

verslag

Vervolgbijeenkomst

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Endocrien, Spijsvertering &
Stofwisseling

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon

mw. L. Bakker
T +31 (0)6 308 263 30

Datum

22 november 2019

Onze referentie

2019062259

Omschrijving	Vervolgbijeenkomst ten behoeve van Zinnige Zorg Osteoporose
Vergaderdatum	3 oktober 2019, 18:00 uur
Vergaderplaats	Jaarbeurs Meetup, Jaarbeursplein 6a, 3521 AL Utrecht
Aanwezig	M. Emmelot-Vonk (NVKG), M. van Doormaal (KNGF), P. Elders (NHG), W. Lems (NVR), P. van Roermund (NOV), T. van den Bosch (KNMP), T. Merlijn (NHG), H. Raterman (NVR), J. van den Bergh (NVE), H. Hegeman (NVT), M. Wessels (NVvR), P. van den Berg (V&VN), A. van Dam (Osteoporose Vereniging), M. Persoons (ZN), J. Witteveen (Zorginstituut), P. Mullenders (Zorginstituut), S. Boonzajer (Zorginstituut), J. Bart (Zorginstituut), L. Bakker (Zorginstituut), I. Groeneveld (Zorginstituut), M. Wets (Zorginstituut)
Afwezig	H. Verhaar (NVKG), P. Smout (KNGF), P. Willems (NOV)

1 Introductie

Mona heet alle deelnemers welkom. Het doel en de opzet van de avond worden uitgelegd.

Zij stelt de nieuwe projectleider voor, Iris Groeneveld. Iris was voorheen adviseur bij het Zorginstituut en betrokken bij de start van de verdiepingsfase van Zinnige Zorg Osteoporose.

2 Behandeling

2.1 Inleidende presentatie

Janneke presenteert de niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandeling. Uit data (2016) van het Geneesmiddelen Informatie Systeem (GIP) blijkt dat 87 procent van de patiënten ≥ 50 jaar met botsparende medicatie supplementen gebruikt.

Valpreventie-activiteiten zijn onderzocht door onderzoeksinstituut Pharmo. De percentages patiënten die verwezen worden naar een medisch specialist of fysiotherapeut binnen een maand na diagnose zijn zeer laag. De deelnemers merken op dat de verwijzingen naar

medisch specialisten ook om een andere reden kunnen zijn gedaan. De aanpassing van medicatie (bij 3 procent) na de fractuur werpt een vraag op bij de KNMP; ook dit hoeft niet per se met vallen te maken te hebben.

De indicaties voor het starten van medicamenteuze behandeling verschillen tussen de geanalyseerde twee Nederlandse en twee internationale richtlijnen. De deelnemers merken echter op dat de verschillen klein zijn en bovendien te verklaren door kleine verschillen tussen de patiëntengroepen waar de richtlijnen over gaan. Wat betreft de medicamenteuze behandeling ontstaat discussie over het 'wisselen of stoppen' van medicatie. Van de mensen die stoppen met medicatie is niet bekeken of deze mensen mogelijk zijn overleden. De NVE en V&VN merken op dat ze in de cijfers missen hoeveel medicamenteuze onder- of overbehandeling er is. Het voorschrijfgedrag van botsparende medicatie voor mensen met glucocorticoïden wordt door allen gezien als zorgwekkend; binnen 1-2 jaar na start is dit slechts 25 procent bij lage dosering en 38 procent bij hoge dosering glucocorticoïden.

2.2 Groepsdiscussies

Groep 1

De aanwezigen merken op dat het percentage patiënten waarvoor een valrisico-inschatting plaatsvindt relatief hoog is. Toch worden weinig valpreventie-interventies verricht in de vorm van verwijzing. Dat kan te maken hebben met het verzekerde pakket; patiënten willen mogelijk niet zelf betalen voor de fysiotherapeut. Het NHG merkt op dat een patiënt een verwijzing door de specialist eerder zal opvolgen dan een verwijzing door de huisarts. Regionale valpreventieprogramma's vanuit de gemeente zouden een optie kunnen zijn. Verder wordt besproken dat artsen een signalerende functie hebben bij valrisicoverhogende medicatie en glucocorticoïdengebruik. De apotheker kan een medicatiereview doen met terugkoppeling aan de huisarts en een belangrijke rol spelen in het identificeren van therapieontrouw. De NOV stelt dat valpreventie en medicatie een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid zouden moeten zijn; het wordt nu te gefragmenteerd bekeken. Ook moet de patiënt betere voorlichting krijgen.

