
Bijlage 2:

Interne Indicatoren osteoporose en fractuurpreventie

Waarom interne indicatoren?

Indicatoren zijn meetbare elementen van de zorgverlening die een aanwijzing geven over de mate van de kwaliteit van de geleverde zorg. Een indicator heeft een signaal-functie: het is geen directe maat voor kwaliteit, maar wijst op een bepaald aspect van het functioneren en kan aanleiding zijn tot nader onderzoek. Het betreft de kern van de kwaliteitszorg: het daadwerkelijk meten van aspecten die samenhangen met de kwaliteit van zorg en op grond van die meting het eventueel invoeren van verbeteringen met als doel de kwaliteit van zorg gericht te verbeteren.

Indicatoren kunnen zorgverleners inzicht geven in de resultaten van het eigen zorgproces en helpen bij interne sturing en verbetering ervan. Indicatoren met dit doel worden interne indicatoren genoemd. Indicatoren kunnen ook gebruikt worden om de prestaties van maatschappen of instellingen onderling te vergelijken (benchmarken). Door een structurele feedback van de uitkomsten van het medisch-specialistisch handelen en de introductie van benchmarking kan een voortdurende procesverbetering plaatsvinden. Indicatoren kunnen ook een ander doel dienen. De overheid, Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en patiënten/consumenten willen beoordelen of zorgaanbieders voldoende kwaliteit leveren en streven daarvoor naar geschikte indicatoren. Indicatoren met dit doel worden ook wel externe indicatoren genoemd. De externe indicatoren kunnen bijvoorbeeld ook bij DBC-onderhandelingen worden ingezet.

De werkgroep heeft zich gericht op de ontwikkeling van een set interne indicatoren als onderdeel van de richtlijn Osteoporose en Fractuurpreventie (derde herziening, 2011). Het beoogde doel van een deze set indicatoren is om ten aanzien van zorg bij patiënten met osteoporose een duidelijke sprong voorwaarts te maken. Bij de keuze voor de onderwerpen zijn essentiële aanbevelingen uit de deze richtlijn als leidraad genomen. Het daadwerkelijk invoeren en meten van deze indicatoren valt buiten de verantwoordelijkheid van de werkgroep.

Voor wie zijn de indicatoren bedoeld?

De interne indicatoren zijn bedoeld voor zorgverleners die bij de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met osteoporose en een verhoogd fractuurrisico betrokken zijn.

Hoe zijn de indicatoren tot stand gekomen?

De ontwikkelde indicatoren dienen inzicht te geven in de kwaliteit van zorgverlening voor patiënten met osteoporose en patiënten met een verhoogd fractuurrisico. Inzicht in de kwaliteit van zorg kan verschillende kwaliteitsdomeinen betreffen zoals: effectiviteit, veiligheid, doelmatigheid of tijdigheid. De bij deze richtlijn ontwikkelde interne indicatoren focussen op de tijdigheid, doelmatigheid en effectiviteit van zorg.

De ontwikkelde indicatoren zijn onderdeel van de richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie (derde herziening, 2011) en zijn uitgewerkt volgens de methodiek beschreven in de Handleiding Indicatorenontwikkeling. De "Handleiding Indicatorenontwikkeling" is beschikbaar op de website van het CBO (www.cbo.nl). Deze handleiding is afgeleid van het AIRE-instrument (Appraisal of Indicators, Research and Evaluation). Het AIRE-instrument¹ is een methodologisch instrument dat dient als evaluatie- en toetsingskader voor indicatoren. Bij het opstellen van de indicatoren zijn alle relevante elementen uit het AIRE-instrument toegepast.

