



beeld: Getty Images

Screening en tijdige behandeling voorkomen fractures

Osteoporose vroeger signaleren

Peter van den Berg,
nurse practitioner fractures en
osteoporose

dr. Dave Schweitzer, internist-
endocrinoloog; drs. Anne
Vochtelloo, aios orthopedie; dr.
Peter Pilot, senior onderzoeker
orthopedie; drs. Dieu Donné
Niesten, orthopedisch chirurg;
dr. Mark de Vries, chirurg-trau-
matoloog; dr. Maarten van der
Elst, chirurg-traumatoloog,
allen werkzaam bij de Reinier
de Graaf Groep in Delft.

Correspondentieadres:
pberg@rdgg.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Met de juiste behandeling zijn veel osteoporotische fractures te voorkomen. Maar dan moeten de risicofactoren voor osteoporose wél in een vroeg stadium worden gesignaleerd. En de patiënt moet trouw zijn medicijnen slikken.

Osteoporotische fractures komen de laatste decennia steeds vaker voor. Ze zijn echter voor een groot deel te voorkomen door risicofactoren vroegtijdig te onderkennen en een passende behandeling te starten. Zo'n behandeling zou volgens de CBO-consensus geschikt zijn voor patiënten van 50 jaar en ouder met een laagenergetische

fractuur.¹ In 2005 werd, in navolging van McLellan en Hegeman, in het Delftse Reinier de Graaf Gasthuis een werkgroep opgericht die een fractuur- en osteoporosepolikliniek moest opzetten.^{2 3} De werkgroep bestond uit een chirurg/traumatoloog, een orthopedisch chirurg, een endocrinoloog/internist, een nucleair geneeskundige, een fysiotherapeut en

De casefinding vindt plaats in de gipskamer en de traumapoli

een gipsverbandmeester/nurse practitioner. De oprichting van de polikliniek werd mogelijk gemaakt door een eenmalige financiële injectie van de lokale zorgverzekeraar DSW.

De Delftse Fractuur en Osteoporose Polikliniek screent fractuurpatiënten van 50 jaar en ouder op risicofactoren voor osteoporose, verstrekt

leefstijladviezen, schrijft medicatie voor (indien geïndiceerd), communiceert met de huisarts en ondersteunt de patiënt bij de medicatietrouw. Dit laatste is een belangrijk aspect; uit de literatuur is

namelijk bekend dat de medicatietrouw een jaar na het voorschrijven van de medicatie sterk is afgenomen.⁴ Sommige rapportages melden al in het eerste jaar een medicatieontrouw van 50 procent; de groep die met medicatie was gestopt had een significant hogere fractuurkans.⁵

Risicopatiënt

In de periode van 1 juli 2007 tot 1 juli 2008 is in het Reinier de Graaf Gasthuis een groep mannen en vrouwen van 50 jaar en ouder gescreeend, die met een fractuur op de Spoedeisende Hulp (SEH) waren terechtgekomen. Na de initiële fractuurbehandeling zijn de patiënten door-

verwezen naar de Fractuur en Osteoporose Polikliniek. Daar werd aan de hand van de botdichtheid (gemeten met de DEXA-scan) het fractuurrisico vastgesteld op basis van de standaardindeling van de Wereldgezondheidsorganisatie WHO (T-score $\leq -2,5$ SD bij osteoporose, $-2,5$ tot $-1,0$ SD bij osteopenie). Bij een T-score van $\leq -2,0$ werd laboratoriumonderzoek verricht en werden röntgenfoto's van de wervelkolom gemaakt.

In de optiek van de werkgroep is de volgende werkwijze efficiënt: het identificeren van de risicopatiënt, een zorgvuldige diagnostiek, de start van een effectieve behandeling en ondersteuning door goede communicatie met de patiënt en huisarts.⁶ Met alle betrokken partijen is afgesproken om gedurende het eerste jaar van de behandeling vier maal telefonisch contact op te nemen met de patiënt. Dit contact is vooral gericht op de vraag naar medicatietrouw en op ondersteuning van de patiënt om met de medicatie door te gaan.

