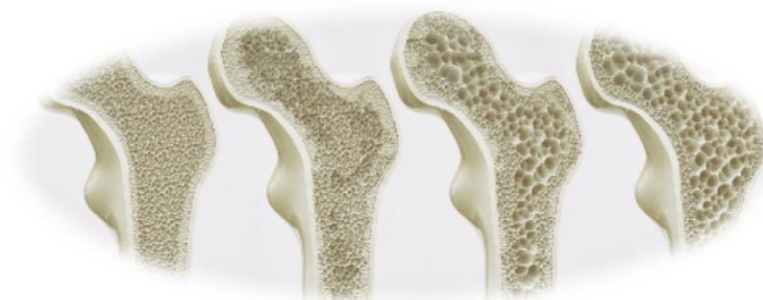


Rapportage proefimplementatie Richtlijn Osteoporose en fractuur preventie

Door Maud Heinen & Rosa Mennes

IQ Health Radboudumc

29-3-2024



Inhoud

1. Inleiding.....	4
Doel van de proefimplementatie.....	4
2. Samenvatting van de resultaten en conclusies.....	5
Belangrijkste bevindingen en aanbevelingen	5
3. Methode	8
3.1 Doorontwikkeling van de methodiek van proefimplementaties.....	8
3.1.2 Het handboek en het logboek.....	8
3.2 Betrokkenen.....	9
3.2.1 Betrokken sectoren bij standaard.....	9
3.2.2 Doelgroep.....	9
3.3 Meten van determinanten en mate van gebruik.....	10
3.5 Onderzoeksmethoden	13
Resultaten	16
Deelnemers.....	16
Resultaten van de vragenlijst.....	16
Uitkomsten MIDI-vragenlijst determinanten met betrekking tot de innovatie in het algemeen	17
Duidelijkheid en aansluiting van werkwijze bij huidige manier van werken	17
De uitkomsten MIDI-vragenlijst over de preventieve interventies (modules bewegen, voeding en valpreventie).....	19
Determinanten met betrekking tot de organisatie.....	20
Determinanten met betrekking tot sociaal politieke omgeving.....	22
Mate van gebruik van de aanbevelingen.....	23
Implementatieactiviteiten en het gebruik van het handboek en logboek	24
Resultaten van de focusgroepen en interviews.....	25
Focusgroep met zorgverleners	25
Algemene ervaringen met de richtlijn	25
Randvoorwaarden.....	25
Aansluiting bij bestaande werkwijzen	26
Gebruik van de richtlijn per module	26
Interview met huisarts.....	27
Interview met cliënten.....	28
Interview met management	29
Algemene conclusie	31
Advies voor implementatie.....	31

De innovatie	31
De gebruiker.....	32
Proces.....	33
Omgeving	33
De organisatie	33
Literatuur	34

1. Inleiding

De richtlijn osteoporose en fractuurpreventie is in 2023 en 2024 ontwikkelt voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten in de eerste lijn. Het doel van de richtlijn is het geven van handvatten aan verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten in de eerste lijn voor het voorkomen, signaleren en begeleiden van cliënten met osteoporose of verhoogde fractuurrisico. Osteoporose is een chronische aandoening waarbij de botten meer dan gemiddeld verzwakt zijn(1). Het belangrijkste gevolg hiervan is een verhoogd fractuurrisico. Osteoporose komt veel voor, met name bij ouderen. In 2025 zijn er naar verwachting 1.200.000 mensen met osteoporose in Nederland.(2) Osteoporose kent weinig tot geen symptomen, totdat een fractuur ontstaat. Fracturen (vooral in wervelkolom, pols en heup) zorgen voor veel pijn en kunnen bij kwetsbare ouderen leiden tot invaliditeit en zelfs tot overlijden. Het is daarom belangrijk dat de richtlijn zijn weg naar de wijkverpleegkundige praktijk gaat vinden. Om de implementatie van richtlijnen te bevorderen voert V&VN proefimplementaties uit met als doel om de implementatie en adoptie van nieuwe richtlijn te vergroten. Door het uitvoeren van proefimplementaties worden determinanten onderzocht die van invloed zijn op de implementatie van de in ontwikkeling zijnde richtlijn. Ook geeft een proefimplementatie inzicht welke materialen er ondersteunend zouden zijn om de richtlijn te gaan gebruiken. Omdat de richtlijn nog niet definitief is vastgesteld is er dan nog een mogelijkheid om aanpassingen te doen aan de richtlijn zodat deze beter aansluit aan de behoeften van de gebruikers. Bij de proefimplementatie van de richtlijn osteoporose en fractuurpreventie is nog extra element toegevoegd. Bij de huidige methodiek wordt nog geen expliciete relatie gelegd tussen de determinanten die van invloed zijn op de implementatie en implementatiestrategieën die kunnen worden ingezet om implementatie succesvoller te laten verlopen. Door middel van twee sessies waarbij de Design Thinking methode is toegepast, is met zorgverleners en experts op gebied van implementatie onderzocht welke behoeften er zijn om richtlijnen beter te laten landen in de wijkverpleegkundige praktijk. Op basis van deze input zijn er elementen aan de methodiek van de proefimplementatie toegevoegd om het inzetten van implementatiestrategieën een structureel onderdeel van de proefimplementatie te laten zijn.

Doel van de proefimplementatie

Het doel van de proefimplementatie is zicht krijgen op het gebruik van de richtlijn in de dagelijkse praktijk en factoren die dit beïnvloeden om op basis daarvan gerichte invoerstrategieën te kunnen inzetten.

Een secundair doel van deze proefimplementatie is het uittesten van de doorontwikkelde methodiek voor proefimplementaties. De bevindingen over dit onderdeel zullen separaat worden aangeleverd aan de opdrachtgever.

2. Samenvatting van de resultaten en conclusies

Gedurende de testperiode van januari en februari 2023 hebben in totaal 21 zorgverleners deel genomen aan de proefimplementatie: 16 wijkverpleegkundigen, 3 verpleegkundigen, 1 verzorgende IG en 1 praktijkverpleegkundige. Zij hebben de aanbevelingen bij 88 cliënten getest. Tijdens de dataverzameling zijn 1 huisarts, 3 leidinggevende en 5 cliënten geïnterviewd. Ook is er een focusgroep met 7 (wijk)verpleegkundigen gehouden. Van de 21 zorgverleners hebben er 19 de vragenlijst ingevuld. Dit heeft de volgende resultaten opgeleverd.

Belangrijkste bevindingen en aanbevelingen

Algemeen

Het gebruiken van de richtlijn osteoporose en fractuurpreventie, werd door de deelnemende zorgverleners ervaren als belangrijk om zo bij te dragen aan de preventie van fracturen. Cliënten die vallen met een fractuur als gevolg is in de wijkverpleging een veel voorkomend verschijnsel en kan ernstige gevolgen hebben voor de cliënt. Valpreventie is een over het algemeen goed geïmplementeerd onderwerp waar standaard screening op wordt uitgevoerd. Door hier de signalering van risico op fracturen en aanbevelingen voor fractuurpreventie aan toe te voegen ervaren zorgverleners dat zij een completer aanbod aan interventies beschikbaar hadden om fracturen te voorkomen. Zo konden zij relatief eenvoudig een verschil konden maken voor hun cliënten door het inzetten van screening op verhoogd risico van fracturen en van preventieve interventies.

De richtlijn zou meer toegespitst moeten worden op de doelgroep van de wijkverpleging en de POH. Aanbevelingen zijn soms moeilijk uitvoerbaar omdat vanwege de hoge leeftijd van de cliëntenpopulatie die wijkverpleegkundige zorg ontvangt. Beperkingen in mobiliteit komen vaak voor en het uitvoeren van oefeningen kan daarom niet altijd. De richtlijn zou hierin meer handvatten kunnen geven hoe hiermee om te gaan. Ook maken cliënten vaker een afweging in kwaliteit van leven en het opvolgen van preventieve adviezen.

Met name determinanten vanuit de organisatie worden door de respondenten gezien als mogelijke negatieve invloed op de implementatie van de richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie. Determinanten op gebied van de innovatie laten zien dat de deelnemende zorgverleners positief staan tegenover de aanbevelingen in de richtlijn, en er meerwaarde in zien om volgens de richtlijn te werken. Wanneer gekeken wordt naar de determinanten met betrekking tot de gebruikers vinden zij het passen bij hun vakgebied, en achten de deelnemende zorgverleners zichzelf in staat om de richtlijn te gebruiken. Ook verwachten zij dat cliënten de zorg positief zullen ontvangen.

Signalering

Preventieve interventies en adviezen werden conform de richtlijn uitgevoerd maar onafhankelijk van de uitkomst van de risicoscore. Respondenten vinden het onduidelijk beschreven in de richtlijn wanneer er wat gedaan moet worden in het zorgproces. Een stroomschema dat ondersteund in de besluitvorming zou helpend zijn hierin. Indien er verhoogd risico was op osteoporose kregen de cliënten, zoals beschreven in de richtlijn, het advies de huisarts te vragen of een scan nodig was of navraag te doen of er in het verleden onderzoek naar de botten was gedaan. Het is onduidelijk of dit ook gedaan werd en wat opvolging hiervan was. De geïnterviewde huisarts gaf aan liever contact te hebben met een (wijk) verpleegkundige, vooral wanneer er vervolgstappen nodig waren vanuit de huisarts omdat dit ook een startpunt was voor samenwerking.

Voeding

Voedingsadviezen over calcium intake en vitamine D werden goed ontvangen door cliënten. De calcium meter, waarbij mensen kunnen nagaan wat hun intake aan calcium is op een dag, werd als zinvol hulpmiddel gezien door zorgverleners en/of cliënten. Dit hielp ook om te kijken wat iemand kan eten of drinken om de calcium intake te vergroten. Ook bied de calciummeter alternatieven voor mensen die niet van zuivel houden of verdragen. De calciummeter werd ook uitgeprint en bij de cliënt gelaten. Een drempel voor zorgverleners is om een voedingsadvies te geven bij co-morbiditeit waarbij er meerdere voedingsadviezen aan de orde zijn.

Vitamine D werd geadviseerd wanneer dit nog niet werd genomen. Het is onduidelijk of dit vanwege de leeftijd altijd gebruikt kan worden of dat dit alleen van toepassing is als iemand niet 30 minuten per dag buiten komt en er sprake is van vitamine D tekort. Vitamine D werd door de apotheek geleverd, dit werd dan via recept van de huisarts geregeld. Cliënten kochten het daarnaast ook zelf bij de drogist. Er werd als risico benoemd door de huisarts en de verpleegkundigen dat mensen dan bij de drogist supplementen kopen waar ook nog andere stoffen in zitten zoals extra calcium of ijzer of in extreem hoge doseringen vitamine d. Dit kan risicovolle situaties opleveren. Hierin wordt in de richtlijn niets over benoemd, verpleegkundigen zouden hier graag advies of overzicht van te adviseren vitamine D supplement op zien.

Bewegen

De beweegadviezen uit de richtlijn werden besproken met cliënten, maar cliënten zagen niet altijd mogelijkheden om (meer) te gaan bewegen of om oefeningen uit te voeren. Zorgverleners hadden behoefte aan meer handvatten in de richtlijn over welke oefeningen zij konden adviseren die aansluiten bij de oudere doelgroep die vaak beperkt is in hun mogelijkheden tot beweging. Dit helpt om een concreet advies op maat te geven aan de cliënt, waarbij zorgverleners kunnen aangeven om welke oefening het gaat en hoe vaak dit gedaan zou moeten worden. Een overzicht van voorbeeldoefeningen zou hierbij helpen, waarbij er verschillende intensiteit van oefeningen wordt weergegeven.

Valpreventie

Valpreventie is vaak een standaard onderdeel in de risico-inventarisatie bij cliënten die wijkverpleegkundige zorg krijgen. Verpleegkundigen waren van mening dat aansluiten bij deze risico-inventarisatie de implementatie zou bevorderen. Er zou bij de bestaande risicoscreening gericht op vallen, fractuurpreventie kunnen worden toegevoegd. Er zijn al meerdere richtlijnen of screeningsmethodieken in Nederland ontwikkeld voor de wijkverpleging. Zo is in de multidisciplinaire richtlijn valpreventie voor oudere minimaal uit te voeren beoordeling bij verhoogd valrisico en een aanvullende beoordeling(3). Ook bestaat er een valrisico beoordeling vanuit VeiligheidNL(4)(deze wordt benoemd op ZorgvoorBeter.nl). De onderdelen die in de richtlijn osteoporose en fractuurpreventie worden aanbevolen om te inventariseren komen niet helemaal overeen met de onderdelen die vanuit de richtlijn valpreventie voor ouderen worden aanbevolen om minimaal te inventariseren. Het advies is om hierin samenhang te zoeken zodat er eenduidige adviezen over valpreventiescreening gegeven worden vanuit richtlijnen voor dezelfde populatie om zo verwarring in de praktijk te voorkomen.

Samenwerking met behandelaar

In de proefimplementatie kwam overleg met een huisarts maar een enkele keer voor. Cliënten kregen, conform de aanbeveling in de richtlijn, het advies om zelf contact met de huisarts op te nemen over diagnostiek van osteoporose. In het interview met de huisarts werd aangegeven dat er vanuit de huisarts juist waarde gehecht werd aan intercollegiaal overleg. Dit geeft de mogelijkheid de uitslag van de risico-inventarisatie te bespreken en kan de huisarts deze bevindingen toevoegen

aan het eigen dossier. De verwachting is dat de vraagstelling beter geformuleerd kan worden door een verpleegkundige dan door de cliënt zelf.