Bij de ontwikkeling van de indicatoren is de werkgroep zich ervan doordrongen dat veel te verbeteren valt in de zorg rond osteoporose en fractuurpreventie. Daarnaast is de werkgroep van mening dat niet teveel onderwerpen tegelijk als indicator gehanteerd moeten gaan worden. Teveel opgelegde informatieverzameling zou zorgverleners immers kunnen afschrikken in plaats van stimuleren. Dientengevolge heeft de werkgroep twee indicatoren geformuleerd als minimumpakket van de te nemen maatregelen op het gebied van de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met osteoporose en een verhoogd fractuurrisico. De werkgroep is in het formuleren van indicatoren over de gewenste structuur terughoudend geweest, omdat in de richtlijn daar geen specifieke aanbevelingen over worden gedaan. Enige relevante uitkomstindicator zou het aantal tweede fracturen zijn. Echter is het begrip 'tweede fractuur' moeilijk af te bakenen alsook zal de data voor een dergelijke indicator lastig te verzamelen zijn. Hierdoor zou pas na lange tijd zinvolle informatie te verzamelen zijn en de werkgroep vindt daarom de belasting die deze indicator zorgverleners en ziekenhuizen zou opleveren, niet te billijken. De werkgroep heeft gekozen voor de volgende indicatoren:

Het percentage fractuurpatiënten (≥50 jaar), zowel mannen als vrouwen, dat binnen drie maanden na de fractuur wordt onderzocht op osteoporose.

Het percentage patiënten met osteoporose (T-score ≤ -2,5) dat binnen drie maanden na het stellen van de diagnose start met de behandeling.

De indicatoren zijn uitgewerkt in factsheets. In een factsheet worden de eigenschappen van de indicator beschreven zoals het type indicator (proces, structuur, uitkomst) of op welk kwaliteitsdomein de indicator betrekking heeft. Dit laatste impliceert echter niet dat de relatie tussen het onderwerp van de indicator en het kwaliteitsdomein ook daad-

1. Het AIRE-instrument is beschikbaar op de website van de Orde van Medisch Specialisten (<http://orde.artsennet.nl>) en CBO (www.cbo.nl)

werkelijk is bewezen. De factsheets zijn besproken met de voltallige richtlijnwerkgroep en tijdens de consultatie-ronde van de conceptrichtlijn voorgelegd aan beroeps- en patiëntenverenigingen.

Gebruik en implementatie

Een uitspraak over de kwaliteit van de zorg voor patiënten met osteoporose en een verhoogd fractuurrisico is pas mogelijk als gemeten kan worden of voldaan wordt aan de kwaliteitscriteria zoals beschreven in de richtlijn. Met deze set interne indicatoren wordt het mogelijk om de kwaliteit van zorg in kaart te brengen en om vervolgens gericht verbeteracties in te zetten. Uiteindelijk kunnen de resultaten van de indicatoren een aanzet geven tot het aanpassen of actualiseren van deze richtlijn.

Uitwerking indicatoren in factsheets

Indicator 1 Het percentage fractuurpatiënten (≥ 50 jaar), zowel mannen als vrouwen, dat binnen drie maanden na een fractuur wordt onderzocht op osteoporose.	
Relatie tot kwaliteit	Het is belangrijk om bij fractuurpatiënten die ouder zijn dan 50 jaar de aanwezigheid van osteoporose te onderzoeken. Op basis van de resultaten van de diagnostiek kan een osteoporose behandeling worden gestart. Een osteoporose behandeling draagt bij aan een verminderde kans op een tweede fractuur. Dit draagt voor de patiënt bij aan een toegenomen kwaliteit van leven, verminderde valrisico, en verminderde mortaliteit.
Operationalisatie	Het percentage fractuurpatiënten (≥ 50 jaar) dat binnen drie maanden wordt onderzocht op osteoporose.
Teller	Aantal fractuurpatiënten dat binnen drie maanden middels een DXA-scan wordt onderzocht op osteoporose.
Noemer	Totaal aantal fractuurpatiënten in meetperiode.
Definities	Onderzoek op osteoporose houdt in dat tenminste een DXA-scan is uitgevoerd.
In/ exclusiecriteria	Inclusie van alle fractuurpatiënten die 50 jaar of ouder zijn. Dit betreft zowel patiënten met recente klinische wervelfracturen als patiënten met niet-wervelfracturen (bijv. schouder, pols, heup, etc.).
Type indicator	Procesindicator
Kwaliteitsdomein	Doelmatigheid, effectiviteit

Het doel van de indicator

De indicator beoogt het aantal fractuurpatiënten van 50 jaar of ouder, zowel mannen als vrouwen, dat binnen drie maanden na een fractuur onderzocht wordt op osteoporose te verhogen zodat middels een behandeling de kans op een tweede fractuur afneemt en de kwaliteit van leven voor de patiënt toeneemt.

