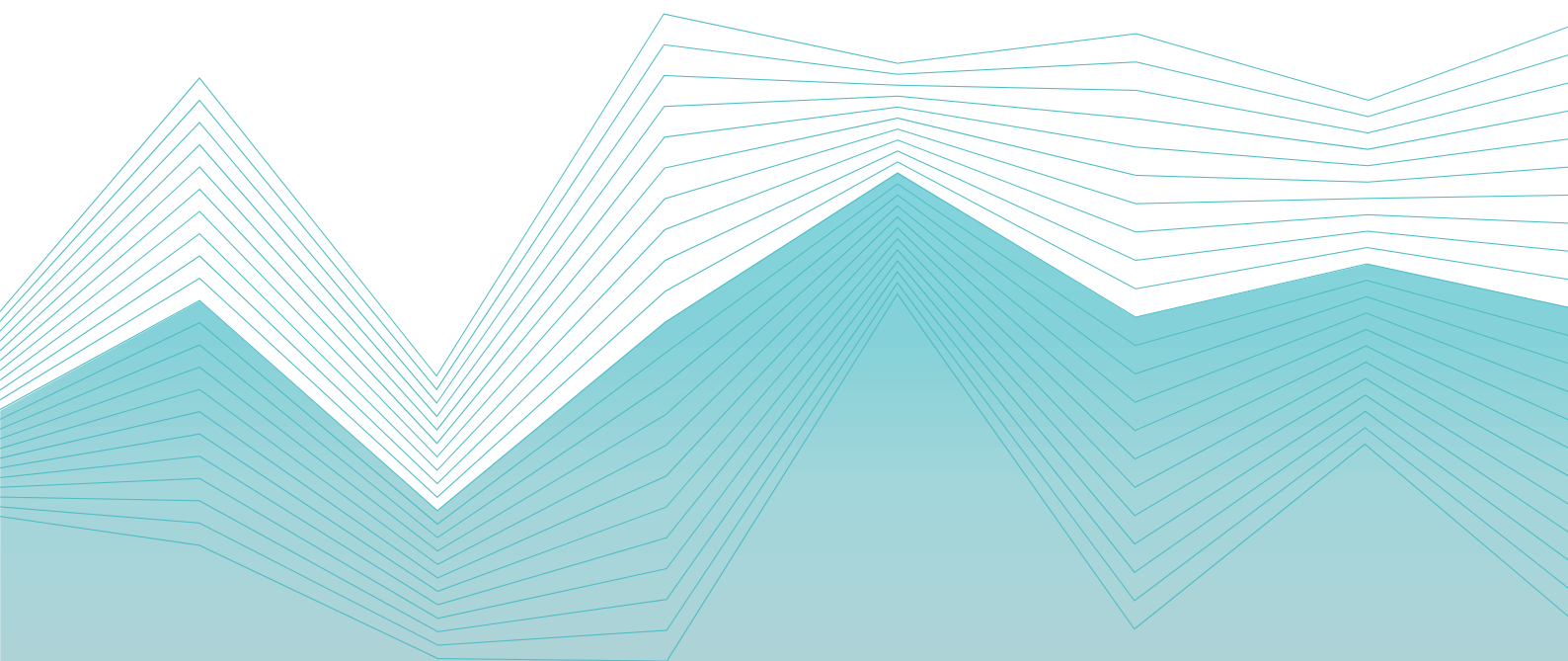


Verpleging en verzorging bij mensen met osteoporose en fractuurrisico

Een knelpuntenanalyse



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Verpleging en verzorging bij mensen met osteoporose en fractuurrisico

Een knelpuntenanalyse

Kim de Groot
Wim Verest
Gé Donker
Anneke Francke

Juli 2019

Dit project is mogelijk gemaakt door:



ISBN 978-94-6122-560-3

030 272 97 00
nivel@nivel.nl
www.nivel.nl

© 2019 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) heeft vanuit de achterban signalen opgevangen dat er behoefte is aan een richtlijn of andere (kwaliteits)instrumenten die bijdragen aan goede verpleging en verzorging van mensen met osteoporose en een verhoogd fractuurrisico.

Tegelijkertijd is het onduidelijk welke specifieke knelpunten spelen in de verpleging en verzorging van mensen met osteoporose en een verhoogd fractuurrisico. Daarnaast is onduidelijk op welke wijze deze knelpunten het best aangepakt kunnen worden. ZonMw heeft daarom aan het Nivel een onderzoeksubsidie gegeven om een knelpuntenanalyse uit te voeren. Dit rapport gaat over de uitkomsten en de adviezen die daaruit voortvloeien voor een vervolgtraject.

Veel dank gaat uit naar alle verpleegkundige en verzorgende professionals die deelnamen aan de interviews, het vragenlijstonderzoek en/of de expertbijeenkomst. Ook danken wij de huisartsen, fysiotherapeuten en cliënten die deelnamen aan de interviews. Tot slot danken we Alke Nijboer (programmabureau Kwaliteitsstandaarden van V&VN) voor het constructieve overleg over de communicatie over dit project en de werving voor de expertbijeenkomst.

Utrecht, 2019

Kim de Groot, Wim Verest, Gé Donker en Anneke Francke

Inhoud

Voorwoord	3
Publieksamenvatting	5
1 Inleiding	6
1.1 Aanleiding en achtergronden	6
1.2 Doel- en vraagstellingen	8
1.3 Leeswijzer	8
2 Literatuurverkenning van knelpunten	9
2.1 Introductie	9
2.2 Knelpunten genoemd in bestaand onderzoek	10
2.3 Wat valt op in de literatuurverkenning?	11
3 Resultaten vragenlijstonderzoek en interviews	12
3.1 Introductie	12
3.2 Mate waarin men te maken heeft met mensen met osteoporose en verhoogd fractuurrisico	12
3.3 Ervaren knelpunten	13
3.4 Oplossingsrichtingen	22
4 Expertbijeenkomst	25
4.1 Introductie	25
4.2 Knelpunten ervaren en geprioriteerd door experts	25
4.3 Reflecties over oplossingsrichtingen voor een vervolgtraject	26
5 Hoofdconclusies en adviezen	28
5.1 Conclusies per onderzoeksvraag	28
5.2 Adviezen	29
Referenties	32
Bijlage A Methoden literatuurverkenning	34
Bijlage B Methoden vragenlijstonderzoek	42
Bijlage C Methoden kwalitatieve interviews	46

Publieksamenvatting

Verpleegkundige en verzorgende professionals hebben in hun werk vaak te maken met mensen met osteoporose (botontkalking) en een verhoogd fractuurrisico. Het is echter onduidelijk welke knelpunten zij ervaren in hun handelen bij deze cliëntengroep en wat nodig is om de ervaren knelpunten aan te pakken. Moet er een landelijke richtlijn over osteoporose komen en/of zijn andere activiteiten nodig om de knelpunten aan te pakken? Om dit helder te krijgen voerden we een knelpuntenanalyse uit die bestond uit vier onderdelen: een literatuurverkenning, kwalitatieve interviews, een landelijk vragenlijstonderzoek en een expertbijeenkomst met verpleegkundige en verzorgende professionals.

In het vragenlijstonderzoek noemt bijna een kwart van de verpleegkundige en verzorgende professionals gebrekkige aandacht voor de gevolgen van osteoporose als knelpunt. Ook het ontbreken van een duidelijke richtlijn en onvoldoende kennis over signalen van osteoporose worden door bijna een kwart genoemd. Daarnaast blijkt uit de andere drie onderdelen van de knelpuntenanalyse, dat medicatietrouw vaak laag is onder mensen met osteoporose.

Een knelpunt dat volgens deze knelpuntenanalyse hoge prioriteit heeft om aan te pakken, is het gebrek aan aandacht bij zorgprofessionals voor osteoporose en fractuurrisico. Ook kennishiaten bij zorgprofessionals over preventieve maatregelen, de ziekte zelf, risicofactoren en kennis over medicatie hebben hoge prioriteit. Deze knelpunten sluiten aan bij een ander belangrijk knelpunt, namelijk gebrekkige voorlichting aan cliënten over de ziekte en leefstijlaanpassingen (goede voeding en voldoende beweging).

Om de knelpunten aan te pakken lijkt de ontwikkeling van een landelijke richtlijn voor verpleegkundige en verzorgende professionals een geschikte stap voor een vervolgtraject. Veel van de knelpunten hebben immers te maken met kennishiaten. Een richtlijn kan kennishiaten verminderen, mits goed geïmplementeerd. Daarbij raden we aan om te zorgen voor afstemming met ontwikkelingen rondom een eventuele herziening van de medische richtlijnen over osteoporose. Mocht die herziening van die medische richtlijnen plaatsvinden, dan zou mogelijk daarbij voor een aanpalende module voor verpleegkundige en verzorgende professionals gekozen kunnen worden, in plaats van een geheel zelfstandige monodisciplinaire richtlijn.

De ontwikkeling van een richtlijn voor verpleegkundige en verzorgende professionals is nog geen garantie dat kennishiaten afnemen en dat uiteindelijk de zorg voor cliënten met osteoporose verbetert. Gerichte aandacht voor verspreiding en implementatie van de richtlijn is belangrijk. In dat kader raden we een combinatie van strategieën aan: bijvoorbeeld (bij)scholing van professionals en gebruik van gemakkelijk te begrijpen aanvullende producten (zoals infographics of samenvattingskaarten). Ook een betere verspreiding van de reeds beschikbare informatie voor cliënten (zoals op thuisarts.nl) kan hier een onderdeel van zijn.

Daarnaast raden we aan om organisatorische knelpunten aan te pakken, zoals onduidelijkheid in taken of het ontbreken van samenwerkingsafspraken. Het is van belang dat schotten tussen financieringsstelsels - waardoor vooral preventieve taken van professionals in de wijkverpleging worden belemmerd - doorbroken worden. De aanpak van dergelijke organisatorische knelpunten vraagt ook beleidsbeïnvloeding, door onder meer beroepsvereniging V&VN.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergronden

Verpleegkundige en verzorgende professionals¹ vormen de grootste beroepsgroepen in de Nederlandse gezondheidszorg. Zij hebben veelal langdurig en intensief contact met cliënten. Het is daarom van groot belang dat hun handelen is gebaseerd op actuele kennis en inzichten. Om dit te faciliteren heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vanaf 2015 per jaar één miljoen euro beschikbaar gesteld voor de ontwikkeling en actualisering van kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundige en verzorgende professionals. Naar aanleiding van signalen uit de achterban heeft V&VN de verpleging en verzorging van mensen met osteoporose en verhoogd fractuurrisico geprioriteerd als onderwerp voor de (mogelijke) ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard.

Kwaliteitsstandaarden hebben veelal de vorm van een richtlijn met (bij voorkeur evidence-based) aanbevelingen voor het professioneel handelen. Ze helpen zorgprofessionals in hun besluitvorming over passende zorg en beogen de kwaliteit van zorg te verbeteren. De nieuwe kwaliteitsstandaarden moeten ondersteunend zijn aan een manier van werken met nadruk op kwaliteit van leven en welzijn, in dit geval bij de verpleging en verzorging van mensen met osteoporose.

Wat is osteoporose?

Osteoporose is 'een aandoening van het skelet die wordt gekenmerkt door een lage botmineraaldichtheid en een verstoring van de samenhang van het bot' (KNGF, 2011). Hierdoor worden botten brozer en is er een groter risico op fracturen.

Osteoporose kan worden onderscheiden in primaire en secundaire osteoporose. Van primaire osteoporose is sprake als het botverlies samenhangt met het normale verouderingsproces, zonder verdere aanwijsbare oorzaak (KNGF, 2011). Van secundaire osteoporose is sprake als het botverlies gerelateerd is aan een aandoening. Voorbeelden van aandoeningen die het risico op osteoporose vergroten zijn inflammatoire darmziekten, coeliakie, anorexia nervosa, malabsorptiesyndroom, syndroom van Cushing en chronische reumatoïde artritis. Ook bepaalde medicatie, zoals corticosteroiden en anti-epileptica, kan tot botverlies leiden en daardoor meer kans op fracturen geven (KNGF, 2011).

De klachten die verband houden met osteoporose treden meestal pas op na een botbreuk. Gezonde botten breken niet zomaar door te vallen of ergens tegenaan te stoten. Wel als er sprake is van osteoporose. Het verlies aan botmassa merkt iemand vaak pas als een bot breekt. Soms kan een lichte val, struikelen of verstappen al tot een vervelende breuk leiden. Vaak ontstaan fracturen als eerste in de pols of de ruggenwervels (die laatste merkt men niet altijd). Mensen met osteoporose die ouder dan 70 jaar zijn, breken relatief vaak een heup. Andere klachten die door osteoporose kunnen ontstaan zijn: ingezakte wervels, die pijn in de rug en spierpijn geven; een kromme rug door ingezakte wervels; darm- en blaasklachten, omdat organen in de knel komen; problemen met het evenwicht (<https://osteoporosevereniging.nl>).

¹ Onder verpleegkundige en verzorgende professionals verstaan we (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden, verpleegkundig specialisten en praktijkondersteuners met een verpleegkundige achtergrond.

Mate waarin osteoporose voorkomt

In 2017 hadden naar schatting ruim 470.000 mensen osteoporose (<https://www.volksgezondheidszorg.info>). Dit zijn cijfers op basis van huisartsenregistraties en dus een onderschatting, want niet iedere cliënt met osteoporose is bekend bij een huisarts. De Osteoporose Vereniging schat dat er momenteel 900.000 mensen met osteoporose zijn in Nederland. Zij verwachten dat dit zal stijgen naar 1.200.000 in 2025 (<https://osteoporosevereniging.nl>).

Rol van verpleegkundige en verzorgende professionals bij osteoporose en fractuurrisico

Een belangrijk deel van de zorg rondom mensen met osteoporose wordt door verpleegkundige en verzorgende professionals verleend. Zij hebben een rol in de preventie, vroegsignalering en ondersteuning bij mensen met osteoporose en een verhoogd risico op fracturen.

Preventie vindt op verschillende niveaus plaats (Casentini e.a., 2011). Primaire preventie omvat preventieve taken voor de gehele populatie, zoals voorlichting geven over aspecten die de botgezondheid beïnvloeden. Secundaire preventie is gericht op het voorkomen van fracturen bij individuele mensen die verhoogd risico hebben voor osteoporose. Tertiaire preventie heeft als doel om het risico op meerdere fracturen te verminderen bij cliënten die al een fractuur hebben gehad. In alle niveaus van preventie spelen verpleegkundige en verzorgende professionals een belangrijke rol (Casentini e.a., 2011).

Net als bij preventie hebben verpleegkundige en verzorgende professionals ook een belangrijke rol bij de vroegsignalering, ofwel het tijdig signaleren dat een cliënt osteoporose heeft. Zo liet eerder onderzoek al zien dat verpleegkundig specialisten een belangrijke rol hebben in het assessment na een breuk (Chow, 2017).

Bestaande richtlijnen

Er bestaan al enkele richtlijnen over osteoporose, zoals de 'Richtlijn Osteoporose en Fractuurpreventie' die is opgesteld met medewerking van een groot aantal verenigingen van medische behandelaren (NVR, 2011). Verder is er ook de 'KNGF-richtlijn Osteoporose' (KNGF, 2011). De relevante richtlijnen en projecten richten zich sterk op de medische diagnostiek en medicamenteuze en (para)medische behandelingen.

Relevant in dit verband is dat in 2018 vanuit het Zorginstituut, in samenwerking met verschillende partijen uit de zorg, een onderzoek gestart is naar mogelijkheden voor verbeteringen in het zorgtraject voor mensen met osteoporose. Dit project staat bekend als 'Zinnige Zorg voor patiënten met osteoporose'. Mogelijk krijgt dat project een vervolg door herziening van de voornoemde medische richtlijnen (Zorginstituut Nederland, 2018).

Knelpuntenanalyse

V&VN heeft signalen gekregen dat de bestaande medische richtlijnen voor de achterban niet helemaal geschikt zijn, omdat het verpleegkundig en verzorgend handelen en perspectief erin niet aan bod komen. Tegelijkertijd was het onduidelijk welke knelpunten verpleegkundige en verzorgende professionals ervaren in hun handelen bij cliënten met osteoporose. Ook was het de vraag in hoeverre een richtlijn de juiste methode is om deze knelpunten aan te pakken of dat de knelpunten om andere activiteiten vragen. Om deze redenen heeft V&VN aan ZonMw verzocht een knelpuntenanalyse over het verpleegkundig en verzorgend handelen bij osteoporose uit te laten voeren. Deze knelpuntenanalyse zal de basis vormen voor gerichte adviezen aan V&VN over vervolgvragen.