Implementatieadviezen

Barrières voor implementatie worden met name gezien op gebied van organisatie en beleid. Determinanten die horen bij de innovatie zelf (de richtlijn osteoporose en fractuurpreventie) vormen volgens de uitkomsten van de vragenlijst geen obstakels voor implementatie, op een aantal aanpassingen die vanuit de focusgroep met de zorgverleners zijn aangedragen. Ook determinanten van de gebruiker werden positief ervaren in de verwachting dat de richtlijn gebruikt kan worden. Opvallend hierin is dat de verwachting is dat niet veel collega's binnen de organisatie de richtlijn zullen gaan gebruiken. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het gebrek aan ondersteuning dat zorgverleners ervaren vanuit de zorgorganisatie. Hierin is een discrepantie te zien in de hoe managers in de zorgorganisatie de geboden ondersteuning en faciliteiten zien en hoe zorgverleners dit ervaren. Vooral het gebrek aan tijd, personeelsverloop en beschikbaarheid van tijd en ondersteuning vanuit de zorgorganisatie werden gezien als barrières. Implementatie strategieën zouden zich vooral moeten richten in het verbeteren van de aansluiting tussen vraag en aanbod in de ondersteuning die zorgverleners nodig hebben om een richtlijn te gaan gebruiken. Ook zijn er aanbevelingen om de richtlijn beter aan te laten sluiten in de praktijk.

3. Methode

3.1 Doorontwikkeling van de methodiek van proefimplementaties

Om de huidige methodiek die gebruikt wordt voor de proefimplementaties uit te breiden is een Design Thinking methode toegepast. Design thinking is een manier om producten of prototypes te ontwikkelen waarbij de eindgebruikers en andere belangrijke betrokkenen vanaf het startpunt van de probleemverkenning en ontwikkeling van het prototype worden betrokken, om zo te komen tot een product dat goed aansluit bij de ervaren problematiek op de werkvloer. Het proces bestaat uit een aantal stappen: het definiëren en beschrijven van het probleem dat het prototype op moet lossen, het brainstormen over het ideale scenario waar het prototype aan moet bijdragen, het bedenken van mogelijke oplossingen, vervolgens het vernauwen van mogelijke oplossingen, ontwikkelen van een prototype, het testen van het prototype en het prototype evalueren en aanpassen (5). De doorontwikkelde methodiek van de proefimplementaties zal in een separaat rapport worden overhandigd.

Er zijn twee Design Thinking (DT) sessies uitgevoerd, waarbij de focus van de eerste bijeenkomst lag op het definiëren van het ervaren probleem bij implementatie van richtlijnen in de wijkverpleging en op het ideale scenario bij het in gebruik nemen van een richtlijn in de praktijk. De tweede DT sessie was gericht op het ontwikkelen van het “prototype”. Het prototype is ontwikkeld op basis van de opgehaalde ideale scenario’s en het stappenplan ter implementatie van innovaties in ziekenhuizen ontwikkeld binnen [het programma ZEGG](#). Binnen het ZEGG programma is een werkboek ontwikkeld dat verpleegkundigen kunnen gebruiken om een innovatie in de zorg implementeren. Het prototype bestond uit onderdelen uit het stappenplan “implementeren voor verpleegkundigen” uit het programma ZEGG en het overzicht van implementatie strategieën die aansluiten bij de behoeften van zorgverleners die in de eerste sessie waren opgehaald. Na de twee sessies is door het projectteam een vertaalslag gemaakt hoe deze implementatiestrategieën zich verhouden tot wetenschappelijke literatuur zoals het CFIR en ERIC Framework (6, 7). Ook is er contact geweest met onderzoekers van eerdere richtlijnprojecten, een onderzoeker betrokken bij de ontwikkeling van de “Implementatiegids richtlijn Signalering en Preventie van Zorginfecties”, en een onderzoeker betrokken bij de Proefimplementatie Mantelzorg. Daarnaast is er contact geweest met de ontwikkelaars van de bestaande methodiek van de proefimplementaties, tevens experts op het gebied van implementatie. Ook de expertise opgedaan in eerdere projecten waaronder enkele proefimplementaties is meegenomen in de doorontwikkeling. Deze inspanningen hebben geleid tot het maken van ondersteunende documentatie bij de proefimplementatie: het handboek en het logboek.

3.1.2 Het handboek en het logboek

Tijdens de DT sessies zijn verschillende strategieën opgehaald die toepasbaar zijn bij implementeren van richtlijnen in de wijk. Deze strategieën zijn door de deelnemers aan de sessie geconcretiseerd zodat er begrijpelijke en toepasbare activiteiten zijn geformuleerd.

Er is daarom op basis van de input van de sessies een handboek ontwikkeld dat zorgverleners een overzicht geeft van mogelijk implementatiestrategieën die ingezet kunnen worden bij de proefimplementatie, gekoppeld aan de geïdentificeerde determinanten. Deze strategieën zijn concreet uitgewerkt in verschillende activiteiten, aangevuld met praktische tips, die uitgevoerd kunnen worden voor implementatie van de richtlijn. Deelnemers aan de proefimplementatie kunnen zelf bepalen welke strategieën zij in willen zetten om in de eigen werkcontext de richtlijn te implementeren. Er is bij de selectie van het strategieën een onderscheid gemaakt in welke strategieën toepasbaar zouden zijn bij een proefimplementatie, aangezien er beperkte tijd is waarin de aanbevelingen getest kunnen worden. Er is de nadruk gelegd op strategieën die gericht zijn op de

innovatie, de individuele zorgprofessionals en de interactie tussen zorgprofessionals en de cliënt(8). Binnen de CFIR komt dit neer op het innovatie domein, binnenste setting domein, individueel domein en implementatieproces domein.

3.2 Betrokkenen

Bij het voorbereiden van de proefimplementatie is gesproken met de ontwikkelaars van de richtlijn. Hierbij is informatie op gehaald over de planning, de inhoud van de richtlijn en mogelijke zaken om rekening mee te houden bij de proefimplementatie. Met hen is afstemming gezocht om conceptteksten onder embargo te ontvangen ter voor bereiding voor de proefimplementatie. Ook is met hen afgestemd welke aanbevelingen als essentieel worden gezien en moeten worden getest in de proefimplementatie.

3.2.1 Betrokken sectoren bij standaard

De proefimplementatie heeft plaats gevonden in de eerste lijn waar mensen met (risico op) osteoporose zorg ontvangen: de wijkverpleging en de huisartsenpraktijk (POH).

3.2.2 Doelgroep

De intermediaire gebruikers (zorgprofessionals)

De richtlijn is ontwikkeld voor de wijkverpleging. Daarom heeft de proefimplementatie plaats gevonden onder (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten werkzaam in de eerstelijns zorg in de wijkverpleegkundige setting. Daarnaast zijn praktijkondersteuners als een belangrijke beroepsgroep geïdentificeerd die zorg verlenen aan mensen met (risico op) osteoporose. Zij zijn daarom ook uitgenodigd om mee te doen aan de proefimplementatie. Werving heeft plaats gevonden via de afdelingen van V&VN en oproepen op sociale media zoals LinkedIn.

De eindgebruikers. (cliënten)

Via de deelnemende zorgverleners zijn cliënten benaderd die zorg hebben ontvangen zoals beschreven in de concept richtlijn. Zij hebben toestemming gegeven om hun naam en telefoonnummer te delen met de onderzoeker. Deze heeft contact met de cliënt opgenomen en nogmaals uitleg gegeven over het interview. Interview hebben op bij de cliënt thuis of via de telefoon plaats gevonden. Cliënten hebben een consentformulier getekend of mondeling toestemming gegeven op de opname voordeelname.

De werkgevers of management

Via de deelnemende zorgverleners is vooraf afgestemd dat ook de leidinggevende uitgenodigd wordt voor een interview over de context waarbinnen de implementatie wordt uitgevoerd.

Aanverwante disciplines

Aan de zorgverleners is gevraagd of zij contact hebben gehad met een huisarts gedurende de proefimplementatie naar aanleiding de zorg die zij verleend hebben volgens de richtlijnaanbevelingen. Indien dit het geval was werd gevraagd welke huisarts betrokken was en is deze benaderd met het verzoek om deel te nemen aan een kort interview.

3.3 Meten van determinanten en mate van gebruik

Kernaanbevelingen standaarden

De ontwikkelaars geven aan dat er een onderscheid te maken is in de richtlijn in enerzijds de signalering van risicogroepen en anderzijds welke preventieve interventies in te zetten zijn bij de doelgroep. Hierbij zijn de modules over de onderwerpen bewegen, voeding, valpreventie en medicatietrouw de belangrijkste modules waar kritische elementen in zijn opgenomen.

Module	Aanbevelingen	Wel of geen kernaanbeveling
Uitgangsvraag 1 signalering	<p>1.1 Bij een cliënt in zorg ≥ 50 jaar met een recente fractuur (≤ 2 jaar geleden):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controleer of aanvullend onderzoek naar osteoporose is uitgevoerd. Dit bestaat uit DXA-VFA, eventueel aanvullend laboratoriumonderzoek en inschatting valrisico. • Motiveer en stimuleer de cliënt om aanvullend onderzoek uit te laten voeren als dat nog niet gedaan is. De behandelaar van de fractuur kan dit aanvragen. • Overleg bij een vastgesteld verhoogd fractuurrisico met de cliënt over het starten van preventieve maatregelen om nieuwe fracturen te voorkomen (zie de overige modules van deze richtlijn). 	<p>Kernaanbeveling</p> <p>Deze aanbeveling wordt als essentieel gezien en is meegenomen in de proefimplementatie.</p>
	<p>1.2 Bij een cliënt in zorg ≥ 40 jaar die behandeld wordt met glucocorticoïden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overleg met de cliënt over het starten van preventieve maatregelen om fracturen te voorkomen (zie de overige modules van deze richtlijn). 	<p>Kernaanbeveling</p> <p>Deze aanbeveling wordt als essentieel gezien en is meegenomen in de proefimplementatie.</p>
	<p>1.3 Bij een cliënt ≥ 60 jaar zónder recente fractuur (≤ 2 jaar geleden) en zónder gebruik van glucocorticoïden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gebruik de risicofactoren scorelijst (zie onderstaand kader) om een eventueel verhoogd fractuurrisico vast te stellen. • Verwijs de cliënt Bij een score van ≥ 4 punten verwijs de cliënt naar de huisarts voor aanvullend onderzoek. Dit bestaat uit DXA-VFA, eventueel aanvullend laboratoriumonderzoek en in189 schatting valrisico. • Overleg bij een vastgesteld verhoogd fractuurrisico met de cliënt over het starten van preventieve maatregelen om (nieuwe) fracturen te voorkomen (zie de overige modules van deze richtlijn). 	<p>Kernaanbeveling</p> <p>Deze aanbeveling wordt als essentieel gezien en is meegenomen in de proefimplementatie.</p>
Uitgangsvraag 2 bewegen	<p>2.1 Bij een cliënt in de eerste lijn met een verhoogd fractuurrisico (zie module signalering) of vastgestelde osteoporose:</p>	<p>Kernaanbeveling</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Breng voorkeuren en beperkingen t.a.v. bewegen in kaart. • Stel vast of de cliënt voldoende beweegt. Dit betekent per week ten minste 150 minuten matig intensief bewegen en 2 keer spierversterkende en balansoefeningen. • Adviseer om voldoende te bewegen als de cliënt nu onvoldoende beweegt. <ul style="list-style-type: none"> - Het gaat hierbij vooral om gewichtsdragende interventies zoals wandelen, spierversterkende en balansoefeningen. - Houd bij het beweegadvies rekening met persoonlijke voorkeuren, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. - Overweeg begeleiding door een beweegspecialist bij onvoldoende zelfmanagement en bij persoonlijke of complexe problematiek. • Bespreek met de cliënt hoe het opvolgen van beweegadviezen wordt gemonitord. 	<p>Deze aanbeveling wordt als essentieel gezien en is meegenomen in de proefimplementatie.</p>
<p>Uitgangsvraag 3 voeding</p>	<p>3.1 Bij een cliënt in de eerste lijn met een verhoogd fractuurrisico (zie module signalering) of vastgestelde osteoporose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Breng voorkeuren en beperkingen t.a.v. voeding in kaart. <p><u>Calcium:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stel vast of de cliënt voldoende calciuminname (1000-1100 mg/dag) heeft. • Voor het bepalen van de calciuminname kan gebruik gemaakt worden van de calciummeter van de Osteoporose Vereniging. • Adviseer om voldoende calcium te gebruiken als dat nu niet het geval is. <p><u>Vitamine D:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stel vast of de cliënt ten minste 30 minuten per dag buiten komt en/of vitamine D-suppletie krijgt. • Adviseer voldoende vitamine D te gebruiken en/of zonlichtexpositie te krijgen, als dat nu niet het geval is. <p><u>Bij bovenstaande adviezen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor specifieke voedingsadviezen en doseringen zie multidisciplinaire richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie. 	<p>Kernaanbeveling</p> <p>Deze aanbeveling wordt als essentieel gezien en is meegenomen in de proefimplementatie.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Houdt rekening met persoonlijke voorkeuren, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. • Daarnaast geldt een algemene aanbeveling voor gezonde voeding. • Bespreek met de cliënt hoe het opvolgen van voedingsadviezen wordt gemonitord. 	
Uitgangsvraag 4 ontspanning en slaap	<p>Bij een cliënt in de eerste lijn met een verhoogd fractuurrisico (zie module signalering) of vastgestelde osteoporose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overweeg om slaapgewoonten in kaart te brengen. • Overweeg slaapadviezen te geven aan cliënten die kort (<7 uur per dag) of juist erg lang (>9 per dag) slapen. 	<p>Geen Kernaanbeveling</p> <p>In overleg met de ontwikkelaars is besloten dat bij deze uitgangsvraag geen aanbevelingen zijn geformuleerd die als kernaanbevelingen kunnen worden beschouwd.</p>
Uitgangsvraag 5 valpreventie	<p>5.1 Overweeg de volgende maatregelen bij een cliënt in de eerste lijn met een verhoogd fractuurrisico (zie module signalering) en een verhoogd valrisico. Zie tabel in de richtlijn.</p>	<p>Kernaanbeveling</p> <p>Deze aanbeveling wordt als essentieel gezien en is meegenomen in de proefimplementatie</p>
Uitgangsvraag 6 voorlichting	<p>Bij een cliënt in de eerste lijn met een verhoogd fractuurrisico (zie module signalering) of vastgestelde osteoporose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je kunt een cliënt (en diens naasten) voorlichten over osteoporose en preventieve maatregelen, met jaarlijkse herhaling. - Denk hierbij aan voorlichting over leefstijl, valpreventie en medicatie. - De keuze voor individuele en/of groepsvoorlichting kan gemaakt worden op basis van lokale mogelijkheden en persoonlijke voorkeuren van de zorgverlener en de cliënt. - Bij individuele voorlichting kun je gebruik maken van motiverende gespreksvoering. Daarbij hoort ook het vragen aan de cliënt de informatie in eigen woorden te herhalen. - Mondelinge voorlichting door verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten kan ondersteund worden met voorlichtingsmateriaal op www.thuisarts.nl en via de Osteoporose Vereniging. 	<p>Geen kernaanbeveling</p> <p>In overleg met de ontwikkelaars is besloten dat bij deze uitgangsvraag geen aanbevelingen zijn geformuleerd die als kernaanbevelingen worden beschouwd.</p>
Uitgangsvraag 7 medicatietrouw	<p>Bij cliënten in de eerste lijn die medicatie voor fractuurpreventie gebruiken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signaleer problemen met medicatietrouw volgens de aanbevelingen in de V&VN-richtlijn Medicatietrouw. 	<p>Kernaanbeveling reeds getest in proefimplementatie medicatietrouw</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Stimuleer de medicatietrouw volgens de aanbevelingen in de V&VN-richtlijn Medicatietrouw, als er problemen zijn met medicatietrouw. • Besteed – zowel bij signaleren als bij stimuleren – specifiek aandacht aan: <ul style="list-style-type: none"> - voorkeuren van de cliënt t.a.v. het gebruik van medicatie; - het aanbevolen inname-regime; - bijwerkingen; - knelpunten met betrekking tot kosten; - knelpunten met betrekking tot kennis over osteoporose, fractuurrisico, werking van de medicatie en innameregime van de medicatie; - hulpmiddelen bij het verbeteren van medicatietrouw (bijv. baxter en instructiefilmpjes). 	<p>Bij deze module wordt er verwezen naar richtlijn medicatietrouw die recent is gepubliceerd. Voor die richtlijn is reeds een proefimplementatie uitgevoerd. Het nogmaals uittesten van deze aanbevelingen is dan ook niet zinvol omdat het een herhaling zal zijn van wat al is gedaan. Wat de ontwikkelaars wel nog willen benadrukken is dat bij de medicatie die gebruikt wordt bij osteoporose er specifieke determinanten zijn die mogelijk een rol spelen bij de mate van medicatietrouw: Bijwerkingen zijn groot en inname regime streng.</p>
--	--	--