Het organisatorisch verband waarop de indicator betrekking heeft

Deze indicator heeft betrekking op snijdende specialismen, beschouwende specialismen, de afdeling spoedeisende hulp en huisartsen.

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Het behandelen van osteoporose draagt bij aan een verminderde kans op een tweede fractuur en voor de patiënt een toegenomen kwaliteit van leven, verminderd valrisico en verminderde mortaliteit. Het is daarom belangrijk om bepaalde patiëntengroepen te onderzoeken op de aanwezigheid van osteoporose. De conceptrichtlijn osteoporose (2010) beveelt aan om bij postmenopauzale vrouwen en bij mannen ouder dan 50 jaar na het vaststellen van een recente niet-wervelfractuur systematisch een DXA-onderzoek te doen om het fractuurrisico in kaart te brengen. De DXA-scan (een botdichtheidsmeting) vormt hiervoor nog steeds de gouden standaard.

NB. Overigens adviseert de werkgroep om bij patiënten 50 jaar en ouder met een recente fractuur, om ook beeldvorming van de wervelkolom te doen, vooral omdat bij het aantonen van een wervelfractuur bij een patiënt met osteopenie er dan een behandelingsindicatie is, op grond van de wervelfractuur.

Afhankelijk van de resultaten van het DXA-onderzoek en aanvullende diagnostiek kan de behandeling worden gestart. Dit zorgtraject kan op verschillende manieren worden ingevuld. Snijdende specialisten, beschouwende specialisten en de huisarts vervullen hierbij allen in onderlinge afstemming een rol.

Op dit moment varieert de mate waarin fractuurpatiënten (systematisch) worden onderzocht op osteoporose sterk en valt hier nog veel winst te behalen in termen van een toename van de kwaliteit van leven voor de patiënt en een vermindering in het aantal tweede fracturen. Het verkrijgen van inzicht in het percentage fractuurpatiënten (≥ 50 jaar), zowel mannen als vrouwen, dat binnen drie maanden na een fractuur wordt onderzocht op osteoporose is hier een eerste stap in.

Mogelijkheden tot verbetering

Het is mogelijk om screeningsprogramma's op te zetten waarin op systematische wijze wordt nagegaan of bij fractuurpatiënten van 50 jaar of ouder sprake is van osteoporose. De werkgroep adviseert hierbij de inbreng van de snijdend specialist, beschouwend specialist, de huisarts en de inzet van een gespecialiseerd verpleegkundige/praktijkondersteuner voor de organisatie en coördinatie.

Validiteit

Voor diagnostiek van osteoporose is het maken van een DXA-scan de gouden standaard.

Betrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat deze indicator betrouwbaar te meten is.

Minimale bias / casemix correctie

Vooralsnog zijn geen condities bekend die aanleiding geven om bij fractuurpatiënten (≥ 50 jaar) geen DXA-scan uit te voeren. Casemix correctie is daarom niet nodig.

Registratie

Voor deze indicator moet in een afgebakende meetperiode bij alle fractuurpatiënten (≥ 50 jaar) worden nagegaan of bij deze patiënten een DXA-scan is uitgevoerd. De uitslag (wel/geen osteoporose) speelt bij deze indicator geen rol, belangrijk is of de DXA-scan binnen drie maanden is uitgevoerd.

Literatuur

- Werkgroep CBO. Richtlijn Osteoporose en Fractuurpreventie. Utrecht, CBO, 2011.

Indicator 2 Het percentage fractuurpatiënten met osteoporose (T-score $\leq -2,5$) dat binnen drie maanden na de vaststelling van de diagnose osteoporose, start met de behandeling.

