

Chapter 9

Implementatie van het vitamine D-advies: verslag van een expertmeeting

Implementation of the Dutch vitamin D supplementation advice: report of
an expert meeting



E Sohl, NM van Schoor

Accepted for publication in: Ned Tijdschr Geneeskd

ABSTRACT

In 2012, the Dutch Health Council published an updated advice on vitamin D supplementation in the population of the Netherlands. Although implementation of the advice has commenced, progress is slow. The bottlenecks in implementation were highlighted at a national expert meeting and ideas formulated for improvements. Implementation is rendered more difficult because of the complex mix of lack of awareness of the advice, the reimbursement system of the health insurance companies and a lack of clarity regarding price and dosage differences of the supplements. Existing contact opportunities with healthcare professionals, such as when the flu vaccination is given, need to be used to provide information so as to improve the implementation. The children's health clinic can be used to inform the whole family about supplementation. In nursing and care homes, vitamin D supplementation should be instituted as standard and seen as an indicator of responsible care. It is important to prioritize target groups. The initial focus must be on the most vulnerable group, the inhabitants of nursing and care homes. The second priority must be given to the elderly living independently and to non-western immigrants.

SAMENVATTING

In 2012 publiceerde de Gezondheidsraad een herzien advies voor vitamine D-suppletie in de Nederlandse bevolking. De implementatie van het advies is weliswaar begonnen, maar verloopt langzaam. Tijdens een nationale expertmeeting zijn de knelpunten in de implementatie blootgelegd en ideeën voor verbeteringen geformuleerd. De implementatie wordt bemoeilijkt door de complexiteit van en onbekendheid met het advies, door het vergoedingssysteem van zorgverzekeraars en onduidelijkheid omtrent prijsverschillen tussen supplementen en de verschillende doseringen. Om de implementatie te verbeteren zouden bestaande contactmomenten met zorgprofessionals, zoals bij het geven van de griepvaccinatie, moeten worden gebruikt voor informatievoorziening. Consultatiebureaus kunnen gebruikt worden als voorlichtingsplaats voor het hele gezin. In verpleeg- en verzorgingshuizen zou vitamine D-suppletie moeten worden opgenomen als norm en indicator van verantwoorde zorg. Het is belangrijk om prioritering in doelgroepen aan te brengen. De meest kwetsbare groep, de verpleeghuis- en verzorgingshuisbewoners verdienen als eerste aandacht, waarna de thuiswonende ouderen en niet-westerse immigranten volgen.

Vitamine D advies

In 2012 heeft de Gezondheidsraad het advies “Evaluatie van de voedingsnormen voor vitamine D” gepubliceerd [1]. Het advies beveelt vitamine D-suppletie van 20µg (800IU) per dag aan voor iedereen ouder dan 70 jaar en van 10µg (400IU) per dag voor vrouwen van 50-70 jaar, kinderen tot 4 jaar en iedereen met onvoldoende zonlichtblootstelling. Dit advies vormt een aanpassing, en vooral een vereenvoudiging, van het voorgaande advies uit 2008. Het aantal subgroepen is een stuk verkleind. De gehanteerde streefwaarde voor de serumconcentratie van 25-hydroxyvitamin D bedraagt >30 nmol/l voor vrouwen tot 50 jaar en mannen tot 70 jaar, en >50 nmol/l voor mannen en vrouwen boven deze leeftijden.

Waarom vitamine D-suppletie?

De belangrijkste functie van vitamine D is het bevorderen van calciumopname uit de darm waardoor de mineralisatie van het bot verbetert [2]. Ernstig vitamine D-gebrek veroorzaakt rachitis bij kinderen en osteomalacie bij volwassenen [2]. Klinische trials naar het effect van vitamine D-suppletie tonen positieve effecten op het voorkómen van fracturen en het verminderen van het valrisico bij zowel zelfstandig wonende ouderen als in instellingen [3]. Observationele studies laten tevens associaties zien tussen vitamine D met allerlei andere aandoeningen, zoals hart -en vaatziekten en aandoeningen van het immuunsysteem [4;5]. De resultaten van klinische trials naar deze effecten zijn veelal echter negatief of inconsistent [3].

Het belangrijkste doel van suppletie is dan ook het verminderen van het val- en fractuurrisico bij zowel zelfstandig wonende ouderen als bij ouderen in instellingen. Suppletie met minimaal 800IU per dag resulteert in een afname van het fractuurrisico met 10-20% bij zelfstandig wonende ouderen en met 15% bij geïnstitutionaliseerde ouderen.[6] Het valrisico vermindert met 19% na suppletie van 700-1000IU per dag [7].

Lage implementatiegraad

Hoewel er weinig exacte cijfers bekend zijn over het gebruik van vitamine D-supplementen, leeft de indruk dat de implementatiegraad van het Gezondheidsraadadvies laag is. Ondanks dat het merendeel van de verpleeghuisartsen op de hoogte is van het advies, schrijft slechts 50% daadwerkelijk vitamine D voor dagelijks gebruik voor, waarvan de helft in de juiste dosering (800IU) [8]. Kortom, ongeveer een kwart van de verpleeghuisartsen schrijft voor volgens het advies [8]. En dat terwijl de serumconcentraties van verpleeghuisbewoners erg laag zijn [9].