Tabel 1. Overzicht van aanbevelingen uit de concept richtlijn osteoporose

Afgeleide producten

Er zijn geen afgeleide producten ontwikkeld die zijn getest in de proefimplementatie.

Duur van de proefimplementatie

De proefimplementatie heeft plaats gevonden in januari en februari 2024. Data verzameling heeft plaats gevonden in de laatste week van februari en de eerste week van maart.

3.5 Onderzoeksmethoden

Tijdens de proefimplementaties zijn kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden gebruikt. Door verschillende methodieken te combineren is diepgaand onderzocht wat de mechanismen zijn die implementatie kunnen bevorderen.

Vragenlijst bij zorgverleners

De deelnemende wijkverpleegkundige en praktijkverpleegkundige hebben een vragenlijst ontvangen. In deze vragenlijst is er een algemeen deel met onder andere persoonlijke kenmerken, ervaringen, en een deel gericht op de verschillende kernaanbevelingen. Om te onderzoeken welke determinanten invloed hebben op de implementatie van de richtlijn osteoporose en fractuurpreventie is gebruik gemaakt van de MIDI vragenlijst(9), aangevuld met determinanten uit de CFIR(10). Deze vragenlijst brengt de volgende onderdelen in kaart:

- Determinanten met betrekking op tot de richtlijn
- Determinanten met betrekking op tot de gebruiker
- Determinanten met betrekking op tot de organisatie
- Determinanten met betrekking op tot de omgeving

In het algemene onderdeel is uitgevraagd:

1. Welke implementatie activiteiten/strategieën zijn toegepast. Dit wordt gebaseerd op het ERIC Framework(6) en de strategieën die in het handboek zijn opgenomen. Er is gekozen voor het ERIC framework omdat deze correleert met determinanten die in het CFIR framework zijn benoemd.
2. Randvoorwaarden voor het in gebruik nemen van de richtlijn (inwerktijd, leestijd, benodigde materialen, meer of minder cliënten moeten zien en hoeveelheid benodigde tijd per cliënt, hoeveelheid tijd geïnvesteerd in implementatieactiviteiten)

De ontwikkelaars van de richtlijn hebben aangegeven dat er een tweedeling kan worden gemaakt in het signaleren van cliënten met een verhoogd risico op osteoporose en daaropvolgend het inzetten van preventieve interventies om het risico op fractures te verkleinen. In de vragenlijst is daarom een onderscheid gemaakt in een sectie signalering en een sectie preventieve interventies. Dit heeft de vragenlijst tevens wat ingeperkt en was daardoor makkelijker in te vullen voor de respondenten. Bij elke sectie is uitgevraagd:

3. De MIDI vragenlijst om determinanten uit te vragen (bijlage 1).
4. Aanvullende determinanten vanuit de CFIR:
 - a. Compatibiliteit met bestaande werkstromen: er is veel overlap in de signalering die voor osteoporose wordt gedaan en andere aandoeningen zoals medicatietrouw en valpreventie. Dit zou door zorgverleners als dubbel werk of dubbele registratie kunnen worden ervaren.
 - b. Planning van de interventie: om de interventies uit te voeren zoals beschreven moeten er verschillende opeenvolgende stappen worden uitgevoerd: signalering en vervolgacties om preventie interventies in te zetten. Deze determinant dient nader onderzocht te worden of deze verschillende stappen op elkaar aan sluiten in de praktijk.
5. Vragen over de mate van het gebruik van de richtlijn. Bij dit onderdeel zal er geen onderscheid in secties gemaakt worden, maar zal het gebruik van elke aanbeveling aan bod komen.

[Interviews/focusgroep met zorgverleners\(intermediaire gebruikers\).](#)

In de focusgroep is ingegaan worden op de volgende thema's:

- In welke mate het mogelijk was om zorg te verlenen volgens de kernaanbevelingen en hoe zij dit hebben aangepakt
- Ervaringen van cliënten
- Hoe de determinanten invloed hadden op uitvoeren van de zorg conform de kernaanbevelingen
- Welke implementatie-activiteiten zijn ingezet en hoe behulpzaam deze zijn geweest.
- Welke randvoorwaarden van toepassing zijn voor een succesvolle implementatie.
- Hoe zij het werken met het handboek en het logboek hebben ervaren.

De focusgroep is met toestemming van de deelnemers opgenomen. De opname is gebruikt voor analyse en samenvatting van de bijeenkomst. Deze samenvatting is geanalyseerd en bediscussieerd door twee onderzoekers.

Interviews met cliënten (eindgebruikers)

Cliënten zijn door zorgverleners benaderd of zij deel zouden willen nemen aan een interview. Cliënten die hebben aangegeven mee te willen werken aan het interview zijn door de onderzoeker telefonisch benaderd. Per cliënt is bekeken worden of het interview telefonisch of face to face kon worden gehouden. Deelnemers zijn gevraagd om een informed consent te tekenen of op band hun toestemming te geven. Indien dit mogelijk was zijn naasten uitgenodigd om bij het interview aanwezig te zijn.

Tijdens het interview is ingegaan worden op welke zorg de cliënt heeft ontvangen, hoe de cliënt de ontvangen zorg ervaren heeft en of zij zorgverlening graag anders hadden gezien. De interviews zijn opgenomen en samengevat. Uit deze samenvatting zijn analyses gemaakt worden om overeenkomsten en verschillen te beschrijven. Deze analyse is uitgevoerd en bediscussieerd door twee onderzoekers.

Interviews met manager/organisatie

Er is een interview met een manager per deelnemende organisatie georganiseerd. De volgende onderwerpen zijn met managers/leidinggevendenden besproken:

- Welke randvoorwaarden er zijn bij het implementeren van de richtlijn osteoporose.
- Welke determinanten in de organisatie er van invloed zijn op de implementatie van de richtlijn osteoporose. Welke determinanten aan de orde komen zal blijven uit bevindingen vanuit de MIDI vragenlijsten en eerdere (groeps)interviews met zorgprofessionals en cliënten.

Aanverwante disciplines

De huisarts is de meest voor de hand liggende samenwerkingspartner in de behandeling van osteoporose en fractuurpreventie in de eerste lijn. De module over signalering in de conceptrichtlijn is afgeleid van de Multidisciplinaire richtlijn Osteoporose en de NHG standaard Fractuurpreventie uit 2022. De aanbevelingen uit de module over valpreventie zijn ook gebaseerd op bestaande richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen uit 2017. Deze aanbevelingen en werkwijzen zullen dus ook bekend moeten zijn bij de huisarts. In het interview zal deze overlap in aanbevelingen aan de orde komen en hoe de samenwerking met professionals uit de wijkverpleging en de POH zal centraal staan.

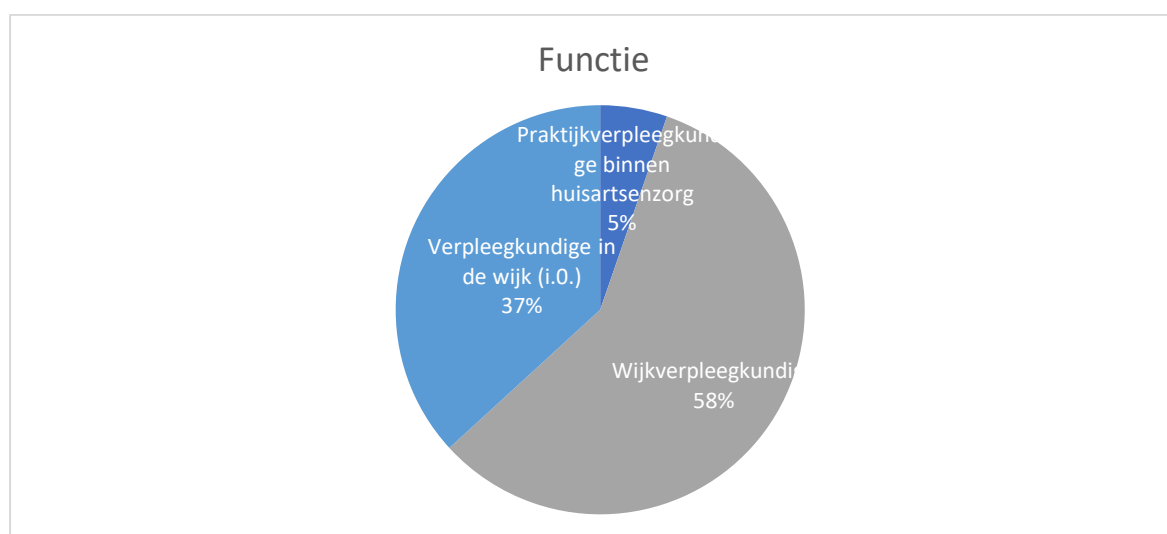
Resultaten

Deelnemers

In totaal hebben 21 zorgverleners deelgenomen aan de proefimplementatie, een praktijkverpleegkundige, zeventien (wijk)verpleegkundigen, een leerling-verpleegkundige en een verzorgende IG. Zij waren werkzaam bij vier verschillende organisaties, drie zorgorganisatie uit de VVT uit de regio's Noord-Brabant en noord Limburg en een huisartsenpraktijk uit de regio west-Twente.