Relatie tot kwaliteit	Voor het behandelen van osteoporose moet minimaal antiosteoporosemedicatie gegeven worden. Het is belangrijk om tijdig met de medicamenteuze behandeling te starten.
Operationalisatie	Het percentage patiënten met osteoporose (T-score $\leq -2,5$) dat binnen drie maanden start met de behandeling.
Teller	Aantal patiënten met een behandelindicatie voor osteoporose dat binnen drie maanden is gestart met de behandeling.
Noemer	Totaal aantal patiënten met een behandelindicatie voor osteoporose gedurende de meetperiode.
Definities	Als behandelindicatie voor osteoporose geldt een T-score $\leq -2,5$. De behandeling voor osteoporose moet tenminste bestaan uit antiosteoporosemedicatie. De behandeling moet binnen drie maanden na de uitslag van de DXA-score zijn gestart.
In/ exclusiecriteria	Inclusie van alle fractuurpatiënten die 50 jaar of ouder zijn met een DXA-uitslag van T-score $\leq -2,5$.
Type indicator	Procesindicator
Kwaliteitsdomein	Tijdigheid, effectiviteit

Het doel van de indicator

De indicator beoogt het verhogen van het aantal fractuurpatiënten met osteoporose (T-score $\leq -2,5$) dat binnen drie maanden na de vaststelling van de diagnose osteoporose start met de behandeling.

Het organisatorisch verband waarop de indicator betrekking heeft

Deze indicator heeft betrekking op snijdende specialisten, beschouwende specialisten, de afdeling spoedeisende hulp en huisartsen.

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Het doel van osteoporose behandeling is het risico verminderen van fracturen bij patiënten met een hoog risico op een eerste of volgende fractuur. Bijkomende voordelen zijn een toegenomen kwaliteit van leven, verminderde valrisico en verminderde mortaliteit. Het effect van de behandelingsstrategieën zal afhangen van de efficiëntie en het niveau van implementatie van vier kritische stappen in de diagnose en behandeling:

Casefinding van de patiënten met het hoogste risico;

De resultaten van aanvullende onderzoeken;

De werkzaamheid, de tolerantie en veiligheid van medische interventies;

De naleving van de voorgeschreven behandeling tijdens de follow-up.

De medicamenteuze behandeling is gebaseerd op manipulatie van de botombouw: inhibitie van botafbraak (bisfosfonaten, selectieve oestrogeen receptor modulators (SERM's), stimulatie van botaanmaak (teriparatide en PTH) of gemengde effecten (strontiumranelaat).

In de dagelijkse praktijk starten nog te weinig patiënten daadwerkelijk binnen drie maanden met de behandeling voor osteoporose.

Mogelijkheden tot verbetering

De versterking van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns kan bijdragen aan een verbetering van de medicamenteuze behandeling van patiënten met osteoporose. Daarnaast zijn elk van bovengenoemde vier stappen essentieel in de behandelingsbeslissingen in de dagelijkse praktijk. Het onvoldoende uitvoeren van één of meer van deze stappen kan resulteren in een suboptimale fractuurpreventie of overbehandeling.

Validiteit

Voor het behandelen van osteoporose moet minimaal antiosteoporosemedicatie gegeven worden.

Betrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat deze indicator betrouwbaar te meten is.

Minimale bias / casemix correctie

Vooralsnog zijn geen condities bekend die aanleiding geven om bij fractuurpatiënten (≥ 50 jaar) geen antiosteoporosemedicatie voor te schrijven. Casemix correctie is daarom niet nodig.

Registratie

Voor deze indicator moet onderzocht worden bij hoeveel patiënten bij wie in de meetperiode de diagnose osteoporose is gesteld, binnen drie maanden is gestart met antiosteoporosemedicatie. Om hier inzicht in te krijgen is samenwerking tussen eerste- en tweedelijns noodzakelijk.

Literatuur

- Werkgroep CBO. Richtlijn Osteoporose en Fractuurpreventie. Utrecht, CBO, 2011.