Groep 2

In groep 2 is men het erover eens dat de cijfers van het Pharmo-onderzoek over verwijzing door de huisarts niets zeggen over valpreventie. Ze zeggen meer iets over comorbiditeit, stelt de NVE. De cijfers over de medicamenteuze behandeling, eerste recept, roepen geen vragen op. Tachtig procent begint conform de richtlijnen met een bisfosfonaat. De 13 procent die start met denosumab heeft daar vaak wel een indicatie voor. De gepresenteerde figuur over wisselingen tussen medicamenten wordt niet gezien als informatief. Na denosumab en teriparatide lijkt weinig opvolging te zijn, maar dit kan komen omdat ze overleden zijn of continueren. Eerst moet gekeken worden hoeveel mensen echt stoppen met denosumab zonder vervolgmedicatie.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Endocrien, Spijsvertering &
Stofwisseling

Datum
22 november 2019

Onze referentie
2019062259

Deze data worden gezien als een goede nulmeting, welke gebruikt kan worden om het effect van de waarschuwingsbrief over het rebound effect na staken denosumab kan worden geëvalueerd.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Endocrien, Spijsvertering &
Stofwisseling

2.3 Plenaire discussie

De gesprekken worden samengevat door de deelnemers. Het merendeel van de aanwezigen is het erover eens dat het gebrek aan botsparende medicatie onder glucocorticoïdgebruikers het belangrijkste verbeterpunt is. Er volgt een discussie over de mogelijkheden van een medicatiereview om hierin verbetering te brengen. De NVKG noemt als voordeel dat de apotheker het hele plaatje kan bekijken, niet alleen valrisicoverhogende medicatie. Het NHG en de KNMP vinden een medicatiereview, met terugkoppeling naar de huisarts, een goed idee. Dit wordt in veel gevallen ook al gedaan. Er zijn bovendien MFB's (Medisch Farmaceutische Beslisregels), ook voor corticosteroïdengebruik en osteoporoseprofylaxe. Deze data-analyses worden in de praktijk gebruikt, echter nog lang niet efficiënt. ZN vindt medicatiebeoordeling en -bewaking een belangrijk onderwerp en wil dat betrekken bij de inkoop van zorg bij apothekers. Het NHG geeft aan dat aandacht voor therapieontrouw bij botsparende medicatie een kwaliteitsindicator van de apotheek zou kunnen zijn.

Datum
22 november 2019

Onze referentie
2019062259

2.4 Conclusies

- Uit de gepresenteerde gegevens is onduidelijk in hoeverre valpreventie in de eerste lijn wordt uitgevoerd. **Suggestie:** valpreventieprogramma's opzetten door gemeenten. **Actie** vanuit Zinnige Zorg: geen.
- Voor het eerste medicijn dat wordt voorgeschreven is in het merendeel van de gevallen sprake van goede zorg volgens de richtlijnen. **Actie:** Geen.
- Ook uit de data van het wisselen van medicatie komen niet direct aanwijzingen voor onzinnige zorg, want het grootte aantal mensen dat stopt met denosumab zonder vervolgmedicatie kan komen door continueren en overlijden. Ook is de mate van onderbehandeling nog onbekend. **Actie:** Aanvullende data-analyses op overlijden en onderbehandeling.
- Sinds 2017 is bekend dat denosumab moet worden opgevolgd met een ander middel. In hoeverre dit al gebeurt, is onbekend omdat de declaratiedata slechts beschikbaar zijn tot 2017. We beschouwen de data van 2015-2017 als een nulmeting. **Mogelijke verbeterafspraken:** De NVE neemt de aanbeveling voor een vervolgmedicijn na denosumab op in de nieuwe richtlijn. Partijen zien toe op implementatie.
- Er is consensus over het feit dat het lage percentage patiënten dat botsparende medicatie gebruikt binnen drie maanden na start van een hoge dosering glucocorticoïden zorgwekkend is. **Mogelijke verbeterafspraken:**
 - Medicatiereview opstarten door apothekers op verzoek van de eerste en tweede lijn met

- o terugrapportage naar de arts
- o Betere medicatiebewaking door apothekers met adequate vergoeding door zorgverzekeraars

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Endocrien, Spijsvertering &
Stofwisseling