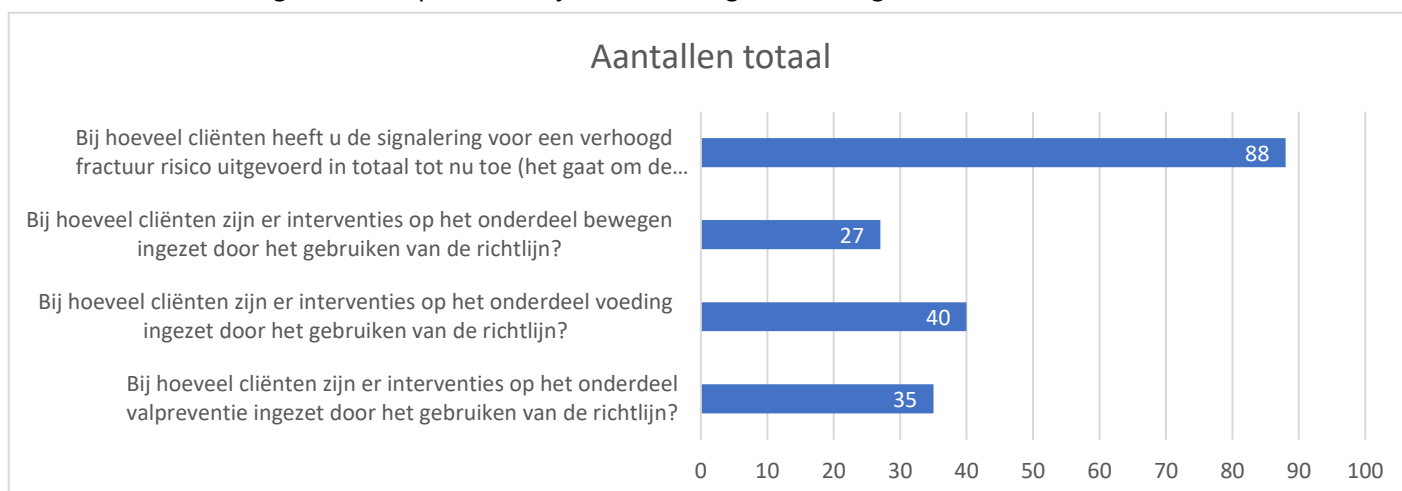
Resultaten van de vragenlijst

Van de 21 deelnemers hebben 19 deelnemers de vragenlijst ingevuld. In figuur 1 is de verdeling van de functie te zien van de respondenten. Het merendeel was werkzaam als wijkverpleegkundige of als verpleegkundige in de wijk. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 46 jaar. Zij hadden gemiddeld 9 jaar ervaring in de wijkverpleging, variërend tussen een jaar tot 26 jaar.



Figuur 1 de functieverdeling van de deelnemers aan de proefimplementatie

De module over signalering is bij 88 cliënten getest, de aanbevelingen bij module 2 over beweging zijn 27 cliënten getest, de aanbevelingen van de module over voeding zijn bij 40 cliënten getest en de aanbevelingen over valpreventie zijn 35 cliënten getest. Zie figuur 2.



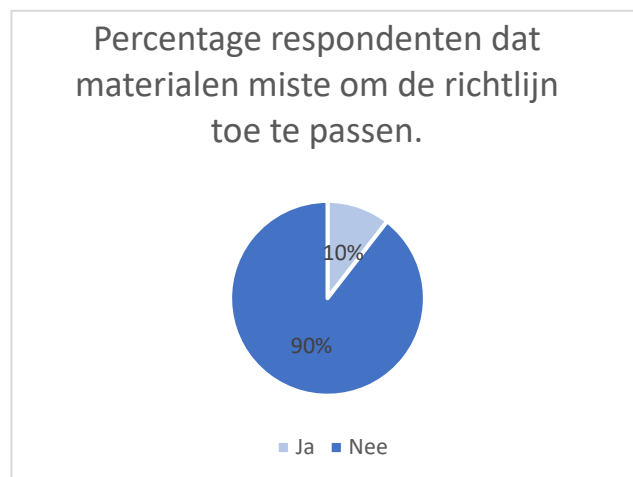
Figuur 2 aantal cliënten waarbij aanbevelingen getest zijn per richtlijnmodule.

Qua tijdsinvestering was er gemiddeld 2 uur nodig om de richtlijn te lezen en ongeveer 2,5 uur om ingewerkt te raken op de werkwijze conform de aanbevelingen in de richtlijn. 20% Van de deelnemers gaf aan geen extra tijd kwijt te zijn bij de cliënt door deelname aan de proefimplementatie, 60% van de zorgverleners was gemiddeld 1 uur meer kwijt bij een cliënt om de zorg te verlenen conform de richtlijn, bij 10% was dit 2 uur. Zie figuur 2. Een kanttekening hierbij is dat er vanwege de proefimplementatie extra huisbezoeken zijn gepland bij cliënten. Zorgverleners gaven aan normaal geen extra huisbezoek te plannen, maar de aanbevelingen uit de richtlijn tijdens reguliere intake of evaluatie gesprekken uit te voeren. Dan zou de gemiddelde tijdsinvestering per cliënt zou dan naar verwachting een stuk lager liggen.

Uitkomsten MIDI-vragenlijst determinanten met betrekking tot de innovatie in het algemeen

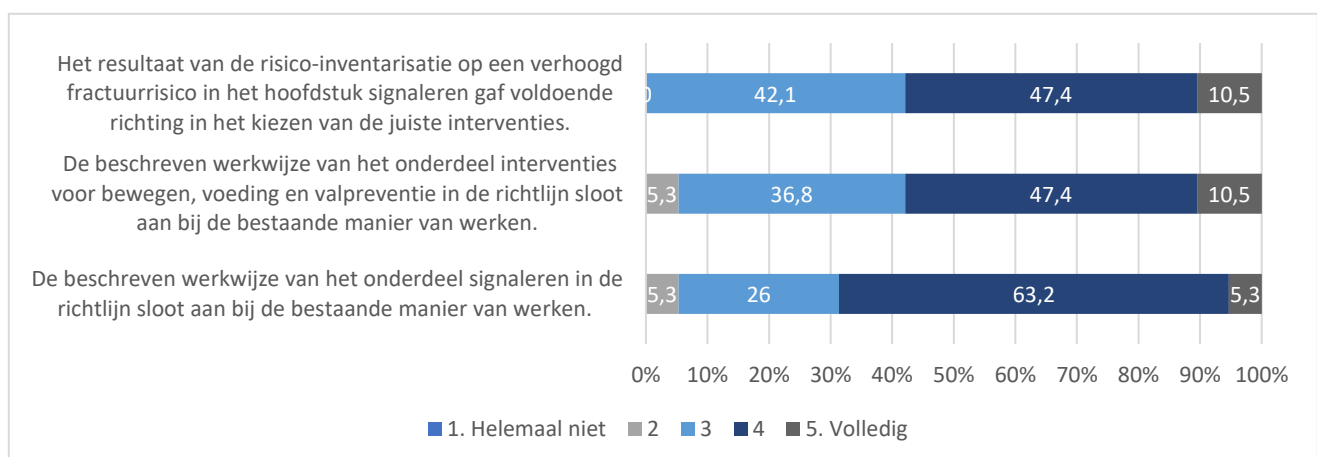
Er werden weinig materialen gemist bij het uitvoeren van de zorg conform de richtlijn. Een respondent gaf aan voorlichtingsmateriaal te missen die bij cliënt achter gelaten kon worden, met name om verwarring tussen artrose en osteoporose te voorkomen. Een andere zorgverlener gaf aan een voedingslijst te missen.

Figuur 3 percentage deelnemers dat materialen miste tijdens de proefimplementatie.

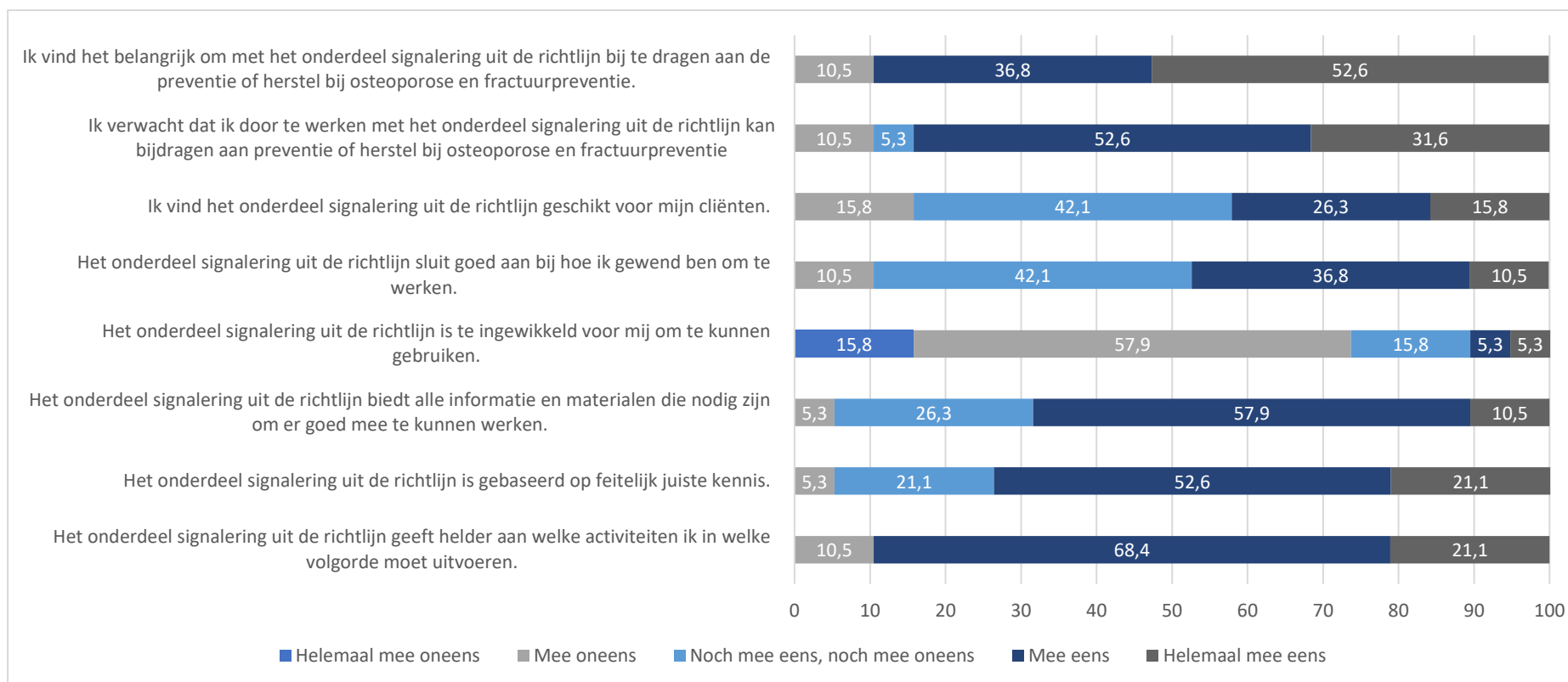


Duidelijkheid en aansluiting van werkwijze bij huidige manier van werken

Van de respondenten gaf bijna 70% aan dat zij de risicosignalering voor osteoporose en fractuurpreventie goed aan vond sluiten bij bestaande werkwijzen in hun praktijk. 25% was hier neutraal in. De aanbevelingen uit de modules bewegen, voeding en valpreventie werden als iets minder goed aansluitend ervaren. 62% Vond de richtlijn bijna volledig of volledig aansluiten bij bestaande werkwijze, 37% vond het niet goed, maar ook niet slecht passen bij de huidige werkwijze. De beschrijving van wat er gedaan zou moeten worden op basis van de risico inventarisatie werd als niet heel duidelijk beoordeeld, 42% gaf aan dat dit niet heel goed, maar ook niet heel slecht was.



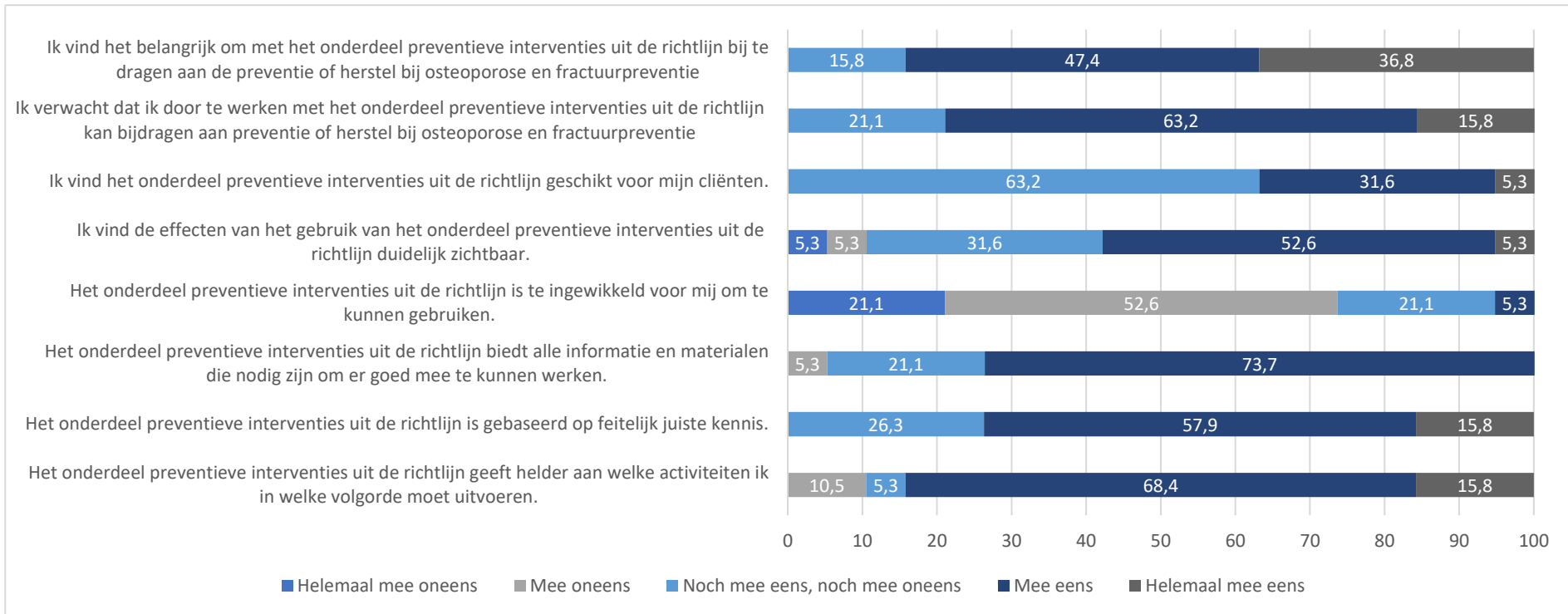
Figuur 4. Aansluiting bij bestaande manier van werken en duidelijkheid van volgorde van aanbevelingen.



