbreuken zo veel mogelijk te voorkomen. De laatste NHG standaard komt uit 2012 en wordt in 2023 herzien om zo veel mogelijk in lijn te zijn met de multidisciplinaire richtlijn.

### **Nuldelijnszorg**

Nuldelijnszorg is de zorg die gegeven wordt door mantelzorgers, vrijwilligers en familie.

### **Passende zorg**

Deze term, afkomstig van het Zorginstituut, verwijst naar een gedachtegoed met basisprincipes om de zorg (ook) in de toekomst voor ieder toegankelijk te houden. De basisprincipes om een duurzame aanpak van zorg te ondersteunen, zijn: zorg tegen een redelijke prijs, zo dicht mogelijk bij de patiënt, besluitvorming met zorgverlener en patiënt gezamenlijk en een verschuiving van aandacht van ziekte, naar ook gezondheid en zelfredzaamheid.

### **Tweedelijnszorg**

Tweedelijnszorg is zorg van zorgverleners waarvoor een verwijzing nodig is. Een voorbeeld van tweedelijnszorg zijn medisch specialisten in het ziekenhuis.

### **VFA**

Vertebral Fracture Assessment. Beeldvorming van de wervelkolom om de wervelhoogten te meten, vaak uitgevoerd tijdens de DXA. De combinatie van de twee metingen vormt de basis van een goede diagnose en de juiste inschatting van het risico op een breuk.



# Referenties

1. Zorginstituut Nederland. *Zorg, jeugdhulp en toezicht in tijden van personeelstekorten* 2022.
2. *Integraal Zorg Akkoord - Samen werken aan gezonde zorg*. 2022.
3. Prior JC, Langsetmo L, Lentle BC, et al. Ten-year incident osteoporosis-related fractures in the population-based Canadian Multicentre Osteoporosis Study — Comparing site and age-specific risks in women and men. *Bone*. 2015/02/01/ 2015;71:237-243. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bone.2014.10.026>
4. Curtis EM, Dennison EM, Cooper C, Harvey NC. Osteoporosis in 2022: Care gaps to screening and personalised medicine. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2022/06/09/ 2022:101754. doi:<https://doi.org/10.1016/j.berh.2022.101754>
5. Federatie Medisch Specialisten. *Richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie*. 2022. [https://richtlijnenatabase.nl/richtlijn/osteoporose\\_en\\_fractuurpreventie/startpagina\\_-\\_osteoporose\\_en\\_fractuurpreventie.html](https://richtlijnenatabase.nl/richtlijn/osteoporose_en_fractuurpreventie/startpagina_-_osteoporose_en_fractuurpreventie.html)
6. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Fractuurpreventie (M69). Accessed 10 November, 2022. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/fractuurpreventie>
7. Zorginstituut Nederland. *Verbetersignalement Osteoporose - Zinnige Zorg | ICD-10- hoofdstuk XIII, M80-85*. 2020.
8. Zorginstituut Nederland. *Passende Zorg*. Accessed 3 april, 2023. <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/passende-zorg>
9. Zorginstituut Nederland. *Offerteaanvraag Onderzoek Praktijkvoorbeelden, mogelijkheden en randvoorwaarden voor fractuurpreventie in de eerste lijn*. 2022.
10. Pawson R. *Realist Evaluation*. Adapted from Pawson R & Tilley N. *Realist evaluation* London SAGE. 1997.
11. Salter KL, Kothari A. Using realist evaluation to open the black box of knowledge translation: a state-of-the-art review. *Implementation Science*. 2014/09/05 2014;9(1):115. doi:10.1186/s13012-014-0115-y
12. Jagosh J, Macaulay AC, Pluye P, et al. Uncovering the benefits of participatory research: implications of a realist review for health research and practice. *The Milbank quarterly*. Jun 2012;90(2):311-46. doi:10.1111/j.1468-0009.2012.00665.x
13. Maxwell JA, Mittapalli K. Realism as a stance for mixed methods research. *SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research*. 2010;2:145-168.
14. Wong G, Westhorp G, Pawson R, Greenhalgh T. *Realist synthesis. RAMESES training materials London: The RAMESES Project*. 2013;