Binnen de algehele bevolking van 65 jaar en ouder gebruikt maar 19% vitamine D supplementen. Afhankelijk van de leeftijd en geslacht neemt van deze gebruikers 6-37% de hoeveelheid vitamine D volgens het advies [10]. Ook onder deelnemers van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (>65 jaar) [11] gebruikt maar 19% vitamine D-supplementen. Een studie onder niet-westerse immigranten laat zien dat, afhankelijk van de herkomst, 6-26% van hen supplementen gebruikt [12]. De gemiddelde serumconcentraties van 25(OH)D onder niet-westerse immigranten zijn erg laag [12], wat een extra aanwijzing is dat het percentage supplementgebruikers laag is.

De expertmeeting

Vanwege de matige implementatie van het huidige advies hebben we een nationale expertmeeting georganiseerd om twee vragen te beantwoorden: “Wat zijn de knelpunten voor een goede implementatie?” en “Hoe kan deze in verschillende Nederlandse populaties verbeterd worden?”. De bijeenkomst werd afgesloten met het formuleren van een implementatieplan. Hieronder leest u de belangrijkste aanbevelingen.

Tijdens de expertmeeting waren vertegenwoordigers aanwezig van onder andere huisartsen, verpleeghuisartsen, geriateren, het Voedingscentrum, Zorginstituut Nederland, de Gezondheidsraad, en het RIVM. In de meeting stonden drie belangrijke risicogroepen voor vitamine D-deficiëntie centraal: (a) verpleeg- en verzorgingshuisbewoners, (b) thuiswonende ouderen van 50 jaar en ouder en (c) niet-westerse-immigranten. De groep van kinderen <4 jaar is buiten beschouwing gelaten omdat binnen deze groep traditioneel de implementatie vrij goed is door de activiteiten van met name de consultatiebureaus en kraamzorg.

Oorzaken lage implementatiegraad

Allereerst heeft implementatie tijd nodig. Het huidige advies bestaat sinds 2012. Het voorgaande advies, dat in grote lijnen overeenkomt, dateert echter uit 2008 en bestaat dus al geruime tijd.

Binnen de verschillende risicogroepen zijn verschillende problemen aangedragen die een rol kunnen spelen bij de tot nu toe matige implementatiegraad. Er is een aantal punten dat op alle groepen van toepassing is. Ten eerste missen de artsen en de bevolking het gevoel van urgentie. Een lage vitamine D-concentratie in het serum heeft immers geen directe zichtbare gevolgen. Bovendien is het effect van vitamine D-supplementen niet snel zichtbaar, hetgeen therapieontrouw bevordert. Daarnaast wordt vitamine D, ten onrechte, gerelateerd met de nadelige effecten van zonlicht. Als laatste worden mensen weerhouden

actie te ondernemen door de complexiteit van het advies (bijvoorbeeld verschillende leeftijden met verschillende doseringen) en van het Nederlandse vergoedingssysteem van zorgverzekeraars (wat wordt wel en niet vergoed).

De kosten van de meeste tabletten worden nu niet vergoed door de zorgverzekering. Het zelf aanschaffen op eigen rekening kan een belemmering zijn, ondanks dat de kosten vrij laag zijn (de prijzen van veel verkrijgbare merken liggen tussen €0,40-2,00 per maand bij dosering van 800 IU. Op recept bedragen de kosten nu €4,60).

De informatie over de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid (adh) op vrij verkrijgbare potjes vitamine D-supplementen veroorzaakt soms ook verwarring, omdat deze gebaseerd is op Europese afspraken over de weer te geven adh op etiketten en daarmee afwijkt van nationale adh's voor verschillende leeftijdsgroepen.

Specifiek bij verpleeg- en verzorgingshuisbewoners leidt de vaak aanwezige polyfarmacie in combinatie met het ontbreken van een gevoel van urgentie bij artsen tot weerstand tegen vitamine D-suppletie. Alhoewel in meta-analyses positieve effecten van vitamine D-suppletie gerapporteerd worden bij geïnstitutionaliseerde patiënten [6], is het nut bij mensen met een sterk beperkte levensverwachting onduidelijk.

Bij thuiswonende ouderen lijkt het gebrek aan kennis vooral een probleem. Daarnaast is onduidelijk bij wie de verantwoordelijkheid voor deze groep ligt. Ligt dit bij de mensen zelf of bij bijvoorbeeld de huisarts?

Niet-westerse immigranten vormen een moeilijk bereikbare groep, terwijl de urgentie wel hoog lijkt vanwege de zorgwekkend lage concentraties; deze worden mede veroorzaakt door onveranderlijke factoren zoals huidskleur en het dragen van bedekkende kleding [12]. Onderzoek van de gemeente Amsterdam toont aan dat weinig immigranten zich bewust zijn van de gevolgen van vitamine D-deficiëntie [13]. Waarschijnlijk speelt moeizame communicatie met deze groep een rol in dit gebrek aan kennis.