1.2 Doel- en vraagstellingen

Het doel van deze knelpuntenanalyse is om te komen tot concrete adviezen over hoe de onderzochte knelpunten in het verpleegkundig en verzorgend handelen bij mensen met osteoporose en verhoogd fractuurrisico geadresseerd kunnen worden.

Richtinggevend voor deze knelpuntenanalyse waren de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe vaak hebben verpleegkundige en verzorgende professionals in hun dagelijks werk te maken met cliënten met osteoporose en verhoogd fractuurrisico?
2. Bestaan er in de praktijk organisatorische of zorginhoudelijke knelpunten of kennistekorten aangaande de preventie, vroegsignalering of ondersteuning door verpleegkundige en verzorgende professionals bij mensen met osteoporose en verhoogd fractuurrisico?
3. Lenen gesignaleerde knelpunten zich voor de ontwikkeling van een richtlijn of andere type (kwaliteits)instrumenten of producten?
4. Indien een richtlijn dan wel (ook) andere typen instrumenten of producten geschikt zijn om de knelpunten te adresseren, welke uitgangsvragen of activiteiten zijn dan relevant voor het verdere traject?

1.3 Leeswijzer

De onderzoeksvragen zijn beantwoord door middel van literatuurverkenning, een online vragenlijstonderzoek, kwalitatieve interviews en een expertbijeenkomst. De resultaten van de literatuurverkenning staan centraal in hoofdstuk twee. Hoofdstuk drie beschrijft de resultaten van het vragenlijstonderzoek en de interviews. Het vierde hoofdstuk beschrijft de uitkomsten van een expertbijeenkomst waarin met verpleegkundige en verzorgende professionals is gereflecteerd op de uitkomsten van de voorgaande fasen. In het vijfde en laatste hoofdstuk worden conclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd op basis van een synthese van alle onderzoeksuitkomsten. In de bijlagen is meer informatie te vinden over de onderzoeksmethoden.

2 Literatuurverkenning van knelpunten

2.1 Introductie

Aanpak van de literatuurverkenning

Dit hoofdstuk geeft een kort overzicht van de literatuurverkenning naar knelpunten in de verpleging en verzorging bij mensen met osteoporose en fractuurrisico. De literatuurverkenning is één van de onderdelen in dit project die de volgende onderzoeksvraag adresseert:

Bestaan er in de praktijk organisatorische of zorginhoudelijke knelpunten of kennistekorten aangaande de preventie, vroegsignalering of ondersteuning door verpleegkundige en verzorgende professionals bij mensen met osteoporose en verhoogd fractuurrisico?

In de databases PubMed en CINAHL en met Google Scholar en Google is gezocht naar relevante internationale publicaties. De inclusiecriteria voor de publicaties die zijn beschreven in dit hoofdstuk zijn:

- betreft een publicatie expliciet over knelpunten in de preventie, vroegsignalering of ondersteuning van mensen met osteoporose, en
- die knelpunten worden gerelateerd aan rollen/taken van verpleegkundige en/of verzorgende professionals, en
- betreft empirisch kwalitatief, kwantitatief of mixed-method onderzoek of een systematische literatuurstudie, en
- is gepubliceerd in of na 2010, en
- is gepubliceerd in het Engels of Nederlands

In eerste instantie werden door de searches 419 potentieel relevante literatuurreferenties gevonden. Op basis van bestudering van titels en samenvattingen van die referenties werden 16 studies geselecteerd die leken te voldoen aan de inclusiecriteria. Na beoordeling van de volledige teksten werden er nog eens zeven studies geëxcludeerd, omdat ze niet voldeden aan alle inclusiecriteria. Er bleken uiteindelijk negen relevante studies over.

Voor meer details over de zoekstrategieën en het 'flow diagram' van de selectiefasen, zie Bijlage A.

Kenmerken van de geïncludeerde studies

Van de negen geïncludeerde studies komen er drie uit Azië (Zuid-Korea, Singapore en China), één uit Nieuw-Zeeland, drie uit Canada en twee uit Europa (Engeland en Zweden). De negen geïncludeerde studies hanteerden de volgende onderzoeksmethoden: vier vragenlijstonderzoeken, twee mixed-method onderzoeken, twee kwalitatieve onderzoeken en één casestudie.

Voor een overzichtstabel van de methoden en uitkomsten (voor zover relevant voor de onderzoeksvragen) van de negen geïncludeerde studies, zie Tabel A.1 in Bijlage 1.

2.2 Knelpunten genoemd in bestaand onderzoek

Knelpunten bij preventie en vroegsignalering

Slechts in drie van de negen geïncludeerde studies worden knelpunten genoemd die te maken hebben met preventie en vroegsignalering van osteoporose door verpleegkundige of verzorgende professionals. Zo gaven wijkverpleegkundigen in Zweden in een focusgroepstudie aan dat onduidelijkheid over verantwoordelijkheden een knelpunt is bij preventie en vroegsignalering van osteoporose (Claesson e.a., 2015).

Ook in een mixed-method onderzoek onder orthopedieverpleegkundigen in Nieuw-Zeeland werd geconstateerd dat er vaak onduidelijkheid is over welke professionals leidend moeten zijn in de preventie van osteoporose en fractuurrisico. Door die onduidelijkheid spelen verpleegkundigen vaak een passieve rol (Fourie e.a., 2015).

In een mixed-method onderzoek in de langdurige zorg in Canada bleek dat er sprake is van te weinig opleiding en training en daardoor onvoldoende kennis bij verpleegkundigen en verzorgenden om mogelijke fracturen te herkennen en valrisico te verminderen (Kaasalainen e.a., 2016).

Ook in de eerder genoemde Zweedse studie worden kennistekorten genoemd: onder andere gebrekkige kennis over de aandoening en de diagnose(instrumenten), waardoor preventie en signalering weinig aandacht krijgen (Claesson e.a., 2015).

Knelpunten bij ondersteuning van mensen met osteoporose

Alle negen geïncludeerde studies noemen knelpunten die te maken hebben met ondersteuning van mensen met osteoporose, in relatie tot het werk van verpleegkundige of verzorgende professionals. Daarbij wordt een breed scala aan knelpunten genoemd, waaronder vaak kennistekorten. Bijvoorbeeld in het Zweedse focusgroeponderzoek wezen wijkverpleegkundigen op een gebrek aan kennis over osteoporose, tijdgebrek, de lage prioriteit van de ziekte binnen de zorg en onduidelijke procedures en verantwoordelijkheden tussen de betrokken multidisciplinaire professionals (Claesson e.a., 2015).

In een casestudie in een Canadese huisartspraktijksetting werd geconcludeerd dat osteoporose in vergelijking met andere chronische aandoeningen een lage prioriteit heeft bij verpleegkundige professionals en andere betrokken disciplines, waardoor screening, diagnose en behandeling vaak achterblijven (Rice e.a., 2014).

In ander Canadees onderzoek werd gevonden dat de kennis van betrokken zorgverleners over medicatie² voor mensen met osteoporose niet optimaal is. Dit bleek in vragenlijstonderzoek onder verpleegkundige en verzorgende professionals in acht instellingen voor langdurige zorg in Canada (Lau e.a., 2010).

Uit een Canadees mixed-method onderzoek onder verpleegkundig specialisten in de langdurige zorg bleek dat onvoldoende kennis bij personeel, gebrek aan personeel, gebrek aan tijdige toegang tot diagnostische diensten en onvoldoende therapietrouw belemmerende factoren zijn voor een adequate zorgverlening bij mensen met osteoporose en fracturen (Kaasalainen, 2016).

² Bij osteoporose worden relatief vaak bisfosfonaten (voorbeelden hiervan zijn alendroninezuur en risedroninezuur) voorgeschreven.

Bisfosfonaten zijn medicijnen die zich hechten aan botweefsel. Zo remmen ze de botafbraak en verbeteren ze de botdichtheid, waardoor ze het bot sterker maken.

Uit het mixed-method onderzoek onder orthopedieverpleegkundigen in Nieuw-Zeeland kwam naar voren dat onvoldoende kennis en het inconsistent naleven van richtlijnen goede ondersteuning van mensen met osteoporose belemmeren (Fourie e.a., 2015).

In een vragenlijstonderzoek in China bleek de kennis van verpleegkundigen in opleiding ontoereikend om adequate ondersteuning aan mensen met osteoporose te kunnen geven (Zhang e.a., 2012). Uit een vragenlijstonderzoek onder verpleegkundigen in derdelijns ziekenhuizen, poliklinieken en revalidatieklinieken in Singapore bleek eveneens dat de kennis van osteoporose onder verpleegkundigen onvoldoende is (Zhang e.a., 2011).

Ook in een vragenlijstonderzoek onder Zuid-Koreaanse verpleegkundigen van cliënten met klachten aan het bewegingsapparaat, bleken er kennistekorten te zijn over de relatie tussen calcium-intake, beweging en gewicht van de cliënt in relatie tot osteoporose. Dit heeft effect op de voorlichting en ondersteuning die verpleegkundigen geven aan cliënten met osteoporose en fractuurrisico. Ook bieden zij de cliënten met osteoporose geen optimale medicatie-ondersteuning, wat de mate van therapietrouw mogelijk negatief beïnvloedt (Park e.a., 2017).

Ook fractuurpreventieverpleegkundigen gaven in een Brits kwalitatief onderzoek aan dat implementatie van secundaire fractuurpreventie problematisch is vanwege verschillen in aandacht voor cliënten, in beschikbare apparatuur en in de toegang tot zorg voor deze cliëntengroep (Drew e.a., 2015).

2.3 Wat valt op in de literatuurverkenning?

De geïnccludeerde studies besteden relatief weinig aandacht aan knelpunten bij preventie en vroegsignalering. De drie studies die daar wel aandacht aan besteden refereren aan onduidelijkheid in verantwoordelijkheden en kennistekorten (Claesson e.a., 2015; Fourie e.a., 2015; Kaasalainen e.a., 2016).

Meer onderzoek is gevonden over knelpunten bij de ondersteuning (advisering, begeleiding en/of behandeling) van mensen met osteoporose en fractuurrisico (Claesson e.a., 2015; Drew e.a., 2015; Fourie e.a., 2015; Kaasalainen, 2016; Lau e.a., 2010; Park e.a., 2017; Rice e.a., 2014; Zhang e.a., 2011 en 2012). Ook daarbij spelen vaak kennistekorten, naast onduidelijkheid in verantwoordelijkheden. Daarnaast worden ook tijdsgebrek en onduidelijke procedures relatief vaak genoemd.

Opmerkelijk is dat geen van die studies van Nederlandse bodem was. Mede daarom is het relevant dat in het volgende hoofdstuk ingegaan wordt op het vragenlijstonderzoek en de interviews in de Nederlandse context.

3 Resultaten vragenlijstonderzoek en interviews

3.1 Introductie

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van een online vragenlijstonderzoek en kwalitatieve interviews. Het vragenlijstonderzoek is gehouden onder verpleegkundige en verzorgende professionals die deelnemen aan het landelijke Panel Verpleging & Verzorging³. In totaal vulden 829 paneeldeelnemers de vragenlijst in (netto respons 37%⁴). In alle gevallen betrof dit praktiserende verpleegkundige en verzorgende professionals: (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden, verpleegkundig specialisten of praktijkondersteuners met een verpleegkundige achtergrond. Zij zijn werkzaam in verschillende zorgsectoren: algemene ziekenhuizen (Alg. ZKH) of academische ziekenhuizen (Acad. ZKH), wijkverpleging (WV), de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de verstandelijk gehandicaptenzorg (GZ), intramurale ouderenzorg (IO) of huisartsenpraktijken (HA). Verschillen tussen verpleegkundige en verzorgende professionals uit deze verschillende zorgsectoren en met verschillende opleidingsniveaus werden getoetst. De methoden van het vragenlijstonderzoek staan meer in detail beschreven in Bijlage B.

Ter verdieping van de resultaten van het vragenlijstonderzoek zijn ook vier verpleegkundige en verzorgende professionals, twee huisartsen, twee fysiotherapeuten en drie cliënten met osteoporose en fractuurrisico geïnterviewd. Meer informatie over de methoden van de kwalitatieve interviews is te vinden in Bijlage C.

De resultaten beschreven in dit hoofdstuk adresseren de volgende onderzoeksvragen:

- *Hoe vaak hebben verpleegkundige en verzorgende professionals in hun dagelijks werk te maken met cliënten met osteoporose en verhoogd fractuurrisico?*
- *Bestaan er in de praktijk organisatorische of zorginhoudelijke knelpunten of kennistekorten aangaande de preventie, vroegsignalering of ondersteuning door verpleegkundige en verzorgende professionals bij mensen met osteoporose en verhoogd fractuurrisico?*
- *Lenen gesignaleerde knelpunten zich voor de ontwikkeling van een richtlijn of andere type (kwaliteits)instrumenten of producten?*

3.2 Mate waarin men te maken heeft met mensen met osteoporose en verhoogd fractuurrisico

Het vragenlijstonderzoek laat zien dat een ruime meerderheid van de verpleegkundige en verzorgende professionals in hun werk te maken heeft met cliënten die osteoporose en verhoogd fractuurrisico hebben. Het 'gewogen'⁵ totaal in figuur 3.1 laat zien dat een derde (35%) vrijwel dagelijks en ruim een derde (37%) af en toe te maken heeft met deze cliëntengroep.

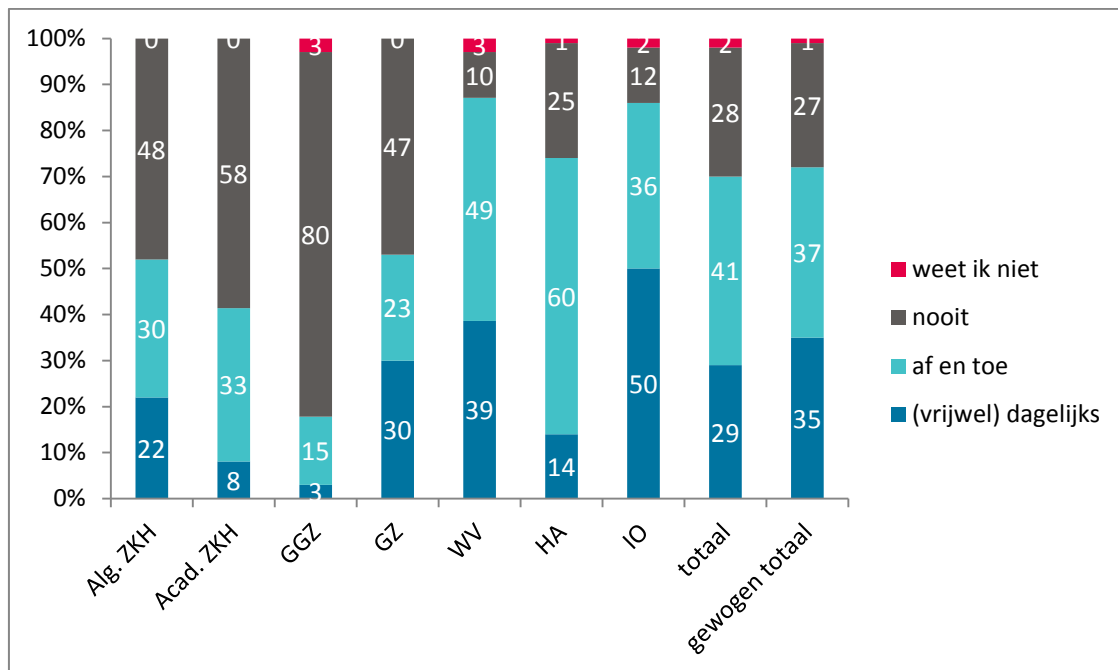
Het percentage dat in aanraking komt met cliënten met osteoporose en verhoogd fractuurrisico verschilt per sector waarin zij werkzaam zijn. In de wijkverpleging en intramurale ouderenzorg komen zij het meeste in aanraking met deze cliënten, respectievelijk 88% en 86%. Verpleegkundigen uit de

³ Zie www.nivel.nl/panelvenv

⁴ Dit percentage is een onderschatting van de werkelijke respons, zie Bijlage B

⁵ Er heeft statistische weging plaatsgevonden, omdat de verdeling van respondenten over de verschillende sectoren niet altijd hetzelfde is als de daadwerkelijke verdeling. Daarvoor is statistisch gecorrigeerd zodat een representatief beeld kan worden gegeven, zie Bijlage B.