15. Adams J, Wilson N, Hurkmans E, et al. 2019 EULAR points to consider for non-physician health professionals to prevent and manage fragility fractures in adults 50 years or older. *Annals of the rheumatic diseases*. Jan 2021;80(1):57-64. doi:10.1136/annrheumdis-2020-216931
16. Bussell ME. Improving bone health: addressing the burden through an integrated approach. *Aging clinical and experimental research*. Oct 2021;33(10):2777-2786. doi:10.1007/s40520-021-01971-3
17. Chotiyarnwong P, McCloskey EV, Harvey NC, et al. Is it time to consider population screening for fracture risk in postmenopausal women? A position paper from the International Osteoporosis Foundation Epidemiology/Quality of Life Working Group. *Archives of osteoporosis*. Jun 28 2022;17(1):87. doi:10.1007/s11657-022-01117-6
18. Curtis EM, Woolford S, Holmes C, Cooper C, Harvey NC. General and Specific Considerations as to why Osteoporosis-Related Care Is Often Suboptimal. *Current Osteoporosis Reports*. 2020/02/01 2020;18(1):38-46. doi:10.1007/s11914-020-00566-7
19. Harvey NC, McCloskey EV, Mitchell PJ, et al. Mind the (treatment) gap: a global perspective on current and future strategies for prevention of fragility fractures. *Osteoporosis international*. May 2017;28(5):1507-1529. doi:10.1007/s00198-016-3894-y
20. Lems WF, Raterman HG. Critical issues and current challenges in osteoporosis and fracture prevention. An overview of unmet needs. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*. 2017;9(12):299-316. doi:10.1177/1759720x17732562
21. Marsh D, Åkesson K, Beaton DE, et al. Coordinator-based systems for secondary prevention in fragility fracture patients. *Osteoporosis International*. 2011/07/01 2011;22(7):2051-2065. doi:10.1007/s00198-011-1642-x
22. Seckler E, Regauer V, Rotter T, Bauer P, Müller M. Barriers to and facilitators of the implementation of multi-disciplinary care pathways in primary care: a systematic review. *BMC Family Practice*. 2020/06/19 2020;21(1):113. doi:10.1186/s12875-020-01179-w
23. Shipman KE, Doyle A, Arden H, Jones T, Gittoes NJ. Development of fracture liaison services: What have we learned? *Injury*. Dec 2017;48 Suppl 7:S4-s9. doi:10.1016/j.injury.2017.08.030
24. Blank R CC, Graven M, Hailu S, Halbout P, Hough T, Marques A, McCloskey E. *Integrated care pathways for bone health - An overview of global policies*. Vol. 2022. 2021. [https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/eiu\\_amgen\\_bone\\_health\\_global\\_policy\\_overview\\_final\\_2021\\_3\\_5.pdf](https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/eiu_amgen_bone_health_global_policy_overview_final_2021_3_5.pdf)
25. Borgström F, Karlsson L, Ortsäter G, et al. Fragility fractures in Europe: burden, management and opportunities. *Archives of osteoporosis*. 2020/04/19 2020;15(1):59. doi:10.1007/s11657-020-0706-y
26. Elders PJM. *Het transmurale fractuurpreventieprogramma: implementatie van een transmuraal zorgprogramma ter preventie van fracturen bij patiënten met een eerdere fractuur na het vijftigste levensjaar*. 2018.

<https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/doelmatigheidsonderzoek/programmas/project-detail/goed-gebruik-geneesmiddelen/het-transmurale-fractuurpreventieprogramma-implementatie-van-een-transmuraal-zorgprogramma-ter-prev/verslagen/>

