Osteoporose Vereniging

Rapport achterbanraadpleging ervaringen in de 1e en 2e lijns osteoporosezorg 2026

Inhoudsopgave

1. Samenvatting 2

2. Conclusies 10

3. Aanbevelingen 13

4. Inleiding 16

5. Methode 17

a. Onderzoeksopzet 17

b. Vragenlijst 17

c. Doelgroep 18

d. Dataverzameling 18

e. Analyse 19

6. Kenmerken van de respondenten 19

a. Demografische kenmerken 19

b. Medische kenmerken 20

7. Resultaten 24

a. Waardering van de osteoporosezorg 24

b. Diagnose en onderzoek 28

c. Organisatie van zorg 39

d. Persoonlijk behandelplan en Samen Beslissen 44

e. Ervaringen met wachttijden 50

f. Leden en rol van de Osteoporose Vereniging 56

8. Ontwikkelingen ten opzichte van 2023 59

a. Waardering van de osteoporosezorg 59

b. Onderzoek en diagnose 59

c. Organisatie van de zorg en rol van de behandelaar 60

d. Persoonlijk behandelplan en Samen Beslissen 61

e. Rol van de Osteoporose Vereniging en informatievoorziening 62

f. Samenvattend 62

1. Samenvatting

Osteoporose is een chronische ziekte met een grote impact op het leven van patiënten. De medische behandeling, ondersteuning en andere zorg die zij krijgen is daarmee van cruciaal belang. Na een onderzoek in 2023, hebben wij in 2026 patiënten opnieuw naar hun ervaringen met osteoporosezorg gevraagd.

Over het onderzoek

Respondenten

2.526 mensen met osteoporose of osteopenie vulden de vragenlijst in. De deelnemers waren voornamelijk vrouwen (94%). Bijna alle deelnemers waren 50 jaar of ouder: de helft was tussen de 50 en 69 jaar en de andere helft was 70 jaar of ouder. 29 deelnemers waren 49 jaar of jonger. Mensen uit alle provincies van Nederland namen deel aan het onderzoek. De grootste groepen zijn afkomstig uit Zuid-Holland, Noord-Holland en Noord-Brabant, gevolgd door Gelderland en Utrecht.

Van de 2.526 deelnemers heeft 86% osteoporose en 14% osteopenie. Bijna de helft van de deelnemers (48%) heeft een wervelbreuk of andere botbreuk (47%) gehad. Een heupbreuk komt minder vaak voor (7%). Daarnaast heeft 18% geen botten gebroken. Sommige deelnemers hebben meerdere soorten breuken gehad, waardoor de percentages elkaar overlappen.

Periode
Het online onderzoek vond plaats in de maanden mei - juni van 2026.

Onderzoeksvragen
In 2026 zijn veel van dezelfde vragen uit het onderzoek van 2023 opnieuw gesteld. Daarnaast zijn vragen over nieuwe onderwerpen toegevoegd, zoals wachttijden, leefstijlondersteuning en samenwerking tussen zorgverleners.

Nog steeds een onvoldoende voor de osteoporosezorg als geheel

Hoewel de algemene waardering voor de osteoporosezorg tussen 2023 en 2026 licht is gestegen, krijgt deze zorg gemiddeld nog steeds een onvoldoende: 5,8 tegenover 5,0 in 2023. De ervaringen lopen echter uiteen: bijna 2 op de 5 deelnemers (38,7%) geeft een onvoldoende (1 tot en met 5). Tegelijkertijd geeft ongeveer 1 op de 5 deelnemers (20,8%) een 8 of hoger.

Patiënten hebben te maken met verschillende soorten zorg, maar een substantieel deel van de respondenten 16% geeft aan helemaal niet onder behandeling te zijn van de huisarts of in het ziekenhuis.

- Huisartsenzorg: gemiddeld 6,1
- Ziekenhuiszorg: gemiddeld 7,5
- Algemene osteoporosezorg: gemiddeld 5,8

De 405 mensen die momenteel niet onder behandeling van een arts te zijn, geven gemiddeld een 4,2 voor de osteoporosezorg. Deze groep draagt daarmee bij aan het lagere gemiddelde cijfer voor de totale osteoporosezorg. De lage waardering door deze groep geeft het belang aan van goede begeleiding en een duidelijk aanspreekpunt gedurende het zorgtraject.

Patiënten willen een duidelijk aanspreekpunt

Bijna een derde van de respondenten geeft aan een voorkeur te hebben voor de internist-endocrinoloog als hoofdbehandelaar (30,4%). Bijna even vaak wordt de osteoporoseverpleegkundige (29,0%) genoemd. Daarna volgen de huisarts (12,9%) en reumatoloog (11,3%). De voorkeur verschilt per groep. Mensen die bij een internist-endocrinoloog of reumatoloog onder behandeling zijn, noemen deze zorgverlener ook vaak als gewenste hoofdbehandelaar. Bij mensen die bij de huisarts onder behandeling zijn, wordt de osteoporoseverpleegkundige het vaakst genoemd.
Deze resultaten geven aan dat patiënten behoefte hebben aan duidelijke begeleiding en een herkenbaar aanspreekpunt naast de medische behandeling.

De diagnose

Bij meer dan de helft van de deelnemers werd osteoporose ontdekt na een botbreuk (54,1%). Van deze groep deelnemers zonder breuk werd ruim de helft voor het diagnosetraject door de huisarts verwezen (56,2%) en een kwart door een medisch specialist bij wie zij al onder behandeling waren voor een onderliggende ziekte. (26,9%). De overige deelnemers (16,9%) zijn verwezen door andere zorgverleners of geven aan niet verwezen te zijn.
Er zijn verschillende diagnostische methodes, waarvan DEXA- en VFA scan de belangrijkste zijn. Bloedonderzoek waar botmarkers bepaald worden is een andere manier om de diagnose te kunnen stellen. Valrisico-inschatting is een aanvullend onderzoek in het diagnosetraject. Bij bijna alle deelnemers is een DEXA-scan uitgevoerd (94,2%). Bijna de helft kreeg ook een VFA-scan (49,0%) en bijna 4 op de 10 kregen bloedonderzoek (39,3%). Een valrisico-inschatting kwam veel minder vaak voor (4,8%). Hierbij zagen we verschillen tussen groepen en provincies.
Deze resultaten geven aan weliswaar bijna iedereen een DEXA-scan krijgt, maar dat de VFA-scan, waarmee wervelbreuken worden vastgesteld, maar bij slechts de helft van de deelnemers wordt toegepast. Valpreventie verdient zeker aandacht omdat dit een van de manieren is om (nieuwe) breuken te voorkomen.

Patiënten hebben nog te weinig inzicht en inbreng in hun behandelplan

Bijna de helft van de deelnemers (47,3%) geeft aan geen persoonlijk behandelplan te hebben gekregen. Bij 3 op de 10 kwam de zorgverlener zelf met een behandelplan (30,3%) en bij ruim 1 op de 5 mensen werd het plan eerst besproken en vroeg de zorgverlener naar de mening van de patiënt over dit plan (21,7%).

De informatie over het behandelplan is verbeterd ten opzichte van 2023, maar de inhoud blijft vooral gericht op de medische behandeling. In 2026 geeft bijna 3 op de 4 mensen (74,3%) met een behandelplan dat zij voldoende informatie hebben gekregen om dit behandelplan te begrijpen. Een kwart van de mensen (25,7%) vindt de informatie onvoldoende. De meerderheid krijgt het behandelplan niet mee naar huis.

In het behandelplan gaat de meeste aandacht uit naar medicatie, voeding, vitamine D en calcium en een herhaal-DEXA-scan. Onderwerpen zoals bewegen, een terugkomafspraak en informatie over bijwerkingen komen minder vaak aan bod. Goed bewegen is essentieel bij osteoporose en de terugkomafspraak en informatie over bijwerkingen helpen om de therapietrouw te bevorderen.

Nog minder aandacht is er in het behandelplan voor de impact van een botbreuk op het dagelijks leven en voor wat de patiënt zelf belangrijk vindt. Dit laat zien dat er nog ruimte is voor Samen Beslissen: niet alleen bespreken welke medische behandeling nodig is, maar ook wat de patiënt belangrijk vindt en welke doelen hij of zij heeft.

Meer aandacht nodig voor bewegen, voeding en valpreventie

Osteoporosezorg gaat niet alleen over medicijnen. Ook bewegen, voeding en het voorkomen van vallen – en daarmee van breuken - zijn belangrijk. Toch krijgt niet lang iedereen hierbij ondersteuning.

Voeding: vrijwel geen ondersteuning door diëtist
Slechts 4,7% van de deelnemers is door een zorgverlener naar een diëtist verwezen. Nog eens 10,7% heeft zelf een diëtist gezocht. De grote meerderheid (84,6%) heeft geen verwijzing gehad en heeft ook niet zelf een diëtist gezocht.

Bewegen en valpreventie: ruim de helft krijgt geen ondersteuning
Ruim de helft (55,1%) is niet verwezen naar een fysiotherapeut, oefentherapeut of organisatie voor valpreventie en heeft ook niet zelf naar ondersteuning gezocht. Tegelijkertijd heeft 28,2% zelf het initiatief genomen om ondersteuning te zoeken. Verwijzing door een zorgverlener komt veel minder vaak voor. Dit betekent dat veel mensen zelf op zoek moeten gaan naar ondersteuning bij bewegen en het voorkomen van vallen.

Niet iedereen heeft een duidelijke vervolgcontrole

Na de diagnose en het opstarten van de behandeling is het belangrijk dat duidelijk is wat er daarna gebeurt. Wie houdt de patiënt in de gaten? Wanneer vindt een controle plaats? En wanneer is opnieuw onderzoek nodig? Dit blijkt niet voor iedereen duidelijk te zijn.
Bij bijna 4 op de 10 mensen (39,0%) wordt de controle automatisch geregeld door een specialist of verpleegkundige. Bijna 1 op de 5 maakt zelf een afspraak (18,0%). 21,3% geeft aan dat er geen controleafspraken meer zijn.

Ook de noodzakelijke controle-DEXA- en VFA-scan wordt niet voor iedereen op dezelfde manier georganiseerd. 17,3% geeft aan geen vervolgscan te krijgen. Bij mensen zonder botbreuk geeft de zorgverlener relatief vaak aan dat zij zelf een afspraak moeten maken of geen controleafspraak krijgen.

Voor patiënten kan dit betekenen dat zij zelf moeten uitzoeken wanneer een controle of vervolgonderzoek nodig is en dat ze zelf deze controle moeten regelen. Dit brengt het risico met zich mee dat patiënten bij de zorgverlener uit beeld verdwijnen en er geen zicht is op het verloop van de osteoporose. Een gevolg kan zijn dat de osteoporose onopgemerkt verslechtert en dat mensen (ernstige) botbreuken oplopen.

Samenwerking tussen zorgverleners is voor patiënten vaak niet zichtbaar

Van de deelnemers zegt 86,0% geen samenwerking tussen zorgverleners te hebben ervaren. In de toelichtingen schrijven veel van deze respondenten dat de huisarts zich beperkt tot het voorschrijven van medicatie of het doorverwijzen naar een specialist, zonder verdere begeleiding of afstemming met andere zorgverleners.

Ook wordt genoemd dat informatie vanuit het ziekenhuis niet altijd zichtbaar wordt gedeeld met de huisarts en dat verschillende zorgverleners volgens respondenten langs elkaar werken heen. Ook geven sommige respondenten aan dat zij het gevoel hebben dat de huisarts of fysiotherapeut onvoldoende kennis heeft van osteoporose of van gespecialiseerde zorgmogelijkheden.

Er zijn ook positieve voorbeelden. Sommige deelnemers beschrijven korte lijnen tussen huisarts en specialist, samenwerking met een gespecialiseerde fysiotherapeut of een osteoporoseverpleegkundige die binnen dezelfde praktijk of instelling werkt.

De apotheek speelt een marginale rol in de ondersteuning

De meest genoemde vorm van ondersteuning door de apotheek is voorlichting over het gebruik van osteoporosemedicatie (33,9%). Daarnaast ontving 13,7% uitleg over het belang van vitamine D en calcium en kreeg 10,9% uitleg over mogelijke bijwerkingen van medicatie. Ongeveer één op de tien respondenten (10,3%) ontving een herinnering voor het ophalen van medicatie. Meer dan een derde (36,2%) geeft aan dat zij geen van deze vormen van begeleiding van de apotheek hebben ontvangen.

Wachttijden zijn een aandachtspunt

Bijna één op de drie deelnemers (31,0%) heeft moeten wachten op de diagnose, de behandeling of beide. Van de mensen die op een diagnose wachtten, duurde dit bij 23,0% ongeveer één maand, bij 32,4% twee tot drie maanden en bij 26,2% langer dan drie maanden. Ook voor de behandeling moesten sommige deelnemers meerdere maanden wachten.
De wachttijd ging vooral om de DEXA-scan (51,0%) en de eerste afspraak met een medisch specialist (50,9%). Ook werd gewacht op een VFA-scan (15,4%) of een controleafspraak (11,1%). Bij deelnemers die zowel op de diagnose als op de behandeling moesten wachten, hing een langere wachttijd samen met een lagere waardering van de zorg. Het onderzoek laat niet zien dat de wachttijd deze lagere waardering veroorzaakt.

Wat is de situatie ten opzichte van 2023?

De vergelijking met 2023 laat op een aantal punten een verbetering zien. De gemiddelde algemene waardering van de osteoporosezorg steeg licht van 5,0 in 2023 naar 5,8 in 2026, maar blijft onder de maat van wat we in ons land mogen verwachten van de zorg.