GGZ hebben in hun dagelijks werk het minst vaak te maken met deze cliënten: slechts 18% geeft aan in aanraking te komen met cliënten met osteoporose en verhoogd fractuurrisico. Een klein aantal (n=13) geeft aan niet te weten of zij te maken hebben met cliënten met osteoporose en verhoogd fractuurrisico.



Figuur 3.1 Percentage dat in aanraking komt met cliënten met osteoporose en verhoogd fractuurrisico (in %, n=829)

De analyses en resultaten in de volgende paragrafen gaan over de 581 respondenten die aangeven in hun werk te maken hebben met cliënten met osteoporose en verhoogd fractuurrisico. Deze groep bestaat overwegend uit vrouwen (93,8%) en de gemiddelde leeftijd ligt op 50,7 jaar (zie bijlage B, tabel B.1). Ruim de helft werkt in de VVT-sector: de meesten in de wijkverpleging (41,0%) of in de intramurale ouderenzorg (17,2%). Overige respondenten werken in de huisartsenzorg (17,2%), het ziekenhuis (13,6%), de zorg voor mensen met een beperking (2,8%) of de GGZ (2,4%). De meeste ondervraagde professionals (37,7%) hebben een hbo-opleiding tot verpleegkundige gevolgd. De overige professionals hebben een mbo-opleiding tot verpleegkundige (34,1%) of een mbo-opleiding tot verzorgende (28,2%) gevolgd. Het opleidingsniveau van de respondenten verschilt sterk per sector (zie bijlage B, tabel B.2). Zo werken de verzorgenden niet of nauwelijks in ziekenhuizen, GGZ en huisartsenzorg⁶.

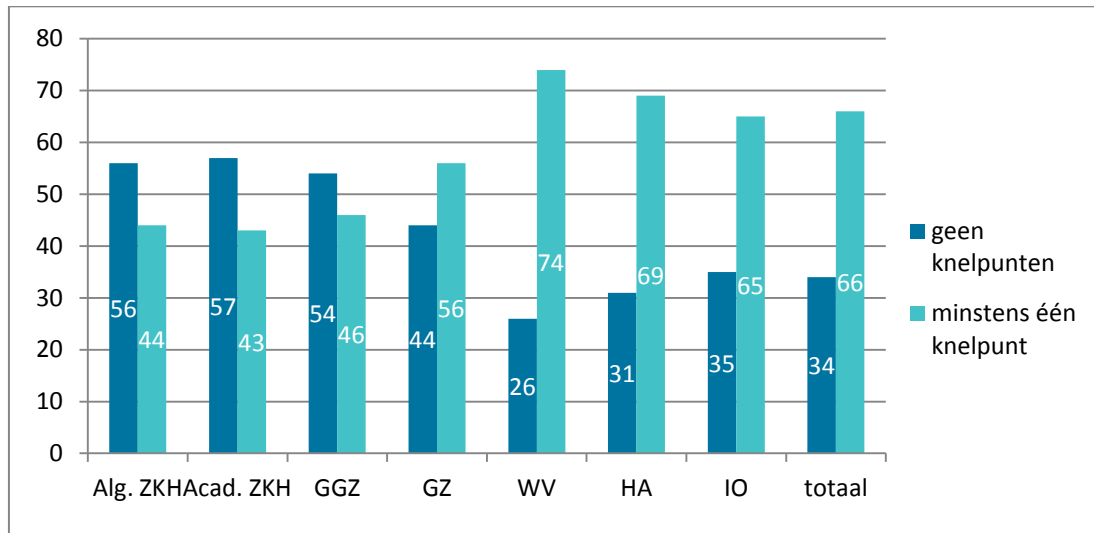
3.3 Ervaren knelpunten

Bij respondenten die te maken hebben met cliënten met osteoporose en verhoogd fractuur risico gingen we na welke zorginhoudelijke en organisatorische knelpunten zij ervaren in hun werk. Hierbij werd onderscheid gemaakt naar de vroegsignalering, preventie en ondersteuning bij cliënten met osteoporose en fractuurrisico.

⁶ Dit heeft te maken met de samenstelling van het Nivel Panel Verpleging & Verzorging, waar in principe alleen verzorgenden aan deelnemen die werkzaam zijn in de wijkverpleging of intramurale ouderenzorg.

3.3.1 Knelpunten bij de vroegsignalering van osteoporose

In het vragenlijstonderzoek beantwoordden respondenten de vraag of zij knelpunten ervaren in het tijdig signaleren van osteoporose en verhoogd fractuurrisico. Een meerderheid (65,7%) geeft aan dat zij minstens één knelpunt ervaren. Ook hierbij zijn verschillen tussen zorgsectoren zichtbaar (figuur 3.2). In de wijkverpleging, intramurale ouderenzorg en huisartsenzorg ervaart ruim twee derde knelpunten, dat is duidelijk vaker dan in de andere sectoren.



Figuur 3.2 Percentage dat wel/geen knelpunten ervaart in de vroegsignalering van osteoporose en verhoogd fractuurrisico, uitgesplitst naar zorgsector (in %, n=565)

Van de respondenten die geen knelpunten ervaren noemt één op de vijf (22,7%) als reden dat het tijdig signaleren van osteoporose en verhoogd fractuurrisico goed gaat (tabel 3.1). Een kleinere groep (11,7%) geeft aan dat het signaleren niet hun taak is. Dit wordt vooral aangegeven door verpleegkundigen in de GGZ en ziekenhuizen.

Het ontbreken van een duidelijke richtlijn of protocol wordt met 31,9% het meest genoemd als knelpunt bij het tijdig signaleren, vooral door respondenten uit de wijkverpleging (tabel 3.1). Daarnaast wordt ook vaak als knelpunt genoemd dat bij verpleegkundigen en verzorgenden weinig aandacht is voor osteoporose als mogelijke oorzaak van een fractuur, namelijk door 25,5% van de ondervraagde professionals.

Bij het open antwoord 'andere knelpunten' wordt door 24 respondenten iets genoemd. Zij geven diverse antwoorden. Een tekort aan aandacht voor osteoporose (N=7) wordt het meest genoemd en ook knelpunten op het gebied van samenwerking met artsen (N=5) worden meerdere keren genoemd.

Alleen binnen de wijkverpleging en huisartsenzorg zijn statistische significante verschillen zichtbaar tussen respondenten met verschillende opleidingsniveaus.

Verzorgenden in de wijkverpleging vinden vaker dat de vroegsignalering van osteoporose goed gaat, terwijl hbo-opgeleide verpleegkundigen vaker een richtlijn missen en vinden dat er weinig aandacht is voor osteoporose en fractuurrisico. Mbo-opgeleide verpleegkundigen in de wijkverpleging vinden het vaker lastig om cliënten te motiveren voor onderzoek naar osteoporose (zie bijlage B, tabel B.4).

In de huisartsenzorg vinden mbo-opgeleide praktijkondersteuners vaker dat het signaleren van osteoporose en verhoogd fractuurrisico goed gaat dan de hbo-opgeleide praktijkondersteuners (zie bijlage B, tabel B.5).

Tabel 3.1 *Ervaren knelpunten in de vroegsignalering van osteoporose en verhoogd fractuurrisico¹*

Knelpunten bij vroegsignalering (in %)	Alg. ZKH (n=64)	Acad. ZKH (n=14)	GGZ (n=13)	GZ (n=16)	WV (n=228)	HA (n=98)	IO (n=132)	totaal (n=565)
geen duidelijk richtlijn of protocol beschikbaar*	25,0	21,4	30,8	18,8	40,8	26,5	26,5	31,9
weinig aandacht voor osteoporose als mogelijke oorzaak van een fractuur	21,9	28,6	0	18,8	29,0	20,4	28,0	25,5
onvoldoende kennis over signalen die kunnen wijzen op osteoporose en verhoogd fractuurrisico	7,8	7,2	23,1	25,0	23,3	28,6	20,5	21,4
na een fractuur wordt bij cliënten te weinig onderzoek naar osteoporose (bijvoorbeeld botscan) gedaan*	6,3	14,3	0	6,3	21,9	14,3	25,8	18,6
lastig om cliënten te motiveren voor onderzoek naar osteoporose*	1,6	0	0	0	11,0	4,1	4,6	6,4
niet weten naar wie een cliënt te verwijzen voor onderzoek naar osteoporose	6,3	0	0	0	8,8	4,1	3,8	5,8
ander knelpunt	4,7	0	15,4	0	3,5	9,2	1,5	4,3
Geen knelpunten ervaren, want:								
- signaleren van osteoporose en verhoogd fractuurrisico gaat goed	28,1	28,6	23,1	37,5	20,2	20,4	23,5	22,7
- het is niet de taak om osteoporose en verhoogd fractuurrisico te signaleren*	28,1	28,6	30,8	6,3	6,1	10,2	11,4	11,7

¹ Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

* De verschillen tussen sectoren bij deze antwoordcategorie zijn statistisch significant ($p < 0,05$)

Respondenten die knelpunten noemen werden in het vragenlijstonderzoek ook gevraagd van welke knelpunten zij de meeste belemmering ervaren bij het tijdig signaleren van osteoporose en verhoogd fractuurrisico (tabel 3.2). Ook hier blijkt dat de meeste belemmering ervaren wordt door het ontbreken van een duidelijke richtlijn of protocol.

Tabel 3.2 *Knelpunten met meeste ervaren belemmering in het tijdig signaleren van osteoporose*

Prioritering ervaren knelpunten bij tijdig signaleren (in %)	N=560
geen duidelijke richtlijn of protocol beschikbaar	24,6
onvoldoende kennis over signalen die kunnen wijzen op osteoporose en verhoogd fractuurrisico	18,6
weinig aandacht voor osteoporose als mogelijke oorzaak van een fractuur	17,9
na een fractuur wordt er bij cliënten te weinig onderzoek naar osteoporose gedaan	11,3
lastig om cliënten te motiveren voor onderzoek naar osteoporose	4,1
niet weten naar wie een cliënt te verwijzen voor onderzoek naar osteoporose	2,7
ander knelpunt	2,7

Ook in de kwalitatieve interviews vroegen we naar knelpunten bij de vroegsignalering van osteoporose en fractuurrisico. Meerdere professionals noemen dat osteoporose en fractuurrisico niet tijdig wordt gesignaleerd doordat er te weinig aandacht is voor osteoporose, zowel bij verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren als bij artsen.

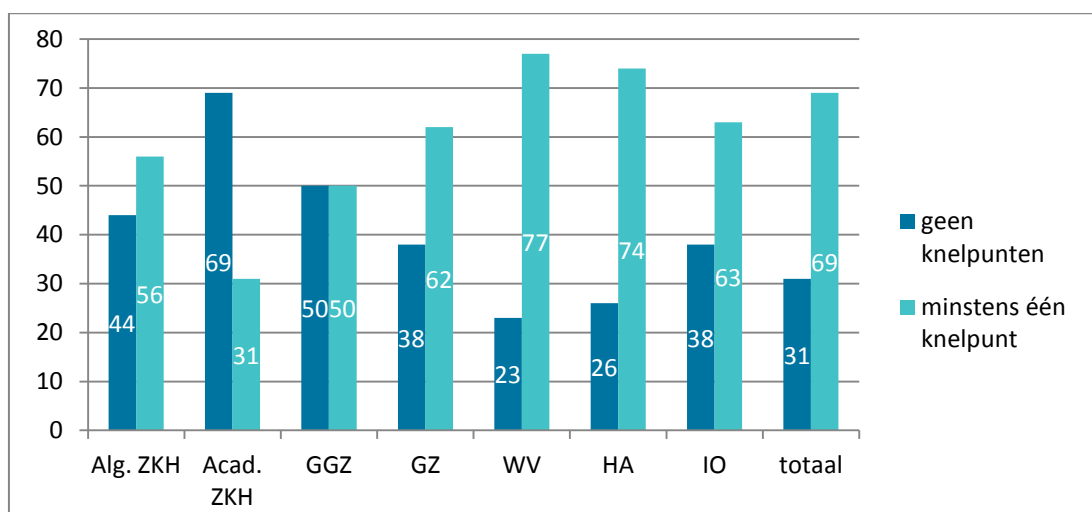
“Nou wat gewoon heel opvallend is, is dat er eigenlijk gewoon geen aandacht is voor osteoporose. Zelfs op chirurgische afdelingen weten verpleegkundigen heel weinig over osteoporose en fractuur preventie. En terwijl ze daar wel regelmatig mensen krijgen met allerlei fracturen.” (Verpleegkundige 1)

Verder noemt één geïnterviewde huisarts ook dat er een gebrek aan kennis bestaat over de risicofactoren voor osteoporose, zoals familiale belasting. Daarnaast noemt een praktijkondersteuner dat tijdgebrek momenteel goede screening op osteoporose belemmert. Net als de professionals geven geïnterviewde cliënten ook aan dat de kennis over en aandacht voor osteoporose bij professionals tekortschieten.

“Ja, omdat het probleem door heel veel huisartsen gebagatelliseerd wordt. En dus krijgt het heel weinig aandacht. Het is een zwaan kleef aan principe, waarbij dan ook de verpleegkundigen en de POH's in huisartsenpraktijken daar weinig aandacht voor hebben.” (Cliënt 1)

3.3.2 Knelpunten bij de preventie van osteoporose

Ruim twee derde (68,8%) van de respondenten geeft aan minstens één knelpunt te ervaren bij de preventie van osteoporose en het voorkomen van fracturen bij cliënten. Of men knelpunten ervaart is afhankelijk van de sector (figuur 3.3). Zo ervaren verpleegkundigen in academische ziekenhuizen duidelijk minder vaak knelpunten dan collega's in andere sectoren. In de wijkverpleging en huisartsenzorg ervaart men het vaakst knelpunten in de preventie van osteoporose en het voorkomen van fracturen.



Figuur 3.3 Percentage dat wel/geen knelpunten ervaart in de preventie van osteoporose en het voorkomen van fracturen, uitgesplitst naar zorgsector (in %, n=532)

Als reden voor het niet ervaren van knelpunten noemt bijna één op de vijf (18,8%) dat de preventie van osteoporose en het voorkomen van fracturen goed gaat (tabel 3.3). Net als bij de vroegsignalering van osteoporose geven ook vooral verpleegkundigen in de GGZ en ziekenhuizen aan dat het niet tot hun taak behoort om preventieve maatregelen toe te passen.

Het meest genoemde knelpunt (26,7%) bij de preventie van osteoporose en het voorkomen van fracturen is dat er weinig aandacht is bij verpleegkundigen en verzorgenden voor preventieve maatregelen voor osteoporose en fracturen (tabel 3.3). Daarnaast ervaren vooral respondenten werkzaam in de wijkverpleging dat hun eigen kennis over maatregelen om fracturen te voorkomen

onvoldoende is. Eén op de vijf (21,1%) geeft het ontbreken van een duidelijke richtlijn of protocol aan als knelpunt.

Bij de open vraag welke andere knelpunten de ondervraagde professionals ervaren, geven 18 professionals uiteenlopende antwoorden, waaronder te weinig aandacht voor preventie van osteoporose en te weinig tijd om goed te kunnen handelen.

Statistisch significante verschillen tussen respondenten met verschillende opleidingsniveaus zijn alleen zichtbaar binnen de wijkverpleging. Hierbij geldt hoe hoger het opleidingsniveau, hoe vaker het ontbreken van duidelijke samenwerkingsafspraken wordt aangegeven als knelpunt (zie bijlage B, tabel B.6). Daarnaast vinden verzorgenden in de wijkverpleging vaker dan verpleegkundigen dat de preventie van osteoporose en het voorkomen van fracturen goed gaat.