27. Groot Kd, Verest W, Donker G, Francke A. Verpleging en verzorging bij mensen met osteoporose en fractuurrisico. Een knelpuntenanalyse. 2019;
28. Harvey NC ME. *Gaps and solutions in bone health: A global framework for improvement*. 2016.
29. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Standpunt Substitutie van Ouderenzorg. 2018;
30. NSW Agency for Clinical Innovation. *Model of care for osteoporotic refracture prevention*. 2018. [https://aci.health.nsw.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/279350/ACI-0036-Osteo-Refracture-Prevention-Model-of-Care-FINAL-May-2018.pdf](https://aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0008/279350/ACI-0036-Osteo-Refracture-Prevention-Model-of-Care-FINAL-May-2018.pdf)
31. Scottish Government. *Falls and Fracture Prevention Strategy for Scotland, 2019-2024: Consultation Version*. 2019. <https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/consultation-paper/2019/07/national-falls-fracture-prevention-strategy-scotland-2019-2024/documents/falls-fracture-prevention-strategy-scotland-2019-2024-consultation-version/falls-fracture-prevention-strategy-scotland-2019-2024-consultation-version/govscot:document/falls-fracture-prevention-strategy-scotland-2019-2024-consultation-version.pdf>
32. Burgers PT, Van Lieshout EM, Verhelst J, Dawson I, de Rijcke PA. Implementing a clinical pathway for hip fractures; effects on hospital length of stay and complication rates in five hundred and twenty six patients. *International orthopaedics*. May 2014;38(5):1045-50. doi:10.1007/s00264-013-2218-5
33. Hendriks MR, Bleijlevens MH, van Haastregt JC, et al. Lack of effectiveness of a multidisciplinary fall-prevention program in elderly people at risk: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. Aug 2008;56(8):1390-7. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.01803.x
34. Huntjens KM, van Geel TA, Blonk MC, et al. Implementation of osteoporosis guidelines: a survey of five large fracture liaison services in the Netherlands. *Osteoporosis international*. Jul 2011;22(7):2129-35. doi:10.1007/s00198-010-1442-8
35. Swart KMA, van Vilsteren M, van Hout W, et al. Factors related to intentional non-initiation of bisphosphonate treatment in patients with a high fracture risk in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice*. 2018/08/23 2018;19(1):141. doi:10.1186/s12875-018-0828-0
36. van den Berg P, Schweitzer DH, van Haard PM, van den Bergh JP, Geusens PP. Meeting international standards of secondary fracture prevention: a survey on Fracture Liaison Services in the Netherlands. *Osteoporosis International*. Sep 2015;26(9):2257-63. doi:10.1007/s00198-015-3117-y

37. van den Berg P, van Haard PMM, Geusens PP, van den Bergh JP, Schweitzer DH. Challenges and opportunities to improve fracture liaison service attendance: fracture registration and patient characteristics and motivations. *Osteoporosis international*. Aug 2019;30(8):1597-1606. doi:10.1007/s00198-019-05016-4
38. Ganda K, Puech M, Chen JS, et al. Models of care for the secondary prevention of osteoporotic fractures: a systematic review and meta-analysis. *Osteoporosis international*. Feb 2013;24(2):393-406. doi:10.1007/s00198-012-2090-y
39. Tinetti ME. Multifactorial fall-prevention strategies: time to retreat or advance. *Journal of the American Geriatrics Society*. Aug 2008;56(8):1563-5. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.01800.x
40. Boermans T. TM. *Samenvatting Zorgprogramma - Osteoporose en fractuurpreventie THOON*. 2016.
41. Mukherjee N. *Participatory learning and action: With 100 field methods*. Concept Publishing Company; 2002.
42. Mukumbang FC, Souza DD, Liu H, et al. Unpacking the design, implementation and uptake of community-integrated health care services: a critical realist synthesis. *BMJ Global Health*. 2022;7(8):e009129. doi:10.1136/bmjgh-2022-009129
43. Turner A, Mulla A, Booth A, et al. The international knowledge base for new care models relevant to primary care-led integrated models: a realist synthesis. NIHR Journals Library, Southampton (UK); 2018.
44. O'Neill K, Riordan F, Racine E, et al. Adoption and Initial Implementation of a National Integrated Care Programme for Diabetes: A Realist Evaluation. *International journal of integrated care*. Jul-Sep 2022;22(3):3. doi:10.5334/ijic.5815
45. Paskins Z, Babatunde O, Sturrock A, Toh LS, Horne R, Maidment I. Supporting patients to get the best from their osteoporosis treatment: a rapid realist review of what works, for whom, and in what circumstance. *Osteoporosis international*. Nov 2022;33(11):2245-2257. doi:10.1007/s00198-022-06453-4
46. Acakpo OGP, Dionne É, Coudert L, et al. Implementation of an integrated care pathway in primary care clinics to improve the health of older adults: a realist evaluation. *International journal of integrated care*. 2022;doi:10.5334/ijic.ICIC21198
47. KNMP. Valpreventie. Accessed 14 april, 2023. <https://www.knmp.nl/dossiers/valpreventie>
48. Ministerie van VWS. *GALA - Gezond en Actief Leven Akkoord*. 2023.