De casefinding vindt bewust niet plaats op de SEH vanwege de hectiek, maar in de gipskamer en de traumapoliklinieken. Daar wordt het belang van screeningsonderzoek naar osteoporose uitgelegd en een combinatieafpraak gemaakt voor een DEXA-onderzoek en een gesprek over de uitslag met de nurse practitioner. Deze controleert met behulp van de SEH-gegevens de volledigheid van de inclusie en benadert de patiënt zo nodig schriftelijk voor een onderzoek op osteoporose. Fractuurbehandeling én onderzoek op osteoporose worden op dezelfde dag gedaan (*one-stop visiting*). Voor patiënten met een heupfractuur is de screening op osteoporose al geïntegreerd in een vast zorgpad.⁷ Om het polikliniekbezoek te stroomlijnen en de patiënt in staat te stellen alle informatie te overdenken, krijgt elke patiënt schriftelijke informatie en een vragenlijst mee naar huis. Met behulp van dit anamneseformulier volgt een soepel en vlot verloopend anamnesegebesprek en krijgt de patiënt een leefstijladvies op maat.

Leefstijladvies

In totaal werden 636 patiënten doorverwezen; zij kregen een eerste voorlichtingsgesprek met de nurse practitioner en werden geëvalueerd met behulp van een DEXA-analyse. Het betrof 129 mannen en 507 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 63 jaar (zie tabel 1). Patiënten met vormen van secundaire osteoporose werden doorverwezen naar de internist; sommige patiënten werden naar een andere specialist (terug)verwezen (zie tabel 2). Patiënten met een

1. Fractuurrisico naar botmineraaldichtheid (BMD)

	vrouw (n=507)	man (n=129)	totaal (n=636)
normale BMD T-score $\geq -1,0$	121 (23%)	39 (30%)	160 (25%)
osteopenie T-score $-1,0 \geq -2,4$	206 (41%)	49 (38%)	255 (40%)
osteoporose T-score $\leq -2,5$	180 (36%)	41 (32%)	221 (35%)

Het fractuurrisico van 636 patiënten gemeten aan de hand van de botmineraaldichtheid (BMD). De T-score vergelijkt de gemeten BMD met de gemiddelde waarde bij een groep jonge, gezonde personen van hetzelfde geslacht.

2. Verwijzingen na screening

verwijzing	vrouw (n=180)	man (n=41)	totaal (n=221)
internist	52 (28%)	32 (78%)	84 (38%)
andere specialist	15 (10%)	3 (8%)	18 (8%)
huisarts	113 (62%)	6 (14%)	119 (54%)

Na screening in de osteoporosepolikliniek wordt ruim de helft van de patiënten doorverwezen naar de huisarts. De patiënten met een ernstigere vorm van osteoporose moeten door een internist worden onderzocht.

normale botdichtheid en patiënten met een verlaagde botmassa kregen een leefstijladvies met betrekking tot bewegen, het reduceren van het valrisico en de inname van calcium met de voeding. De overblijvende groep (221 patiënten) werd nader onderzocht.

Van deze patiënten werd de vitamine-D-spiegel onderzocht; van hen hadden 100 patiënten (45%) vitamine-D-insufficiëntie (<50 nmol/l) en 10 patiënten (0,5%) vitamine-D-deficiëntie (<20 nmol/l). Patiënten met een vitamine-D-spiegel lager dan 50 nmol/l adviseerden wij een vitamine-D-houdend preparaat. De huisartsen van deze patiënten ontvingen een schriftelijke rapportage van uitgevoerd onderzoek en de door ons ingestelde behandeling.

Medicatierouw

Uiteindelijk ontdekten we met behulp van onze casefindingstrategie dat 119 patiënten

Een bot van een 89-jarige vrouw met osteoporose.

beeld: Corbis



(19%) met een fractuur een vorm van osteoporose hadden die door de huisarts verder kon worden behandeld. Deze patiënten kregen een bisfosfonaat als medicatie voorgeschreven en zo nodig calciumsuppletie. Voor deze groep werd de huisarts gevraagd de behandeling over te nemen. De medicatierouw werd echter gedurende het eerste jaar vanuit het ziekenhuis ondersteund door de nurse practitioner. Deze nam in het eerste jaar vier keer telefonisch contact op met alle patiënten die werden behandeld met bisfosfonaten. Alle gegevens werden systematisch toegevoegd aan een bewerkbaar databestand met eerder verkregen uitkomsten. De telefooncontacten, aan de hand van een vaste vragenlijst, vonden plaats na één, drie, zeven en twaalf maanden. De nurse practitioner vroeg in deze gesprekken naar eventueel opgetreden nieuwe fracturen, de valfrequentie, voeding en medicatierouw.