Datum
22 november 2019

Onze referentie
2019062259

3 Diagnostiek: Inleidende presentatie

Pé Mullenders presenteert de resultaten van de analyses over diagnostiek. Bijna driekwart van de patiënten ≥ 50 met een fractuur krijgt geen Dexa-scan. Wat betreft diagnostiek van de wervelkolom laten data uit de eerste en tweede lijn zien dat bij 1/3 van de patiënten ≥ 50 met een fractuur of Dexa een VFA of röntgenfoto verricht wordt. De resultaten van de diagnostiek van de wervelkolom worden niet op een eenduidige manier gerapporteerd. Van de patiënten ≥ 50 met een fractuur heeft 74 procent laboratoriumonderzoek gehad. De NVR en het NHG plaatsen hier kanttekeningen bij. Het is waarschijnlijk, maar niet zeker, dat dit laboratoriumonderzoek voor osteoporosedetectie was bedoeld. Dat kan een overschatting geven. Van de patiënten ≥ 50 met een fractuur en een Dexa heeft 31 procent de volledige aanbevolen set laboratoriumonderzoek gehad. Dit lijkt de aanwezigen conform de multidisciplinaire richtlijn; die beveelt immers aan om deze onderzoeken alleen te doen bij patiënten met een behandelindicatie. De huisarts rapporteert bij 56 procent van de patiënten ≥ 50 met een fractuur een valrisico-analyse, zo blijkt uit dossieronderzoek door Pharmo. Het gaat hier om alle fracturen behalve die van het hoofd/aangezicht. De aanwezigen zien hierin geen aanwijzing voor onzinnige zorg of onderdiagnostiek.

3.1 Groepsdiscussies

Groep 1

De aanwezigen zijn het eens dat Dexa's te weinig worden toegepast. ZN stelt dat dit een domeinstrijd is. De NVR merkt op dat niet alleen een goede verwijzing, maar vooral een betere bewustwording in de maatschappij nodig is. Het NHG beaamt dat; mensen weten vaak niet dat ook een heupfractuur kan duiden op osteoporose. Daarnaast vindt het NHG dat de vergoedingen voor de extra zorg niet goed geregeld zijn. De V&VN vindt het wellicht raadzaam om Dexa's een meer verplichtend karakter te geven en aan patiënten uit te leggen dat een Dexa, net zoals een röntgenfoto, onderdeel is van de behandeling van de fractuur. Meerdere deelnemers vinden dat de Dexa bij fractuurpatiënten verbonden moet zijn aan de eerste hulp of de gipskamer. De NVE oppert dat indien Dexa en VFA standaard meer worden toegepast, er ook beter nagedacht moet worden over de bekostiging ervan. De NVKG stelt dat er rekening moet worden gehouden met het feit dat niet iedereen voor diagnostiek en VFA kan komen, bijvoorbeeld vanwege heftige pijn na een bekkenfractuur. Wat betreft vergoeding merkt ZN op dat de organisatie van osteoporosediagnostiek redelijk vrij is, want de multidisciplinaire richtlijn doet er geen specifieke uitspraken over. Bij de huisarts is de behandeling goedkoper en daar zijn verzekeraars voorstander

van. Het probleem met de vergoeding in ziekenhuizen is dat er al gauw een plafond bereikt wordt. Het geld moet verdeeld worden over verschillende aandoeningen. Het probleem in de huisartsenpraktijk en de apotheek is dat er geen kostendekkende vergoeding is voor deze aanvullende zorg. Het NHG vindt dat er een samenwerking moet komen met terugkoppeling vanuit ziekenhuis en huisarts en wellicht vice versa.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Endocrien, Spijsvertering &
Stofwisseling