Positief is dat het aantal mensen dat voldoende informatie over het behandelplan heeft gekregen is gestegen: 62% in 2023 tegenover 74,3% in 2026. Tegelijkertijd is aantal respondenten met een persoonlijk behandelplan licht afgenomen van 55,0% in 2023 naar 52,7% in 2026. In het behandelplan ligt de nadruk nog steeds op medische onderwerpen. Hier is ten opzichte van 2023 nog weinig verbetering zichtbaar. Bewegen, voeding en persoonlijke doelen en zaken die voor de patiënt belangrijk zijn, krijgen nog steeds minder vaak aandacht dan medische informatie.

En dat is jammer. Het herkenbaar hebben van een persoonlijk behandelplan waar naast medicamenteuze behandeling ook voldoende aandacht is voor bewegen, voeding, valpreventie en persoonlijke doelen bijdraagt aan therapietrouw en het stabiliseren of verbeteren van de botgezondheid.

Opvallend is dat de voorkeur voor de hoofdbehandelaar is veranderd. In 2023 gaf 40% de voorkeur aan een internist-endocrinoloog; in 2026 is dit 30%. De voorkeur voor een verpleegkundige is juist toegenomen van 16% naar 33%. Hieronder vallen onder andere de verpleegkundig specialist, osteoporoseverpleegkundige en osteoporoseconsulent. De voorkeur voor de reumatoloog bleef ongeveer gelijk (12% in 2023 en 11% in 2026), evenals die voor de huisarts (11% en 13%). In vergelijking met 2023 blijft de medisch specialist een belangrijke positie innemen, terwijl de osteoporoseverpleegkundige in 2026 nadrukkelijk vaker wordt genoemd als gewenste zorgverlener. Dit kan wijzen op een behoefte aan meer continuïteit en begeleiding naast de reguliere medische behandeling.

Zorgelijk is dat er geen verbetering zichtbaar is in hoe de respondenten de samenwerking tussen zorgverleners ervaren. In 2026 gaf net als in 2023 86% aan dat die samenwerking er in hun visie niet was. Dit terwijl betere uitwisseling en samenwerking bijdraagt aan betere zorg en uiteindelijk aan de beheersing van de zorgkosten.

Ook het nieuwe onderwerp wachttijden in de uitvraag 2026 is voor verbetering vatbaar.

2. Conclusies

Een rapportcijfer zegt niet alles, maar wel veel. Het gemiddelde rapportcijfer dat osteoporosepatiënten in deze enquête aan de algemene osteoporosezorg geven is slechts 5,8. Dat is weliswaar hoger dan de 5,0 die uit onze vergelijkbare ledenraadpleging in 2023 naar voren kwam, maar het is nog steeds een onvoldoende. Meer dan een derde (38,7%) van de respondenten gaf de osteoporosezorg die zij zelf kregen (of niet kregen) een cijfer tussen 1 en 5. Daartegenover staan gelukkig ook veel mensen met voldoende (40,5%) tot goede (20,8%) ervaringen met de algemene osteoporosezorg. De lage gemiddelde waardering is zorgelijk, zeker omdat osteoporose een chronische ziekte is die constant begeleiding en behandeling behoeft. Hoewel dit niet op die manier is gevraagd, zouden we kunnen concluderen dat een belangrijk deel van de patiënten zich in meer of mindere mate in de steek voelt gelaten.

Beter geïnformeerd

Dit onderzoek geeft gelukkig ook aan dat er in de afgelopen drie jaar ook onderdelen van de zorg zijn verbeterd. Hierbij springt vooral de informatievoorziening rondom het behandelplan in het oog. In 2023 gaf 62% van de mensen met een behandelplan aan zich goed geïnformeerd te voelen. In 2026 zegt 74,3% voldoende informatie te hebben ontvangen om het behandelplan goed te begrijpen. Tegelijk krijgt lang niet iedereen een behandelplan, of wordt daar in ieder geval niet van op de hoogte gesteld: in 2026 geldt dat voor 47,3% van de respondenten (45% in 2023).

Te weinig aandacht in behandelplan voor o.a. bewegen, bijwerkingen van medicijnen, controle-afspraken

Over het behandelplan

Als een patiënt na de osteoporose-diagnose bij de arts komt, bespreken arts en patiënt hoe de behandeling eruit gaat zien. Het is de bedoeling dat de arts daarbij nadrukkelijk om de mening en wensen van de patiënt zelf vraagt en dat beiden samen tot een gezamenlijke beslissing komen ('Samen Beslissen'). De afgesproken behandeling wordt vastgelegd in een behandelplan dat de patiënt mee naar huis krijgt, en waarin alles duidelijk en begrijpelijk is vastgelegd. Dit plan is een essentieel onderdeel van de hele behandeling: het geeft de patiënt handvatten om de eigen regie te behouden, biedt informatie over de (bijwerkingen van) medicijnen en helpt daarmee om de therapietrouw te bevorderen. Bovendien kan het behandelplan ondersteunen bij noodzakelijke leefstijlaanpassingen, zoals bewegen en sporten op een manier die bij de ziekte past, en eten met o.a. voldoende calcium en vitamine D.

Uit het onderzoek blijkt dat de nadruk in het behandelplan – als al dat met de patiënt wordt besproken – ligt op de medische kant van de behandeling. Hierbij is er geen verschil met de uitkomst in het onderzoek van 2023. Voor zaken als leefstijlveranderingen, het verloop van de behandeling en contactpersoon is weinig aandacht. Zo blijkt dat dat 'bewegen' slechts bij 44,6% van de respondenten in het behandelplan aan bod komt. De terugkomafspraak wordt bij 39,4% genoemd, en contactmogelijkheden bij vragen over bijwerkingen staat slechts bij 20,2% in het behandelplan. Schokkend is dat slechts 9,9% aangeeft dat in het behandelplan expliciet is besproken wat voor hen persoonlijk belangrijk is. (Bijvoorbeeld: Wat is je doel, wat wil je weer kunnen doen? Passen de voorgestelde medicijnen bij jouw situatie?) Ook behandeling van de gevolgen van (wervel)breuken wordt weinig opgenomen in het plan (14,5%).

Andere verbeterpunten

Andere verbeterpunten die uit dit onderzoek naar voren komen zijn: persoonsgerichte zorg, continuïteit, samenwerking tussen zorgverleners en toegankelijkheid van zorg. Ook blijkt dat patiënten behoefte hebben aan meer duidelijkheid over hun behandeling, vervolgzorg en het aanspreekpunt binnen het zorgtraject.

Slotconclusie

Samenvattend: veel mensen met osteoporose krijgen nog steeds niet de ondersteuning vanuit de zorg die ze nodig hebben. De groep respondenten die aangeeft geen behandelaar te hebben of zelf moeten uitzoeken wanneer ze een vervolgafspraak moeten maken lijken daarbij na de start van de behandeling zelfs aan hun lot overgelaten te worden. Dat kan ertoe leiden dat deze patiënten niet op de hoogte zijn van essentiële aanpassingen in hun beweeg- en voedingspatroon en dat de conditie van hun botten daardoor onnodig verergert, met meer (ernstige) botbreuken als gevolg. Een ander ernstig gevolg is dat patiënten door gebrek aan voorlichting stoppen met hun osteoporosemedicatie, iets wat ook tot zwakkere botten en meer botbreuken kan leiden. Naast de persoonlijke gevolgen zijn er uiteraard ook gevolgen voor de maatschappij als geheel in de vorm van oplopende zorgkosten, druk op de zorgsector en verlies van arbeidsproductiviteit.

3. Aanbevelingen

Om de geschetste situatie te verbeteren, doet de Osteoporose Vereniging hieronder een aantal aanbevelingen aan zorgverleners en zorginstellingen.

1. Versterk persoonsgerichte zorg en Samen Beslissen

Gebruik het persoonlijke behandelplan als basis voor het gesprek met de patiënt. Bespreek naast de medische behandeling ook wat voor de individuele patiënt belangrijk is, persoonlijke doelen, bewegen, voeding, mogelijke bijwerkingen, gevolgen van breuken en de vervolgafspraken. Leg de gemaakte afspraken bij voorkeur schriftelijk of digitaal vast, zodat patiënt deze thuis kan nalezen.

2. Zorg dat elke patiënt die in aanmerking komt voor een DEXA altijd gelijktijdig beeldvorming van de wervelkolom (VFA) krijgt.

Wervelbreuken zijn na de leeftijd van 50 jaar de meest voorkomende breuken en hebben vaak een grote impact op het dagelijks leven van patiënten. Tijdige diagnose leidt tot tijdige behandeling. Bovendien zijn wervelbreuken zijn een onafhankelijke voorspeller van toekomstige breuken. Een extra reden om deze beeldvorming altijd uit te voeren.

3. Zorg voor een duidelijk en herkenbaar aanspreekpunt

Maak gedurende het hele zorgtraject duidelijk wie het aanspreekpunt is voor de patiënt en wie verantwoordelijk is voor de begeleiding en opvolging. De resultaten van het onderzoek laten zien dat patiënten behoefte hebben aan zowel specialistische medische kennis als begeleiding in het omgaan met de gevolgen van osteoporose. De osteoporoseverpleegkundige wordt hierbij door patiënten nadrukkelijk genoemd als gewenste zorgverlener. Een vast aanspreekpunt kan bijdragen aan meer continuïteit en duidelijkheid voor de patiënt.

4. Organiseer de vervolgzorg actief en structureel

Voorkom dat patiënten zelf verantwoordelijk zijn voor het organiseren van hun vervolgzorg. Maak bij de start van de behandeling duidelijk wanneer controles plaatsvinden, wie deze organiseert en wanneer vervolgonderzoek nodig is. Besteed daarbij ook aandacht aan patiënten die geen breuk hebben gehad, omdat juist in deze groep relatief vaak wordt aangegeven dat geen controleafspraak wordt aangeboden of dat men zelf een afspraak moet maken.

5. Versterk de samenwerking tussen zorgverleners

Stimuleer betere samenwerking en informatie-uitwisseling tussen huisarts, medisch specialist, verpleegkundige/verpleegkundig specialist, fysiotherapeut, diëtist en andere betrokken zorgverleners. Voor de patiënt moet duidelijk zijn wie welke rol heeft en hoe de verschillende onderdelen van de zorg op elkaar aansluiten. Deze samenwerking is nu voor de meeste respondenten niet zichtbaar.

6. Maak bewegen, voeding en valpreventie vanzelfsprekende onderdelen van de zorg

Bespreek bewegen, voeding en valpreventie standaard als onderdeel van het zorgtraject en kijk waar verwijzing of aanvullende begeleiding nodig is. Het onderzoek laat zien dat patiënten hier niet altijd naar worden verwezen en dat een deel zelf op zoek gaat naar ondersteuning. Vooral bij bewegen en valpreventie is er ruimte om patiënten eerder en gerichter te ondersteunen.

7. Verbeter medicatiebegeleiding en informatie vanuit de apotheek

Maak medicatiebegeleiding een vast onderdeel van de behandeling. Bespreek niet alleen het gebruik van de medicatie, maar ook bijwerkingen, het belang van therapietrouw en relevante aanvullende informatie zoals vitamine D en calcium. Stem deze informatie waar mogelijk af met de andere betrokken zorgverleners, zodat de patiënt eenduidige informatie ontvangt.

8. Beperk wachttijden voor diagnostiek en behandeling

Besteed aandacht aan tijdige toegang tot diagnostiek en behandeling, met name aan de wachttijd voor een DEXA-scan en de eerste afspraak bij een medisch specialist. Bijna één op de drie respondenten heeft een wachttijd ervaren en langere wachttijden hangen samen met een lagere waardering van de zorg. Dit maakt toegankelijkheid van diagnostiek en behandeling een belangrijk verbeterpunt.

4. Inleiding

In 2023 heeft de Osteoporose Vereniging voor het eerst een landelijke achterbanraadpleging uitgevoerd naar de ervaringen van mensen met osteoporose binnen de eerste- en tweedelijnszorg. Deze meting vormde een nulmeting van de ervaren kwaliteit en organisatie van de osteoporosezorg na de invoering van de herziene multidisciplinaire richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie en de start van de implementatie van het Verbetersignalement Osteoporose.

In 2026 is deze achterbanraadpleging herhaald. Door dezelfde thema's opnieuw uit te vragen kan worden onderzocht in hoeverre de ervaringen van mensen met osteoporose zijn veranderd en waar verbeteringen zichtbaar zijn. Daarnaast zijn enkele nieuwe onderwerpen toegevoegd, waaronder wachttijden en een uitgebreidere uitvraag naar leefstijlondersteuning en samenwerking tussen zorgverleners.

Het doel van dit rapport is om inzicht te geven in de huidige ervaringen van mensen met osteoporose met de eerste- en tweedelijnszorg, de resultaten te vergelijken met de nulmeting uit 2023 en op basis daarvan aanbevelingen te formuleren voor verdere verbetering van de osteoporosezorg.

Waar mogelijk worden de resultaten uit 2026 rechtstreeks vergeleken met die uit 2023. Voor nieuw toegevoegde onderwerpen worden uitsluitend de resultaten van 2026 beschreven. Hiermee biedt dit rapport zowel inzicht in de huidige stand van zaken als in de ontwikkeling van de osteoporosezorg in Nederland over de afgelopen drie jaar.