Tabel 3.3 *Ervaren knelpunten in de preventie van osteoporose en het voorkomen van fracturen¹*

Knelpunten bij preventie (in %)	Alg. ZKH (n=62)	Acad. ZKH (n=13)	GGZ (n=12)	GZ (n=13)	WV (n=215)	HA (n=97)	IO (n=120)	totaal (n=532)
weinig aandacht voor preventieve maatregelen voor osteoporose en fracturen	22,6	7,7	25,0	15,4	31,2	22,7	27,5	26,7
onvoldoende kennis over welke preventieve maatregelen toe te passen om fracturen te voorkomen*	11,3	15,4	0	23,1	29,8	17,5	22,5	22,6
geen duidelijke richtlijn of protocol beschikbaar	17,7	0	33,3	23,1	23,7	22,7	17,5	21,1
lastig om te bepalen of en wanneer preventieve maatregelen toe te passen	11,3	7,7	8,3	23,1	20,5	25,8	25,8	21,1
geen duidelijke samenwerkingsafspraken met ander professionals over de preventie van osteoporose en het voorkomen van fracturen*	4,8	0	0	30,8	19,5	21,7	9,2	15,2
onvoldoende kennis over welke leefstijladviezen te geven	9,7	0	0	0	19,5	13,4	15,8	15,0
onvoldoende tijd om preventieve maatregelen voor osteoporose en het voorkomen van fracturen toe te passen	6,5	15,4	0	0	14,0	19,6	11,7	13,0
lastig om cliënten te motiveren voor het opvolgen van leefstijladviezen	8,1	7,7	8,3	7,7	16,7	9,3	7,5	11,7
onvoldoende kennis over welke professionals in te schakelen bij de preventie van osteoporose en het voorkomen van fracturen	6,5	0	0	0	14,0	8,3	10,0	10,2
uitvoeren van preventieve zorg wordt niet of onvoldoende vergoed*	3,2	0	0	0	11,6	14,4	4,2	8,7
ander knelpunt	3,2	7,7	0	7,7	2,8	5,2	2,5	3,4
Geen knelpunten ervaren, want:								
- preventie van osteoporose en het voorkomen van fracturen gaat goed	12,9	23,1	16,7	30,8	16,7	13,4	28,3	18,8
- het is niet de taak om preventieve maatregelen voor osteoporose en het voorkomen van fracturen toe te passen*	30,7	46,2	33,3	7,8	6,1	12,4	9,2	12,4

¹ Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

* De verschillen tussen sectoren bij deze antwoordcategorie zijn statistisch significant ($p < 0,05$)

Respondenten geven aan de meeste belemmeringen te ervaren doordat er weinig aandacht is voor preventieve maatregelen voor osteoporose (tabel 3.4). Het ontbreken van een richtlijn staat ook bij de eerste drie knelpunten waarvan de meeste belemmering wordt ervaren bij de preventie van osteoporose en het voorkomen van fracturen.

Tabel 3.4 Knelpunten met meeste ervaren belemmering in de preventie van osteoporose en het voorkomen van fracturen

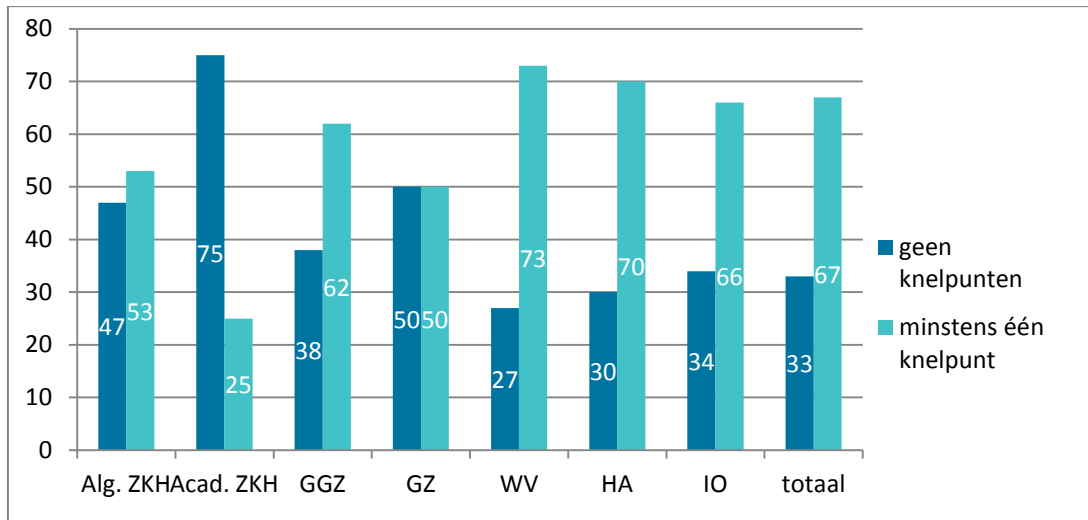
Prioritering ervaren knelpunten bij preventie (in %)	N=528
weinig aandacht voor preventieve maatregelen voor osteoporose en fracturen	17,4
onvoldoende kennis over welke preventieve maatregelen toe te passen om fracturen te voorkomen	15,9
geen duidelijke richtlijn of protocol beschikbaar	13,8
lastig om te bepalen of en wanneer preventieve maatregelen toe te passen	13,3
onvoldoende kennis over welke leefstijladviezen te geven	7,8
lastig om cliënten te motiveren voor het opvolgen van leefstijladviezen	7,4
geen duidelijke samenwerkingsafspraken met ander professionals over de preventie van osteoporose en het voorkomen van fracturen	6,6
uitvoeren van preventieve zorg wordt niet of onvoldoende vergoed	4,9
onvoldoende kennis over welke professionals in te schakelen bij de preventie van osteoporose en het voorkomen van fracturen	3,6
ander knelpunt	1,9

In de kwalitatieve interviews vroegen we ook naar knelpunten bij de preventie van osteoporose en fracturen. De geïnterviewde professionals geven aan dat te weinig kennis en aandacht aangaande osteoporose een knelpunt is. De redenen die de geïnterviewden aangeven hiervoor variëren. Zo geeft een geïnterviewde ziekenhuisverpleegkundige aan dat er te weinig aandacht voor preventie is doordat er meer focus is op herstel, terwijl verzorgenden werkzaam in de wijkverpleging vooral organisatorische redenen (bijvoorbeeld financieringsproblemen) noemen waardoor er weinig aandacht besteed wordt aan preventieve maatregelen. Verder noemt een geïnterviewde fysiotherapeut dat bezuinigingen maken dat het stimuleren van beweging bij cliënten door verpleegkundigen en verzorgenden belemmerd wordt.

“En ik heb het daar met de verpleging wel eens over gehad. (..) Ja, zegt ze, en nou moet ik van de diëtiste dit doen, en van een logopediste moet ik dat doen, en van jou moet ik ook nog met hun lopen. En we kunnen het eigenlijk al helemaal niet aan. Ik sta hier allen op een groep met 6 mensen.” (Fysiotherapeut 1)

3.3.3 Knelpunten bij de ondersteuning van cliënten met osteoporose

In de ondersteuning van cliënten met osteoporose en verhoogd fractuurrisico geeft een meerderheid (66,7%) van de ondervraagde professionals aan minstens één knelpunt te ervaren (figuur 3.4). Er is een significant verschil zichtbaar tussen de zorgsectoren, vergelijkbaar met het verschil bij de preventie van osteoporose. Ook bij de ondersteuning van cliënten met osteoporose ervaart men in academische ziekenhuizen het vaakste geen knelpunten. In de wijkverpleging en huisartsenzorg ervaren verpleegkundige en verzorgende professionals het vaakst wel knelpunten.



Figuur 3.4 Percentage dat wel/geen knelpunten ervaart in de ondersteuning van cliënten met osteoporose en verhoogd factuurrisico, uitgesplitst naar zorgsector (in %, n=514)

Bij de ondervraagde professionals die geen knelpunten ervaren noemt één op de vijf (23,7%) dat de ondersteuning van cliënten met osteoporose goed gaat (tabel 3.5). Daarnaast ervaart 9,5% dat het niet hun taak is om deze cliënten te ondersteunen. Dit wordt vooral genoemd door verpleegkundigen in de GGZ en ziekenhuizen.

Respondenten ervaren het vaakst als knelpunt dat er weinig aandacht is voor de gevolgen van osteoporose bij de ondersteuning van cliënten met dit ziektebeeld (24,3%, tabel 3.5). Het ontbreken van een duidelijke richtlijn of protocol wordt door 23,9% van de ondervraagde professionals als knelpunt genoemd. Verschillen tussen zorgsectoren zijn zichtbaar bij het ontbreken van duidelijke samenwerkingsafspraken en de overdracht van zorg die niet goed verloopt. Deze twee knelpunten worden vooral ervaren door degenen die werkzaam zijn in de wijkverpleging, huisartsenzorg en intramurale ouderenzorg en minder vaak in de andere zorgsectoren.

Negen respondenten beschrijven diverse knelpunten bij de open vraag of ze andere knelpunten ervaren, waaronder weinig aandacht voor somatiek in de GGZ en het gebrek aan motivatie bij cliënten om aanpassingen in huis te maken.

Verschillen tussen professionals met verschillende opleidingsniveaus zijn alleen zichtbaar in de wijkverpleging (zie bijlage B, tabel B.7). Mbo-opgeleide verpleegkundigen vinden vaker dan hbo-opgeleiden dat er weinig aandacht is voor de gevolgen van osteoporose. Hbo-opgeleide verpleegkundigen ervaren vaker dat de overdracht van zorg niet goed verloopt en de verzorgenden noemen vaker dat de ondersteuning van cliënten met osteoporose goed gaat.

Tabel 3.5 *Ervaren knelpunten in de ondersteuning van cliënten met osteoporose en verhoogd fractuurrisico¹*

Knelpunten bij ondersteuning (in %)	Alg. ZKH (n=60)	Acad. ZKH (n=12)	GGZ (n=13)	GZ (n=14)	WV (n=207)	HA (n=94)	IO (n=114)	totaal (n=514)
weinig aandacht voor de gevolgen van osteoporose en verhoogd fractuurrisico bij de ondersteuning van cliënten	20,0	8,3	30,8	28,6	27,1	13,8	30,7	24,3
geen duidelijke richtlijn of protocol beschikbaar	16,7	0	23,1	21,4	27,1	29,8	20,2	23,9
onvoldoende kennis over op welke signalen gelet moet worden tijdens de ondersteuning van cliënten	13,3	8,3	30,8	14,3	21,3	29,8	22,8	22,0
onvoldoende kennis over geven van leefstijladviezen	13,3	8,3	7,7	7,1	21,3	13,8	18,4	17,3
geen duidelijke samenwerkingsafspraken met andere professionals over de ondersteuning van cliënten*	3,3	0	0	14,3	18,8	18,1	11,4	14,2
onvoldoende kennis over welke professionals in te schakelen voor de ondersteuning van cliënten	6,7	16,7	0	14,3	14,0	7,5	7,9	10,3
lastig om cliënten te motiveren voor het opvolgen van leefstijladviezen	6,7	0	7,7	7,1	11,6	6,4	13,2	9,9
overdracht tussen zorgsectoren verloopt niet goed*	1,7	0	0	0	13,5	9,6	7,0	9,0
monitoren van cliënten wordt niet of onvoldoende vergoed	5,0	0	0	21,4	8,7	14,9	7,0	9,0
onvoldoende kennis om cliënten advies te geven over inname van voorgeschreven medicatie	5,0	0	7,7	0	7,3	10,6	3,5	6,4
lastig om cliënten te motiveren voor blijven innemen van medicatie	5,0	0	0	0	2,4	4,3	6,1	3,7
ander knelpunt	0	0	7,7	0	0,9	4,3	1,8	1,8
Geen knelpunten ervaren, want:								
- ondersteuning van cliënten gaat goed	21,7	41,7	23,1	42,9	22,2	16,0	29,8	23,7
- het is niet de taak om cliënten te ondersteunen*	25,0	33,3	15,4	7,1	4,4	13,8	4,4	9,5

¹ Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

* De verschillen tussen sectoren bij deze antwoordcategorie zijn statistisch significant ($p < 0,05$)

De meest genoemde belemmering is weinig aandacht bij verpleegkundigen en verzorgenden voor de gevolgen van osteoporose (tabel 3.6). Ook kennis tekort over op welke signalen gelet moet worden tijdens de ondersteuning van cliënten en het ontbreken van een duidelijke richtlijn worden vaak aangegeven als knelpunten die veel belemmering geven.

Tabel 3.6 Knelpunten met meeste ervaren belemmering in de ondersteuning van cliënten met osteoporose en verhoogd fractuurrisico

Prioritering ervaren knelpunten bij ondersteuning (in %)	N=511
weinig aandacht bij verpleegkundigen en verzorgenden voor de gevolgen van osteoporose en verhoogd fractuurrisico bij de ondersteuning van cliënten	18,4
onvoldoende kennis over op welke signalen gelet moet worden tijdens de ondersteuning van cliënten	17,0
geen duidelijke richtlijn of protocol beschikbaar	16,4
geen duidelijke samenwerkingsafspraken met andere professionals over de ondersteuning van cliënten	9,0
onvoldoende kennis over geven van leefstijladviezen	8,4
lastig om cliënten te motiveren voor het opvolgen van leefstijladviezen	6,1
monitoren van cliënten wordt niet of onvoldoende vergoed	5,9
overdracht tussen zorgsectoren verloopt niet goed	5,7
onvoldoende kennis over welke professionals in te schakelen voor de ondersteuning van cliënten	4,3
onvoldoende kennis om cliënten advies te geven over inname van voorgeschreven medicatie	3,5
lastig om cliënten te motiveren voor blijven innemen van medicatie	2,0
ander knelpunt	1,4

In de kwalitatieve interviews vroegen we aan deelnemers ook welke knelpunten zij zagen bij de ondersteuning van de cliëntengroep. De geïnterviewde professionals noemen vooral knelpunten die samenhangen met kenmerken van cliënten, maar die wel invloed hebben op de begeleiding van verpleegkundigen en verzorgenden. De geïnterviewde verpleegkundigen en huisartsen noemen dat het soms lastig is om cliënten te motiveren om medicatie te blijven nemen, cliënten stoppen vaak voortijdig met medicatie. Daarnaast noemen zij ook dat het belang van aanpassen van de leefstijl van cliënten weinig door cliënten zelf gezien wordt.

Verder geven de geïnterviewde professionals en cliënten aan dat er zich bij de overdracht van de ene zorgsetting naar de andere vaak knelpunten voordoen, waardoor niet alle betrokken professionals op de hoogte zijn van de problematiek.

“Een hoop dingen gaan fout in de overdracht van de tweede naar de eerste lijn. Dus in die zin, in de overdracht ziet u dat er op dit moment nog best wel wat knelpunten zijn...Knelpunten vind ik zo'n voorzichtig woord, het werkt gewoon niet goed.” (Cliënt 1)

De kwalitatieve interviews met cliënten laten ook zien dat er kennistekorten bij verpleegkundigen en verzorgenden spelen. Daarbij merken de cliënten op dat er weinig aandacht is voor osteoporose en fractuurrisico en voor een persoonsgerichte benadering daarbij. Ook de informatievoorziening over osteoporose en fractuurrisico naar cliënten toe is volgens de geïnterviewde cliënten te beperkt en daardoor een knelpunt.

“En daar die informatie zou veel en veel en veel meer aan kunnen gebeuren. En dat geeft mensen dan ook veel meer vertrouwen, waardoor ze waarschijnlijk hun medicatie wat trouwer innemen. En ook dat ze met medicijnen er niet alleen komen, maar dat het ook gaat om beweging, de juiste beweging en de juiste voeding.” (Cliënt 3)

3.4 Oplossingsrichtingen

In het vragenlijstonderzoek vroegen we ook welke oplossingsrichtingen men geschikt vindt om de knelpunten in de zorg aan cliënten met osteoporose en verhoogd fractuurrisico aan te pakken (tabel 3.7). De meest genoemde oplossing (60,7%) is een landelijke richtlijn met adviezen over het verpleegkundig en verzorgend handelen. Daarnaast wordt meer bijscholing over osteoporose en verhoogd fractuurrisico ook door de meerderheid (50,3%) van de ondervraagde professionals genoemd.