Datum
22 november 2019

Onze referentie
2019062259

Groep 2

Het percentage verrichte Dexa's is nog lager dan verwacht. Het NHG geeft aan dat de meest recente richtlijn blijkbaar geen effect heeft gehad. Volgens de NVT is het maximaal haalbare percentage Dexa's ongeveer 75 procent. De NVT en de Osteoporose Vereniging pleiten voor een osteoporosepoli met verpleegkundige(n) in ieder ziekenhuis. Als de eerste stap goed geregeld is, volgt de rest vanzelf. Echter, zorgverzekeraars willen deze zorg niet inkopen en ziekenhuisbesturen willen hier geen algemene pot voor aanspreken, want het gaat ten koste van andere zorg. De NVT stelt dat starten op de eerste hulp of in de gipskamer de beste optie is. Een mogelijkheid is om in het ZIS/EPD een melding in te bouwen met de vraag of een Dexa is aangevraagd. De NVE vindt niet dat de eerste hulp per se de basis moet zijn. Ook de NVE heeft de ervaring dat osteoporosezorg moeilijk te vergoeden is. Het NHG stelt dat in eerste instantie de Dexa op de eerste hulp moet worden aangeboden. De eerste lijn kan een vangnet zijn voor mensen bij wie dit niet is gebeurd of die niet kwamen opdagen. De Osteoporose Vereniging stelt dat het traject start met awareness van de zorgprofessional voor de mogelijkheid van osteoporose. De zorg zou heringericht moeten worden dat bij mensen boven de vijftig met een fractuur onderzoek naar de staat van de botten erbij hoort, net zoals bij dreiging van hartfalen allerlei onderzoek normaal is. Wat betreft de VFA pleiten de NVvR en de NVE voor een aparte verrichtingscode. De NVvR geeft aan dat het verrichten van een VFA extra tijd en dus geld kost, terwijl de verrichtingscode voor Dexa met of zonder VFA gelijk is. Hierdoor wordt niet standaard in elk ziekenhuis een Dexa met VFA gecombineerd. De NVE stelt dat een aparte verrichtingscode ook belangrijk is om te kunnen meten hoe vaak een VFA wordt verricht. Wat betreft de suboptimale rapportage zegt de NVvR dat daar gespecialiseerde radiologen voor nodig zijn, bij voorkeur MSK-radiologen. Zij kunnen de beelden goed interpreteren en nauwkeuriger verslaan.

3.2 Plenaire discussie

Alle partijen beamen dat de osteoporosedetectie, of fractuurpreventie, start in het ziekenhuis. ZN stelt dat als de zorg niet eenduidig georganiseerd is de verzekeraar voor de goedkoopste optie zal kiezen en dat is volgens hen de huisarts. Hoewel de verzekeraars inmiddels ook inzien dat dat niet zo makkelijk is. In de meest recente multidisciplinaire richtlijn staat niet duidelijk hoe de zorg georganiseerd moet worden zodat in elke regio kon worden bepaald wie daar het beste geschikt voor is. Of

een betere diagnostiek kosteneffectief is leidt tot discussie. Dat kun je niet aantonen op de korte termijn. Een recente studie in de eerste lijn laat zien dat screening met DEXA in een subgroep van vrouwen ≥ 65 jaar tot 20 procent minder heupfracturen leidde; dat moet wel kosteneffectief zijn aldus het NHG. Het NHG vindt dat er een vergoeding moet komen voor de huisarts om de mensen die niet komen voor de DEXA te begeleiden en ook een vergoeding voor follow-up. Vervolgens onderstreept de NVvR het belang van inzichtelijkheid in de wervelkolom van de patiënt. Het betreft geen spoedonderzoek dus de VFA's kunnen binnen een week, door specifieke personen, worden verslagen. De aanwezigen zijn het erover eens dat de VFA altijd in combinatie met de DEXA moet worden gedaan, met een aparte verrichtingscode. Er moet volgens de aanwezigen wel meer duidelijkheid komen over hoe een VFA-verslag er uit moet zien. Over de valrisico-inschatting zegt het NHG dat er een simpelere richtlijn moet komen hierover en dat de valrisicofactoren in het huisartsensysteem zouden moeten worden ingebouwd.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Endocrien, Spijsvertering &
Stofwisseling

Datum
22 november 2019

Onze referentie
2019062259

3.3 Conclusies

Het percentage Dexa's en VFA's is te laag. **Mogelijke**

verbeterafspraken:

- o Standaard aanvragen DEXA op de eerste hulp of gipskamer.
Mogelijkheid: pop-up in het ZIS/EPD inbouwen
- o Standaard combinatie van DEXA en VFA
- o Aparte verrichtingscode voor VFA
- o Osteoporosepoli met gespecialiseerde verpleegkundige in ieder ziekenhuis
- o Vergoeding van osteoporosedagnostiek door de zorgverzekeraars

Ook is de rapportage van VFA suboptimaal: **Mogelijke**

verbeterafpraak:

- o Duidelijk verslag, door gespecialiseerde radiologen

De inzet van laboratoriumonderzoek wordt niet als ongepast ervaren. **Actie:** Geen.

Door het NHG wordt valrisico-analyse als problematisch ervaren.

Suggestie: Een overzicht van valrisicofactoren inbouwen in het huisartsregistratiesysteem.