5. Methode

a. Onderzoeksopzet

In 2026 heeft de Osteoporose Vereniging een landelijke achterbanraadpleging uitgevoerd naar de ervaringen van mensen met osteoporose binnen de eerste- en tweedelijnszorg. Dit onderzoek is een herhaling van de meting die in 2023 werd uitgevoerd. Door een groot deel van de vragen ongewijzigd te laten, is het mogelijk om de resultaten van beide metingen met elkaar te vergelijken en ontwikkelingen in de ervaren kwaliteit en organisatie van de osteoporosezorg zichtbaar te maken. Daarnaast zijn in de vragenlijst enkele nieuwe onderwerpen toegevoegd, waaronder wachttijden en een uitgebreidere uitvraag naar leefstijlondersteuning en samenwerking tussen zorgverleners.

b. Vragenlijst

Voor het onderzoek is gebruikgemaakt van een online vragenlijst die is ontwikkeld door de Osteoporose Vereniging. De vragenlijst bestond uit 43 vragen en richtte zich op het volledige zorgtraject van mensen met osteoporose of osteopenie.

Naast meerkeuzevragen bevatte de vragenlijst verschillende open vragen waarin respondenten hun ervaringen konden toelichten. Hierdoor konden de kwantitatieve resultaten worden aangevuld met persoonlijke ervaringen en verbetersuggesties.

De vragenlijst werd in 2026 gestart door 2.571 personen. Respondenten die aangaven geen osteoporose of osteopenie te hebben (n = 45), kwamen niet in aanmerking voor deelname aan het vervolg van de vragenlijst en zijn daarom niet meegenomen in de analyses. De resultaten in dit rapport zijn gebaseerd op de antwoorden van 2.526 respondenten met osteoporose of osteopenie.

c. Doelgroep

De vragenlijst was bedoeld voor volwassenen met osteoporose of osteopenie. Zowel leden als niet-leden van de Osteoporose Vereniging konden deelnemen. De vragenlijst kon volledig anoniem worden ingevuld. Respondenten konden desgewenst aan het einde van de vragenlijst hun contactgegevens achterlaten wanneer zij bereid waren om nadere toelichting te geven op hun antwoorden.

d. Dataverzameling

De vragenlijst werd online aangeboden via Microsoft Forms. Om een zo groot en representatief mogelijk bereik te realiseren is de vragenlijst gedurende de onderzoeksperiode (19 mei 2026 t/m 1 juli 2026) via verschillende communicatiekanalen verspreid. De oproep verscheen op de website van de Osteoporose Vereniging, in de digitale nieuwsbrief, op Facebook, LinkedIn en in het verenigingsmagazine *Bot in Balans*. Daarnaast ontvingen leden een e-mail met de uitnodiging om deel te nemen. Tijdens de looptijd van de vragenlijst zijn herinneringen geplaatst om de respons te vergroten.

Om ook mensen buiten de achterban van de vereniging te bereiken, zijn zorgverleners binnen de eerste en tweede lijn gevraagd de vragenlijst actief onder de aandacht te brengen van patiënten met osteoporose of osteopenie. Hiervoor zijn onder andere een flyer en communicatieteksten beschikbaar gesteld die konden worden gedeeld via nieuwsbrieven, patiëntenmailings en andere communicatiekanalen binnen de praktijk.

e. Analyse

De resultaten zijn descriptief geanalyseerd op basis van de antwoorden van 2.526 respondenten met osteoporose of osteopenie. Waar mogelijk zijn de uitkomsten van de meting uit 2026 vergeleken met de resultaten van de nulmeting uit 2023. Voor vragen die nieuw zijn toegevoegd aan de vragenlijst worden uitsluitend de resultaten van 2026 beschreven. Open antwoorden zijn thematisch geanalyseerd en gebruikt om de kwantitatieve resultaten te illustreren met praktijkervaringen van respondenten.

6. Kenmerken van de respondenten

a. Demografische kenmerken

Geslacht

Van de respondenten is 94,1% vrouw (n = 2.378) en 5,6% man (n = 141)**.** Een zeer klein deel (0,3%**,** n = 7) koos de optie anders/ik wil dit liever niet zeggen. De onderzoeksgroep bestaat daarmee vrijwel volledig uit vrouwen, wat aansluit bij het feit dat osteoporose vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen.

Leeftijd

In tabel 1 is weergegeven dat de meerderheid van de respondenten 50 jaar of ouder (98,7%) is. Respondenten van 49 jaar of jonger vormen slechts een klein deel van de onderzoeksgroep (1,2%).

Tabel 1. Leeftijd van de respondenten

Leeftijd	n	%
49 jaar of jonger	29	1,2
50–69 jaar	1.223	48,4
70 jaar of ouder	1.270	50,3
Wil ik liever niet zeggen	4	0,2
Totaal	2526	100,0

Provincie

Respondenten uit alle provincies van Nederland hebben deelgenomen aan de vragenlijst, zoals weergegeven in tabel 2. De grootste groepen zijn afkomstig uit Zuid-Holland (17,9%), Noord-Holland (17,5%) en Noord-Brabant (14,9%), gevolgd door Gelderland (13,3%) en Utrecht (9,0%).

Tabel 2. Woonprovincie van de respondenten

Provincie	n	%
Drenthe	74	2,9
Flevoland	50	2,0
Friesland	89	3,5
Gelderland	335	13,3
Groningen	80	3,2
Limburg	143	5,7
Noord-Brabant	376	14,9
Noord-Holland	441	17,5
Overijssel	170	6,7
Utrecht	228	9,0
Zeeland	71	2,8
Zuid-Holland	453	17,9
Buitenland	9	0,4
Onbekend	7	0,3
Totaal	2.526	100,0

b. Medische kenmerken

Diagnose

Van alle respondenten (n=2.526) heeft 86,1% (n = 2.174) de diagnose osteoporose en 13,9% (n = 352) de diagnose osteopenie. Hiermee bestaat de onderzoeksgroep grotendeels uit mensen met osteoporose.

Duur van de diagnose

De respondenten vormen een gevarieerde groep wat betreft de duur van hun diagnose (tabel 3). Ruim een derde (35,9%) heeft de diagnose tussen 3 maanden en 3 jaar geleden gekregen. Daarnaast heeft 21,4% de diagnose 3 tot 5 jaar geleden ontvangen en 20,5% leeft al 5 tot 10 jaar met osteoporose. Bijna één op de vijf respondenten (17,8%) heeft de diagnose zelfs al 10 jaar of langer. Slechts 4,4% kreeg de diagnose minder dan drie maanden geleden.

Deze spreiding laat zien dat zowel mensen die recent zijn gediagnosticeerd als mensen met langdurige ervaring met osteoporose in het onderzoek zijn vertegenwoordigd.

Tabel 3. Duur sinds de diagnose osteoporose/osteopenie

Duur sinds diagnose	n	%
Minder dan 3 maanden geleden.	110	4,4
Vanaf 3 maanden tot 3 jaar geleden.	908	35,9
3 jaar tot 5 jaar geleden.	541	21,4
5 jaar tot 10 jaar geleden.	517	20,5
10 jaar of langer geleden.	450	17,8
Totaal	2526	100,0

Doorgemaakte breuken

Respondenten konden aangeven welke botbreuk(en) zij hebben gehad. In tabel 4 is weergegeven dat de grootste afzonderlijke groep bestaat uit respondenten met alleen wervelbreuk(en) (30,9%), gevolgd door respondenten met alleen andere breuk(en) (29,0%). Daarnaast heeft 18,2% geen botbreuk gehad en geeft 0,6% aan niet te weten of sprake is geweest van een botbreuk.

Een deel van de respondenten heeft meerdere typen breuken gehad. Zo rapporteert 14,5% zowel wervelbreuk(en) als andere breuk(en), 2,1% zowel een heupbreuk als andere breuk(en), 1,1% zowel een wervel- als heupbreuk en 1,6% alle drie de typen breuken.

Wanneer de verschillende combinaties worden samengenomen, heeft 48,1% van de respondenten een wervelbreuk gehad, 6,9% een heupbreuk en 47,2% een andere breuk. Omdat respondenten meerdere typen breuken konden aangeven, kunnen deze percentages samen meer dan 100% bedragen.

Tabel 4. Doorgemaakte breuken

Soort breuk	n	%*
Wervelbreuk(en)	780	30,9
Heupbreuk	56	2,2
Andere breuk(en)	732	29,0
Wervel- en heupbreuk(en)	27	1,1
Wervelbreuk(en) en andere breuken	366	14,5
Heupbreuk en andere breuken	52	2,1
Wervelbreuk(en), heupbreuk en andere breuken	40	1,6
Geen breuk	459	18,2
Weet ik niet	14	0,6
Totaal	2526	100,0

Type breuk naar leeftijd

Er zijn duidelijke verschillen zichtbaar in het type breuk tussen de leeftijdsgroepen. Onder respondenten van 70 jaar en ouder rapporteerde 35,0% alleen een wervelbreuk. Dit percentage ligt hoger dan bij respondenten van 50–69 jaar (27,0%) en bij respondenten tot 49 jaar (10,3%). Ook combinaties van een wervelbreuk met een andere breuk komen relatief vaak voor bij de oudste leeftijdsgroep: 15,9% van de respondenten van 70 jaar en ouder rapporteerde deze combinatie, tegenover 13,2% van de groep van 50–69 jaar en 10,3% van de groep tot 49 jaar.

Een andere breuk werd juist het vaakst genoemd door respondenten van 50–69 jaar: 34,3% rapporteerde alleen een andere breuk. Bij respondenten van 70 jaar en ouder was dit 24,1% en bij respondenten tot 49 jaar 20,7%.

Ook het aandeel respondenten zonder breuk verschilt duidelijk naar leeftijd. Van de respondenten tot 49 jaar gaf 44,8% aan geen breuk te hebben gehad. Dit was 19,5% bij de groep van 50–69 jaar en 16,3% bij de groep van 70 jaar en ouder.

Een heupbreuk kwam relatief weinig voor als afzonderlijk type breuk: 2,1% bij 50–69 jaar en 2,3% bij 70 jaar en ouder. Bij respondenten tot 49 jaar ging het om 3,4%, maar deze leeftijdsgroep bestond uit slechts 29 respondenten.

Tijd sinds diagnose naar leeftijd

Ook de tijd sinds de diagnose verschilt tussen de leeftijdsgroepen. Bijna de helft (48,3%) van de respondenten tot 49 jaar kreeg de diagnose tussen 3 maanden en 3 jaar geleden. Bij respondenten van 50–69 jaar was dit 43,3% en bij respondenten van 70 jaar en ouder 28,5%. Een diagnose van 3 tot 5 jaar geleden kwam voor bij 13,8% van de jongere respondenten, tegenover 22,1% van de 50–69-jarigen en 21,0% van de respondenten van 70 jaar en ouder.

Een diagnose van 5 tot 10 jaar geleden kwam relatief vaak voor bij respondenten tot 49 jaar (27,6%), gevolgd door de groep van 70 jaar en ouder (21,8%) en de groep van 50–69 jaar (18,8%). Een diagnose van 10 jaar of langer geleden kwam duidelijk vaker voor bij respondenten van 70 jaar en ouder (25,0%) dan bij respondenten van 50–69 jaar (10,6%) en respondenten tot 49 jaar (10,3%). Een diagnose van minder dan 3 maanden geleden kwam voor bij 3,7% van de respondenten van 70 jaar en ouder en 5,2% van de respondenten van 50–69 jaar; bij respondenten tot 49 jaar kwam dit niet voor.

De groep respondenten tot 49 jaar was met 29 personen relatief klein. De resultaten voor deze leeftijdsgroep moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

7. Resultaten

a. Waardering van de osteoporosezorg

Om een goed beeld te krijgen van de ervaren kwaliteit van de osteoporosezorg is respondenten allereerst gevraagd om de osteoporosezorg in het algemeen te beoordelen met een rapportcijfer. Daarnaast is gevraagd waar zij momenteel voor hun osteoporose onder behandeling zijn. Afhankelijk van het antwoord kregen respondenten vervolgens aanvullende vragen over de zorg in de huisartsenpraktijk of de ziekenhuiszorg. Hierdoor hebben niet alle respondenten zowel de huisartsenzorg als de ziekenhuiszorg beoordeeld.

Algemene waardering van de osteoporosezorg

In totaal hebben 2.505 respondenten (99,2%) een rapportcijfer gegeven voor de osteoporosezorg in het algemeen. De gemiddelde waardering bedraagt 5,8.

Waardering van de huisartsenzorg

Van de 2.526 respondenten beoordeelden 873 respondenten (34,6%) de osteoporosezorg binnen de huisartsenpraktijk. De gemiddelde waardering bedraagt 6,1.

Waardering van de ziekenhuiszorg

De osteoporosezorg in het ziekenhuis is beoordeeld door 1.123 respondenten (44,5%). Het gemiddelde rapportcijfer bedraagt 7,5, waarmee de ziekenhuiszorg aanzienlijk hoger wordt gewaardeerd dan zowel de huisartsenzorg als de algemene osteoporosezorg (tabel 5).

Deze resultaten wijzen erop dat respondenten over het algemeen positiever zijn over de osteoporosezorg in het ziekenhuis dan over de zorg die zij in de eerste lijn ontvangen.

Tabel 5. Vergelijking van de waardering voor de algemene osteoporosezorg, huisartsenzorg en ziekenhuiszorg

Rapportcijfer	Algemene osteoporosezorg (n=2.505)	Huisartsenzorg (n=873)	Ziekenhuiszorg (n=1.123)
Goed (8–10)	520 (20,8%)	239 (27,4%)	653 (58,1%)
Voldoende (6–7)	1.015 (40,5%)	333 (38,1%)	336 (29,9%)
Onvoldoende (1–5)	970 (38,7%)	301 (34,5%)	134 (11,9%)
Totaal	2.505 (100,0%)	873 (100,0%)	1.123 (100,0%)
Gemiddeld rapportcijfer	**5,8**	**6,1**	**7,5**

Algemene waardering osteoporosezorg naar huidige behandelaar

Naast de algemene waardering van de osteoporosezorg is gekeken naar het gemiddelde rapportcijfer voor osteoporosezorg uitgesplitst naar de huidige behandelaar of het huidige aanspreekpunt. De algemene waardering bedraagt gemiddeld 5,8. De waardering verschilt echter tussen de verschillende groepen.