Tussen sectoren zijn er verschillen in de genoemde oplossingen. Zo geven verpleegkundigen in de GGZ duidelijk minder vaak dan hun collega's uit andere sectoren aan dat zij samen met collega's willen leren en dat er in de basisopleidingen van verpleegkundigen en verzorgenden meer aandacht moet komen voor osteoporose en verhoogd fractuurrisico. In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en in de huisartsenzorg geven de ondervraagde professionals vaker aan dat zij meer mogelijkheden wensen om cliënten te blijven monitoren.

Bij het open antwoord 'anders' noemen 18 ondervraagde professionals een andere mogelijke oplossing. Hierbij wordt meerdere keren aangegeven dat er meer aandacht moet komen voor preventie in samenwerking met andere professionals. De overige antwoorden lopen sterk uiteen.

Tabel 3.7 Manieren/instrumenten om knelpunten in de zorg aan cliënten met osteoporose aan te pakken¹

Manieren/instrumenten om knelpunten aan te pakken (in %)	Alg. ZKH (n=57)	Acad. ZKH (n=12)	GGZ (n=13)	GZ (n=14)	WV (n=199)	HA (n=93)	IO (n=111)	totaal (n=499)
een landelijke richtlijn met adviezen over verpleegkundig en verzorgend handelen m.b.t. signalering, preventie en ondersteuning bij osteoporose en verhoogd fractuurrisico	63,2	41,7	53,9	50,0	64,3	65,6	53,2	60,7
meer bijscholing over osteoporose en verhoogd fractuurrisico	33,3	50,0	38,5	64,3	50,8	52,7	55,9	50,3
meer aandacht voor osteoporose en verhoogd fractuurrisico in de verpleegk./verzorgende basisopleidingen*	29,8	33,3	7,7	35,7	41,7	23,7	53,2	38,3
meer aandacht voor het geven van voorlichting over osteoporose en verhoogd fractuurrisico aan cliënten	31,6	16,7	30,8	21,4	34,7	37,6	36,0	34,3
duidelijke samenwerkingsafspraken tussen verpleegkundigen/verzorgenden en andere betrokken professionals	26,3	41,7	38,5	21,4	38,2	36,6	29,7	34,3
meer mogelijkheden om preventieve zorg toe te passen	24,6	16,7	23,1	42,9	20,6	28,0	23,4	23,7
meer mogelijkheden om cliënten met osteoporose en verhoogd fractuurrisico te blijven monitoren, bijvoorbeeld door jaarlijkse controle*	21,1	8,3	7,7	42,9	23,1	32,3	17,1	23,1
meer mogelijkheden om samen met collega's te leren en ontwikkelen, bijvoorbeeld door intervisie of casusbesprekingen*	14,0	33,3	0	14,3	27,1	8,6	28,8	21,6
meer mogelijkheden om de zorg op maat te maken voor de individuele cliënt	15,8	16,7	7,7	35,7	19,1	21,5	28,8	21,4
meer bevoegdheden voor verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten, bijvoorbeeld het voorschrijven van medicatie en het aanvragen van onderzoek naar osteoporose bij cliënten	8,8	16,7	7,7	14,3	7,0	10,8	11,7	9,4
anders	5,3	0	7,7	0	2,0	8,6	3,6	4,0

¹ Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

* De verschillen tussen de sectoren bij deze antwoordcategorie zijn statistisch significant (p<0,05)

Net als bij de knelpunten werden verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren ook gevraagd welke oplossingsrichtingen zij het belangrijkste vonden (tabel 3.8). Ook hierbij werd een landelijke richtlijn het meest genoemd, namelijk door 48,2%.

Tabel 3.8 Belangrijkste oplossingsrichtingen om knelpunten aan te pakken

Prioritering in oplossingsrichtingen (in %)	N=494
een landelijke richtlijn met adviezen over verpleegkundig en verzorgend handelen m.b.t. signalering, preventie en ondersteuning bij osteoporose en verhoogd fractuurrisico	48,2
meer bijscholing over osteoporose en verhoogd fractuurrisico	29,0
duidelijke samenwerkingsafspraken tussen verpleegkundigen/verzorgenden en andere betrokken professionals	18,8
meer aandacht voor het geven van voorlichting over osteoporose en verhoogd fractuurrisico aan cliënten	15,0
meer aandacht voor osteoporose en verhoogd fractuurrisico in verpleegkundige en verzorgende basisopleidingen	14,0
meer mogelijkheden om cliënten met osteoporose en verhoogd fractuurrisico te blijven monitoren, bijvoorbeeld door jaarlijkse controle	8,5
meer mogelijkheden om samen met collega's te leren en ontwikkelen, bijvoorbeeld door intervisie of casusbesprekingen	8,3
meer mogelijkheden om preventieve zorg toe te passen	8,3
meer mogelijkheden om de zorg op maat te maken voor de individuele cliënt	7,3
meer bevoegdheden voor verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten, bijvoorbeeld het voorschrijven van medicatie en het aanvragen van onderzoek naar osteoporose bij cliënten	3,9
anders	3,2

De respondenten die een landelijke richtlijn als mogelijke oplossing zien om de knelpunten aan te pakken vroegen we wat volgens hen de belangrijkste onderwerpen zijn om op te nemen in een richtlijn (tabel 3.9).

Bij het open antwoord 'anders' noemden twee verpleegkundigen multidisciplinaire samenwerking en adviezen voor het bevorderen van leefstijl.

Tabel 3.9 Belangrijkste onderwerpen om in richtlijn op te nemen¹

Belangrijkste onderwerpen voor richtlijn (in %)	Alg. ZKH (n=36)	Acad. ZKH (n=4)	GGZ (n=7)	GZ (n=7)	WV (n=128)	HA (n=60)	IO (n=59)	totaal (n=301)
informatie over signalen van osteoporose en verhoogd fractuurrisico	63,9	100	85,7	71,4	66,4	65,0	69,5	67,4
informatie over preventie van osteoporose en het voorkomen van fracturen	55,6	100	71,4	71,4	57,8	65,0	55,9	59,8
afspraken over multidisciplinaire samenwerking rondom cliënten met osteoporose en verhoogd fractuurrisico	16,7	0	0	28,6	31,3	31,7	37,3	29,6
informatie over leefstijladviezen (bijvoorbeeld gezonde voeding en voldoende bewegen)	41,7	0	0	14,3	32,8	28,3	17,0	28,2
adviezen voor het bevorderen van medicatie therapietrouw	13,9	0	0	0	2,3	3,3	5,1	4,3
anders	0	0	0	0	1,6	0	0	0,7

¹ Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

Tijdens de kwalitatieve interviews vroegen we ook welke oplossingsrichtingen geschikt zijn om de knelpunten in de osteoporosezorg aan te pakken. De meeste geïnterviewde zien een landelijke richtlijn of zorgstandaard als oplossingsrichting voor de knelpunten. Daarbij noemen meerdere deelnemers een multidisciplinaire aanpak en noemt een deelnemer de zorgstandaard voor diabetes als voorbeeld. Wat betreft de inhoud van een eventuele richtlijn noemen geïnterviewden het belang van duidelijkheid over taken en preventie.

“Preventieve dingen. Ook als mensen osteoporose hebben moet je blijven bewegen als het kan. Aandacht voor de voeding, dus ook als verpleegkundige weten waar ze zeg maar praktische adviezen kunnen vinden over producten waar calcium in zit.” (Verpleegkundige 1)

Naast een richtlijn noemen de geïnterviewden ook het belang van goede scholing voor verpleegkundigen en verzorgenden over osteoporose, zowel in de basisopleiding als in vervolgopleidingen. Duidelijke samenwerkingsafspraken is tevens een oplossingsrichting die door meerdere geïnterviewden worden aangekaart.

“In het algemeen is het denk ik zo dat tweede en eerste lijn, ook in dit ziektebeeld, dichter bij elkaar moeten gaan zitten. Die moeten elkaar op een efficiëntere manier de bal toespelen. Waarbij ik echt denk dat chronische zorg een verpleegkundige expertises is en in veel mindere mate bij een behandelaar thuis zou moeten horen.” (Verpleegkundige 2)

4 Expertbijeenkomst

4.1 Introductie

Om de resultaten van de voorgaande fase aan te vullen en om input te krijgen voor de concrete adviezen voor V&VN (zie volgende hoofdstuk), werd een expertbijeenkomst georganiseerd. In deze bijeenkomst participeerden praktiserende verpleegkundige en verzorgende professionals. Deze expertbijeenkomst was van belang om de volgende onderzoeksvragen nader te kunnen beantwoorden:

- *Lenen gesignaleerde knelpunten zich voor de ontwikkeling van een richtlijn of andere type (kwaliteits)instrumenten of producten?*
- *Indien een richtlijn dan wel (ook) andere typen instrumenten of producten geschikt zijn om de knelpunten te adresseren, welke uitgangsvragen of activiteiten zijn dan relevant voor het verdere traject?*

De deelnemers voor deze expertbijeenkomst zijn gericht geworven via relevante afdelingen van V&VN en het eigen (verpleegkundige) netwerk van de onderzoekers. In totaal namen negen praktiserende verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen of verzorgenden deel. Zij waren - verspreid over het land - werkzaam binnen de wijkverpleging of ziekenhuizen.

Gedurende de expertbijeenkomst werden de resultaten vanuit het vragenlijstonderzoek en de interviews gepresenteerd door de onderzoekers en was er daarna ruimte voor reflectie en discussie. De discussies van de expertbijeenkomst werden opgenomen, daarna uitgetypt en kwalitatief geanalyseerd.

4.2 Knelpunten ervaren en geprioriteerd door experts

De deelnemers aan de expertbijeenkomst herkennen de meest genoemde knelpunten uit het vragenlijstonderzoek, namelijk het ontbreken van een duidelijke richtlijn, weinig aandacht voor de preventie van osteoporose, weinig aandacht voor de gevolgen van osteoporose en onvoldoende kennis bij verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren over osteoporose en fractuurrisico. Zo noemen meerdere deelnemers het een gemis te vinden dat er geen richtlijn beschikbaar is vanuit het verpleegkundige en verzorgende perspectief.

“Voor de verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren is er nog geen takenset van: in het geval van osteoporose of een verhoogd fractuurrisico, moet je dat en dat doen”.

Gerelateerd aan de geringe aandacht voor osteoporose en fractuurrisico, ervaren de aanwezigen dat verpleegkundige en verzorgende professionals zich onvoldoende bewustzijn van hun eigen belangrijke rol in de zorg voor cliënten met osteoporose en fractuurrisico. Ook relateren de aanwezigen de geringe aandacht aan een kennistekort over osteoporose en fractuurrisico bij verpleegkundige en verzorgende professionals. Dit knelpunt kwam al eerder naar voren vanuit het vragenlijstonderzoek en interviews, evenals uit de internationale literatuurverkenning.

Aanvullend op het vragenlijstonderzoek geven aanwezige verpleegkundige en verzorgende professionals aan dat ook bij verpleegkundigen en verzorgende professionals die in het

vragenlijstonderzoek aangeven niet te maken te hebben met cliënten met osteoporose knelpunten spelen, zoals te weinig aandacht voor osteoporose en kennistekort over osteoporose. Aanwezigen noemen dat osteoporose een ziektebeeld is dat in alle zorgsectoren voorkomt, dus juist ook in de GGZ alhoewel het vragenlijstonderzoek dat minder laat zien.

Daarnaast geven aanwezige verpleegkundige en verzorgende professionals als knelpunt aan dat medicatietrouw vaak laag is onder mensen met osteoporose. Dit terwijl hier wel taken voor verpleegkundigen en verzorgenden liggen, bijvoorbeeld om voorlichting over de werking van medicatie te geven. Een kennistekort bij verpleegkundige en verzorgende professionals zelf over medicatie is daarbij ook een knelpunt.

“Dat valt onder kennis, denk ik. Weet je voldoende van die medicatie, wat het doel is van de medicatie, hoe ze het moeten innemen, hoe ze kunnen ondersteunen?”

Verder noemen de aanwezigen enkele knelpunten van organisatorische aard. Zij noemen de samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende zorgsectoren als knelpunt. Zo wordt geconstateerd dat het niet duidelijk is wie de begeleiding of monitoring overneemt nadat een cliënt met osteoporose na een fractuur uit het ziekenhuis wordt ontslagen. Een deelnemer geeft aan dat een vervolgtraject na ziekenhuisopname, zoals voor mensen met diabetes, hartfalen of longaandoeningen bestaat, ontbreekt bij mensen met osteoporose.

“Maar ja, buiten medicatie is er bij ons geen opvolging hè? Er zit geen verder vervolg op hè. Dat is wel een knelpunt.”

Een ander organisatorisch knelpunt dat de deelnemers noemen (en dat nog niet uit voorgaande fasen naar voren kwam) is het probleem van verschillende financieringsstelsels. Tijdens de bijeenkomst signaleert men dat het binnen de wijkverpleging lastig is om preventieve taken uit te voeren, aangezien deze taken niet onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) vallen, waar de wijkverpleging vanuit wordt gefinancierd, maar onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

“Het is eigenlijk heel raar dat preventie is weggetrokken van verpleegkundigen, in die zin, omdat we betaald worden door zorgverzekeraars”

Gevraagd naar wat de aanwezigen zien als belangrijkste knelpunten, worden gebrekkige voorlichting, over bijvoorbeeld goede voeding, voldoende beweging en medicatie(trouw) genoemd, naast hiaten in kennis, bijvoorbeeld kennis over de ziekte, preventieve maatregelen, medicatie en risicofactoren. Daarbij geven de aanwezigen aan dat deze onderwerpen nauw met elkaar verbonden zijn. Zo kan de voorlichting aan cliënten over bijvoorbeeld het belang van leefstijl (lichaamsbeweging, goede voeding), minder goed verlopen doordat een professional te weinig kennis heeft over de gevolgen daarvan voor osteoporose en fractuurrisico.

4.3 Reflecties over oplossingsrichtingen voor een vervolgtraject

Deelnemers aan de expertbijeenkomst herkennen en onderschrijven de oplossingsrichtingen die het meest genoemd zijn in het vragenlijstonderzoek: een richtlijn met adviezen over het handelen, meer bijscholing over osteoporose en duidelijke samenwerkingsafspraken met betrokken professionals.

De aanwezigen zijn duidelijk en stellig over dat er behoefte is aan een richtlijn specifiek voor verpleegkundige en verzorgende professionals over osteoporose en fractuurrisico. Zij vinden het wenselijk dat er naast de richtlijnen vanuit het medische domein ook een relevante richtlijn specifiek voor verpleging en verzorging komt. Daarbij geven aanwezigen aan dat het wenselijk is dat deze richtlijn sector-overstijgend is, zodat daarmee ook samenwerking tussen verpleegkundige en verzorgende professionals uit verschillende sectoren gefaciliteerd wordt.

“Ik zat me een beetje de patiënt journey voor te stellen en hoeveel verpleegkundigen je dan onderweg tegenkomt. (..) Ik denk dat er daar zoveel verschillende domeinen zitten dat het echt gewoon een specifieke ziektegerichte richtlijn zou mogen zijn, dat je dan al eigenlijk heel veel verschillende verpleegkundige domeinen bereikt daarmee.”

De deelnemers noemen ook dat in een eventuele richtlijn veel nadruk moet liggen op preventie en medicatietrouw. Ook het tijdig signaleren van (risico's voor) osteoporose moet aandacht krijgen. Wat betreft de ondersteuning bij mensen met osteoporose zijn leefstijl en valpreventie belangrijke onderwerpen, naast informatie over medicatie, aldus de aanwezigen. De onderwerpen die in het kader van de ontwikkeling van een richtlijn worden genoemd overlappen dus behoorlijk met de knelpunten/onderwerpen die deelnemers aan interviews of vragenlijstonderzoek het belangrijkste vinden (zie eerdere hoofdstukken).

Net als bij de knelpunten, hangen ook de genoemde oplossingsrichtingen sterk met elkaar samen. Zo noemen deelnemers dat een richtlijn pas echt resultaat zal hebben als degenen die deze moeten toepassen over voldoende kennis beschikken om dat te doen.

“Je kan wel een richtlijn maken, maar die kan je nooit goed implementeren als je geen kennis hebt. Dan gaat die gewoon niet of niet goed uitgevoerd worden.”