Figuur 5 Resultaten van determinanten over onderdeel signalering.

Bovenstaand figuur 4 laat zien dat bijna 87% van de deelnemende zorgverleners de module 'Signalering' belangrijk vond om een bijdrage te leveren aan preventie van fracturen. Meer dan de helft vond de module goed aansluiten bij de huidige manier van werken. Een derde deel was hier neutraal in. Respondenten geven aan dat het duidelijk is welke activiteiten ze in welke volgorde moesten uitvoeren. Opvallend hierin was dat preventieve interventies werden ingezet ongeacht de uitkomst van de risicoscreening. Dit werd niet aanbevolen in de richtlijn.

De uitkomsten MIDI-vragenlijst over de preventieve interventies (modules bewegen, voeding en valpreventie).



Figuur 6. Resultaten van determinanten over de modules bewegen, voeding en valpreventie.

In figuur 5 is te zien dat het overgrote deel (80%) van de deelnemende zorgverleners aangaf het helder te vinden welke activiteiten in welke volgorde uitgevoerd moesten worden. Geen van de deelnemers vond de richtlijn gebaseerd op onjuiste kennis. Twee derde van de deelnemers vond dat de modules met interventies op gebied van bewegen, voeding en valpreventie, voldoende informatie en materialen bood om goed volgens de richtlijn te kunnen werken. Effecten van de richtlijn werden niet direct gezien door de helft van de deelnemers. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de richtlijn gericht is op preventie waardoor de resultaten van de interventies niet direct te meten zijn, met name omdat gevolgen pas op lange termijn zichtbaar zullen zijn. Geen van de deelnemers vond de interventies ongeschikt voor hun cliëntenpopulatie, toch was 60% hier neutraal in. Uit de focusgroep kwam naar voren dat de richtlijn meer aan kan sluiten op de doelgroep cliënten die wijkverpleegkundige zorg ontvangt. 80% van de deelnemers had de verwachting dat zij

een bijdrage konden leveren aan het voorkomen van fracturen door met de richtlijn te werken, en zij zagen het als belangrijk om bij te dragen aan fractuurpreventie.

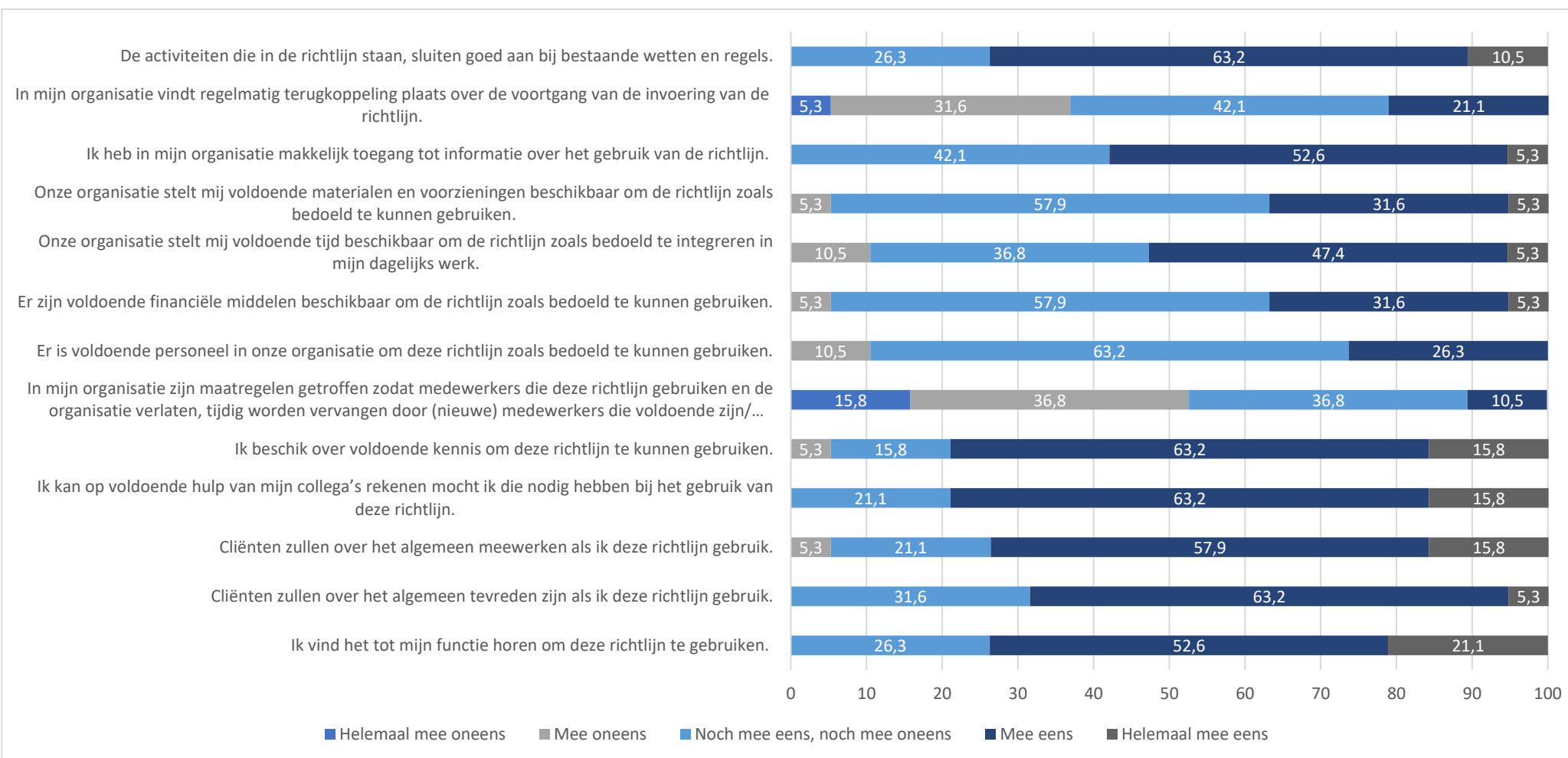
Geen van de deelnemers vond het niet tot zijn of haar functie behoren om de richtlijn osteoporose en fractuurpreventie te gebruiken. Meer dan de helft (60%) van de deelnemers gaf aan te verwachten dat cliënten tevreden zouden zijn wanneer zorgverleners de richtlijn zouden toepassen, de overige 40% was hier neutraal in. Ook had 73% de verwachting dat cliënten mee zouden werken in de zorgverlening volgens de richtlijn. Een groot deel (80%) van de deelnemers gaf aan over voldoende kennis te beschikken om met de richtlijn te werken, en dat indien nodig collega's voldoende zouden helpen om de richtlijn te gebruiken.

Over het algemeen kan gesteld worden dat de modules 'Voeding', 'Bewegen' en 'Valpreventie' als relevante onderwerpen werden gezien, die passen bij het verpleegkundig en verzorgend vakgebied in de eerste lijn. Verpleegkundigen en verzorgenden in de eerste lijn zien er de meerwaarde van in om de interventies die in de modules worden aanbevolen in te zetten bij cliënten. Ook verwachten zij dat cliënten de interventies positief ontvangen.

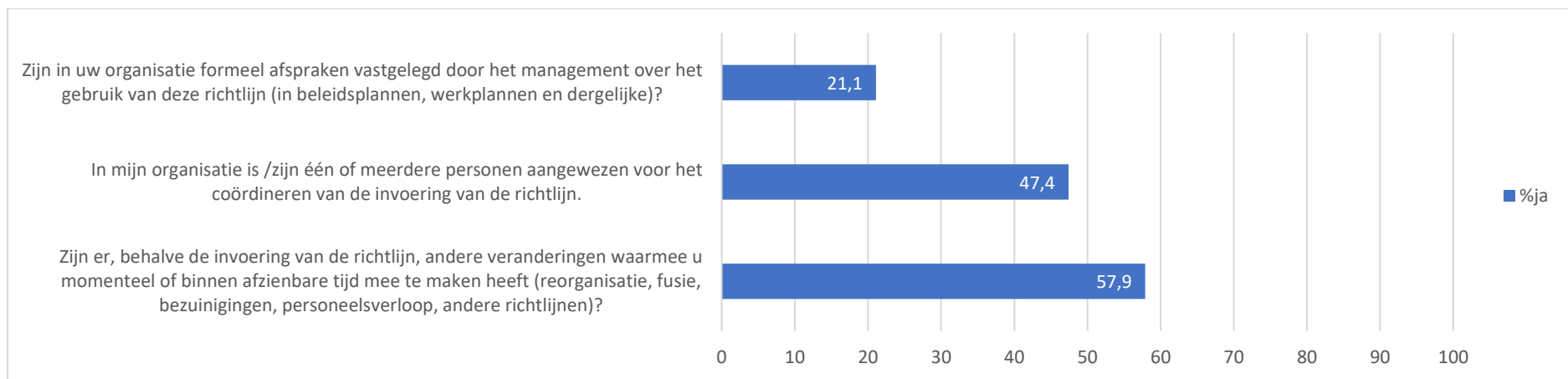
Determinanten met betrekking tot de organisatie

Zoals te zien in figuur 6 gaf slechts 7% van de deelnemers aan dat er tijdig vervangend personeel zou zijn om zorg conform de richtlijn te geven. Een vijfde (20%) gaf aan dat er überhaupt onvoldoende personeel zou zijn om de zorg volgens de richtlijn te geven, 67% was hierin neutraal. 40% van de zorgverleners die de vragenlijst hebben ingevuld waren ervan overtuigd dat er voldoende financiële middelen beschikbaar waren om de richtlijn te gebruiken in de zorgverlening. Daarnaast gaf 53% aan dat de zorgorganisatie hen voldoende tijd gaf om de richtlijn te integreren in hun dagelijks werk. 40% was hier neutraal in, en 7% gaf aan te weinig tijd te krijgen van hun werkgever om de richtlijn te integreren. Geen van de zorgverleners gaf aan dat het moeilijk was binnen hun organisatie om informatie te vinden over het gebruik van richtlijnen. Tegelijkertijd vond er nauwelijks terugkoppeling plaats over de voortgang van de implementatie van een richtlijn, slechts 20% van de respondenten gaf aan dat dit gebeurde. Ook gaf 87% aan dat er geen formele afspraken waren vastgelegd over het gebruik van de richtlijn of richtlijnen in het algemeen. Meer dan de helft (60%) gaf aan dat er geen personen zijn aangewezen die de invoering van richtlijnen coördineert. Ook gaf 67% aan dat er andere veranderingen in de organisatie speelde waar zij mee te maken hadden, naast het invoeren van een nieuwe werkwijze volgens de richtlijn.

Vooraf het faciliteren van tijd en voldoende personeel, worden gezien als belemmerende factoren om de richtlijn te implementeren in de praktijk. Ook het gebrek aan vaste structuren of afspraken in de zorgorganisatie kunnen ervoor zorgen dat de nieuwe richtlijn niet (volledig) wordt geïmplementeerd binnen een organisatie omdat de coördinatie van dit proces niet of niet adequaat wordt opgepakt. Zie figuur 6 en 7.



Figuur 7. Resultaten determinanten in de organisatie.