4 Begeleiding tijdens behandeling

4.1 Inleidende presentatie

Wat betreft de therapieduur: 11 procent gebruikt langer dan vijf jaar denosumab en 20 procent gebruikt langer dan vijf jaar bisfosfonaten. Het Zorginstituut heeft geen data geanalyseerd over het gebruik van orale bisfosfonaten of denosumab na tien jaar. Ongeveer de helft van de patiënten stopt binnen twee jaar met medicatie. Bijna 40.000 mensen hebben één controle-DEXA na start van de medicatie.

4.2 Plenaire discussie

Het feit dat de helft binnen twee jaar stopt duidt op een lage therapietrouw, aldus de NVKG. Het NHG stelt dat onregelmatig gebruik van medicatie bij aanvang een voorspeller is voor stoppen. De Osteoporose Vereniging zegt dat dit komt doordat mensen niet weten waarom ze bepaalde middelen moeten slikken en dat mensen overtuigd moeten zijn van het nut. Een vervolgsconsult voor informatie is wenselijk. Het NHG beaamt dit: je kunt niet al die informatie geven als je iemand maar één keer ziet. De Osteoporose Vereniging pleit ook voor een herinrichting van het zorgproces met daarin een gelijkwaardige rol voor haar als sparringpartner: patiënten zouden naar de Osteoporose Vereniging moeten worden verwezen voor peer-to-peersupport. Wat betreft therapietrouw heeft de apotheker ook een rol; die moet signaleren of een patiënt gestopt is. Een therapietrouwrapportage is echter een momentopname en meet alleen de afhaaltrouw; afhalen van medicatie zegt niets over het (goed) gebruik. De KNMP zegt dat meer mogelijk is maar het moet wel (financieel) georganiseerd worden. Bij diabetes heb je ketenzorg en dat werkt goed, geven het NHG en de NVE aan. Je zou moeten kunnen verwijzen naar een netwerk van ondersteuners in de eerste lijn. De NOV vraagt zich af of therapietrouw ook een probleem is bij bijvoorbeeld een wervelfractuur, of dat daar de angst voor een recidief toch groter is. De Osteoporose Vereniging stelt dat het belangrijk is dat zorgverleners goed doorverwijzen naar paramedici (diëtisten, bewegingstherapeuten, korsetmakers, ergotherapeuten) om mensen met osteoporose handvatten te bieden om hun leven beter in te kunnen richten.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Endocrien, Spijsvertering &
Stofwisseling

Datum
22 november 2019

Onze referentie
2019062259

4.3 Conclusies

De cijfers over therapie langer dan vijf jaar geven geen aanleiding tot verbeterafspraken. Idem voor het aantal controle-Dexa's.

Actie: geen.

Therapietrouw is wel een punt van aandacht. **Mogelijke**

verbeterafspraken:

- (Jaar)controle bij de huisarts voor monitoring van therapietrouw en informatieverstrekking
- Monitoring van therapietrouw, en terugkoppeling aan de huisarts of eigen actie, door de apotheek.

De onderwerpen bewegen en voeding zijn niet meegenomen in het Zinnige Zorgtraject. Wel vindt de Osteoporose Vereniging dit een punt van aandacht. **Suggestie:**

- De behandelaar kan de patiënt wijzen op de Osteoporose Vereniging: Deze verstrekt informatie over onder andere bewegen en voeding en biedt peer-to-peersupport.

5 Rondvraag

De NVR benadrukt dat er echt geld bij moet want de zorg is slecht. We hebben wel goede ideeën maar die kunnen niet worden uitgevoerd zonder steun van de zorgverzekeraars. Janneke (Zorginstituut) vraagt of zorgverzekeraars wel bereid zouden zijn

om te vergoeden als in de richtlijn is beschreven waar de zorg moet worden geleverd. ZN zegt dat zij inderdaad zouden zijn geholpen met een duidelijke richtlijn bij hun keuze om osteoporosezorg al dan niet te vergoeden.

De deelnemers benadrukken dat er sprake is van een urgent en omvangrijk probleem waarvoor een structurele oplossing moet komen.

6 Vervolg en afsluiting

Mona stelt voor de concept verbeterafspraken eerst te bespreken met de partijen voordat deze in het verbeter signalement komen. De aanwezigen zijn het daarmee eens. De deelnemers worden bedankt voor hun aanwezigheid en de vergadering wordt gesloten.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Endocrien, Spijsvertering &
Stofwisseling

Datum
22 november 2019

Onze referentie
2019062259