Daarnaast is het ook van belang dat hetgeen wat in de richtlijn staat in de praktijk wel uitvoerbaar is. Zolang bijvoorbeeld het organisatorische knelpunt van de schotten tussen financieringsstelsels (Zvw en Wmo) preventieve taken in de weg staan, is het voor beroepsbeoefenaren uit de wijkverpleging ook niet mogelijk om deze taken goed uit te voeren. De aanwezigen zien hier een taak weggelegd voor V&VN als beroepsvereniging om te lobbyen en het beleid aangaande het wegnemen van financiële schotten te beïnvloeden, zowel op gemeentelijk als landelijk niveau.

“We kunnen natuurlijk bezig zijn met kennis voor verpleegkundigen en ‘wat moet je doen aan preventie?’, maar ze moeten het ook wel handen en voeten kunnen geven. Waarom geef je kennis als ze er niks mee mogen doen?”

Tegelijkertijd klinkt tijdens de expertbijeenkomst het geluid dat, ondanks dat de oplossingsrichtingen met elkaar samenhangen, een richtlijn wel een eerste start zou kunnen zijn. Vervolgens is het voor de daadwerkelijke implementatie van de richtlijn wel van belang om de andere oplossingsrichtingen ook in te zetten.

“Het begint met een richtlijn. Wil je die goed implementeren, dan koppel je daar dus de kennisoverdracht aan en daarmee verhoog je kennisniveau. Vervolgens de samenwerkingsafspraken, dat is vaak ook iets wat een regionaal karakter heeft, die ook dus vanuit de uitvoerders van de zorg zouden kunnen komen, met kennis.”

5 Hoofdconclusies en adviezen

In dit afrondende hoofdstuk vatten we eerst de belangrijkste resultaten van de knelpuntenanalyse samen per onderzoeksvraag. Daarna volgen adviezen die voortvloeien uit de belangrijkste resultaten.

5.1 Conclusies per onderzoeksvraag

Hoe vaak hebben verpleegkundige en verzorgende professionals in hun dagelijks werk te maken met cliënten met osteoporose en verhoogd fractuurrisico?

Een derde van de respondenten geeft in het landelijke vragenlijstonderzoek aan dat zij dagelijks met deze cliëntengroep te maken hebben. Daarnaast geeft een derde aan dat zij af en toe met deze groep cliënten te maken hebben in hun werk. In de wijkverpleging en intramurale ouderenzorg komen verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren het meest in aanraking met deze cliëntengroep. Uit de literatuurverkenning en expertbijeenkomst blijkt wel dat osteoporose in alle zorgsectoren voorkomt, maar niet overal tijdig gesignaleerd en gediagnosticeerd wordt.

Bestaan er in de praktijk organisatorische of zorginhoudelijke knelpunten of kennistekorten aangaande de preventie, vroegsignalering of ondersteuning door verpleegkundige en verzorgende professionals bij mensen met osteoporose en verhoogd fractuurrisico?

In het vragenlijstonderzoek geeft een ruime meerderheid (66%) aan knelpunten te ervaren in de vroegsignalering van osteoporose en verhoogd fractuurrisico. In de wijkverpleging, intramurale ouderenzorg en huisartsenzorg ervaren de meeste respondenten knelpunten bij de vroegsignalering. Eén op de vijf (21%) geeft aan zelf onvoldoende kennis te hebben over signalen die kunnen wijzen op osteoporose of verhoogd fractuurrisico. Daarnaast blijkt zowel uit de internationale literatuurverkenning, het landelijke vragenlijstonderzoek als de kwalitatieve interviews dat er in de praktijk weinig aandacht is voor osteoporose en verhoogd fractuurrisico, bij zowel verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren zelf als bij andere betrokken (medische) professionals. Op de vraag in het vragenlijstonderzoek en de interviews welke knelpunten bij vroegsignalering prioriteit hebben om aangepakt te worden noemen verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren het meest het ontbreken van een duidelijke richtlijn of protocol. Ook het kennistekort en te weinig aandacht worden als prioriteit genoemd.

Wat betreft de preventie van osteoporose en het voorkomen van fracturen noemt ruim twee derde (69%) in het vragenlijstonderzoek knelpunten. In de wijkverpleging (77%) en huisartsenzorg (74%) ervaren verpleegkundige of verzorgende professionals het vaakst de knelpunten. Bijna een kwart (23%) van de respondenten uit het vragenlijstonderzoek vindt dat ze zelf te weinig kennis hebben over welke preventieve maatregelen zij kunnen toepassen. Het gebrek aan aandacht voor osteoporose (27%) wordt nog iets vaker als knelpunt genoemd dan het kennistekort. Uit de kwalitatieve interviews en de expertbijeenkomst blijkt dat bij de preventie ook organisatorische knelpunten een rol spelen. Zo blijkt dat preventieve taken binnen de wijkverpleging in het huidige stelsel niet of nauwelijks bekostigd kunnen worden, doordat wijkverpleging vanuit de Zvw wordt betaald, terwijl preventie onder de Wmo valt. Dit belemmert beroepsbeoefenaren in de uitvoering van preventieve taken.

Verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren zijn zowel in het vragenlijstonderzoek, de kwalitatieve interviews en de expertbijeenkomst gevraagd om knelpunten bij de preventie te prioriteren. Het gebrek aan aandacht voor preventieve maatregelen en kennis tekort over preventieve maatregelen worden in dat kader veel genoemd. In de expertbijeenkomst lichten de deelnemers toe dat gebrekkige voorlichting onder meer speelt als het gaat over het belang van goede voeding, voldoende beweging en medicatie (trouw). Ook hiaten in de kennis over de ziekte, preventieve maatregelen, medicatie en risicofactoren spelen daarbij een rol.

Naast knelpunten bij de vroegsignalering en preventie onderzochten we ook de knelpunten bij de *ondersteuning* van cliënten met osteoporose en verhoogd fractuurrisico. Hierbij geeft in het vragenlijstonderzoek een ruime meerderheid (67%) aan knelpunten te ervaren. Professionals in de wijkverpleging (73%) en huisartsenzorg (70%) ervaren ook bij de ondersteuning van mensen met osteoporose vaker knelpunten dan collega's uit andere sectoren.

Weinig aandacht lijkt er te zijn voor de gevolgen van osteoporose en verhoogd fractuurrisico. Een kwart (24%) van de respondenten in het vragenlijstonderzoek noemt dit knelpunt. Het ontbreken van een duidelijke richtlijn (24%) en onvoldoende kennis over op welke signalen gelet moet worden tijdens de ondersteuning (22%) worden bijna net zo vaak als knelpunt genoemd.

Daarnaast blijkt uit de interviews, expertbijeenkomst en internationale literatuurverkenning, dat medicatietrouw vaak laag is onder mensen met osteoporose.

Knelpunten die volgens de respondenten uit het vragenlijstonderzoek en deelnemers aan de interviews hoge prioriteit hebben om aangepakt te worden zijn tekorten aan kennis en aandacht voor osteoporose en fractuurrisico. Dit sluit aan bij de in de expertgroep geprioriteerde knelpunten: gebrekkige voorlichting over leefstijl (goede voeding, voldoende beweging) en hiaten in de kennis over de ziekte, preventieve maatregelen, medicatie en risicofactoren.

Lenen gesignaleerde knelpunten zich voor de ontwikkeling van een richtlijn of andere type (kwaliteits)instrumenten of producten?

Op vragen over welke oplossingsrichtingen geschikt zijn en prioriteit hebben om gesignaleerde knelpunten aan te pakken, worden zowel in het vragenlijstonderzoek als in de interviews een landelijke richtlijn voor verpleegkundige en verzorgende professional en meer bijscholing over osteoporose en fractuurrisico genoemd. Ook duidelijke samenwerkingsafspraken met andere professionals worden relatief vaak als oplossingsrichting genoemd. Deelnemers aan de expertbijeenkomst herkennen en onderschrijven deze oplossingsrichtingen ook, maar geven daarbij wel aan dat de oplossingsrichtingen sterk met elkaar samenhangen en los van elkaar niet effectief zullen zijn. Zo noemen zij dat een richtlijn pas resultaat heeft wanneer degenen die deze moeten toepassen zowel voldoende kennis, als ook de mogelijkheden hebben om uit te kunnen voeren wat in de richtlijn staat. Daarvoor moet ook het huidige financieringssysteem veranderen; de huidige schotten tussen Zvw en Wmo staan nu preventieve taken van professionals in de wijkverpleging in de weg.

5.2 Adviezen

Een laatste onderzoeksvraag in deze knelpuntenanalyse was:

Indien een richtlijn dan wel (ook) andere typen instrumenten of producten geschikt zijn om de knelpunten te adresseren, welke uitgangsvragen of activiteiten zijn dan relevant voor het verdere traject?

Vanuit de resultaten van de verschillende onderdelen van de knelpuntenanalyse lijkt de ontwikkeling van een richtlijn een geschikte stap voor een vervolgtraject. Veel van de knelpunten hebben immers te maken met kennishiaten en een richtlijn kan kennishiaten adresseren, mits goed geïmplementeerd. Bij de eventuele ontwikkeling van een richtlijn is het advies om te zorgen voor goede afstemming met het project 'Zinnige zorg voor patiënten met osteoporose' van het Zorginstituut en de daaraan gekoppelde plannen om (mogelijk) te komen tot de herziening van de medische richtlijnen over osteoporose. Mocht die herziening van die medische richtlijnen plaatsvinden, dan zou mogelijk daarbij voor een aanpalende module voor verpleegkundige en verzorgende professionals gekozen kunnen worden, in plaats van een geheel zelfstandige monodisciplinaire richtlijn. Kijkend naar de gesignaleerde knelpunten kunnen voorbeelden van uitgangsvragen voor een richtlijn ontwikkeltraject zijn:

- Welke instrumenten of methodes zijn geschikt en effectief voor verpleegkundige en verzorgende professionals voor de vroegsignalering van osteoporose bij cliënten?
- Wat zijn geschikte en effectieve preventieve maatregelen door verpleegkundige en verzorgende professionals voor het voorkomen van osteoporose en fracturen bij cliënten?
- Welke voorlichting van verpleegkundige of verzorgende professionals is geschikt en effectief om cliënten voorlichting te geven over osteoporose en fractuurrisico?
- Welke interventies door verpleegkundige of verzorgende professionals zijn geschikt en effectief voor het stimuleren van medicatietrouw bij cliënten met osteoporose en fractuurrisico?
- Wat is een goede verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen verpleegkundige en verzorgende professionals en andere betrokken disciplines bij deze cliëntengroep en hoe kunnen daar duidelijke samenwerkingsafspraken over gemaakt worden?

Ook bij deze mogelijke uitgangsvragen is het advies om hierin afstemming te zoeken met de ontwikkelingen rondom de (plannen) voor herziening van de medische richtlijnen over osteoporose.

Ontwikkeling van een richtlijn voor verpleegkundige en verzorgende professionals is echter nog geen garantie dat kennishiaten afnemen en uiteindelijk ook de zorg voor de cliëntengroep verbetert. Dat vraagt naast de ontwikkeling van een richtlijn ook om gerichte aandacht voor verspreiding en implementatie. Hierbij is bekend dat een combinatie van implementatiestrategieën vaak het meeste effectief is; bijvoorbeeld een combinatie van goede verspreiding (ook online) en (bij)scholing van professionals (Francke e.a., 2008). Bovendien beïnvloeden karakteristieken van een richtlijn zelf het daadwerkelijke gebruik. Bijvoorbeeld, gemakkelijk te begrijpen richtlijnen en aanvullende producten (zoals online infographics of samenvattingskaarten) kunnen helpen om een richtlijn ook daadwerkelijk te gebruiken en kennistekorten te verminderen. Een andere onderdeel kan ook een betere verspreiding van de reeds beschikbare voorlichtingsinformatie voor cliënten (zoals op thuisarts.nl) zijn.

Ten slotte kunnen organisatorische kenmerken de implementatie van richtlijnen beïnvloeden. Bijvoorbeeld, onduidelijkheid in taken of ontbreken van samenwerkingsafspraken, of niet passende wettelijke kaders kunnen goed gebruik van een richtlijn in de weg staan. Uit de knelpuntenanalyse kwamen ook dergelijke organisatorische knelpunten naar voren. Die zullen dus ook aangepakt moeten worden om de zorg voor cliënten met osteoporose en fractuurrisico te verbeteren. Knelpunten in samenwerking en/of onduidelijke taakverdeling werden in alle onderdelen van de knelpuntenanalyse genoemd. Die samenwerkingsafspraken en taakverdelingen moeten ook samenhangen met de inhoud. Dat vraagt om aandacht voor volgorde: eerst moet er meer kennis komen over de inhoud van de zorg (effectieve en geschikte interventies) voor mensen met osteoporose en fractuurrisico. Het gaat er bij samenwerkingsafspraken en rolverdelingen ook om dat

professionals weten welke interventies uitgevoerd moeten worden en wie die interventies dan moeten uitvoeren.

Vooraf aanwezig bij de expertbijeenkomst wezen ook op wettelijke belemmeringen (schotten tussen financieringsstelsels), waardoor preventie van osteoporose vooral in de wijkverpleging wordt belemmerd. Ook dergelijke knelpunten zullen aangepakt moeten worden, wat voor een deel ook via beleidsbeïnvloeding (door onder meer V&VN) zal moeten gebeuren.

Echter, de ontwikkeling van een landelijke richtlijn voor verpleegkundige en verzorgende professionals kan wel een eerste stap zijn richting verder verbetering van de zorg aan cliënten met (risico op) osteoporose en verhoogd fractuurrisico.

Samengevat komen we tot de volgende concrete adviezen die in eerste plaats voor V&VN en ZonMw van belang kunnen zijn:

- Investeer in de ontwikkeling van een richtlijn over verpleging en verzorging bij cliënten met osteoporose en fractuurrisico. Zorg hierbij voor afstemming met de ontwikkelingen binnen het project 'Zinnige zorg voor patiënten met osteoporose' en de herziening van de medische richtlijnen.
- Investeer ook in effectieve implementatie en kies daarbij voor een combinatie van implementatiestrategieën, waarbij onder meer aandacht is voor (bij)scholing, multidisciplinaire samenwerkingsafspraken en het gebruik van toegankelijke aanvullende producten (zoals infographics en samenvattingskaarten).
- Beïnvloed het beleid, zodat schotten in financieringsstelsels verminderen en de preventieve rol van met name professionals in de wijkverpleging kan verbeteren.

Referenties

- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*; 3(2):77-101.
- Claesson, A., Toth-Pal, E., Piispanen, P. & Salminen, H. (2015). District nurses' perceptions of osteoporosis management: a qualitative study. *Osteoporosis International*; 26(7): 1911-1918
- Casentini, C., Chiaramonti, G., Amedei, A., Cioppi, F., Falchetti, A., Masi, L. & Brandi, M.L. (2011). The bone care nurse project. *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism*; 8(1): 63-65.
- Chow, S. (2017). Nurse Practitioner Fracture Liaison Role: a concept analysis. *Orthopaedic Nursing*; 36(6): 385-391.
- Drew, S., Judge, A., May, C., Farmer, A., Cooper, C., Kassim Javaid, M., Goberman-Hill, R. & The REFReSH study group. (2015). Implementation of secondary fracture prevention services after hip fracture: a qualitative study using extended Normalization Process Theory. *Implementation Science*; 10: 57.
- Francke, A.L., Smit, M.C., Veer, A.J.E. de & Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*; 8:38
- Fourie, H., Floyd, S. & Marshall, B. (2015). Exploring New Zealand orthopaedic nurses' knowledge of osteoporosis. *Orthopaedic Nursing*; 34(1): 29-35.
- Forster-Burke, D., Ritter, L. & Zimmer, S. (2010). Collaboration of a model osteoporosis prevention and management program in a faith community. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*; 39(2): 212-219.
- Fraser, M. (2014). Using nurse-led liaison to prevent further fractures. *Nursing Times*; 110(27): 12-14.
- <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/osteoporose/cijfers-context/huidige-situatie#!node-aantal-personen-met-osteoporose-de-huisartsenpraktijk>. Geraadpleegd op 28 mei 2019.
- <https://osteoporosevereniging.nl/osteoporose/wat-is-osteoporose/>. Geraadpleegd op 28 mei 2019.
- International Osteoporosis Foundation (IOF). (2016). Gaps and solutions in bone health: A global framework for improvement. Geraadpleegd op 28 maart 2019, via: <http://share.iofbonehealth.org/WOD/2016/thematic-report/WOD16-report-WEB-EN.pdf>
- Koninkrijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). (2011). KNGF-richtlijn Osteoporose: Praktijkrichtlijn. Geraadpleegd op 3 december 2018, via: <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/KNGF-richtlijn%20Osteoporose/KwaliteitsstandaardenDocumenten/Praktijkrichtlijn.pdf>
- Kaasalainen, S., Papaioannou, A., Burgess, J & Van der Horst, M. (2015). Exploring the nurse practitioner role in managing fractures in long-term care. *Clinical Nursing Research*; 24(6): 567-588.
- Lau, A. N., Ioannidis, G., Potts, Y., Giangregorio, L.M., Van der Horst, M., Adachi, J.D. & Papaioannou, A. (2010). What are the beliefs, attitudes and practices of front-line staff in long-term care (LTC) facilities related to osteoporosis awareness, management and fracture prevention? *BMC Geriatrics*; 10: 73.