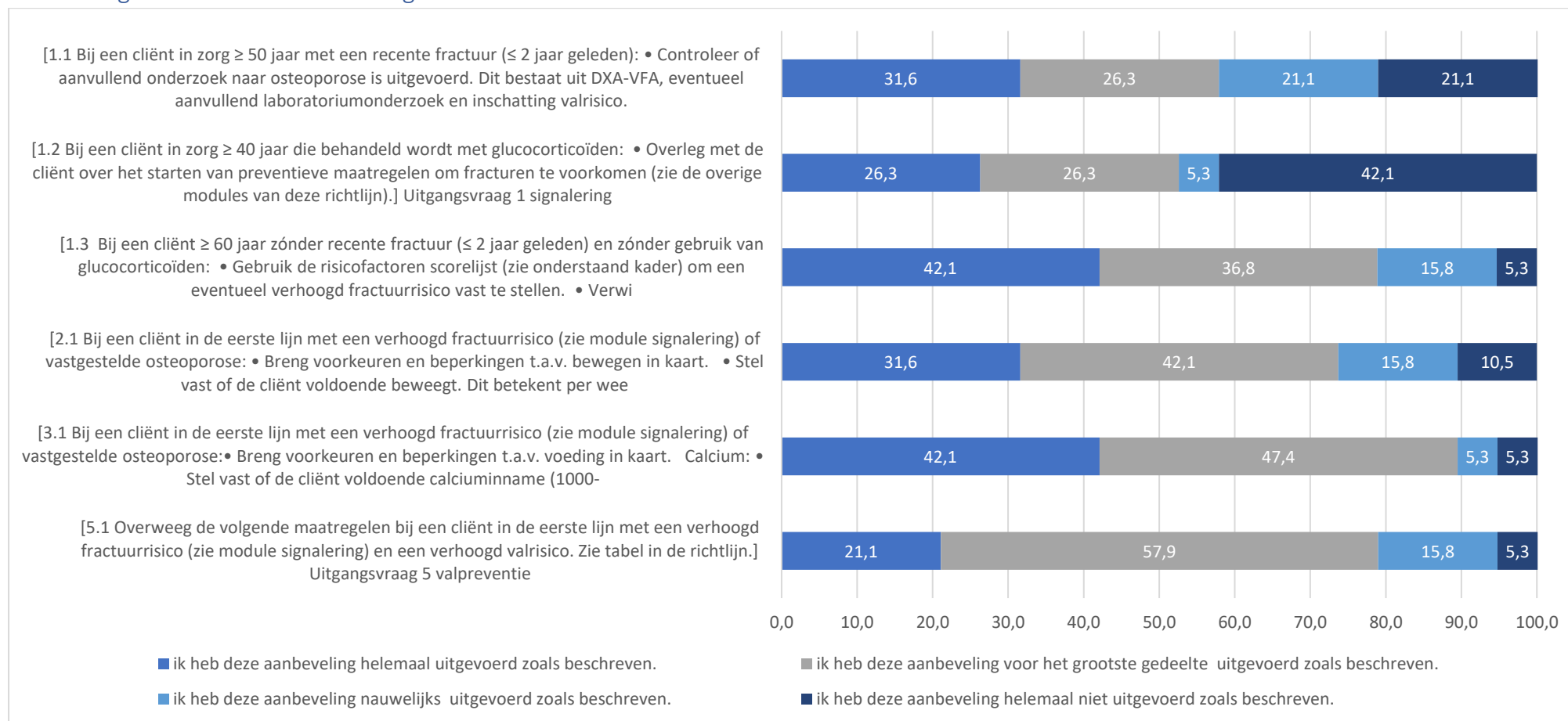


Figuur 8. Afspraken over richtlijnen in een organisatie

Determinanten met betrekking tot sociaal politieke omgeving

De activiteiten vanuit de richtlijn waren in lijn met bestaande wet- en regelgeving, geen van de respondenten gaf aan hierin problemen te ondervinden om de richtlijn te gebruiken.

Mate van gebruik van de aanbevelingen.

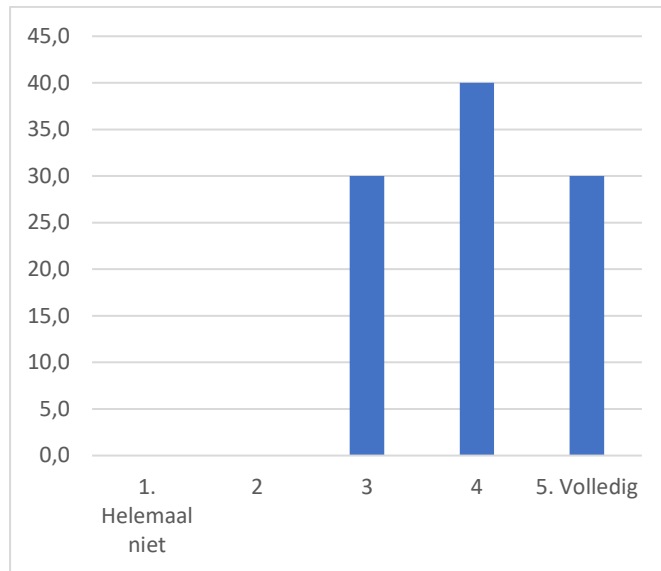


Figuur 9. Mate van gebruik van aanbevelingen in de modules signalering, bewegen, voeding en valrisico

In bovenstaande figuur 8 is te zien dat de aanbevelingen grotendeels uitgevoerd werden zoals beschreven. Uitzondering hierin is de aanbeveling over signalering bij cliënten ouder dan 40 die behandeld worden glucocorticoïden. Ruim 42% gaf aan deze aanbeveling helemaal niet te hebben uitgevoerd zoals beschreven. Vermoedelijk kwam deze cliëntsituatie onvoldoende voor om de aanbeveling uit te kunnen testen in de praktijk. Bij andere onderzoeksmethoden(focusgroep) is deze aanbeveling niet benoemd als uitvoerbaar.

Implementatieactiviteiten en het gebruik van het handboek en logboek

Van de respondenten gaf bijna 60% aan dat zij het handboek gelezen hadden voorafgaand aan de proefimplementatie. Meer dan 50% gaf aan implementatiestrategieën uit het handboek in te hebben gezet om de richtlijn te gaan gebruiken. Het merendeel van de respondenten vond het handboek ondersteunend in het gaan gebruiken van de richtlijn.



Figuur 10. Ervaren ondersteuning van het handboek.



Figuur 11. Percentage hoe vaak implementatie activiteiten zijn ingezet.

In bovenstaande figuur (figuur 10) is te zien in welke mate implementatieactiviteiten zijn toegepast door de deelnemende zorgverleners. Naast het verkrijgen van kennis over de inhoud van de richtlijn zijn vooral activiteiten die op teamniveau uitgevoerd konden worden toegepast. Hierbij gaat het om het creëren van draagvlak en enthousiasme, het betrekken van de personen (bijvoorbeeld zorgverleners of cliënten) op wie de verandering invloed heeft en het bedenken van een werkwijze om conform de richtlijn te werken. Er werd nauwelijks contact gezocht met andere teams.

Resultaten van de focusgroepen en interviews

Focusgroep met zorgverleners

Bij de online focusgroep waren zeven zorgverleners aanwezig: een verpleegkundige in de wijk, vijf wijkverpleegkundigen en een praktijkverpleegkundige. De volgende thema's kwamen aan de orde in de focusgroep: algemene ervaringen met de richtlijn, randvoorwaarden, aansluiting bij bestaande werkwijzen, gebruik van de richtlijn per module & samenwerking met andere disciplines.

Algemene ervaringen met de richtlijn

De verpleegkundigen gaven aan dat ze het onderwerp osteoporose en fractuurpreventie als belangrijk thema zagen. Zij vonden het ook logisch om valpreventie en fractuurpreventie als gezamenlijk thema te zien omdat het doel van deze twee onderwerpen dicht bij elkaar ligt, het voorkomen van vallen en fractures als gevolg van het vallen. In de praktijk is er over het algemeen al aandacht voor valpreventie bij de wijkverpleegkundige intake. Dit is niet het geval voor de combinatie van osteoporose en fractuurpreventie, en wordt gezien als een mooie en belangrijke aanvulling op de bestaande werkwijze. De adviezen in de richtlijn hadden in hun beleving een belangrijke toegevoegde waarde voor de praktijk. Zij zagen kansen voor een succesvolle implementatie wanneer de richtlijn aan zou sluiten bij de huidige valrisico screening. Op sommige punten ervoeren zij dat de doelgroep van de wijkverpleging niet helemaal overeen kwam met de doelgroep zoals beschreven in de richtlijn. Respondenten gaven aan dat de leeftijd van de wijkverpleegkundige doelgroep hoger lag dan waar de richtlijn zich op richt. Er wordt bij de modules screening, bewegen, voeding en valpreventie specifiek op ingegaan hoe de richtlijn hierop aangepast zou kunnen worden (zie pagina 27 & 28).

Zowel de screening als de interventies werden door de meeste respondenten besproken met hun cliënten, hierbij werd niet puntsgewijs de screeningslijst doorlopen. Op een later moment werd dan gekeken of alle punten van de screening aan bod waren gekomen en een compleet advies was gegeven. Deelnemers gaven aan dit een prettigere manier van communiceren te vinden in plaats van het doorlopen van een screeningslijst, omdat er op deze manier meer ruimte zou zijn voor cliënten om hun verhaal te doen en eventueel wat uit te wijden.

Randvoorwaarden

Een belangrijke randvoorwaarde was tijd om de richtlijn te lezen en te bedenken hoe de aanbevelingen ingepast konden worden in de huidige zorgverlening. De richtlijn werd niet in één keer gelezen, maar werd er meerdere keren op nageslagen. Tijdens de proefimplementatie werd met name het logboek gebruikt, waarin een overzicht van de kernaanbevelingen die getoetst werden in deze proefimplementatie was weergegeven. De richtlijn zelf werd over het algemeen niet volledig gelezen. In totaal was tussen de 2-3 uur tijdsinvestering nodig om zover te komen om de aanbevelingen te gaan toepassen.

Qua tijdsinvestering van zorgverlening bij de cliënt kostte het extra tijd om gesprekken te voeren, de screening uit te voeren, advies te geven en dit te rapporteren in het dossier. De benodigde tijd was afhankelijk van de situatie. Vanwege de proefimplementatie waren er extra gesprekken gepland met

cliënten om de interventies uit te testen. Wanneer de screening in bestaande werkprocessen, bijvoorbeeld tijdens een intake- of evaluatiegesprek, zou worden geïntegreerd in de dagelijkse praktijk, dan zou de tijdsinvestering drastisch lager worden was de inschatting. Deze tijdsinvestering werd als acceptabel gezien omdat het onderwerp als belangrijk werd ervaren.

Een andere randvoorwaarde om implementatie te ondersteunen is het faciliteren van de screening binnen het ECD. Dit zou gedaan kunnen worden door de bestaande valrisico signalering uit te breiden met de vragen over osteoporose.

Aansluiting bij bestaande werkwijzen

De aanbevelingen in de richtlijn osteoporose overlappen met aanbevelingen uit de richtlijn valpreventie bij ouderen. Valpreventie is als onderwerp vrij goed geïmplementeerd in de wijkverpleegkundige praktijk omdat vallen vaak voorkomt en grote gevolgen kan hebben voor een cliënt. De deelnemers gaven aan dat het gebruikelijk is om een valpreventiescreening uit te voeren bij een intake. De interventies voor fractuurpreventie uit de richtlijn sluiten hierbij aan. De deelnemers gaven aan dat de onderwerpen die in de richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie genoemd staan bij het onderdeel valpreventie overeen komen met de onderwerpen in de huidige valpreventie screening, maar helemaal zeker waren zij hier niet van.

Gebruik van de richtlijn per module

Signalering

De verpleegkundigen vonden dat de module signalering omslachtig opgeschreven was. Het was hen niet direct duidelijk hoe zij dit moesten uitvoeren. Uiteindelijk lukte het hen wel om risicodoelgroepen te bepalen en de risicoscreening uit te voeren. Aangegeven werd dat een stroomdiagram om te bepalen of iemand tot een risicodoelgroep behoort helpend zou zijn. Verpleegkundigen gaven aan dat de risicoscorelijst goed bruikbaar was. De vraag over alcohol is door de meeste verpleegkundigen niet gesteld, zij ervoeren deze vraag als ongepast, zeker wanneer zij nog geen vertrouwensrelatie hadden opgebouwd met een cliënt.

Tevens valt op dat ondanks dat cliënten niet tot een risicogroep behoorden, en volgens de score ook geen verhoogd risico hadden, er toch interventies werden ingezet. Het blijkt onduidelijk wanneer welke acties dienen te worden ingezet. De richtlijn zou duidelijker moeten zijn over wat er (niet) dient te gebeuren wanneer screening uitwijst dat er geen interventies zijn om onnodige zorg te voorkomen.

Bewegen

De beweegadviezen sloten niet helemaal goed aan bij de grootste doelgroep binnen de wijkverpleging. Het was de deelnemers niet helemaal duidelijk wat er bedoeld werd met bepaalde termen die voor beweegadviezen werden gebruikt zoals gewichtsdragende of spierversterkende oefeningen. Graag zouden zij voorbeelden zien, en een meer concrete beschrijving van de oefeningen die zij kunnen adviseren, maar ook hoe lang en hoe vaak de oefeningen gedaan zouden moeten worden. Ook wilden zij graag voorbeelden van oefeningen die laag intensief zijn of zittend uitgevoerd kunnen worden. Cliënten ervoeren nu een drempel om de oefeningen uit te voeren omdat zij vaak beperkt zijn in hun mobiliteit. Ook zien cliënten er door hun gevorderde leeftijd vaak geen of weinig nut meer in om (intensieve) oefeningen te doen.

Deelnemers aan de focusgroep gaven aan dat zij de term 'monitoren' in de wijkverpleging niet gebruiken. Zij evalueren wel de adviezen en de zorg door in gesprek te gaan met cliënten over of oefenen uitgevoerd werden. Monitoren zagen zij meer als iets meten en controleren. Evalueren werd als een meer gebruikelijke term gezien binnen hun vakgebied.