Bij het vierde telefonische contact, een jaar na de fractuur, bleek dat 93 patiënten (80%) medicatierouw waren gebleven. Er waren 3 patiënten overleden gedurende de follow-up, 9 patiënten hadden de bisfosfonaten gestaakt in overleg met de huisarts zonder terugkoppeling aan ons, 9 patiënten waren uit eigen beweging gestopt en 5 patiënten namen de bisfosfonaten niet meer volgens voorschrift in.

Bijwerkingen

Voornaamste beweegredenen die osteoporosepatiënten aanvoeren voor het stoppen met de onderhoudsmedicatie zijn enerzijds gebrek aan geloof in het effect, anderzijds de vrees voor bijwerkingen van de medicatie op korte en langere termijn.

De medicatie wordt ook gestopt in overleg met de huisarts en meestal vindt geen vervolghandeling plaats.^{8,9} Onderzoek onderstreept echter het belang van de mening van de behandelende arts ten aanzien van onderhoudsmedicatie én de positieve communicatie hierover met de patiënt.¹⁰ Daar komt bij dat frequenter contact de therapietrouw bevordert.¹¹ Onze ervaring is dat de fractuur een centrale rol speelt in de beleving van patiënten. Velen vinden in deze traumatische ervaring een motivering om trouw de medicatie te blijven nemen. Om die reden propageren wij de medicatie zo spoedig mogelijk na een fractuur te starten. Een tweede argument voor een vlotte start van de behandeling is het gegeven dat de eerste recidief-fractuur veelal zal optreden binnen één jaar na de eerste fractuur.¹²

Het eerste telefonische contact via de nurse practitioner concentreert zich op de eerste

SAMENVATTING

- De Delftse Fractuur en Osteoporose Polikliniek screent fractuurpatiënten van 50 jaar en ouder op risicofactoren, biedt leefstijladviezen, start medicatie en communiceert de interventies met de huisarts.
- De patiënt krijgt telefonisch ondersteuning bij leefstijl(verandering) en medicatietrouw.
- Deze contacten met een verpleegkundige ervaart de patiënt als motiverend, wat zich uit in een hoge medicatietrouw.

Vier telefoontjes resulteerden in een medicatietrouw van 80 procent na een jaar



De literatuurlijst en MC-artikelen over osteoporose vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

ervaringen van de patiënt met het gebruik van bisfosfonaten; in verband met de mogelijke bijwerkingen vindt dit contact al na vier weken plaats. Na de eerste doses ontstaan vaak griepachtige verschijnselen die vanzelf weer overgaan, maar die de medicatietrouw negatief kunnen beïnvloeden. Wij veronderstellen dat extra uitleg en aandacht dit effect zullen tegengaan.

De overige telefonische contacten zijn voornamelijk gericht op het bevorderen van medicatietrouw en het benadrukken van het belang van de leefstijl; ook wordt nagegaan of de huisarts herhalingsrecepten heeft voorgescreven. Uit de gesprekken kwam naar voren dat algemene gezondheidsadviezen zonder uitgebreide toelichting tegenstrijdig kunnen overkomen.¹³


Motiverend

De telefonische contacten namen in ons onderzoek doorgaans 10 minuten per gesprek en verslaglegging in beslag. Dat resulteerde in 119 x 10 minuten x 4 gesprekken = 4760 minuten (79,3 uur) op jaarbasis. Ons inziens een waardevolle tijdsinvestering indien men zich realiseert dat hieraan voorafgaand 636 patiënten werden gescreend. Per fractuur betekent dit 40 minuten, oftewel 8 minuten per gescreende patiënt.

Financieel gezien is hiervoor echter vaak geen ruimte in de krappe intramurale budgettering van een ziekenhuis. Om kosten te besparen hebben wij daarom besloten de telefonische

contacten voort te zetten met een lagere frequentie van drie keer in het eerste jaar. De ervaringen hiermee gaan we in de toekomst vergelijken met de hier gepresenteerde gegevens.