# Bijlagen

## Bijlage 1. Leden Gebruikerscommissie

Naam	Organisatie
Amy Schoffelen	Nederlandse Zorgautoriteit
Angelique Koier	Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners en Praktijkverpleegkundigen
Harmke Verlinden (eenmalig)	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
Harry van den Broek	Osteoporose Vereniging
Jasper Huberts	Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie
Josje Hamers	Nederlandse Associatie Physician Assistants
Peter van den Berg	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
Sue Kroon	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie

## Bijlage 2. Zoektermen en zoektermen-combinaties

Onderwerp	Zoektermen
#1 Fracture prevention	"Osteoporosis, postmenopausal"[MeSH Terms] OR "osteoporosis"[MeSH Terms] OR osteoporosis [Text Word] OR "fractures, bone"[MeSH Terms] OR fracture [Text Word] AND "Preventive Health Services"[Mesh] OR prevention [Text Word]
#2 Multidisciplinary care	("delivery of health care"[MeSH Terms] OR health care [Text Word]) AND ("interdisciplinary studies"[MeSH Terms] OR multidisciplinary [Text Word])
#3 Primary care	"Primary Health Care"[Mesh] OR "Physicians, Primary Care"[Mesh] OR general practitioner OR GP OR apothecary OR pharmacist OR pharmacy OR physiotherapist OR nurse OR home nurse OR allied health professional OR dentist OR orthodontist OR psychologist OR Physician Assistant
#4 Integrated care	"Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh] OR integrated care OR coordinated care OR stepped care OR transmural care OR collaboration
#5 Design and implementation	"Health Plan Implementation"[Mesh] OR "Implementation Science"[Mesh] OR promoting factor* OR facilitative factor OR facilitator* OR barrier* OR hampering factor* OR mechanism*
Zoekterm combinaties	#1 AND #2 AND #3 AND #4 #2 AND #3 AND #4 #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 #2 AND #3 AND #4 AND #5

## Bijlage 3. Topic guide diepte-interviews

### Hoofdvragen

1. Wat was het oorspronkelijke doel van het programma?
2. Wie waren betrokken bij het maken van de plannen en/of de start en wie bij de organisatie/ implementatie?
3. Hoe zag de samenwerking tussen deze actoren eruit (tussen zorgprofessionals in de huisartspraktijk en andere zorgprofessionals in de eerste en de tweede lijn op het gebied van fractuurpreventie)?
  - Waren er van te voren bepaalde samenwerkingsafspraken gemaakt?
  - Hoe duidelijk was de samenstelling en rolverdeling binnen het team? Had 1 partij de regie/coördinerende rol? Hoort de regie te liggen bij eerste of tweede lijn?
4. In hoeverre was de multidisciplinaire richtlijn geïmplementeerd in jullie programma? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet?
5. Welke belemmerende factoren en bevorderende factoren kunt u noemen m.b.t. : 1. het ontwikkelen van multidisciplinaire fractuurpreventie in de eerste lijn; 2. het organiseren en implementeren van multidisciplinaire fractuurpreventie in de eerste lijn?
  - Hoe hadden deze voorkomen (in geval barrière)/ verder gestimuleerd (in geval bevorderende (f)actor) kunnen worden?
6. Welke combinatie van (f)actoren denkt u dat het meeste effect heeft (gehad) op het falen of slagen van uw praktijkvoorbeeld? Waarom?
7. In hoeverre is het oorspronkelijke doel gerealiseerd en waaruit blijkt deze (gedeeltelijke) realisatie?
8. Welke mogelijkheden en randvoorwaarden zijn er of zijn nodig voor toekomstbestendige fractuurpreventie?

## Bijlage 4. Topic guide focusgroep-interviews (FGI)

### Thema's FGI ervaringsdeskundigen

- Samenwerking;
- Contactpersonen;
- Beschikbare tijd en personeel;
- Bewustzijn onder patiënten en zorgprofessionals;
- Digitale middelen;
- Deelname;
- Therapietrouw.

Standaardvragen bij elke thema:

1. Is het thema voor verbetering vatbaar?
2. Zo ja, welk(e) proble(e)m(en) er worden ervaren?
3. Wat kunnen de mogelijke oorzaken zijn van het probleem?
4. Zijn er ideeën hoe het probleem aangepakt kan worden?

### Thema's FGI zorgprofessionals en overige belanghebbenden

- Samenwerking;
- Belangrijke rollen;
- Verschillende belangen
- Financiering;
- Rol van de zorgverzekeraar;
- Tijd en personeel;
- IT/digitale aspecten
- Bewustzijn onder zorgprofessionals en patiënten.

Standaardvragen bij elke thema:

1. Zijn er nog andere belemmerende factoren?
2. Wat verklaart de belemmerende werking van het thema?
3. Wat zijn ideeën om deze belemmeringen aan te pakken?



[@Panaxea](#)

[www.panaxea.eu](http://www.panaxea.eu)

[info@panaxea.eu](mailto:info@panaxea.eu)