Respondenten die worden behandeld door een internist-endocrinoloog of reumatoloog geven gemiddeld het hoogste rapportcijfer, beide 6,6. Ook bij een geriater ligt de gemiddelde waardering relatief hoog (6,4). De gemiddelde waardering onder respondenten met een fysiotherapeut als huidige behandelaar/aanspreekpunt bedraagt 5,9. Voor respondenten met een huisarts als huidige behandelaar is dit 5,4, evenals voor respondenten met een ander aanspreekpunt. Respondenten die aangeven niet onder behandeling van een arts te zijn, geven gemiddeld het laagste rapportcijfer (4,2).

Deze aanvullende analyse laat daarmee zien dat de waardering van de osteoporosezorg verschilt naar de zorgverlener die respondenten als huidige behandelaar of aanspreekpunt noemen.

Let op: de antwoordmogelijkheden zijn rechtstreeks overgenomen uit de vragenlijst. "Huidige behandelaar" omvat daardoor ook zorgverleners die niet formeel als hoofdbehandelaar optreden.



Figuur 1 Waardering osteoporosezorg

Waardering naar tijd sinds diagnose

Er is gekeken naar de samenhang tussen de tijd sinds de diagnose en de waardering van de huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en de algemene osteoporosezorg. De waardering van de huisartsenzorg varieert van 5,9 tot 6,5. Respondenten die 10 jaar of langer geleden zijn gediagnosticeerd, geven gemiddeld de hoogste waardering (6,5), terwijl de waardering bij respondenten die 3 maanden tot 5 jaar geleden zijn gediagnosticeerd 5,9 bedraagt.

De waardering van de ziekenhuiszorg is hoger en varieert slechts beperkt, van 7,3 tot 7,6. Er is hierbij geen duidelijk patroon zichtbaar naar de tijd sinds de diagnose.

Voor de algemene osteoporosezorg varieert de gemiddelde waardering van 5,6 tot 6,2. Ook hier is een lichte stijging zichtbaar bij een langere tijd sinds de diagnose: respondenten die 10 jaar of langer geleden zijn gediagnosticeerd geven gemiddeld een 6,2, tegenover 5,6 bij respondenten die minder dan drie maanden of 3 maanden tot 3 jaar geleden zijn gediagnosticeerd.

b. Diagnose en onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de diagnose osteoporose tot stand is gekomen, welke diagnostische onderzoeken zijn uitgevoerd, onder welke zorgverlener respondenten behandeld worden en hoe de vervolgzorg is georganiseerd.

Ontdekking van osteoporose

Ruim de helft van de respondenten (54,1%, n = 1.367) geeft aan dat osteoporose werd ontdekt na een botbreuk, waarna zij door de huisarts of het ziekenhuis werden verwezen voor verder onderzoek. Bij 45,9% (n = 1.159) werd de diagnose gesteld zonder dat sprake was van een botbreuk (tabel 6).

Aan de respondenten bij wie osteoporose niet naar aanleiding van een botbreuk werd ontdekt (*n* = 1.159) is gevraagd wie hen heeft verwezen voor diagnostiek. Ruim de helft (56,2%) werd verwezen door de huisarts. Daarnaast werd 26,9% verwezen door een medisch specialist vanwege een andere aandoening. Een klein deel van de respondenten geeft aan dat een fysiotherapeut (3,2%) of oefentherapeut (0,6%) hen heeft geadviseerd contact op te nemen met de arts, waarna een diagnose werd gesteld. Opvallend is dat 13,1% aangeeft niet te zijn doorverwezen voor een diagnose.

Tabel 6. Verwijzing bij diagnose zonder botbreuk

Verwijzer/geadviseerd contact opnemen arts	n	%
Huisarts	651	56,2
Specialist in het ziekenhuis	312	26,9
Fysiotherapeut	37	3,2
Oefentherapeut	7	0,6
Niet doorverwezen	152	13,1
Totaal	1159	100,0

Uitgevoerde diagnostische onderzoeken

Zoals weergegeven in tabel 7 hebben vrijwel alle respondenten een DEXA-scan ondergaan (94,2%). Daarnaast kreeg de helft een VFA-scan (25,0%) en bijna twee op de vijf onderging bloedonderzoek (39,3%). De multidisciplinaire richtlijn osteoporose en fractuurpreventie beveelt aan dat iedere patiënt die in aanmerking komt voor een DEXA ook gelijktijdig beeldvorming (VFA) van de wervelkolom zou moeten ondergaan. Een valrisico-inschatting werd slechts bij 4,8% genoemd. Slechts 1,3% geeft aan dat er helemaal geen onderzoeken zijn verricht.

Bij de optie 'Andere onderzoeken' noemden respondenten onder andere een CT-scan, MRI, röntgenfoto en erfelijkheidsonderzoek/genetisch onderzoek. Daarnaast vulden sommige respondenten hier ook onderzoeken in die al als afzonderlijke antwoordcategorie waren opgenomen, zoals een DEXA-scan, VFA en bloedonderzoek. Ook gaven enkele respondenten aan dat er geen onderzoeken waren uitgevoerd. Deze antwoorden laten zien dat respondenten de optie 'Andere onderzoeken' verschillend hebben geïnterpreteerd en soms antwoorden herhaalden die al in de voorafgaande categorieën waren opgenomen.

Omdat meerdere onderzoeken per respondent mogelijk waren, tellen de percentages op tot meer dan 100%.

Tabel 7. Uitgevoerde diagnostische onderzoeken

Onderzoek	n	%*
DEXA-scan	2.380	94,2
VFA-scan	1.239	49,0
Bloedonderzoek	992	39,3
Valrisico-inschatting	121	4,8
Andere onderzoeken	186	7,4
Geen onderzoeken	33	1,3
Totaal	4951	196,0

**Respondenten konden meerdere antwoorden geven. Hierdoor tellen de percentages op tot meer dan 100%.*

Provincie en soort onderzoek

Er zijn enkele verschillen zichtbaar tussen provincies in de onderzoeken die respondenten hebben ondergaan. De DEXA-scan is in vrijwel alle provincies bij het merendeel van de respondenten uitgevoerd. Het aandeel varieert van 80,9% in Friesland tot 100,0% in Zeeland, tegenover 94,2% landelijk.

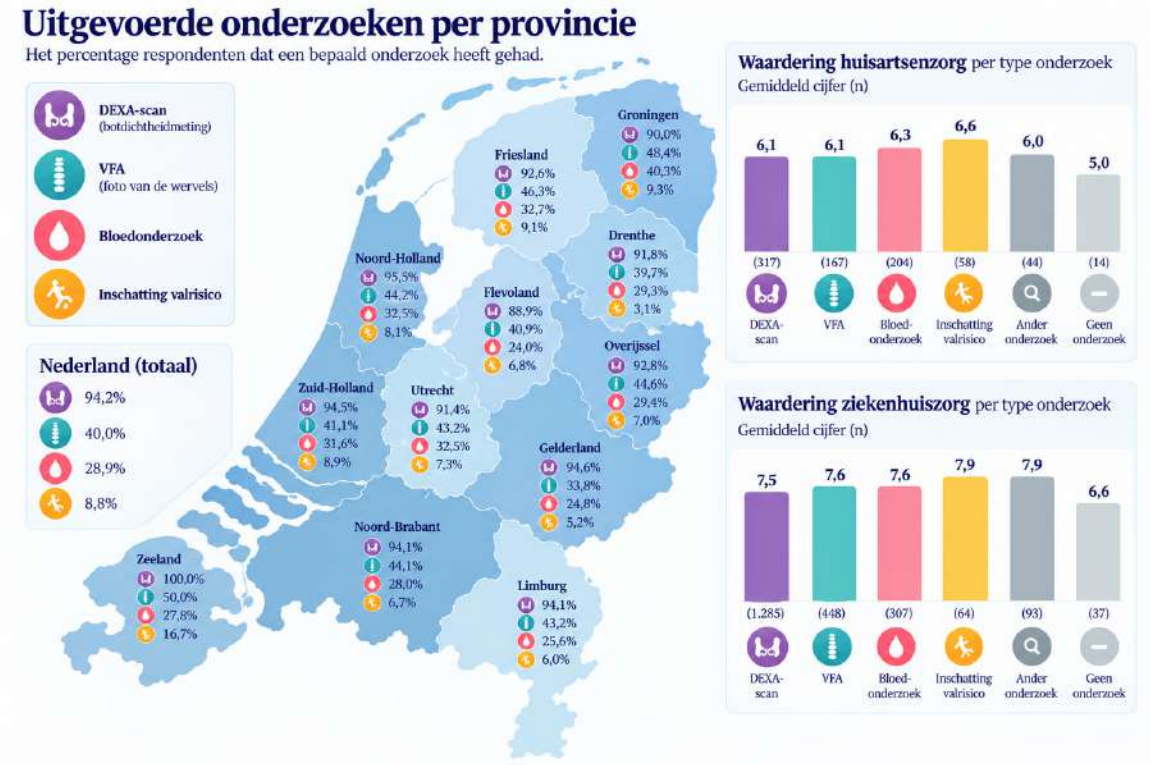
Bij de VFA zijn de verschillen groter: het aandeel varieert van 33,8% in Zeeland tot 56,8% in Drenthe, met een landelijk gemiddelde van 49,0%. Ook bij bloedonderzoek zijn provinciale verschillen zichtbaar.

In Zuid-Holland geeft 46,6% aan bloedonderzoek te hebben gehad, tegenover 30,3% in Friesland; landelijk is dit 39,3%. Een inschatting van het valrisico wordt in alle provincies minder vaak genoemd (4,8% landelijk).

De verschillen laten zien dat het type onderzoek dat respondenten hebben ondergaan per provincie kan verschillen. Wenselijk zou zijn dat in iedere provincie volgens de richtlijn diagnose wordt uitgevoerd. Zeker de beeldvorming van de wervelkolom (VFA) vraagt bij de lager scorende provincies dringend om verbetering.

Waardering per type onderzoek

Zoals weergegeven in Figuur 3 is de waardering van zowel de huisartsenzorg als de ziekenhuiszorg lager onder respondenten die geen onderzoek hebben gehad. Bij respondenten die één of meer onderzoeken hebben gehad, ligt de gemiddelde waardering over het algemeen hoger. De hoogste waardering wordt gegeven door respondenten die een inschatting van het valrisico hebben gehad. Deze resultaten laten een samenhang zien, maar zeggen niet dat het type onderzoek de waardering veroorzaakt.



Figuur 2 uitgevoerde onderzoeken en waardering osteoporose zorg per provincie

Het type diagnostisch onderzoek verschilt naar het type breuk dat respondenten hebben gehad. De DEXA-scan is in alle groepen veruit het meest uitgevoerde onderzoek. Het aandeel respondenten dat een DEXA-scan heeft gehad, ligt in alle breukgroepen boven de 93,0%. Ook onder respondenten zonder breuk heeft 96,3% een DEXA-scan gehad.

De grootste verschillen zijn zichtbaar bij de VFA-scan en het bloedonderzoek. Een VFA-scan wordt het vaakst genoemd door respondenten met een wervelbreuk: 62,9% geeft aan deze scan te hebben gehad. Dit aandeel ligt lager bij respondenten met een heupbreuk (46,3%), een andere breuk (43,9%) en bij respondenten zonder breuk (38,3%).

Voor bloedonderzoek is het aandeel het hoogst onder respondenten met een heupbreuk (55,4%). Bij respondenten met een wervelbreuk is dit 44,5% en bij respondenten met een andere breuk 42,8%. Onder respondenten zonder breuk heeft 25,1% bloedonderzoek gehad.

Een inschatting van het valrisico wordt in alle groepen relatief weinig genoemd, variërend van 3,1% onder respondenten zonder breuk tot 8,0% onder respondenten met een heupbreuk. Ook het aandeel respondenten dat aangeeft geen diagnostisch onderzoek te hebben gehad, is in alle groepen klein (0,8%–2,0%).

Frequentie van DEXA- of VFA-scan

De frequentie waarmee respondenten een controle-DEXA- of VFA-scan krijgen, verschilt. De grootste groep (23,4%) geeft aan iedere vijf jaar een controleonderzoek te krijgen, gevolgd door iedere drie jaar (20,5%) en iedere twee jaar (17,2%). Daarnaast geeft 17,3% aan geen nieuwe scan te krijgen. Bij 10,0% is de frequentie wisselend en 3,1% krijgt minder vaak dan eens per vijf jaar een controle. (Tabel 8)

In deze vragenlijst is geen uitvraag gedaan naar het soort medicijn dat wordt gebruikt. In de richtlijn osteoporose en fractuurpreventie zijn controle DEXA/VFA gekoppeld aan soorten medicijnen. Daarom kunnen hier geen conclusies verbonden worden of er volgens de richtlijn controles zijn uitgevoerd. Opvallend is de 17,3% die geen vervolgcontroles hebben gehad. Dit is deels te verklaren met de antwoorden van deelnemers die recent een diagnose hebben gehad (de helft van 17,3%).

Tabel 8. Frequentie van controle-DXA/VFA

Frequentie	n	%
Jaarlijks	212	8,5
Elke 2 jaar	431	17,2
Elke 3 jaar	513	20,5
Elke 5 jaar	587	23,4
Minder vaak	78	3,1
Wisselend	250	10,0
Geen vervolgscan	434	17,3
Totaal	2.505	100,0

Frequentie van controle naar tijd sinds diagnose

Er is daarnaast gekeken naar de samenhang tussen de tijd sinds de diagnose en de frequentie van controle-DEXA/VFA. Bij respondenten die 3 maanden tot 10 jaar geleden zijn gediagnosticeerd, is een controle iedere vijf jaar het meest genoemd. Bij respondenten met een diagnose van 10 jaar of langer komt een controle iedere drie jaar het meest voor.