Casefinding door screening in de setting van een

Fractuur en Osteoporose Polikliniek blijkt een goede strategie om patiënten met verhoogd osteoporoserisico op te sporen. Naast de 13 procent die naar de internist werd verwezen, kon bij 19 procent van de patiënten van 50 jaar en ouder (gemiddelde leeftijd 61 jaar) de diagnose osteoporose worden gesteld. De vier telefonische contacten in het eerste jaar werden door deze patiënten als motiverend ervaren en resulteerden in een medicatietrouw van 80 procent na één jaar. Deze doelmatigheidslag vereist een goede organisatie maar betaalt zichzelf terug. 

veldwerk

Kartelvorming in de zorg

Als je de mededingingswet zou loslaten op de Nederlandse gezondheidszorg, dan zou er heel wat aan het licht komen. Als je deze wet volledig zou toepassen, dan bleven er maar weinig regels en afspraken tussen zorginstellingen overeind. Of eigenlijk zou ik moeten zeggen: dan bleven er maar weinig regels en afspraken tussen bestuurders overeind. Want op dat persoonlijke niveau zit vaak het probleem. Bij bestuurders die doodleuk onderling afspraken maken die gewoonweg niet kunnen.

Ook de NMa keurt dit blijkbaar af, gezien de invallen die ze onlangs heeft gedaan bij onder andere diverse academische en algemene ziekenhuizen. Vaak is het zo dat zorginstellingen of patiënten uiteindelijk de dupe worden van het 'beleid' van maar een klein aantal mensen die een instelling besturen. Deze bestuurders organiseren namelijk vaak samenwerkingsverbanden die er meer op gericht zijn instellingen buiten te sluiten dan ze te verenigen. Zij rechtvaardigen dit maar al te graag door vooral op de voordelen van zo'n samenwerkingsverband te wijzen: de samenwerking zal zeker gaan leiden tot een verbetering van de kwaliteit van zorg of dienstverlening in de toekomst. Maar als die voordelen zo evident zijn, waarom worden er dan niet meer zorginstellingen in het betreffende samenwerkingsverband betrokken? Want wat goed is voor de één, zou toch ook goed moeten zijn voor een ander? Toch zie je telkens weer dat bij dergelijke afspraken tussen bestuurders partijen bewust, maar subtiel, worden buitengesloten. Het eigenbelang of het eigen ego weegt dan zwaarder dan het algemeen belang. Met de patiënt als verliezer. Om nog maar te zwijgen van de negatieve consequenties hiervan voor de autonomie van medisch specialisten.

Aysel Erbudak,
voorzitter raad van bestuur
Slotervaartziekenhuis

Literatuur

1. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO) 2002. Osteoporose tweede herziene richtlijn. ISBN 90-76906-23-8 www.cbo.nl.
2. McLellan AR et al. The fracture liaison service: success of program for the evaluation and management of patients with osteoporotic fracture. *Osteoporosis International* 2003; 14: 1028-34.
3. Hegeman JH. Fractures of the distal radius and osteoporosis in the elderly patient. Dissertation Groningen 2006.
4. Sluijs E. Patient adherence to medical treatment. A meta review. Rapportage Nivel 2006. ISBN 90/69057980.
5. Penning-van Beest FJA et al. Loss of benefit due to low compliance with bisphosphonate therapy. *Osteoporosis International* 2008; 19: 511-7.
6. Blonk MC et al. The fracture and osteoporosis clinic: 1-year results and 3-month compliance. *Bone* 2007; 40:1643-9.
7. Vochteloo A et al. Voor iedere heup een rode map. *Medisch Contact* 2009; 64 (4): 158-62.
8. Roux C et al. Reasons for stopping Anti-Osteoporosis medications among postmenopausal women, the Global Longitudinal study of Osteoporosis in women. Abstract ASMBR 31st Annual Meeting 2009.
9. Netelenbos C et al. Most non-persistent patients with osteoporosis do not switch to other drug treatment: a 31/2 year market survey of 240.000 patients in the Netherlands. Abstract ASMBR 31st Annual Meeting 2009.
10. Dulmen S van et al. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Service Research* 2007; 7: 55.
11. Gleeson T et al. Interventions to improve adherence and persistence with osteoporosis medications: a systematic literature review. *Osteoporosis International* 2009; Jun 5.
12. Helden S van et al. Risk of new clinical fractures within two years following a fracture. *Osteoporosis International* 2006; 17: 348-54.
13. Rhee HJ van der. Gunstige en ongunstige effecten van zonlichtexpositie. *NTVG* 2007; 151: 118-22.