Voeding

De calcium meter voor cliënten was door één verpleegkundige ingevuld. De andere deelnemers hebben in een gesprek nagevraagd wat cliënten dagelijks aten en gebruikten de calcium meter niet. Zij ervoeren dat cliënten het moeilijk vonden om concreet te benoemen wat zij over het algemeen aten. Wel vonden cliënten en zorgverleners het overzicht van de hoeveelheid calcium in voedingsproducten prettig om te gebruiken. De calciummeter werd dan meer als naslagwerk gebruikt in plaats van iets wat bij de cliënt ingevuld werd om inzicht te krijgen in calciumintake. Zij ervoeren dat cliënten over het algemeen open stonden om aanpassingen in het dieet te doen om meer calcium binnen te krijgen, mits dit aansloot bij hun dieetvoorkeuren. Co-morbiditeit maakte het soms lastig om een passend advies te geven over voeding. Een verpleegkundige gaf aan dat zij niet de expertise in huis had om passende adviezen te geven wanneer er ook voedingsadviezen op basis van andere ziektebeelden waren gegeven aan de cliënt.

Vitamine D werd door veel cliënten al gebruikt. De risico-inventarisatie was in een aantal situaties aanleiding om te starten met vitamine D. Het was alleen onduidelijk of er altijd gestart moest worden met vitamine D, of alleen wanneer cliënten niet dagelijks 30 minuten buiten kwamen. Vitamine D werd op twee manieren verkregen. Ten eerste via de apotheek op recept van de huisarts, bijvoorbeeld wanneer medicatie werd geleverd in een baxterrol. Een andere manier was dat cliënten het zelf aanschaften bij de supermarkt of drogist. Hierin werden door de deelnemers risico's gezien omdat volgens hen cliënten vaak niet weten wat ze (moeten) kopen. Er zijn veel vitamine D producten op de markt waarbij er een mogelijkheid bestaat dat te hoge doseringen worden aangeschaft of met aanvullende stoffen zoals magnesium, ijzer of calcium die mogelijk geen of juist een schadelijk effect teweeg kunnen brengen. Het zou helpen wanneer er een overzicht of advies zou zijn welke supplementen aanbevolen kunnen worden om aangeschaft te worden.

Valpreventie

Valpreventie was bij alle deelnemers een standaard onderwerp bij het intakegesprek. De aanbevelingen uit de richtlijn sloten hier dus mooi bij aan omdat zij in hun werkwijze al gewend waren om het valrisico uit te vragen en preventieve interventies hierop in te zetten. De deelnemers zagen voor implementatie van de richtlijn hier een goede aansluiting bij hun bestaande werkwijze. De deelnemers konden niet met zekerheid zeggen of de onderdelen die in de richtlijn osteoporose en fractuurpreventie benoemd werden precies overeenkomen met de onderdelen van de valrisicoscreening die zij nu in de praktijk gebruiken. Zij gaven niet aan te beoordelen of cliënten een verhoogd valrisico hadden, maar bespraken de beschreven onderdelen die in de richtlijn benoemd werden.

Samenwerking met andere disciplines

Samenwerking met de huisarts werd het meest opgezocht om te overleggen over diagnostiek of medicatie. In de meeste gevallen werd de cliënt gevraagd om contact met de huisarts op te nemen, zoals ook benoemd staat in de richtlijn. Het was voor verpleegkundigen vaak onduidelijk wat hier vervolgens mee werd gedaan. Geen van de deelnemende verpleegkundigen had zelf contact gehad met de huisarts naar aanleiding van de fractuurrisicoscreening, op de praktijkverpleegkundige na. Een andere constructie die werd gebruikt was een structureel overleg met de POH van een huisartsenpraktijk waarbij de bevindingen van de screening en daarop volgende acties op die manier bij de huisarts terecht zouden komen.

Interview met huisarts

Er zijn twee huisartsen benaderd om deel te nemen aan een interview. Er is één huisarts geïnterviewd, via beeldbellen, die betrokken is geweest bij een cliëntcasus waarbij de richtlijn is uitgetest. Een kanttekening die de huisarts plaatste is dat er maar één huisartsenpraktijk is in de

regio waar zij werkzaam is met korte lijntjes naar de wijkzorgorganisaties. Zij ziet dit als een gunstige omstandigheid voor ketenzorg omdat dit het samenwerken makkelijker maakt, dit is echter niet representatief voor Nederland. Zij is bekend met de medische richtlijn osteoporose en fractuurpreventie en deze is geïmplementeerd in haar praktijk. Dat de risicosignalering vanuit de huisartsenpraktijk en vanuit de wijkverpleging overeen komen wordt gezien als een goede zaak. Dit maakt afstemming makkelijker omdat je van elkaar weet waar je het over hebt. In de focusgroep werd aangegeven dat het altijd afwegen is om al dan niet met een huisarts te overleggen, omdat verpleegkundigen de huisarts niet te veel willen "lastig vallen". Deze huisarts zag zo'n overlegmoment juist als een kans voor samenwerking. Bijvoorbeeld wanneer dit nodig was naar aanleiding van de screening, en zeker wanneer er bijvoorbeeld medicatie voor moet worden geschreven of aanvullende diagnostiek moet worden overwogen. Nu wordt in de richtlijn geadviseerd om de cliënt contact op te laten nemen met de huisarts. Mogelijk kunnen cliënten de vraag minder goed verwoorden waardoor deze niet doorgezet wordt door de assistent. Overleg tussen huisarts en wijkverpleegkundige zou dan effectiever zijn. Ook zou de huisarts graag de uitslag van de screening willen weten, aangezien zij dezelfde screening hanteren is het ook relevant voor hun dossier. Voor een huisarts is het juist prettig om even afstemming te hebben met een wijkverpleegkundige over wat is uitgevraagd en welke uitkomsten de screening gaf. Huisartsen hebben met veel verschillende zorgverleners van doen. Wanneer er overlap is van werkzaamheden waarbij de huisarts betrokken is omdat er bijvoorbeeld medicatie voorgeschreven moet worden zou zij het prettig vinden om te weten wie degene is die de screening uitvoert en of diegene voldoende expertise heeft. Elkaar kennen en even spreken helpt hierbij. Ook (vaste) contactmomenten met een POH kunnen hierbij helpen.

Het uitvoeren van een DEXA-scan is ook relevant voor de oudere doelgroep die zorg van de wijkverpleging krijgt. Wanneer een DEXA-scan geïndiceerd is op basis van de risico-inventarisatie wordt er door de huisarts een afweging gemaakt of het zinvol is, bijdraagt aan kwaliteit van leven en wat de wensen van de cliënt hierin zijn.

De huisarts ziet ook het risico van het zelf aanschaffen van vitamine D door cliënten. Zij zou het goed vinden als verpleegkundigen inschatten of cliënten zelf vitamine D kunnen aanschaffen of dat dit beter via de huisarts voorgeschreven kan worden.

Interview met cliënten

Er zijn vijf cliënten geïnterviewd waarbij er een gesprek is geweest over osteoporose en fractuurpreventie. Twee cliënten zijn 'face to face' geïnterviewd omdat zij over de telefoon moeilijk een gesprek konden voeren vanwege gehoorproblemen. Drie cliënten zijn telefonisch geïnterviewd. Geen van de geïnterviewde cliënten had een naaste die was betrokken bij de zorg omtrent osteoporose of fractuurpreventie.

Van de vijf cliënten konden drie zich herinneren een gesprek te hebben gevoerd waarbij was gesproken over 'kwetsbare botten' en risico op vallen. Twee cliënten gaven aan dat er wel iemand langs was geweest, Maar in hun beleving was er alleen maar een gesprek gevoerd. Dat het gesprek bedoeld was voor risicoscreening en preventieve interventies was hen ontgaan. Alle cliënten waren in het verleden gevallen en hadden daardoor breuken opgelopen, waardoor zij angstig waren geworden om te vallen, ook omdat zij bijvoorbeeld lang alleen op de grond hadden gelegen zonder hulp te kunnen inschakelen. Drie van de vijf cliënten wisten niet of zij osteoporose of een verhoogd risico op fracturen hadden. Twee cliënten wisten wel te benoemen dat er osteoporose was vastgesteld. De cliënten gaven aan de gesprekken prettig te hebben gevonden. Vaak was het al wat langer geleden dat cliënten waren gevallen of een breuk hadden gehad, en gaf het cliënten een gevoel van veiligheid dat hier opnieuw wat dieper op in werd gegaan. De cliënten gaven aan hun

best te doen om de adviezen zo veel mogelijk op te volgen, maar dat dit door omstandigheden niet altijd goed lukte. Hierbij vonden zij het prettig dat er meegedacht werd in hoe de adviezen zoveel mogelijk op te volgen. Een cliënt gaf aan hierin een afweging te maken in hoeverre het opvolgen van de adviezen haar kwaliteit van leven beïnvloedde.

Beweegadviezen

Geen van de cliënten gaf aan concrete adviezen te hebben gehad over bewegen; welke oefeningen gedaan zouden kunnen worden hoe vaak dit gedaan zou moeten worden. Drie van de vijf cliënten gaven aan te trainen of te oefenen onder begeleiding van een fysiotherapeut. De wijkverpleging was dan niet direct betrokken bij het oefenen, maar vervulde dan een rol om de cliënt te stimuleren om dit te blijven doen. De betreffende cliënt vond dit prettig en dit hielp haar om actief te blijven oefenen. Cliënten gaven aan ervoor open te staan om meer te oefenen, maar ook dat zij hierin beperking ervaren vanwege verminderde mobiliteit. Door een verminderde mobiliteit was het alleen naar buiten gaan niet voor iedereen mogelijk. Een advies op maat of begeleiding bij het oefenen werd hierbij belangrijk gevonden.

Voedingsadviezen

De meeste cliënten wisten te benoemen dat vitamine D en calcium belangrijk zijn voor sterke botten. Een cliënt benoemde dat hij net onder de norm zat qua calcium intake. Andere cliënten gaven aan dat hen (door de thuiszorg of huisarts) gevraagd was of zij dagelijks melkproducten aten en waren in de overtuiging dat dit dan wel voldoende zou zijn. Bij twee cliënten was een diëtiste betrokken die voedingsadvies gaf. Geen van de cliënten kon zich herinneren de calciummeter te hebben gezien of ingevuld. Op één cliënt na, wisten de cliënten niet wat de norm was en welke voedingsproducten er voor zouden zorgen dat zij aan de norm zouden kunnen voldoen.

Valpreventieadviezen

Bij drie cliënten was de ergotherapeut betrokken geweest om in de woning te kijken welke aanpassingen nodig waren om het risico op vallen te verkleinen. Zij waren blij met de aanpassingen omdat zij niet nogmaals wilden vallen. Eén cliënt gaf aan te gaan verhuizen omdat zij een woning wilde die veiliger was, zij wilde geen aanpassingen meer doen in haar huidige woning. Een andere cliënt gaf aan adviezen te hebben gekregen om haar woning veiliger te maken. Zij begreep de adviezen wel, maar koos ervoor deze niet op te volgen. Zij ging ervan uit dat ze wel een keer zou vallen, maar de spullen in haar woning gaven haar een gevoel van thuis. Dit vond zij belangrijker dan het opvolgen van de valpreventie adviezen. Ook familie speelde een rol om de omgeving veiliger te maken door bijvoorbeeld aanpassingen in de woning te realiseren. Cliënten konden zich verder niet heugen dat zij andere adviezen hadden gekregen om vallen te voorkomen. Wel gaven 4 van de 5 cliënten aan valangst te hebben als gevolg van een eerdere val. Zij benoemden dit als een factor die naar hun beleving bij zou dragen aan een groter risico op vallen. Valangst wordt in de richtlijn osteoporose niet genoemd, maar wordt in de richtlijn valpreventie bij ouderen wel als belangrijk thema genoemd in de valrisicobeoordeling.

Interview met management

Er hebben drie interviews met managers plaatsgevonden, twee met managers in de wijkverpleging, en een met een aansturend wijkverpleegkundige in een zelfsturend team.

De twee managers waren op de hoogte van de deelname aan de proefimplementatie, maar zij waren niet op de hoogte van de inhoud van de richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie. Opviel dat deze managers de Vilans protocollen benoemden wanneer gevraagd werd naar richtlijnen. In de deelnemende zorgorganisaties zijn er databases waar zorgverleners richtlijnen, werkinstructies of protocollen op kunnen zoeken. Bij het uitkomen van een nieuwe richtlijn wordt door de managers

van zorgverleners zelf verwacht dat zij hiervan op de hoogte zijn. In twee van de drie geïnterviewde managers van organisaties waren er afspraken en structuren hoe een nieuwe werkwijze kon worden geïmplementeerd en geborgd in een organisatie. Zo was er in een organisatie bijvoorbeeld een overleg ingericht waarbij vanuit verschillende afdelingen mensen aanwezig waren. Zo kon er gekeken worden hoe aanpassingen aangepakt konden worden en wie hierbij betrokken moesten zijn.