Behandelaar

Respondenten zijn onder behandeling van verschillende zorgverleners. De grootste groep wordt behandeld door een internist-endocrinoloog (30,8%), gevolgd door de huisarts (24,8%) en de reumatoloog (12,4%). Daarnaast geeft 16,0% aan momenteel niet onder behandeling van een arts te zijn.

Bij de optie ‘Andere zorgverlener’ noemden respondenten onder andere de mdl-arts, praktijkondersteuner, orthopeed, verpleegkundige, gynaecoloog, oncoloog, osteoporoseverpleegkundige, verpleegkundig specialist en meerdere zorgverleners. Deze antwoorden laten zien dat naast de meest genoemde specialismen ook verschillende andere zorgverleners betrokken zijn bij de behandeling en begeleiding van mensen met osteoporose. Dit zegt ook iets over de complexiteit van de organisatie van zorg als er zoveel verschillende zorgverleners betrokken zijn.

Omdat de antwoordmogelijkheden rechtstreeks uit de vragenlijst zijn overgenomen, zijn hierin ook zorgverleners opgenomen die niet formeel als behandelaar optreden. De resultaten geven daarmee vooral inzicht in welke zorgverlener respondenten als hun huidige behandelaar of aanspreekpunt beschouwen. De resultaten moeten daarom niet worden geïnterpreteerd als een weergave van de formele taak- of verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverleners.

Tabel 9. Huidige behandelaar

Behandelaar	n	%
Huisarts	626	24,8
Internist-endocrinoloog	777	30,8
Reumatoloog	313	12,4
Geriater	64	2,5
Fysiotherapeut	68	2,7
Oefentherapeut	16	0,6
Niet onder behandeling	405	16,0
Ander aanspreekpunt	257	10,2
Totaal	2.526	100,0

Vast aanspreekpunt

Van de respondenten die in de eerste lijn worden behandeld, heeft het grootste deel het meeste contact met de huisarts (78,2%), gevolgd door de praktijkondersteuner (14,6%) en de doktersassistent (7,2%).

Binnen de tweede lijn is de medisch specialist het belangrijkste aanspreekpunt (64,6%), gevolgd door de verpleegkundige of verpleegkundig specialist (20,6%). 14,8% noemt een ander aanspreekpunt.

Bij de optie ‘Ander aanspreekpunt’ noemden respondenten onder andere de huisarts, fysiotherapeut, praktijkondersteuner en meerdere zorgverleners. Daarnaast gaf een deel van de respondenten aan weinig of geen contact te hebben met een zorgverlener. Deze antwoorden laten zien dat de begeleiding niet voor iedereen uitsluitend vanuit de tweede lijn plaatsvindt en dat ook zorgverleners uit de eerste lijn of een combinatie van zorgverleners een rol kunnen spelen.

Zorgverlener naar tijd sinds diagnose

Er zijn verschillen zichtbaar in de zorgverlener bij wie respondenten onder behandeling zijn naar de tijd sinds hun diagnose. Bij respondenten die minder dan drie maanden geleden zijn gediagnosticeerd, is de huisarts de meest genoemde zorgverlener. Bij respondenten met een diagnose van drie maanden tot drie jaar, drie tot vijf jaar, vijf tot tien jaar en tien jaar of langer is de internist-endocrinoloog het meest genoemd. Toch blijft de huisarts in alle groepen een veelvoorkomende zorgverlener.

Waardering naar zorgverlener

Er is gekeken naar de samenhang tussen de zorgverlener bij wie respondenten onder behandeling zijn en hun waardering van de eerstelijnszorg, tweedelijnszorg en de algemene osteoporosezorg. Voor de algemene osteoporosezorg is de gemiddelde waardering het hoogst onder respondenten die onder behandeling zijn bij een internist-endocrinoloog of reumatoloog (beide 6,6). Respondenten die bij de huisarts onder behandeling zijn, geven gemiddeld een 5,4. De laagste waardering komt van respondenten die aangeven niet onder behandeling van een arts te zijn (4,2).

Voor de eerstelijnszorg zijn de verschillen tussen de groepen kleiner. De gemiddelde waardering varieert van 5,9 onder respondenten die bij een fysiotherapeut onder behandeling zijn tot 6,6 onder respondenten die bij een oefentherapeut onder behandeling zijn. Respondenten die bij de huisarts onder behandeling zijn, geven gemiddeld een 6,2.

De waardering van de ziekenhuiszorg ligt in de verschillende groepen dichter bij elkaar. Respondenten die onder behandeling zijn bij een reumatoloog en een geriater/specialist ouderengeneeskunde geven gemiddeld een 7,5, gevolgd door respondenten die bij een internist-endocrinoloog onder behandeling zijn (7,4).

Kortom, respondenten die niet onder behandeling zijn van een arts geven gemiddeld een lagere waardering voor de algemene osteoporosezorg. Dit draagt bij aan het lagere gemiddelde cijfer voor de algemene osteoporosezorg. De waardering voor de eigen huisartsenzorg en ziekenhuiszorg ligt over het algemeen hoger dan de waardering voor de algemene osteoporosezorg.

Organisatie van de controles

De organisatie van controleafspraken verschilt. Bij de grootste groep (39,0%) wordt de controleafspraak automatisch geregeld door de specialist of verpleegkundige. Tegelijkertijd geeft 21,3% aan geen controleafspraken meer te krijgen. Daarnaast is een deel van de respondenten zelf verantwoordelijk voor het maken van een afspraak (18,0%) of ontvangt een oproep vanuit de huisarts of praktijkondersteuner (10,0%). Van 11,7% is niet bekend wie de controle organiseert (tabel 10).

Tabel 10. Wie organiseert de controleafspraken? (n = 2.505)

Organisatie van controle	n	%
Huisarts/praktijkondersteuner	250	10,0
Specialist/verpleegkundige	978	39,0
Maakt zelf een afspraak	452	18,0
Weet niet	292	11,7
Geen controleafspraken	533	21,3
Totaal	2.505	100,0

Organisatie van controleafspraken per type breuk

De organisatie van controleafspraken verschilt per type breuk. Respondenten met een wervelbreuk geven het vaakst aan dat een specialist of verpleegkundige de controle organiseert (51,3%).
Bij respondenten met een heupbreuk is dit vergelijkbaar (47,7%), terwijl dit aandeel lager ligt bij respondenten met een andere breuk (37,6%) en vooral bij respondenten zonder breuk (25,1%).
Respondenten zonder breuk geven juist relatief vaak aan dat zij geen afspraak voor een controle krijgen (28,4%). Ook bij respondenten met een andere breuk (20,4%) en een heupbreuk (19,8%) komt dit vaker voor dan bij respondenten met een wervelbreuk (16,9%). Daarnaast valt op dat respondenten zonder breuk vaker aangeven zelf een controleafspraak te moeten maken (22,0%), tegenover 13,5% van de respondenten met een wervelbreuk. De huisarts of praktijkondersteuner speelt in alle groepen een relatief beperkte rol bij het plannen van controles (7,1% tot 13,0%).

Voorkeur behandelaar

Aan respondenten is gevraagd: *'Als je zou mogen kiezen: wie zou je graag als hoofdbehandelaar willen hebben?'*.
De (osteoporose)verpleegkundige/verpleegkundig specialist (33,0%), wordt het vaakst genoemd, gevolgd door de internist-endocrinoloog (30,4%). Daarna volgen de huisarts (12,9%) en de reumatoloog (11,3%).

Ook andere zorgverleners worden genoemd, waaronder de (osteoporose)verpleegkundige/verpleegkundig specialist (33,0%), geriater/specialist ouderengeneeskunde (3,8%), orthopedisch chirurg (2,7%), oefentherapeut (2,0%), fysiotherapeut (1,8%) en praktijkondersteuner (1,6%). Een klein deel van de respondenten noemt daarnaast de doktersassistent, wijkverpleegkundige, diëtist of apotheker.

Omdat de antwoordmogelijkheden rechtstreeks uit de vragenlijst zijn overgenomen, zijn hierin ook zorgverleners opgenomen die in de praktijk niet als hoofdbehandelaar optreden. De resultaten geven daarmee vooral inzicht in welke zorgverlener respondenten zelf als gewenst aanspreekpunt of hoofdbehandelaar noemen, en moeten niet worden geïnterpreteerd als een weergave van de formele taakverdeling tussen zorgverleners.

De resultaten laten zien dat vooral gespecialiseerde zorgverleners worden genoemd als gewenste hoofdbehandelaar, met name de internist-endocrinoloog en osteoporoseverpleegkundige. Daarnaast is er een duidelijke voorkeur voor de huisarts en reumatoloog.

Tabel 11. Gewenste behandelaar voor osteoporose

Gewenste behandelaar	n	%
(Osteoporose)verpleegkundige/verpleegkundig specialist	827	33
Internist-endocrinoloog	762	30,4
Huisarts	322	12,9
Reumatoloog	282	11,3
Geriater / specialist ouderengeneeskunde	96	3,8
Orthopedisch chirurg	67	2,7
Oefentherapeut	50	2,0
Fysiotherapeut	44	1,8
Praktijkondersteuner	41	1,6
Doktersassistent	5	0,2
Wijkverpleegkundige	4	0,2
Diëtist	3	0,1
Apotheker	2	0,1
Totaal	2.505	100,0

Hoofdbehandelaar vs. gewenste behandelaar

De voorkeur voor een hoofdbehandelaar verschilt naar de zorgverlener bij wie respondenten momenteel onder behandeling zijn. Respondenten die bij een internist-endocrinoloog of reumatoloog onder behandeling zijn, noemen deze zorgverlener ook het vaakst als gewenste hoofdbehandelaar. Bij respondenten die bij de huisarts onder behandeling zijn, wordt de osteoporoseverpleegkundige het vaakst genoemd als gewenste hoofdbehandelaar, gevolgd door de huisarts en internist-endocrinoloog. De osteoporoseverpleegkundige wordt daarnaast ook door respondenten uit andere behandelgroepen regelmatig genoemd. Dit laat zien dat de voorkeur voor een hoofdbehandelaar niet altijd overeenkomt met de huidige behandelaar.

c. Organisatie van zorg

Naast de medische behandeling is aan respondenten gevraagd welke ondersteuning zij hebben ontvangen op het gebied van medicatie, voeding, bewegen en valpreventie. Ook is onderzocht in hoeverre respondenten samenwerking tussen verschillende zorgverleners ervaren.

Ondersteuning door de apotheek

Aan de respondenten is gevraagd over welke onderwerpen zij voorlichting of begeleiding van de apotheek hebben ontvangen. Meerdere antwoorden waren mogelijk.

De meest genoemde vorm van ondersteuning is voorlichting over het gebruik van osteoporosemedicatie (33,9% van de respondenten). Daarnaast ontving 13,7% uitleg over het belang van vitamine D en calcium en kreeg 10,9% uitleg over mogelijke bijwerkingen van medicatie. Ongeveer één op de tien respondenten (10,3%) ontving een herinnering voor het ophalen van medicatie.

Opvallend is dat 36,2% van de respondenten aangeeft geen van deze vormen van begeleiding van de apotheek te hebben ontvangen. Daarnaast geeft 10,7% aan zich niet meer te herinneren welke onderwerpen met de apotheek zijn besproken.

De vragenlijst bevatte ook de mogelijkheid om bij 'Anders, namelijk…' een eigen antwoord in te vullen. De antwoorden op deze open vraag leverden geen duidelijke aanvullende categorieën op die aan de tabel konden worden toegevoegd. Een deel van de respondenten gebruikte deze mogelijkheid om een persoonlijke toelichting te geven of hun ervaringen met de apotheek uitgebreider te beschrijven. Deze antwoorden zijn daarom niet afzonderlijk gecategoriseerd.

Tabel 12. Onderwerpen die met de apotheek zijn besproken

Onderwerp	n	% *
Voorlichting over gebruik van medicatie	848	33,9
Uitleg over vitamine D en calcium	342	13,7
Uitleg over mogelijke bijwerkingen	274	10,9
Herinnering voor ophalen medicatie	257	10,3
Begeleiding bij gebruik van infuusmedicatie thuis	96	3,8
Geen van bovenstaande	907	36,2
Weet ik niet meer	268	10,7
Anders, namelijk…	256	10,2
Totaal	3248	129,7

**Meerdere antwoorden waren mogelijk.*

Medicatievoorlichting naar tijd sinds diagnose

De onderwerpen waarover respondenten vanuit de apotheek voorlichting of begeleiding ontvangen, vertonen naar tijd sinds diagnose een vergelijkbaar patroon. Er is op basis van deze gegevens geen duidelijk patroon zichtbaar waarbij de ontvangen voorlichting sterk verandert naarmate de diagnose langer geleden is.

Verwijzing naar een diëtist

Slechts 4,7% van de respondenten is door een zorgverlener verwezen naar een diëtist. Daarnaast geeft 10,7% aan zelf een diëtist te hebben gezocht, zonder verwijzing. De grote meerderheid (84,6%) is niet verwezen naar een diëtist en heeft ook zelf geen diëtist geraadpleegd.

Tabel 13. Verwijzing naar een diëtist

Verwijzing naar diëtist	n	%
Ja, verwezen naar een diëtist	117	4,7
Nee, zelf een diëtist gezocht	269	10,7
Nee, geen verwijzing en zelf geen diëtist gezocht	2.119	84,6
Totaal	2.505	100,0

Verwijzing voor bewegen en valpreventie

Respondenten is gevraagd of zij zijn verwezen naar een fysiotherapeut, oefentherapeut of valpreventieprogramma.