- Majumdar, S.R., Johnson, J.A., Bellerose, D., McAlister, F.A., Russell, A.S., Hanley, D.A., Garg, S., Lier, D.A., Maksymowych, W.P., Morrish, D.W. & Rowe, B.H. (2011). Nurse case-manager vs multifaceted intervention to improve quality of osteoporosis care after wrist fracture: randomized controlled pilot study. *Osteoporosis International*; 22(1): 223-230.
- Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR). (2011). Richtlijn Osteoporose en Fractuurpreventie, derde herziening. Geraadpleegd op 3 december 2018, via: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/osteoporose-en-fractuurpreventie.pdf
- Park, C.H., Lee, Y.K. & Koo, K.H. (2017). Knowledge on Osteoporosis among Nurses. *Journal of Bone Metabolism*; 24(2): 111-115.
- Rice, P., Mehan, U., Hamilton, C. & Kim, S. (2014). Screening, assessment, and treatment of osteoporosis for the nurse practitioner: key questions and answers for clinical practice--a Canadian perspective. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*; 26(7): 378-385.
- Taylor, A., Kralik, D. & Porritt, K. (2012). The Experience and Effectiveness of Nurse Practitioners in Orthopaedic Settings: A Comprehensive Systematic Review. *JBIC Library of Systematic Reviews*; 10(42 Suppl): 1-22
- Xu, T., Ma, L., Yi, L., Lian, J., Wang, Y., Cao, H. & Song, G. (2015). Research Status and Competence of Clinical Nursing Specialist and Construction on Core Competence Model for Osteoporosis Specialized Nurse in Mainland China. *International Journal of Caring Sciences*; 8(1): 152-163.
- Zhang, R.F. & Chandran, M. (2011). Knowledge of osteoporosis and its related risk factors among nursing professionals. *Singapore Medical Journal*; 52(3): 158-162.
- Zhang, Y.P., Li, X.M., Wang, D.L., Guo, X.Y. & Guo, X. (2012). Evaluation of educational program on osteoporosis awareness and prevention among nurse students in China. *Nursing and Health Sciences*; 14(1): 74-80.
- Zorginstituut Nederland (2018). Verslag eerste bijeenkomst verdiepingsfase Zinnige Zorg – Osteoporose 6 november 2018. Geraadpleegd op 5 februari 2019, via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/stofwisseling-en-hormoonhuishouding/zinnige-zorg-voor-patienten-met-osteoporose-verdiepingsfase>

Bijlage A Methoden literatuurverkenning

Hoofdstuk twee geeft een overzicht van relevante literatuur op het gebied van knelpunten in de preventie, vroegsignalering en ondersteuning van mensen met osteoporose en fractuurrisico. Deze bijlage geeft meer inzicht in de gebruikte methoden.

Zoek methode

De onderzoekers zochten in de databases PubMed en CINAHL en in Google Scholar naar wetenschappelijke publicaties over knelpunten in de preventie, vroegsignalering en ondersteuning van mensen met osteoporose, met daarbij specifieke aandacht voor de rol van verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren.

Gezocht is naar publicaties vanaf 2010 tot 5 december 2018 met de beperking tot empirische artikelen met een beschikbaar abstract. Dit leverde in PubMed 364 referenties en in CINAHL 110 referenties, dus in totaal 474 referenties op. Na het verwijderen van 55 duplicaten bleven 419 publicaties over. Searches met 'Google Scholar' en 'Google' leverden geen aanvullende referenties op.

Gebruikte zoekstrategieën	
PubMed	((((((((((osteoporosis[Mesh]) OR osteoporoso*[Title/Abstract]) OR bone loss[Title/Abstract]) OR bone fracture[Title/Abstract]) OR Fractures, Bone[Mesh]) OR bone density[Title/Abstract]) OR Bone Density[Mesh]) OR bone mineral density[Title/Abstract]))) AND nurse*[Title/Abstract]
CINAHL	TX osteoporosis AND TX nurse
Google Scholar	((((((((((osteoporosis) OR osteoporoso*[Title/Abstract]) OR bone loss[Title/Abstract]) OR bone fracture[Title/Abstract]) OR Fractured, Bone) OR bone density[Title/Abstract]) OR Bone Density) OR bone mineral density[Title/Abstract]) AND nurse)

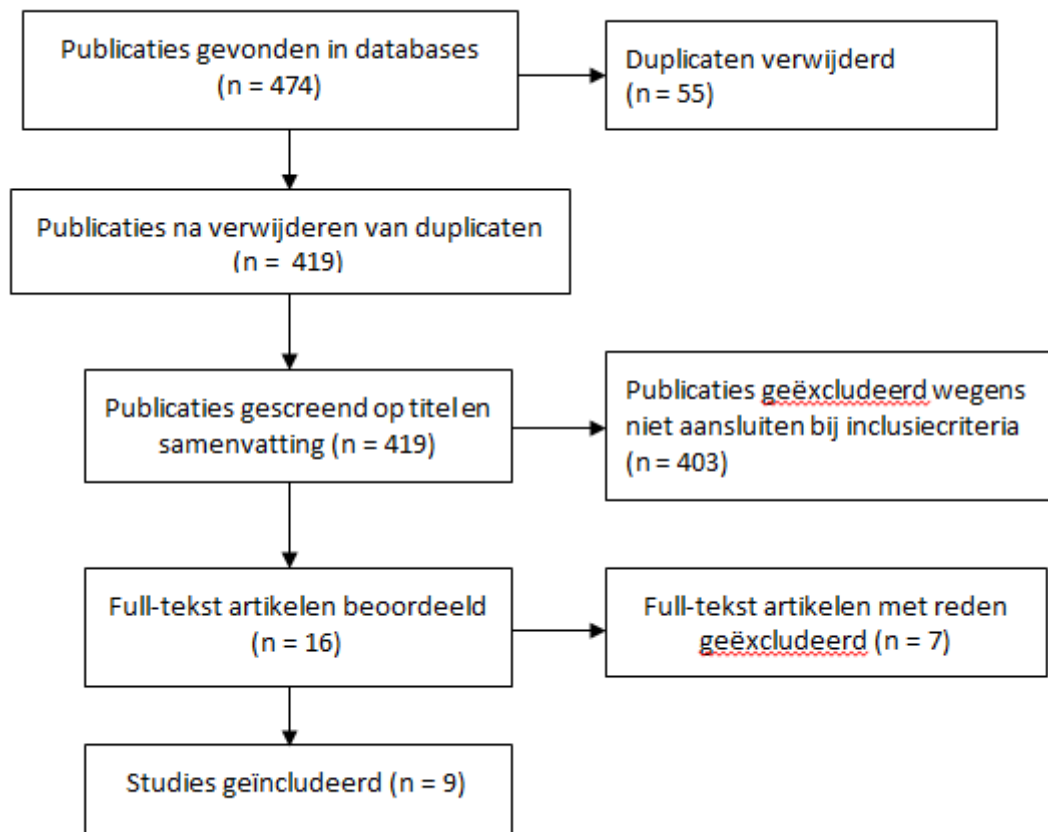
Google (English)	((((((((((osteoporosis) OR osteoporoso*[Title/Abstract]) OR bone loss[Title/Abstract]) OR bone fracture[Title/Abstract]) OR bone density[Title/Abstract]) OR Bone Density) OR bone mineral density[Title/Abstract]) AND nurse AND Dutch)
Google (Dutch)	((((((((((osteoporose) OR osteoporoso*[Title/Abstract]) OR botverlies [Title/Abstract]) OF botbreuk [Title/Abstract]) OF botdichtheid [Title/Abstract]) OF Bot Dichtheid) OF botdichtheid [Title/Abstract]) EN verpleegk* EN Nederland*)

De 419 referenties werden door één onderzoeker (KdG) eerst globaal beoordeeld op titel en samenvatting. Na beoordeling van een tweede onafhankelijk werkende onderzoeker (WV) van de titels en samenvattingen van de referenties, kwamen zestien publicaties in aanmerking voor 'volledige tekst' beoordeling, omdat zij leken te voldoen aan de volgende inclusiecriteria:

- betreft een publicatie expliciet over knelpunten in de preventie, vroegsignalering of ondersteuning van mensen met osteoporose, en
- die knelpunten worden gerelateerd aan rollen/taken van verpleegkundige en/of verzorgende professionals, en
- betreft empirisch kwalitatief, kwantitatief of mixed-method onderzoek of een systematische literatuurstudie, en
- is gepubliceerd in of na 2010, en
- is gepubliceerd in het Engels of Nederlands.

Op basis van de beoordeling aan de hand van de inclusiecriteria van de volledige teksten van die zeventien publicaties, vielen er nog eens zeven af. Die zeven publicaties bleken namelijk niet te gaan over onderzoek naar knelpunten gerelateerd aan het werk van verpleegkundige en/of verzorgende professionals (Casentini et al, 2011; Chow, 2017; Forster-Burke e.a., 2010; Fraser, 2014; Majumdar e.a., 2010; Taylor e.a., 2012; Xu e.a., 2015).

Uiteindelijk beleven er dus negen publicaties over. Zie figuur A.1 voor de verschillende stappen en resultaten van het selectieproces.



Figuur A.1 Flow diagram.

Overzichtstabellen

Tabel A.1 Schematisch overzicht van methoden en resultaten van de geïncludeerde studies

Auteurs/titel/jaar	Setting en land van onderzoek	Soort studie	Welke professionals in steekproef	Knelpunten in het handelen van verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren		Kennistekorten en organisatorische knelpunten
				Preventie en vroeg-signalering*	Ondersteuning/ behandeling	
Claesson e.a. District nurses' perceptions of osteoporosis management: a qualitative study. 2015	Wijkzorg in Stockholm, Zweden	Semigestructureerde focusgroep interviews met wijkverpleegkundigen	Wijkverpleegkundigen	Problemen bij preventie en vroeg-signalering door gebrek aan kennis en onduidelijke verantwoordelijkheid bij het osteoporose-management	Belemmerend bij osteoporose-management: er is onder behandeling van osteoporose door 1. gebrek aan kennis over diagnose en diagnose-instrumenten voor fractuurrisico's 2. ontoereikende procedures, tijdgebrek en lage prioriteit van de ziekte 3. onduidelijke verantwoordelijkheid voor osteoporose-management;	Gebrek aan kennis over: - de aandoening, - bot specifieke medicatie, - hulpmiddelen - over diagnose en diagnose-instrumenten voor fractuurrisico's

- tabel A.1 wordt vervolgd -

Auteurs/titel/jaar	Setting en land van onderzoek	Soort studie	Welke professionals in steekproef	Knelpunten in het handelen van verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren		Kennistekorten en organisatorische knelpunten
				Preventie en vroeg-signalering*	Ondersteuning/ behandeling	
Drew e.a.. Implementation of secondary fracture prevention services after hip fracture: a qualitative study using extended Normalization Process Theory. 2015	Ziekenhuizen in Engeland: zorgprofessionals van alle 11 Acute NHS Trusts in een regio in Engeland die voldeden aan de criteria van werken in de 2e lijns zorg en met ervaring en kennis van secundaire fractuurpreventie na een heupfractuur	Face to face interviews	Fractuur-preventie verpleegkundigen, maar ook andere zorg-professionals als orthopedische geriaters en zorg-managers	Belemmeringen bij implementatie van secundaire fractuur-preventie: ongelijkheden in aandacht voor patiënten, apparatuur en patiënt-toegang		
Fourie e.a Exploring New Zealand Orthopaedic Nurses' Knowledge of Osteoporosis. 2015	Ziekenhuis en polikliniek in Nieuw-Zeeland	Vragenlijst-onderzoek: web-based questionnaire; kwantitatieve analyse van de kennis-component, kwalitatieve analyse van de perceptie van verpleegkundigen over hun rol, hun ervaren belemmeringen en hun opleidings-voorkeuren	Verpleegkundigen orthopedie	onduidelijke verantwoordelijkheid in de preventie van osteoporose en het lijkt dat verpleegkundigen hierin een passieve rol spelen	Belemmerend voor het begeleiden en ondersteunen van patiënten met osteoporose: - onvoldoende kennis - inconsistent naleven van aanbevelingen voor osteoporose-management	Onvoldoende kennis van osteoporose en niet voldoende kennis om patiënten de nodige voorlichting te geven

Auteurs/ titel/jaar)	Setting en land van onderzoek	Soort studie	Welke professionals in steekproef	Knelpunten in het handelen van verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren		Kennistekorten en organisatorische knelpunten
				Preventie en vroeg-signalering*	Ondersteuning/ behandeling	
Kaasalainen e.a. Exploring the Nurse Practitioner Role in Managing Fractures in Long-Term Care. 2016	Langdurige zorg instelling (long term care home) in Hamilton, Canada	Mixed methods studie:a cross-sectional survey followed by qualitative interviews	nurse practitioners (verpleegkundig specialisten)	<ul style="list-style-type: none"> - Gebrek aan personeel - gebrek aan tijdige toegang tot diagnostische diensten - gebrek aan opleiding en training voor verplegend personeel om mogelijke fracturen te herkennen, pijn effectief te beheren en valrisico te verminderen; - therapietrouw van de patiënt bij het innemen van medicijnen 	<ul style="list-style-type: none"> - beperkte toegang tot diagnostische diensten (bijv. botdichtheids-meting, röntgenonderzoek) - tekort aan verplegend personeel om bewoners effectief te controleren op pijn; - gebrek aan opleiding en training voor verplegend personeel om mogelijke fracturen te herkennen, pijn effectief te beheren en valrisico te verminderen; - therapietrouw van de patiënt bij het innemen van medicijnen 	Gebrek aan personeel en gebrek aan tijdige toegang tot diagnostische diensten in de LZ- gebrek aan opleiding en training voor verplegend personeel om mogelijke fracturen te herkennen, pijn effectief te beheren en valrisico te verminderen;

- tabel A 1 wordt vervolgd -

Auteurs/ titel/jaar)	Setting en land van onderzoek	Soort studie	Welke professionals in steekproef	Knelpunten in het handelen van verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren		Kennistekorten en organisatorische knelpunten
				Preventie en vroeg-signalering*	Ondersteuning/ behandeling	
Lau e.a.. What are the beliefs, attitudes and practices of front-line staff in long-term care (LTC) facilities related to osteoporosis awareness, management and fracture prevention? 2010	Langdurige zorg instelling (long term care home) in Hamilton, Canada	Vragenlijst-onderzoek	Verpleegkundigen en personal support workers (PSWs)	Kennistekort is problematisch bij secundaire en tertiaire fractuur-preventie		Kennistekort bij de juiste toediening van bifosfonaat-therapie; deze is niet optimaal waardoor de medicatie niet effectief is en kans op fracturen stijgt
Park e.a. Knowledge on Osteoporosis among Nurses. 2017	Verpleegkundigen bij een symposium over het bewegingsapparaat in Seongnam, Zuid-Korea; de overgrote meerderheid (89%) werkte in een 3e lijns doorverwijzingskliniek	Vragenlijst-onderzoek: descriptive self-reported questionnaire survey: de aangepaste Feiten over Osteoporose Quiz (FOOQ)	Verpleegkundigen	problematische preventie door kennistekort	problematische ondersteuning van osteoporose patiënten door kennistekort	Kennis is onvoldoende bij verpleegkundigen over de relatie tussen calcium-intake, beweging en gewicht vd patiënt in relatie tot osteoporose en dat heeft zijn effect op voorlichting en ondersteuning van osteoporose-patiënten

- tabel A 1 wordt vervolgd -

Auteurs/ titel/jaar)	Setting en land van onderzoek	Soort studie	Welke professionals in steekproef	Knelpunten in het handelen van verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren		Kennistekorten en organisatorische knelpunten
				Preventie en vroeg-signalering*	Ondersteuning/ behandeling	
Rice e.a. Screening assessment and treatment of osteoporosis for the nurse practitioner: Key questions and answers for clinical practice - A Canadian perspective. 2014	Huisartsen-praktijksetting in Canada	Casestudy (a case-based approach)	Verpleegkundig specialisten	identificatie, risicostratificatie en behandeling van patiënten met een risico op osteoporose en fracturen	Zorgkloof omdat screening, diagnose en behandeling van osteoporose achterblijft in vergelijking met andere chronische ziekten	Zorgkloof omdat screening, diagnose en behandeling van osteoporose achterblijft in vergelijking met andere chronische ziekten
Zhang e.a Knowledge of osteoporosis and its related risk factors among nursing professionals. 2011	3e lijns ziekenhuis/ polikliniek/ revalidatie-kliniek in Singapore	Feiten over Osteoporose Quiz (FOOQ)	Verpleegkundigen			kennis van osteoporose onder verpleegkundigen in Singapore is mogelijk onvoldoende. Meer osteoporose opleidingsprogramma's voor verpleegkundigen zijn vereist.