Op de vraag hoe er qua middelen ondersteuning wordt geboden voor implementatie van een richtlijn werd wisselend gereageerd. Voor implementatie in het zorgproces zouden er aanpassingen in de bestaande risicoscreening moeten worden gedaan. De risico-inventarisatie en de uitkomst hiervan wordt met name in het ECD vastgelegd. Bij twee organisaties konden deze aanpassingen vrij makkelijk worden doorgevoerd in samenwerking met de functioneel beheerder van het ECD. Bij de andere zorgorganisatie werd dit als lastiger ervaren omdat dit via de ECD leverancier zou moeten verlopen. Wanneer de risico-inventarisatie niet beschikbaar zou zijn in het ECD werd het als lastiger ervaren om de screening uit te voeren en uitkomsten te rapporteren.

Vanuit het management in de organisatie wordt verwacht dat zorgverleners zelf met een idee of voorstel komen hoe zij het ECD of de werkprocessen graag ingericht zien. De managers zien voor aandachtsvelders kwaliteit, kwaliteitsverpleegkundigen of wijkverpleegkundigen een rol om afspraken te maken over het invoeren van richtlijnen. Zij worden gezien als eerste aanspreekpunt voor zorgverleners wanneer er vragen zijn over hoe zorg het beste uitgevoerd en ingericht kan worden. Ook zouden zij de positie hebben om het initiatief te nemen om het werken volgens een nieuwe richtlijn te agenderen. De proefimplementatie heeft meer op teamniveau plaatsgevonden, bij de implementatie van de definitieve richtlijn zou dit proces in de hele zorgorganisatie ondersteund moeten worden om implementatie succesvol te laten zijn.

Managers noemden dat er best wel wat ondersteunende faciliteiten zijn om richtlijnen te implementeren terwijl medewerkers uit de organisatie dit niet zo ervaren. Het overgrote deel (87%) van de respondenten geeft in de vragenlijst aan dat er geen formele afspreken zijn om met nieuwe richtlijnen aan de slag te gaan. De beleving van managers en zorgverleners komt op dat punt niet overeen. Managers verwachten dat zorgverleners zelf met vragen of initiatieven komen, terwijl zorgverleners verwachten ondersteuning aangeboden te krijgen. Ondersteuning vanuit de organisatie door kwaliteitsverpleegkundigen, aandachtsvelders of wijkverpleegkundigen wordt door managers gezien als de schakel naar de lagen binnen de organisatie die faciliterend kunnen zijn bij implementatie van een nieuwe richtlijn. Wanneer er afstemming is tussen de zorgverleners en de zorgorganisatie ontstaat er een wisselwerking tussen de management laag en de zorgverleners om zo aanbevelingen uit de richtlijn in werkwijzen op te nemen.

Algemene conclusie

De richtlijn osteoporose en fractuurpreventie werd ervaren als een waardevolle toevoeging aan de wijkverpleegkundige zorgverlening en in de huisartsenpraktijk om het risico op fracturen bij cliënten te verkleinen. De aanbevelingen uit de richtlijn sloten aan bij de valpreventiescreening die gebruikelijk is om te doen binnen de eerstelijns ouderenzorg. Dit maakt dat zorgverleners makkelijk een werkwijze konden inbedden in bestaande werkprocessen om de aanbevelingen van de richtlijn op te kunnen volgen. De deelnemers waren van mening dat de aanbevelingen gericht op interventies niet helemaal aansloten bij de oudere doelgroep van de wijkverpleging. Daarnaast konden sommige aanbevelingen wat concreter geformuleerd worden. Ook kan de samenwerking met de behandelaar(huisarts) meer gestimuleerd worden vanuit de richtlijn. Dat de NHG standaard en deze verpleegkundige richtlijn dezelfde aanbevelingen wat betreft de signalering voor een verhoogd risico op fracturen bevatten helpt in de samenwerking tussen verpleegkundige en huisarts.

Barrières voor implementatie worden vooral gezien in hoe zorgorganisaties het proces van richtlijnimplementatie faciliteert. Ondanks dat de determinanten op het niveau van de innovatie zelf (de richtlijn) en op het niveau van de individuele zorgverlener weinig barrières laten zien, verwachten de deelnemers van de proefimplementatie niet dat veel collega's met de richtlijn zullen werken. Obstakels om met de richtlijn te gaan werken worden vooral gezien in het breder implementeren van de richtlijn binnen een zorgorganisatie. Opvallend was dat uit de interviews met de managers naar voren kwam dat er zowel faciliteiten als ondersteuning beschikbaar is voor zorgteams. De managers verwachten wel dat zorgverleners zelf het initiatief nemen om hier gebruik van te maken.

Advies voor implementatie

Per groep van determinanten zullen strategieën worden weergegeven die ingezet kunnen worden om zowel de richtlijn als de context waarin deze geïmplementeerd zal worden positief te beïnvloeden. Hierbij is gebruik gemaakt van de determinanten zoals genoemd in de MIDI vragenlijst en het CFIR-framework met daarop aansluitende implementatiestrategieën vanuit het ERIC-framework (6, 7):

De innovatie

Om de innovatie (de richtlijn) makkelijker in gebruik te nemen en beter aan te laten sluiten op de eerstelijnszorg kunnen we de volgende suggesties doen:

- Geef een eenvoudiger te interpreteren weergave van de risicodoelgroepen en risicosignalering in de richtlijn. Dit zou in de vorm van een stroomdiagram kunnen zoals bij richtlijn osteoporose van de Federatie Medisch Specialisten is gedaan.
- Geef advies over hoe het gesprek over de risicosignalering inclusief de daaruit voortkomende adviezen gevoerd kan worden. Belangrijk hierin is dat voor de cliënt duidelijk is waarom deze screening wordt gedaan en welke adviezen de cliënt krijgt. De module voorlichting geeft een verwijzing naar het voorlichtingsmateriaal, daar is echter geen voorlichtingsmateriaal te vinden om te gebruiken in het contact met de cliënten in de thuissituatie.
- Vervang de term “monitoren” bij de preventieve interventies in “evalueren”. Dit sluit beter aan bij de gangbare terminologie in de wijkverpleging.
- Zorg dat aanbevelingen aansluiten bij de doelgroep van de wijkverpleging en huisartsenpraktijk. Geadviseerde aanpassingen worden per module beschreven:
 - Signalering: laat niet standaard de cliënt contact opnemen met de huisarts met vragen over diagnostiek. Maak duidelijk dat er afweging moet worden gemaakt over

of de cliënt contact op zou moeten nemen met de huisarts als het over diagnostiek gaat, of dat de verpleegkundige hierover zou moeten overleggen met de huisarts. Interprofessioneel overleg maakt samenwerking op het onderwerp osteoporose makkelijker, met name wanneer er van de huisarts acties worden verwacht. Vaak zijn dit geen dringende zaken en kan er ook gebruik worden gemaakt van structurele overleggen. De optie om het in een structureel overleg te bespreken met de huisarts of POH kan genoemd worden als mogelijkheid in de richtlijn om op deze momenten diagnostiek en/of medicatie te bespreken.

- Signalering: beschrijf duidelijk wanneer preventieve interventies moeten worden ingezet naar aanleiding van de risicoscreening.
- Bewegen: cliënten in de wijkverpleging zijn vaak beperkt in hun mogelijkheden om te bewegen. Vanuit het oogpunt van fractuurpreventie zijn gewichtsdragende oefeningen het meeste effectief. Vanuit het oogpunt van valpreventie worden ook beweeg- en balansoefeningen geadviseerd. Dit onderscheid kan duidelijker benoemd worden, ook zou een concretisering helpend zijn over welke oefeningen in welke situatie het meest effectief zijn om te doen. Voorbeelden hoe deze oefeningen uitgevoerd kunnen worden met een passende mate van intensiteit zouden kunnen helpen om een advies op maat te kunnen geven qua bewegen.
- Voeding: beschrijf het advies om te starten met vitamine D concreter. Wanneer cliënten dagelijks 30 minuten buiten komen, is dat voldoende om geen vitamine D supplementen te slikken, of moet er altijd vitamine D genomen worden boven een bepaalde leeftijd zoals geadviseerd wordt vanuit het voedingscentrum.
- Voeding: Geef een overzicht van vitamine D supplementen die veilig gebruikt kunnen worden wanneer cliënten ze zelf aanschaffen. Geef ook een advies over wanneer de apotheek deze beter kan leveren of wanneer een cliënt dit goed zelf kan doen.
- Valpreventie: de richtlijn geeft geen instructie hoe een verhoogd valrisico vastgesteld kan worden terwijl bij de aanbeveling staat dat dit een voorwaarde is om interventies in te zetten. De richtlijn valrisico bij ouderen van Verenso beschrijft welke criteria er zijn om een verhoogd valrisico vast te stellen of wanneer dit aanleiding geeft voor aanvullende risicobeoordeling. Deze valrisico-beoordeling zou opgenomen kunnen worden in de richtlijn osteoporose en fractuurpreventie
- Valpreventie: zorg voor goede aansluiting bij bestaande werkwijzen van valpreventiescreening. De onderdelen die al gescreend behoren te worden, kunnen uitgebreid worden met de risicofactoren op osteoporose en/of een verhoogd fractuurrisico. Hierbij kan aansluiting gezocht worden bij bestaande initiatieven zoals de richtlijn Valpreventie bij ouderen (van Verenso), de Valanalyse van Veiligheid.nl, of de beslisboom Valpreventie van V&VN. Benoem ook dat ondanks dat er geen verhoogd fractuurrisico aan de orde is dat er wel een verhoogd risico op vallen kan zijn: een valrisicobeoordeling is dan geadviseerd(3, 4).

De gebruiker

Strategieën die het meest toegepast zijn en effectief bleken gedurende de proefimplementatie waren:

- Lees de aanbevelingen goed door. Het helpt om een kort overzicht van aanbevelingen beschikbaar te hebben.

- Zorg voor een kartrekker die gecommitteerd is aan het onderwerp, die anderen kan enthousiasmeren.
- Bedenk samen met het team hoe de aanbevelingen in de richtlijn vertaald kunnen worden naar een concrete werkwijze en maak afspraken hoe de zorgverlening wordt uitgevoerd. Bespreek ook in het team wat er nodig is om volgens de richtlijn te gaan werken en bedenk welke personen moeten worden betrokken.

Proces

- Zorg voor een plan van aanpak voor het implementeren van de richtlijn, betrek hierbij ook mensen uit de managementlaag zoals een leidinggevende, kwaliteitsmedewerker of kwaliteitsverpleegkundige.
- Beschrijf en deel kennis over de richtlijn binnen je organisatie.
- Zorg voor evaluatiemomenten in het team om na te gaan waar teamleden tegenaanlopen.
- Zorg voor evaluatiemomenten in de organisatie om ervaringen in het werken met de richtlijn uit te wisselen.
- Zoek gelijkgestemden in de organisatie door na te gaan of anderen ook bezig zijn of willen zijn met het onderwerp osteoporose en fractuurpreventie.

Omgeving

Er zijn geen adviezen om de omgeving te beïnvloeden omdat hier geen barrières ervaren werden.

De organisatie

- Zorgorganisatie dienen een structuur in te richten hoe zij (nieuwe) richtlijnen of werkwijzen in hun organisatie in de praktijk willen gaan gebruiken. Het inzetten van verpleegkundig experts, kwaliteitsverpleegkundigen of gespecialiseerd verpleegkundigen werden als effectief ervaren om een brug te slaan tussen management en de wijkverpleegkundige teams.
- Verpleegkundigen kunnen zelf het initiatief nemen om de richtlijn op planmatige wijze te implementeren. Een voorbeeld van ondersteunend materiaal hiervoor is het [implementatiehandboek van het programma ZorgEvaluatie en Gepast Gebruik](#), echter is dit handboek geschreven voor de ziekenhuiszorg. Een vertaling naar de wijkverpleging zou een mooie volgende stap zijn, echter voert dat te ver voor deze proefimplementatie.
- Geef adviezen hoe zorgverleners in de wijkverpleging hun ECD aan kunnen passen zodat zij de screening makkelijk vast kunnen leggen in het ECD.

Literatuur

1. Vereniging O. 2024 [cited 2024 25-3]. Available from: <https://osteoporosevereniging.nl/osteoporose/wat-is-osteoporose/>.
2. A. Blokstra WMMV, C.A. Baan, H.C. Boshuizen, T.L. Feenstra, R.T. Hoogenveen, H.S.J. Picavet, H.A. Smit, A.H. Wijga. Vergrijzing en toekomstige ziektelast Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025. RIVM; 2007.
3. Specialisten FM. Preventie van valincidenten bij ouderen. 2017.
4. Rozan van der veen JK. De valanalyse. VeiligheidNL; 2023.
5. Job van 't Veer EW, Monica Veeger & Remko van der Lugt. Ontwerpen voor zorg en welzijn. Bussem: Uitgeverij Coutinho; 2023.
6. Powell BJ, Waltz, T.J., Chinman, M.J. et al. . A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Sci* 2015;10, 21.
7. Waltz TJ, Powell, B.J., Fernández, M.E. et al. . Choosing implementation strategies to address contextual barriers: diversity in recommendations and future directions. *Implementation Sci.* 2019;14, 42 (2019).
8. Flottorp SA, Oxman, A.D., Krause, J. et al. A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Sci.* 2013;8(13).
9. Buuren MFTPPVDSV. Towards a measurement instrument for determinants of innovations *International Journal for Quality in Health Care.* 2014;26(5):501-10.
10. Damschroder LJ, Reardon, C.M., Widerquist, M.A.O. et al. . The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. . *Implementation Sci* 2022;17(75).