Ruim de helft van de respondenten (55,1%) geeft aan niet te zijn doorverwezen én ook zelf geen fysiotherapeut, oefentherapeut of organisatie voor valpreventie te hebben gezocht. Daarentegen heeft 28,2% zelf initiatief genomen om ondersteuning te zoeken.

Slechts een relatief klein deel van de respondenten is door een zorgverlener verwezen naar een fysiotherapeut, oefentherapeut of organisatie voor valpreventie. Van de verschillende vormen van verwijzing komt een verwijzing naar een gespecialiseerde fysiotherapeut het vaakst voor (6,1%), gevolgd door een algemene fysiotherapeut (5,9%).

Tabel 14. Verwijzing voor bewegen en valpreventie

Verwijzing	n	% *
Gespecialiseerde fysiotherapeut	126	6,1
Algemene fysiotherapeut	121	5,9
Gespecialiseerde oefentherapeut	35	1,7
Algemene oefentherapeut	62	3,0
Organisatie voor valpreventie	41	2,0
Zelf ondersteuning gezocht	578	28,2
Geen verwijzing en zelf niets gezocht	1.130	55,1
Totaal	2093	102,0

*Meerdere antwoorden waren mogelijk.

Ervaren samenwerking tussen zorgverleners

Om inzicht te krijgen in de samenwerking binnen de osteoporosezorg is aan respondenten gevraagd of zij hebben gemerkt dat de huisarts samenwerkt met fysiotherapeuten, diëtisten of het ziekenhuis. De overgrote meerderheid (86,0%) geeft aan geen samenwerking tussen zorgverleners te hebben ervaren. Slechts 14,0% merkt wel dat er sprake is van samenwerking.

De toelichtingen van respondenten die geen samenwerking tussen de huisarts en andere zorgverleners ervaren, laten vooral zien dat de osteoporosezorg volgens veel respondenten weinig integraal wordt ervaren. Een terugkerend thema is dat de huisarts zich beperkt tot het voorschrijven van medicatie of het doorverwijzen naar een specialist, zonder verdere begeleiding of afstemming met andere zorgverleners.

Daarnaast geven veel respondenten aan dat zij zelf het initiatief moeten nemen om informatie, onderzoek, behandeling of ondersteuning te regelen. Dit betreft bijvoorbeeld het zelf aanvragen van een DEXA-scan, zoeken naar een gespecialiseerde fysiotherapeut of diëtist en het vragen om een verwijzing naar een specialist.

Een ander terugkerend punt is dat respondenten weinig zicht hebben op de samenwerking tussen zorgverleners. Zij geven aan niet te weten of de huisarts contact heeft met een specialist, fysiotherapeut of diëtist, of dat hierover nooit met hen is gesproken. Ook wordt genoemd dat informatie vanuit het ziekenhuis niet altijd zichtbaar wordt gedeeld met de huisarts en dat verschillende zorgverleners volgens respondenten naast elkaar werken.

Verder noemen respondenten gebrek aan kennis van zorgverleners en begeleiding als reden waarom samenwerking onvoldoende wordt ervaren. Sommige respondenten hebben het gevoel dat de huisarts of fysiotherapeut onvoldoende kennis heeft van osteoporose of van gespecialiseerde zorgmogelijkheden.

Tot slot komt naar voren dat fysiotherapie en diëtetiek niet altijd vanzelfsprekend onderdeel zijn van de osteoporosezorg. Verschillende respondenten geven aan hier nooit over te zijn geïnformeerd of zelf op zoek te zijn gegaan naar passende ondersteuning.

De toelichtingen van respondenten die wel samenwerking ervaren, laten zien dat deze samenwerking op verschillende manieren wordt ingevuld. Het vaakst wordt contact of overleg tussen de huisarts en de medisch specialist genoemd, bijvoorbeeld over medicatie, onderzoeksuitslagen of de verdere behandeling. Ook worden verwijzingen naar een fysiotherapeut, met name een fysiotherapeut met ervaring of specialisatie in osteoporose, regelmatig genoemd.

Daarnaast beschrijven sommige respondenten een meer geïntegreerde vorm van samenwerking. Zo wordt genoemd dat een fysiotherapeut of osteoporoseverpleegkundige binnen hetzelfde gezondheidscentrum of de huisartsenpraktijk werkt, dat er korte lijnen zijn tussen zorgverleners of dat huisarts en fysiotherapeut regelmatig overleg hebben. Ook worden voorbeelden genoemd van een praktijkondersteuner die zich specifiek met osteoporose bezighoudt en van structureel overleg met een osteoporosepoli.

De samenwerking met diëtisten wordt in de toelichtingen minder vaak concreet beschreven. Wanneer deze samenwerking wordt genoemd, gaat het bijvoorbeeld om een diëtist die aan de huisartsenpraktijk verbonden is. Een deel van de respondenten geeft bovendien aan zelf informatie over voeding en bewegen te hebben opgezocht of hierin zelf keuzes te hebben gemaakt.

Tegelijkertijd blijkt uit enkele toelichtingen dat respondenten niet altijd goed weten of en hoe hun huisarts samenwerkt met andere zorgverleners. Sommige respondenten geven aan ervan uit te gaan dat er samenwerking is, zonder dit zelf te hebben ervaren. Ook zijn er antwoorden waarin samenwerking als beperkt of niet structureel wordt omschreven.

d. Persoonlijk behandelplan en Samen Beslissen

Een persoonlijk behandelplan kan bijdragen aan gezamenlijke besluitvorming, duidelijke afspraken en een betere afstemming van de behandeling op de wensen en behoeften van de patiënt. Daarom is onderzocht in hoeverre respondenten een persoonlijk behandelplan hebben ontvangen en welke onderwerpen daarin aan bod kwamen.

Persoonlijk behandelplan

Bijna de helft van de respondenten (47,3%) geeft aan geen persoonlijk behandelplan te hebben ontvangen. Een op de drie respondenten geeft aan dat de zorgverlener zelf met een behandelplan kwam. Daarnaast geeft 21,7% aan dat de zorgverlener het behandelplan heeft besproken en daarbij om hun mening heeft gevraagd. Slechts 0,7% van de respondenten heeft zelf een behandelplan of hulpmiddel, zoals de Samen Beslissen Startersset van de Osteoporose Vereniging, meegenomen naar het gesprek.

Hieruit blijkt dat gezamenlijke besluitvorming nog niet vanzelfsprekend is binnen de osteoporosezorg. Een persoonlijk behandelplan en duidelijke uitleg over de behandeling kunnen bijdragen aan inzicht bij patiënten in het hoe en waarom van hun behandeling. Dit inzicht kan de therapietrouw bevorderen. De huidige resultaten laten zien dat hier binnen de osteoporosezorg nog ruimte voor verbetering is.

Tabel 15. Persoonlijk behandelplan

Antwoord	n	%
Zorgverlener kwam met een behandelplan	758	30,3
Behandelplan besproken en om mijn mening gevraagd	544	21,7
Zelf behandelplan meegenomen	17	0,7
Geen behandelplan	1.186	47,3
Totaal	2.505	100,0

Inhoud van het behandelplan

Respondenten die een behandelplan hadden ontvangen (n = 1.319) is gevraagd welke onderwerpen daarin aan bod kwamen. Meerdere antwoorden waren mogelijk.

Medicatie (88,6%) is veruit het meest besproken onderwerp. Ook voeding en supplementen zoals calcium en vitamine D (73,0%) en afspraken over een herhaalde DEXA-scan (60,3%) worden vaak opgenomen in het behandelplan.

Onderwerpen die juist minder vaak aan bod komen zijn bewegen (44,6%), een terugkomafspraak (39,4%) en contactmogelijkheden bij vragen over bijwerkingen (20,2%). Opvallend is dat slechts 9,9% aangeeft dat in het behandelplan expliciet is besproken wat voor hen persoonlijk belangrijk is. Ook behandeling van de gevolgen van (wervel)breuken wordt relatief weinig opgenomen (14,5%).

Deze resultaten laten zien dat behandelplannen zich vooral richten op de medische behandeling, terwijl onderwerpen rondom persoonlijke doelen en voorkeuren beperkt aandacht krijgen.

Tabel 16. Onderwerpen in het behandelplan

Onderwerp	n	% van respondenten*
Medicatie	1.168	88,6
Voeding, vitamine D en calcium	963	73,0
Herhaal DEXA-scan	795	60,3
Bewegen	588	44,6
Terugkomafspraak	520	39,4
Contact bij vragen over bijwerkingen	267	20,2
Behandeling gevolgen van (wervel)breuken	191	14,5
Wat is voor mij belangrijk	131	9,9
Totaal	4623	350,5

**Meerdere antwoorden waren mogelijk.*

Behandelplan meegekregen

Van de respondenten die een behandelplan hebben ontvangen, kreeg 37,7% hiervan ook een schriftelijke of digitale versie mee/toegang tot een digitale versie. Een digitale versie (22,9%) werd iets vaker verstrekt dan een papieren versie (14,8%).

Daarentegen geeft 62,2% aan het behandelplan niet mee naar huis te hebben gekregen.

Tabel 17. Behandelplan meegekregen

Vorm	n	%
Ja, digitaal	302	22,9
Ja, op papier	196	14,8
Nee	822	62,2
Totaal	1.320	100,0

Informatie over het behandelplan

Respondenten die een behandelplan hadden ontvangen is gevraagd of zij voldoende informatie kregen om het behandelplan goed te begrijpen. Bijna driekwart (74,3%) geeft aan voldoende informatie te hebben ontvangen. Een kwart (25,7%) vindt de ontvangen informatie onvoldoende.

De toelichtingen van respondenten die aangeven voldoende geïnformeerd te zijn over hun behandelplan, laten vooral zien dat duidelijke en persoonlijke toelichting/uitleg belangrijke aspecten zijn. Respondenten noemen dat zij uitleg kregen over de behandeling en medicatie, de duur van de behandeling en de vervolgstappen. Ook wordt gewaardeerd dat er ruimte was om vragen te stellen en dat zij konden meepraten over de keuze voor een behandeling. Daarnaast noemen verschillende respondenten dat de afspraken over controles, vervolgonderzoek en monitoring duidelijk waren en dat zij bij vragen contact konden opnemen met hun behandelaar.

Een deel van de respondenten geeft aan zichzelf actief te hebben geïnformeerd, bijvoorbeeld via de Osteoporose Vereniging of andere bronnen. Deze aanvullende informatie hielp hen om het behandelplan beter te begrijpen en zich voor te bereiden op gesprekken met hun zorgverlener.

Tegelijkertijd blijkt uit enkele toelichtingen dat het oordeel ‘voldoende geïnformeerd’ niet betekent dat alle aspecten van de zorg volledig duidelijk zijn. Sommige respondenten geven aan dat zij nog vragen hebben over bewegen, praktische adviezen, vervolgcontroles en de opvolging van toekomstige onderzoeken. Deze onderwerpen worden volgens hen niet altijd uitgebreid besproken of uitgelegd.

Dit wordt bevestigd uit de toelichtingen van respondenten die aangeven onvoldoende geïnformeerd te zijn over hun behandelplan. Zij geven aan dat de informatie volgens hen vaak beperkt blijft tot medicatie, supplementen en een eventuele vervolg-DEXA-scan. Respondenten missen met name informatie over bijwerkingen, voeding, bewegen en de gevolgen van osteoporose en wervelbreuken. Ook is er regelmatig onduidelijkheid over het vervolg van de behandeling, zoals de duur van medicatie, controleafspraken en het moment van vervolgonderzoek. Verschillende respondenten ervaren weinig tijd en ruimte voor een persoonlijk gesprek of het bespreken van alternatieven. Daarnaast geven zij aan zelf veel informatie te moeten opzoeken en zelf achter vervolgonderzoek of afspraken aan te moeten gaan. Een deel van de respondenten heeft behoefte aan een schriftelijk of digitaal behandelplan om de gemaakte afspraken later terug te kunnen lezen.

Hoewel de meeste respondenten tevreden zijn over de uitleg, laat dit resultaat zien dat er nog ruimte is om de informatievoorziening verder te verbeteren.

Persoonlijk behandelplan naar type breuk

Het hebben van een persoonlijk behandelplan verschilt naar het type breuk dat respondenten hebben gehad. Van de respondenten met een wervelbreuk had 58,0% een persoonlijk behandelplan: 32,6% gaf aan dat de zorgverlener met een plan kwam, 24,7% dat het behandelplan werd voorgelegd en om hun mening werd gevraagd en 0,8% dat zij zelf een plan hadden gedownload. Bij respondenten met een heupbreuk had 52,7% een persoonlijk behandelplan en bij respondenten met andere breuken was dit 51,6%. Onder respondenten zonder breuk lag dit aandeel lager, op 37,0%. In deze groep gaf 63,0% aan geen persoonlijk behandelplan te hebben gehad, tegenover 41,9% van de respondenten met een wervelbreuk, 47,3% met een heupbreuk en 48,4% met andere breuken.

Respondenten met een breuk geven daarmee vaker aan een persoonlijk behandelplan te hebben gehad dan respondenten zonder breuk. Daarbij moet worden opgemerkt dat respondenten meerdere typen breuken konden hebben gehad, waardoor de breukgroepen elkaar kunnen overlappen.