- tabel A 1 wordt vervolgd -

Auteurs/ titel/jaar)	Setting en land van onderzoek	Soort studie	Welke professionals in steekproef	Knelpunten in het handelen van verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren		Kennistekorten en organisatorische knelpunten
				Preventie en vroeg-signalering*	Ondersteuning/ behandeling	
Zhang e.a.. Evaluation of educational program on osteoporosis awareness and prevention among nurse students in China. 2012	Verpleegkunde opleiding: beoordeling van opleidingsprogramma voor osteoporose in representatieve stad in de provincie Shaanxi in het noordwesten van China	Quasi-experimenteel vragenlijst-onderzoek (1 groep met pre-test vóór osteoporose-programma en post-test erna)	Vrouwelijke etnische Han-Chinese verpleeg-kunde-studenten voordat ze aan hun 1-jarige klinische verpleegkunde stage beginnen		Kennis is ontoereikend om adequate ondersteuning aan patiënten met osteoporose te geven	De osteoporose kennis van de verpleegkunde-studenten is ernstig ontoereikend voor het leveren van klinische zorg en algemene gezondheid bevorderende zorg; degenen die het opleidingsprogramma voor osteoporose volgden, waren beter voorbereid om osteoporose te voorkomen en te managen

*Preventie bij osteoporose is te onderscheiden in:

Primaire preventie (=preventie van osteoporose)

Secundaire preventie (=preventie van fracturen bij patiënten met osteoporose=voorkomen van secundaire fracturen)

Tertiaire preventie (=voorkomen dat osteoporose patiënten met een fractuur een volgende fractuur krijgen)

Bijlage B Methoden vragenlijstonderzoek

Hoofdstuk drie beschrijft onder meer de resultaten van een online vragenlijstonderzoek dat in januari/februari 2019 is gehouden onder de deelnemers van het Nivel Panel Verpleging & Verzorging. De paneldeelnemers werken allen in de directe cliëntenzorg en worden regelmatig ondervraagd over beroepsinhoudelijke onderwerpen.

Ontwikkeling vragenlijst

De vragenlijst is opgesteld uitgaande van de eerste, tweede en derde onderzoeksvraag. Hierbij is gekeken naar relevante, grijze literatuur vanuit de literatuurverkenning. Daarnaast is uit de kwalitatieve interviews met zorgprofessionals en cliënten input voor de vragenlijst gehaald. De conceptversie van de vragenlijst is voorgelegd aan de leden van het onderzoeksteam. Aanvullingen van deze deskundigen werden verwerkt in de vragenlijst.

Vervolgens is er een pilot georganiseerd om de vragenlijst te testen op begrijpelijkheid. Via relevante afdelingen van V&VN werd aan leden gevraagd of zij wilden mee werken aan deze pilot. Daarnaast werden verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren benaderd vanuit het eigen netwerk van het onderzoeksteam. De pilot groep bestond uit vier verpleegkundig specialisten en één verpleegkundige werkzaam in het ziekenhuis, één verpleegkundige en twee verzorgenden werkzaam in de wijkverpleging en twee praktijkondersteuners werkzaam in de huisartsenzorg. De pilot groep werd gevraagd om de vragenlijst in te vullen en een aantal evaluatievragen in te vullen over de begrijpelijkheid en relevantie van de vragen en de volledigheid van de antwoordmogelijkheden. Aan de hand van de pilot werd de vragenlijst nogmaals aangepast en definitief gemaakt.

Dataverzameling

De vragenlijst werd via e-mail verstuurd naar 2269 paneldeelnemers. Een aantal deelnemers was onterecht benaderd om verschillende redenen (verkeerde e-mail n=3, werkt niet meer in de zorgsector n=14 of behoort niet tot de doelgroep van het onderzoek n=9). Van de overige paneldeelnemers vullen er 829 de vragenlijst in (netto respons: 37%). Dit percentage is waarschijnlijk een onderschatting van de werkelijke respons, omdat een deel van de deelnemers die niet hebben gereageerd niet tot de doelgroep hoorde en dus onterecht benaderd was.

Paneldeelnemers die nog niet gereageerd hadden ontvingen na respectievelijk één en twee weken via e-mail een herinnering.

Respondenten

Het grootste deel van de analyses en resultaten van het vragenlijstonderzoek gaat over de 581 verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren die in hun werk te maken hebben met cliënten met osteoporose en verhoogd fractuurrisico. De kenmerken van deze respondenten zijn zichtbaar in de tabellen B.1 en B.2.

Tabel B.1 Kenmerken respondenten die te maken hebben met cliënten met osteoporose en verhoogd fractuurrisico

Kenmerken (in %)	N=581
Geslacht:	
Man	6,2
Vrouw	93,8
Gemiddelde leeftijd	50,7
Leeftijd:	
35 jaar en jonger	11,2
36 t/m 45 jaar	12,2
46 t/m 55 jaar	40,3
56 jaar en ouder	36,3
Zorgsector:	
algemeen ziekenhuis (Alg. ZKH)	11,0
academisch ziekenhuis (Acad. ZKH)	2,6
geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	2,4
zorg voor mensen met een (verstandelijke) beperking (GZ)	2,8
wijkverpleging (WV)	41,0
huisartsenzorg (HA)	17,2
intramurale ouderenzorg (IO)	23,1
Opleidingsniveau:	
hbo/hbo+-opgeleide verpleegkundige	37,7
mbo-opgeleide verpleegkundige	34,1
verzorgende	28,2

Tabel B.2 Verdeling opleidingsniveaus van respondenten naar zorgsectoren

Zorgsectoren (in %)*	verz (n=164)	mbo-vpk (n=198)	hbo-vpk (n=219)	totaal (n=581)
algemeen ziekenhuis	0	19,7	11,4	11,0
academisch ziekenhuis	0	4,6	2,7	2,6
GGZ	0,6	4,6	1,8	2,4
zorg voor mensen met een (verstandelijke) beperking	0	7,1	0,9	2,8
wijkverpleging	45,7	35,9	42,0	41,0
huisartsenzorg	0,6	10,6	35,6	17,2
intramurale ouderenzorg	53,1	17,7	5,5	23,1

* De gevonden verschillen zijn statistisch significant ($p < 0,05$)

De onderzoeksgroep verschilde in opleidingsniveau en verspreiding over de zorgsectoren van de landelijke verdeling van alle verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren in Nederland. Bij de analyses voor figuur 3.1 is voor dit verschil gecorrigeerd door het toepassen van een weegfactor. De volgende tabel geeft de gegevens gebruikt voor de berekening van de weegfactor weer (tabel B.3).

Tabel B.3 Geschatte populatiecijfers over omvang zorgsectoren voor de berekening van de weegfactor

Sector	Opleidingsniveau	Populatie (schatting) ¹	Onderzoeksgroep	Weegfactor		
ziekenhuizen	<u>Algemeen</u>					
	hbo-vpk	24.414	24,7%	52	32,9%	1,038
	mbo-vpk	56.055	56,8%	70	44,3%	1,770
	<u>UMC</u>					
	hbo-vpk	7.912	8,0%	19	12,0%	0,920
	mbo-vpk	10.334	10,5%	17	10,8%	1,344
GGZ	hbo-vpk	8.155	41,7%	43	54,4%	0,419
	mbo-vpk	11.417	58,3%	36	45,6%	0,701
	onbekend/anders			1		0
zorg voor mensen met een (verstandelijke) beperking	hbo-vpk	4.786	18,3%	3	10,3%	3,526
	mbo-vpk	21.368	81,7%	26	89,7%	1,817
	onbekend/anders			1		0
wijkverpleging	hbo-vpk	14.721	16,5%	106	39,0%	0,307
	mbo-vpk	19.498	21,8%	82	30,1%	0,526
	verzorgende	55.146	61,7%	84	30,9%	1,451
intramurale ouderenzorg	hbo-vpk	6.700	4,9%	15	9,7%	0,987
	mbo-vpk	28.715	21,1%	39	25,2%	1,627
	verzorgende	100.820	74,0%	101	65,1%	2,206
huisartsenzorg	hbo-vpk	2.594	51,6%	106	80,3%	0,054
	mbo-vpk	2.432	48,4%	26	19,7%	0,207
	onbekend/anders			2		0

¹Bron populatiecijfers: www.azwinfo.nl. Tabellenfunctie gedownload op 5 maart 2019, gegevens afkomstig uit 2017

Analyses

Met het statistisch programma STATA versie 15, zijn beschrijvende analyses uitgevoerd. Verschillen tussen verpleegkundige en verzorgende professionals uit verschillende zorgsectoren zijn getoetst met chi-kwadraattoetsen (significant als $p < 0,05$) en de uitkomsten zijn weergegeven in tabellen. Verschillen tussen respondenten met verschillende opleidingsniveaus zijn exploratief getoetst en zijn alleen beschreven in de tekst wanneer er sprake was van statistisch significante verschillen ($p < 0,05$). De volgende tabellen (tabel B.4 t/m B.7) laten uitkomsten van aanvullende analyses zien waar in de tekst naar verwezen is.

Tabel B.4 Ervaren knelpunten in de vroegsignalering van osteoporose en verhoogd fractuurrisico, binnen de wijkverpleging¹

Knelpunten bij vroegsignalering binnen de wijkverpleging (in %)	verz (n=73)	mbo-vpk (n=68)	hbo-vpk (n=87)	totaal (n=228)
geen duidelijk richtlijn of protocol beschikbaar*	30,1	36,8	52,9	40,8
weinig aandacht bij verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren voor osteoporose als mogelijke oorzaak van een fractuur*	17,8	30,9	36,8	29,0
lastig om cliënten te motiveren voor onderzoek naar osteoporose*	4,1	17,7	11,5	11,0
geen ervaren knelpunten, want signaleren van osteoporose en verhoogd fractuurrisico gaat goed*	31,5	20,6	10,3	20,2

¹ Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

* De gevonden verschillen bij deze antwoordcategorie zijn significant ($p < 0,05$)

Tabel B.5 *Ervaren knelpunten in de vroegsignalering van osteoporose en verhoogd fractuurrisico, binnen de huisartsenzorg¹*

Knelpunten bij vroegsignalering binnen de huisartsenzorg (in %)	verz (n=1)	mbo-vpk (n=20)	hbo-vpk (n=77)	totaal (n=98)
geen ervaren knelpunten, want signaleren van osteoporose en verhoogd fractuurrisico gaat goed*	0	45,0	14,3	20,6

¹ Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

* De gevonden verschillen bij deze antwoordcategorie zijn significant (p<0,05)

Tabel B.6 *Ervaren knelpunten in de preventie van osteoporose en het voorkomen van fracturen, binnen de wijkverpleging¹*

Knelpunten bij preventie binnen de wijkverpleging (in %)	verz (n=71)	mbo-vpk (n=63)	hbo-vpk (n=87)	totaal (n=215)
geen duidelijke samenwerkingsafspraken met ander professionals over de preventie van osteoporose en het voorkomen van fracturen*	9,9	19,1	28,4	19,5
geen ervaren knelpunten, want de preventie van osteoporose en het voorkomen van fracturen gaat goed*	25,4	17,5	8,6	16,7

¹ Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

* De gevonden verschillen bij deze antwoordcategorie zijn significant (p<0,05)

Tabel B.7 *Ervaren knelpunten in de ondersteuning van cliënten met osteoporose en verhoogd fractuurrisico, binnen de wijkverpleging¹*

Knelpunten bij ondersteuning binnen de wijkverpleging (in %)	verz (n=66)	mbo-vpk (n=63)	hbo-vpk (n=78)	totaal (n=207)
weinig aandacht bij verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren voor de gevolgen van osteoporose en verhoogd fractuurrisico bij de ondersteuning van cliënten*	15,2	33,3	32,1	27,1
overdracht tussen zorgsectoren verloopt niet goed*	12,1	4,8	21,8	13,5
geen ervaren knelpunten, want de ondersteuning van cliënten gaat goed*	36,4	22,2	10,3	22,2

¹ Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

* De gevonden verschillen bij deze antwoordcategorie zijn significant (p<0,05)

Bijlage C Methoden kwalitatieve interviews

Hoofdstuk drie beschrijft onder meer de uitkomsten van de kwalitatieve interviews met verpleegkundigen, verzorgenden, cliënten, huisartsen en fysiotherapeuten. Deze zijn gehouden als input voor de ontwikkeling van de vragenlijst. Daarnaast zijn de interviews ook gebruikt ter verdieping en aanvulling op de inzichten uit de literatuurverkenning en het vragenlijstonderzoek.

Werving

De deelnemers voor de interviews zijn gericht geworven. De verpleegkundige en verzorgende professionals zijn geworven via relevante afdelingen van V&VN en het verpleegkundig netwerk van de onderzoekers. Via de osteoporosevereniging zijn cliënten en een fysiotherapeut zijn geworven. Een adviseur betrokken bij dit onderzoek heeft de huisartsen en een fysiotherapeut geworven. Zodra deelnemers aangaven interesse te hebben om aan een interview deel te nemen ontvingen zij een aanvullende informatie en verzoek om schriftelijk of mondeling toestemming te geven voor deelname.

Deelnemers

Voor dit onderzoek zijn acht professionals geïnterviewd in een tijdsspanne van december 2018 tot februari 2019. Er zijn interviews gehouden met een verpleegkundig specialist en een verpleegkundige werkzaam in het ziekenhuis, een verzorgende werkzaam in de wijkverpleging en een praktijkondersteuner uit een huisartsenpraktijk. Daarnaast werden twee huisartsen en twee fysiotherapeuten geïnterviewd. Eén fysiotherapeut was werkzaam in verpleeghuizen en de tweede was werkzaam in een eerstelijnspraktijk.

Naast de professional zijn in dezelfde tijdsspanne ook drie cliënten met osteoporose geïnterviewd. Dit waren twee vrouwen en één man.

Uitvoering

De interviews vonden telefonisch of face-to-face plaats, afhankelijk van de voorkeur van de deelnemer en reisafstand. De interviews duurde maximaal 45 minuten. Voorafgaand aan de interviews was een semigestructureerde interviewgide opgesteld aan de hand van de onderzoeksvragen. De interviews zijn gevoerd op geleide van deze interviewgide. Van alle interviews werd een geluidsopname gemaakt, die na afloop woordelijk werden getranscribeerd. De deelnemers ontvingen na afloop van het interview een cadeaubon van 20 euro.

Analyse

De transcripten werden kwalitatief geanalyseerd volgens de principes van thematische analyse (Braun & Clarke, 2006).