Ook is gekeken naar de inhoud van het persoonlijke behandelplan. Medicatie wordt het vaakst genoemd (88,6%), gevolgd door voeding en supplementen, zoals vitamine D en calcium (73,0%). Bij 60,3% maakte een herhaal-DEXA-scan onderdeel uit van het behandelplan en bij 44,6% werd bewegen genoemd. Een terugkomafspraak werd bij 39,4% genoemd. Onderwerpen die minder vaak in het behandelplan werden opgenomen, waren contact bij vragen over bijwerkingen (20,2%), behandeling van de gevolgen van een (wervel)breuk (14,5%) en wat voor de patiënt zelf belangrijk is (9,9%). Er zijn ook verschillen zichtbaar naar het type breuk. Zo werd de behandeling van de gevolgen van een breuk vaker genoemd door mensen met een wervelbreuk dan door mensen zonder breuk. Bij mensen met een wervelbreuk werd dit bij 24,7% genoemd, tegenover 3,0% van de mensen zonder breuk. Voeding en supplementen werden juist relatief vaak genoemd bij mensen zonder breuk (81,0%) en bij 71,9% van de mensen met een wervelbreuk.

e. Ervaringen met wachttijden

Om inzicht te krijgen in de toegankelijkheid van de osteoporosezorg is aan respondenten gevraagd of zij te maken hebben gehad met wachttijden voor de diagnose of behandeling, hoelang deze wachttijden duurden en voor welke onderdelen van de zorg zij moesten wachten.

Ervaren wachttijden

De meerderheid van de respondenten (69,5%) geeft aan geen wachttijd te hebben ervaren voor zowel de diagnose als de behandeling. Daarentegen heeft bijna één op de drie respondenten (30,5%) wel te maken gehad met een wachttijd.

Van alle respondenten ervaarden:

- 12,5% uitsluitend een wachttijd voor de diagnose;
- 6,9% uitsluitend een wachttijd voor de behandeling;
- 11,1% een wachttijd voor zowel de diagnose als de behandeling.

Tabel 18. Ervaren wachttijden

Ervaren wachttijd	n	%
Ja, voor de diagnose	314	12,5
Ja, voor de behandeling	173	6,9
Ja, voor zowel diagnose als behandeling	278	11,1
Nee	1.742	69,5
Totaal	2.507	100,0

Duur van de wachttijd voor de diagnose

In totaal hebben 592 respondenten een vervolgvraag over de duur van de wachttijd voor de diagnose beantwoord. Dit betreft 314 respondenten die uitsluitend een wachttijd voor de diagnose rapporteerden en 278 respondenten die een wachttijd voor zowel diagnose als behandeling rapporteerden.

Van deze respondenten wachtte 32,4% twee tot drie maanden op de diagnose. Daarnaast wachtte 26,2% langer dan drie maanden en 23,0% ongeveer één maand. Een kleinere groep (9,5%) kreeg binnen één tot drie weken een diagnose. Bij 8,9% was de duur van de wachttijd niet meer bekend.

Tabel 19. Duur van de wachttijd voor de diagnose

Wachttijd	n	%
1 tot 3 weken	56	9,5
Ongeveer 1 maand	135	23,0
2 tot 3 maanden	190	32,4
Langer dan 3 maanden	154	26,2
Weet ik niet meer	52	8,9
Totaal	587	100,0

Duur van de wachttijd voor de behandeling

Voor de behandeling is gevraagd hoe lang respondenten moesten wachten. Deze vraag werd zowel gesteld aan 173 respondenten die uitsluitend een wachttijd voor de behandeling rapporteerden als aan 278 respondenten die een wachttijd voor zowel diagnose als behandeling rapporteerden. In totaal hebben 451 respondenten deze vraag beantwoord.

De meest genoemde wachttijd bedraagt twee tot drie maanden (31,0%), gevolgd door langer dan drie maanden (25,4%). Daarnaast wachtte 18,5% ongeveer één maand en 9,6% één tot drie weken. Bij 15,4% was de duur van de wachttijd niet meer bekend.

Tabel 20. Duur van de wachttijd voor de behandeling

Wachttijd	n	%
1 tot 3 weken	43	9,6
Ongeveer 1 maand	83	18,5
2 tot 3 maanden	139	31,0
Langer dan 3 maanden	114	25,4
Weet ik niet meer	69	15,4
Totaal	448	100,0

Waarvoor ontstond de wachttijd?

Respondenten konden aangeven voor welke onderdelen van de zorg zij een wachttijd hebben ervaren. Meerdere antwoorden waren mogelijk.

De wachttijd had het vaakst betrekking op de DEXA-scan (51,0%) en de eerste afspraak bij een medisch specialist (50,9%). Daarnaast ervoer 15,4% een wachttijd voor een VFA-scan en 11,1% voor een controleafspraak.

De vragenlijst bevatte daarnaast de optie 'Anders, namelijk…'. De open antwoorden die hier zijn ingevuld leverden geen duidelijke aanvullende categorieën op die voor de analyse konden worden meegenomen. Een deel van de respondenten gaf in deze ruimte een persoonlijke toelichting, maar deze antwoorden konden niet eenduidig worden gecategoriseerd.

Tabel 21. Onderdelen waarvoor een wachttijd werd ervaren

Onderdeel	n	%
DEXA-scan	390	51,0
Eerste afspraak medisch specialist	389	50,9
VFA-scan	118	15,4
Controleafspraak	85	11,1
Anders, namelijk…	136	17,8
Totaal	982	149,2

** Meerdere antwoorden waren mogelijk.*

Wachttijd naar tijd sinds diagnose

Er zijn verschillen zichtbaar in de ervaren wachttijd naar de tijd sinds de diagnose. Van de respondenten die minder dan drie maanden geleden zijn gediagnosticeerd, gaf 43,5% aan te hebben gewacht op de diagnose, behandeling of beide. Bij respondenten die 3 maanden tot 3 jaar geleden zijn gediagnosticeerd, was dit 38,5%. Dit aandeel daalt naar 27,4% bij respondenten met een diagnose van 3 tot 5 jaar geleden, 25,7% bij een diagnose van 5 tot 10 jaar geleden en 20,6% bij een diagnose van 10 jaar of langer geleden.

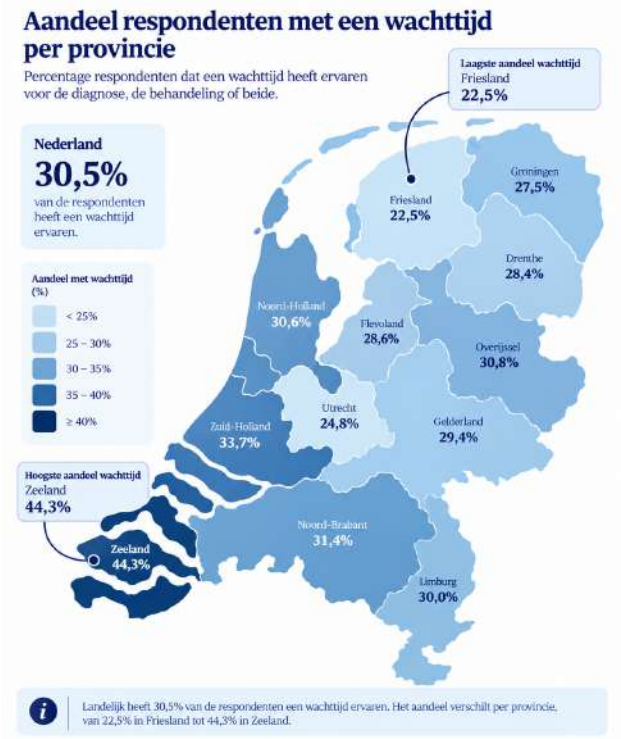
Het aandeel respondenten dat geen wachttijd heeft ervaren, neemt daarmee toe naarmate de diagnose langer geleden is: van 56,5% bij een diagnose van minder dan drie maanden geleden naar 79,4% bij een diagnose van 10 jaar of langer geleden.

Wachttijden naar provincie

Het aandeel respondenten dat een wachttijd rapporteert, is het hoogst in Zeeland (44,3%). Ook onder respondenten uit Zuid-Holland (33,7%) ligt dit aandeel relatief hoog. Het laagste aandeel wordt gezien in Friesland (22,5%), gevolgd door Utrecht (24,8%) en Groningen (27,5%).

In de overige provincies ligt het aandeel respondenten met een wachttijd tussen 28,4% en 31,4%. In Noord-Brabant rapporteert 31,4% een wachttijd, in Overijssel 30,8%, in Limburg 30,0%, in Noord-Holland 30,6% en in Gelderland 29,4%.

De verschillen tussen provincies hangen niet direct samen met het aantal respondenten. In de vier provincies met de meeste respondenten (Zuid-Holland, Noord-Holland, Noord-Brabant en Gelderland) ligt het aandeel met een ervaren wachttijd rond het landelijke gemiddelde van 30,5%. Zeeland heeft met 44,3% het hoogste aandeel, maar slechts 2,8% van de respondenten komt uit deze provincie. Friesland heeft met 22,5% het laagste aandeel en vertegenwoordigt 3,5% van de respondenten.



Figuur 3 Ervaren wachttijd per provincie

Wachttijd en waardering van ziekenhuiszorg

Aanvullend is gekeken naar de samenhang tussen de ervaren wachttijd en de waardering van de osteoporosezorg. Bij respondenten die zowel op de diagnose als op de behandeling moesten wachten, is een lagere gemiddelde waardering zichtbaar bij langere wachttijden. Respondenten die ongeveer één maand wachtten, gaven gemiddeld een 6,2, terwijl het gemiddelde onder respondenten met een wachttijd van langer dan drie maanden 4,8 was. Bij respondenten die alleen op de diagnose wachtten, was dit patroon minder duidelijk: de gemiddelde waardering varieerde van 5,3 tot 5,8. De resultaten wijzen daarmee op een mogelijke samenhang tussen langere wachttijden en een lagere waardering van de osteoporosezorg. Op basis van deze gegevens kan echter niet worden vastgesteld dat de wachttijd de lagere waardering veroorzaakt.

Wachttijd per type breuk

Er zijn verschillen zichtbaar in de ervaren wachttijden naar type breuk. Respondenten met een wervelbreuk ervaren relatief vaak een wachttijd: 38,6% geeft aan te hebben gewacht op de diagnose, de behandeling of beide. Bij respondenten met een heupbreuk is dit 33,1% en bij respondenten met een andere breuk 27,0%. Onder respondenten zonder breuk heeft 20,9% een wachttijd ervaren. Omgekeerd geeft 79,1% van de respondenten zonder breuk aan geen wachttijd te hebben ervaren, tegenover 61,4% van de respondenten met een wervelbreuk. Deze resultaten laten zien dat respondenten met een wervelbreuk het vaakst een wachttijd rapporteren, terwijl dit het minst vaak wordt genoemd door respondenten zonder breuk.

Niet alleen het voorkomen van wachttijden verschilt per type breuk, ook de duur van de wachttijd voor de diagnose laat verschillen zien. Bij respondenten met een heupbreuk duurde de wachttijd het vaakst 2 tot 3 maanden (42,1%), gevolgd door een wachttijd van langer dan 3 maanden (31,6%). Ook bij respondenten met een wervelbreuk kwam een wachttijd van 2 tot 3 maanden het vaakst voor (33,3%), gevolgd door een wachttijd van langer dan 3 maanden (24,8%).

Bij respondenten met een andere breuk duurde de wachttijd eveneens meestal 2 tot 3 maanden (35,0%) of langer dan 3 maanden (29,2%). Respondenten zonder breuk rapporteerden vaker een wachttijd van ongeveer 1 maand (28,9%). In deze groep gaf 21,1% aan 2 tot 3 maanden te hebben gewacht en 28,9% langer dan 3 maanden.

Deze resultaten laten zien dat een wachttijd van twee maanden of langer bij alle groepen voorkomt, maar relatief vaak wordt gerapporteerd door respondenten met een heupbreuk (73,7%) of wervelbreuk (58,1%). Bij respondenten met een andere breuk was dit 64,2% en bij respondenten zonder breuk 50,0%. Hierbij moet worden opgemerkt dat de aantallen respondenten die de duur van de wachttijd rapporteerden per breuktype verschillen, met name bij heupbreuken (n=19).

f. Leden en rol van de Osteoporose Vereniging

Naast de reguliere osteoporosezorg is onderzocht in hoeverre de Osteoporose Vereniging (OV) mensen met osteoporose of osteopenie ondersteunt bij het maken van keuzes rondom hun behandeling.

Lidmaatschap en ondersteuning van de Osteoporose Vereniging

Van de respondenten is 60,0% lid van de Osteoporose Vereniging, terwijl 40,0% geen lid is.

Aan de leden van de Osteoporose Vereniging is gevraagd op welke manier de vereniging hen heeft geholpen. Meerdere antwoorden waren mogelijk.

Het magazine Bot in Balans wordt het vaakst genoemd als waardevolle bron van ondersteuning (60,3%). Ook de informatie op de website (42,1%) en de webinars (40,1%) worden door veel respondenten als behulpzaam ervaren. Daarnaast noemt 32,2% de nieuwsbrief als belangrijke informatiebron.

Minder vaak wordt gebruikgemaakt van het Vragenteam (15,6%), de ervaringsverhalen op de website (16,6%) en de startersset Samen Beslissen (3,2%). Slechts 1,8% geeft aan ondersteuning te hebben gevonden via bijeenkomsten met lotgenoten.

Opvallend is dat 18,6% van de leden aangeeft dat de Osteoporose Vereniging hen niet heeft geholpen.

Bij de antwoordoptie ‘Andere manier’ konden respondenten zelf aangeven op welke andere wijze de Osteoporose Vereniging hen had geholpen. Deze open antwoorden zijn afzonderlijk geanalyseerd. Hoewel de antwoorden geen duidelijke aanvullende categorieën opleverden die op een betrouwbare manier konden worden samengevoegd, bevatten ze verschillende positieve reacties op de activiteiten en informatie van de vereniging. Zo gaven respondenten het volgende aan:

- ‘Ik ben naar de podcast bot belang aan het luisteren en vind het heel informatief! Super bedankt’
- ‘Ik ben ontzettend blij met uw vereniging !!’
- ‘Interessant om magazine te lezen’
- ‘Jullie zijn voor mij een betrouwbare bron van informatie, dat is heel fijn.’
- ‘Zij hebben ervoor gezorgd dat ik bij de juiste specialist kwam.’

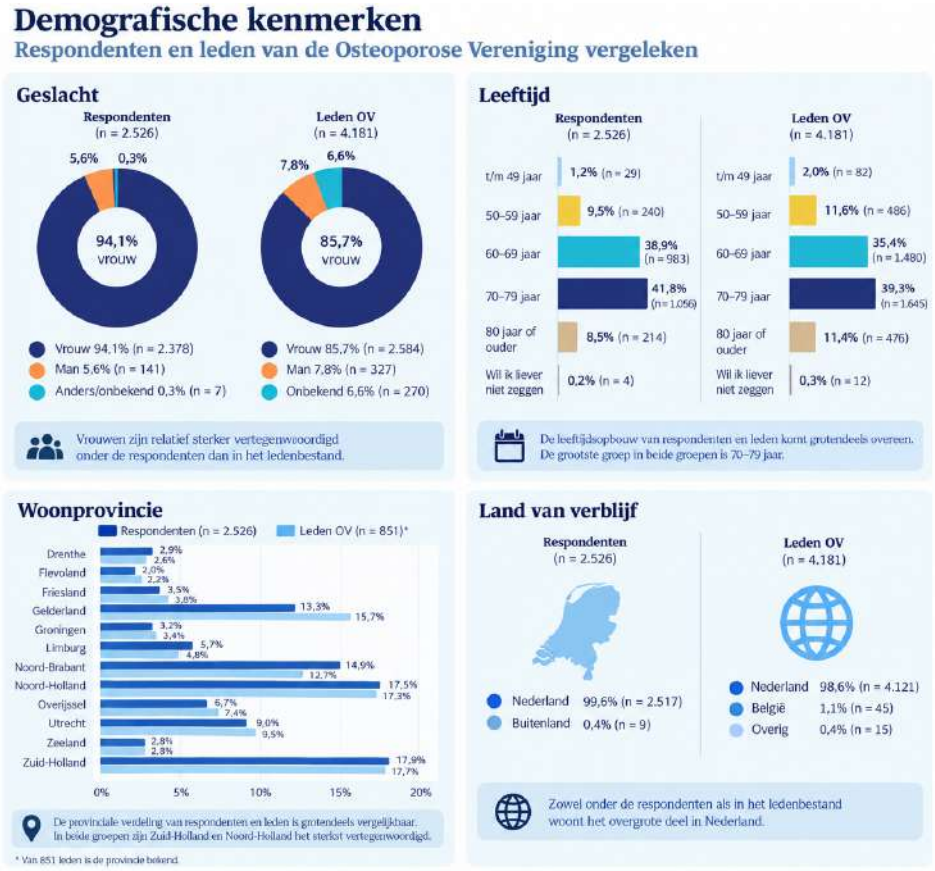
De antwoorden bij ‘Andere manier’ geven daarmee verschillende positieve ervaringen weer, maar bieden geen inzicht in de redenen waarom 18,6% van de leden heeft aangegeven niet door de Osteoporose Vereniging te zijn geholpen**.** Op basis van deze open antwoorden kan daarom niet worden achterhaald waarom deze respondenten voor de optie ‘Niet geholpen’ hebben gekozen.

Tabel 22. Op welke manier heeft de Osteoporose Vereniging geholpen?

Ondersteuning	n	% *
Magazine *Bot in Balans*	910	60,3
Informatie op de website	636	42,1
Webinars	605	40,1
Nieuwsbrief	486	32,2
Ervaringsverhalen op de website	250	16,6
Vragenteam	236	15,6
Andere manier	74	4,9
Startersset Samen Beslissen	49	3,2
Bijeenkomsten met lotgenoten	27	1,8
Niet geholpen	281	18,6
Totaal	3554	235,4

*Meerdere antwoorden waren mogelijk.

Concluderend zijn de kenmerken van de respondenten vergelijkbaar met de beschikbare gegevens van het ledenbestand van de Osteoporose Vereniging.



Figuur 4 demografische kenmerken respondenten en leden van de Osteoporose Vereniging

8. Ontwikkelingen ten opzichte van 2023

In 2023 voerde de Osteoporose Vereniging voor het eerst een landelijke achterbanraadpleging uit naar de ervaringen van mensen met osteoporose met de eerste- en tweedelijnszorg. Deze meting vormde een nulmeting na de invoering van de herziene multidisciplinaire richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie en de start van het Verbetersignalement Osteoporose. In 2026 is de achterbanraadpleging herhaald. Daarbij zijn grotendeels dezelfde thema's opnieuw uitgevraagd, aangevuld met nieuwe onderwerpen, zoals wachttijden, leefstijlondersteuning en samenwerking tussen zorgverleners.

a. Waardering van de osteoporosezorg

De algemene waardering van de osteoporosezorg is in 2026 hoger dan in 2023. Het gemiddelde rapportcijfer steeg van 5,0 in 2023 naar 5,8 in 2026, een stijging van 0,8 punt. Tegelijkertijd blijft de waardering uiteenlopen. In 2026 geeft bijna twee op de vijf respondenten een onvoldoende (1–5), terwijl een op de vijf respondenten de zorg beoordeelt met een 8, 9 of 10. Daarmee is sprake van een lichte verbetering in de algemene waardering, maar blijft de ervaren kwaliteit van de osteoporosezorg een aandachtspunt.

b. Onderzoek en diagnose

Ook bij onderzoek en diagnose is een stijging zichtbaar. In 2023 gaf 40% van de respondenten aan na een botbreuk direct te zijn doorverwezen voor verder onderzoek. In 2026 gaf 54,1% aan dat de osteoporose werd ontdekt na een botbreuk. Dit wijst op een toename van het aandeel respondenten bij wie de diagnose naar aanleiding van een botbreuk werd vastgesteld.

In 2026 krijgt het overgrote deel van de respondenten een DEXA-scan (94,2%). Daarnaast heeft bijna de helft een VFA-scan gehad (49,0%) en een op de vier respondenten een bloedonderzoek. Dit sluit aan bij het beeld uit 2023, toen het grootste deel van de respondenten aangaf een DEXA te hebben gehad. In 2023 werd ook beschreven dat slechts ongeveer de helft van de respondenten naast een DEXA ook een VFA en/of bloedonderzoek noemde. Er is dus een daling te zien in het krijgen van bloedonderzoek.

Net als in 2023 zijn er regionale verschillen zichtbaar in de diagnostiek. In 2023 viel op dat in Noord-Holland vaker bloedonderzoek werd gedaan dan in andere provincies. In 2026 verschilt het aandeel respondenten met bloedonderzoek opnieuw per provincie, van 30,3% in Friesland tot 46,6% in Zuid-Holland. Ook voor de VFA-scan zijn regionale verschillen zichtbaar.

c. Organisatie van de zorg en rol van de behandelaar

De organisatie van de osteoporosezorg laat tussen 2023 en 2026 een aantal veranderingen zien. In 2023 werd de zorg vooral vanuit het ziekenhuis (62%) of de huisarts (38%) beschreven. In 2026 blijkt dat de medisch specialist een belangrijke rol blijft spelen, maar dat ook de osteoporoseverpleegkundige duidelijk naar voren komt als gewenste zorgverlener. De internist-endocrinoloog wordt het vaakst genoemd als gewenste hoofdbehandelaar (30,4%), gevolgd door de osteoporoseverpleegkundige (29,0%). Dit laat zien dat mensen met osteoporose niet alleen behoefte hebben aan specialistische medische zorg, maar ook aan begeleiding gedurende het zorgtraject.

Ook het eerste aanspreekpunt binnen de zorg blijft grotendeels vergelijkbaar. In 2023 had 14% van de respondenten het meeste contact met een praktijkondersteuner; in 2026 is dit vergelijkbaar (14,6%). Binnen de eerste lijn blijft de huisarts het belangrijkste aanspreekpunt (78,2%). In de tweede lijn is dit vooral de medisch specialist (64,6%), gevolgd door een verpleegkundige of verpleegkundig specialist (20,6%).

De resultaten wijzen daarmee op het belang van duidelijke verantwoordelijkheden, goede begeleiding en een herkenbaar aanspreekpunt. De medisch specialist blijft een belangrijke positie innemen, terwijl de osteoporoseverpleegkundige in 2026 nadrukkelijk naar voren komt als gewenste zorgverlener. Dit kan wijzen op een behoefte aan meer continuïteit en begeleiding naast de medische behandeling. De cijfers uit 2023 en 2026 zijn op onderdelen niet rechtstreeks vergelijkbaar door verschillen in vraagstelling en antwoordmogelijkheden.

d. Persoonlijk behandelplan en Samen Beslissen

Op het gebied van persoonlijke behandelplannen is het beeld gemengd. Het aandeel respondenten met een behandelplan is in 2026 iets lager dan in 2023 (52,7% tegenover 55%). Ook wordt een behandelplan nog steeds meestal niet schriftelijk of digitaal meegegeven (62,2%).

Tegelijkertijd is de ervaren informatievoorziening duidelijk verbeterd. In 2023 gaf 62% van de mensen met een behandelplan aan zich goed geïnformeerd te voelen. In 2026 geeft 74,3% aan voldoende informatie te hebben ontvangen om het behandelplan goed te begrijpen. Dit wijst op een verbetering in de ervaren informatievoorziening rondom het behandelplan.

De inhoud van de behandelplannen laat echter zien dat de nadruk vooral blijft liggen op de medische behandeling, zoals medicatie en voeding/supplementen. Onderwerpen als bewegen en wat voor de patiënt zelf belangrijk is, worden minder vaak onderdeel van het behandelplan dan in 2023. Daarmee lijkt vooral het persoonsgerichte en gezamenlijke karakter van het behandelplan nog aandacht te vragen.

Kortom: de informatie over het behandelplan is verbeterd, maar het behandelplan zelf lijkt nog niet vanzelfsprekend een breed en persoonlijk gesprek te bevatten over leefstijl, persoonlijke doelen en voorkeuren.

e. Rol van de Osteoporose Vereniging en informatievoorziening

Ook de rol van de Osteoporose Vereniging komt in beide metingen naar voren. In 2023 was ongeveer twee derde van de deelnemers lid van de vereniging. In 2026 ligt dit aandeel iets lager (60%). Dit zegt vooral iets over de samenstelling van de deelnemers aan beide onderzoeken en kan niet worden geïnterpreteerd als een ontwikkeling van het daadwerkelijke ledenaantal van de vereniging.

De ervaren ondersteuning door de Osteoporose Vereniging lijkt in 2026 positief. In 2023 gaf 72% van de leden aan zich door informatie van de vereniging geholpen of gesteund te voelen. In 2026 geeft 81,4% van de leden aan dat de vereniging hen heeft geholpen. Daarmee is het aandeel dat aangeeft door de vereniging geholpen te zijn hoger dan in 2023. In 2026 worden vooral *Bot in Balans* (60,3%), de website (42,1%) en webinars (40,1%) genoemd als manieren waarop de vereniging helpt.

Concluderend lijkt naast de verbetering in de informatievoorziening vanuit de zorg ook de rol van de Osteoporose Vereniging voor leden in 2026 positief te worden ervaren. De vereniging bereikt leden vooral via het magazine, de website en webinars. Tegelijkertijd blijft er een groep die aangeeft niet door de vereniging te zijn geholpen. Dit biedt een aandachtspunt om te onderzoeken welke informatie of ondersteuning deze groep mist.

f. Samenvattend

De vergelijking tussen 2023 en 2026 laat zowel verbeteringen als aandachtspunten zien. De algemene waardering van de osteoporosezorg is gestegen van 5,0 naar 5,8. Hoewel dit een verbetering is, blijft de gemiddelde waardering beperkt. Ook is de ervaren informatievoorziening rondom het behandelplan verbeterd. Tegelijkertijd zijn er belangrijke aandachtspunten gebleven, zoals persoonlijke begeleiding, leefstijlondersteuning, samenwerking tussen zorgverleners en de organisatie van controles en vervolgonderzoek.

De informatievoorziening is verbeterd, maar persoonlijke behandelplannen zijn niet vaker onderdeel van de zorg geworden. Ook ligt in het behandelplan nog steeds de nadruk op de medische behandeling, terwijl onderwerpen als bewegen, persoonlijke doelen en voorkeuren minder vaak worden besproken. Dit wijst op ruimte voor verdere ontwikkeling van Samen Beslissen en persoonsgerichte zorg.

Bij de organisatie van de zorg blijft de medisch specialist een belangrijke rol spelen. Tegelijkertijd komt de osteoporoseverpleegkundige in 2026 nadrukkelijk naar voren als gewenste zorgverlener. Dit onderstreept het belang van een duidelijk aanspreekpunt en goede begeleiding gedurende het zorgtraject.

Op het gebied van diagnostiek krijgt het merendeel van de respondenten een DEXA-scan. Tegelijkertijd blijven verschillen bestaan in het gebruik van VFA en bloedonderzoek, zowel tussen verschillende groepen als tussen provincies. Ook hier zijn dus nog verschillen in de uitvoering van de zorg zichtbaar.

De Osteoporose Vereniging wordt door een groot deel van de leden als ondersteunend ervaren. In 2026 geeft een groter aandeel van de leden aan door de vereniging te zijn geholpen dan in 2023. Vooral *Bot in Balans*, de website en webinars spelen hierin een belangrijke rol.

Osteoporose Vereniging
Postbus 418
2000 AK Haarlem
www.osteoporosevereniging.nl