Hoe kan de implementatie verbeterd worden?

De aanwezigen suggereren de implementatie meer tijd te geven. Als voorbeeld kan de groep kinderen <4 jaar worden genomen. De implementatie binnen deze groep is redelijk. Maar het advies voor deze groep bestaat al gedurende 50 jaar. Bovendien is duidelijk dat de verantwoordelijkheid bij de ouders ligt.

Voor de andere risicogroepen is het ook belangrijk om af te spreken wie verantwoordelijk is voor de suppletie. Voor verpleeg- en verzorgingshuisbewoners lijkt dit eenvoudig: dit zouden de instellingen zelf moeten zijn. De instellingen zijn immers verantwoordelijk voor goede voeding voor de bewoners en hierin passen ook vitamine D-supplementen. Het standaard suppleren van vitamine D in verpleeghuizen zou door de

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) beschouwd moeten worden als een indicator voor verantwoorde zorg. Bij thuiswonende ouderen en niet-westerse immigranten is het individu zelf verantwoordelijk voor suppletie. Maar dan moeten burgers wel duidelijk de inhoud van het advies kennen.

Wie verantwoordelijk is voor het zorgdragen van adequate kennis over vitamine D-suppletie bij deze groepen is lastiger. Het Voedingscentrum heeft de afgelopen jaren al met beperkt budget actief campagne gevoerd met onder andere het verspreiden van gratis voorlichtingsmateriaal onder de Nederlandse bevolking en het verspreiden van blokken met voorgedrukte recepten onder huisartsen. Het gebruikmaken van bestaande contactmomenten in de gezondheidszorg zoals bij het geven van de griepvaccinatie, bij borstkankerscreening of bij de jaarlijkse polyfarmacie-evaluatie bij kwetsbare ouderen kan hierbij helpen. Bij de griepvaccinatie en borstkankerscreening kunnen folders, al dan niet van het Voedingscentrum, en/of supplementen worden verstrekt. Om de mogelijkheid tot informatievoorziening over het vitamine D-advies bij de polyfarmacie-evaluatie goed te laten slagen, zal dit moeten worden opgenomen in het stappenplan uit de "Multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen", zodat er gericht naar vitamine D-suppletie wordt gevraagd en hierop ingespeeld kan worden.

Een zelftest op internet waarmee met een intern en extern gevalideerd predictiemodel aan de hand van een aantal simpele vragen de kans op een vitamine D-tekort voorspeld kan worden [14], zal dit onderwerp vooral op de maatschappelijke agenda zetten. Uit eerder onderzoek is gebleken dat na een negatief resultaat bij de zelftest de meerderheid actie onderneemt [15].

Omdat de groep niet-westerse immigranten moeilijk bereikbaar is, zal het Voedingscentrum gebruik moeten maken van bestaande contactpunten, zoals de Stichting Overlegorgaan Caribische Nederlanders (OCAN) en moskeeën. Onder de bij de expertmeeting aanwezige huisartsen leeft de gedachte dat zij vooral voor deze groep een rol zouden kunnen spelen door een actieve benadering en het verstrekken van recepten. Zij zouden alle niet-westerse immigranten in hun praktijk bijvoorbeeld kunnen benaderen met een brief met voorlichtingsmateriaal over de noodzaak van vitamine D-suppletie.

Het blijkt namelijk dat eerst een bewustwording van het probleem noodzakelijk is voordat er gedragsverandering optreedt [16]. Zo toonde een studie onder Ierse zwangere vrouwen dat zij meer geneigd zijn om supplementen te gebruiken wanneer zij op de noodzaak ervan worden gewezen worden door bijvoorbeeld reclamespotjes op televisie of pamfletten [17]. Verder kunnen contactmomenten bij het consultatiebureau worden gebruikt als voorlichtingsmoment voor het hele gezin door vragen over het vitamine D-gebruik bij bijvoorbeeld ouders en grootouders van het kind in de checklist op te nemen.

Voor alle groepen geldt dat het verrijken van de voeding met vitamine D een alternatieve maatregel is, die de vitamine D-inname zal verhogen. Dit is echter lastig te introduceren met de verschillende eetgewoontes van de verschillende risicogroepen. Europese regelgeving staat verrijking slechts onder een aantal voorwaarden toe, waardoor dit voorlopig niet zal gebeuren.

Omdat niet verwacht kan worden dat alle groepen in één keer bereikt worden, is het belangrijk om prioritering aan te brengen op basis van de sterkte van het bewijs, de urgentie en de bereikbaarheid van de bevolkingsgroep. Als eerste moet de aandacht uitgaan naar de meest kwetsbare groep: de verpleeghuis- en verzorgingshuisbewoners. Daarna de thuiswonende ouderen en als laatste niet-westerse immigranten, die het moeilijkst te bereiken zijn en voor wie vermoedelijk bijkomend veldonderzoek wenselijk is om tot een efficiënte implementatie te komen. Tabel 1 geeft de belangrijkste punten ter verbetering van de implementatie weer.

Implementatieplan

Verschillende aanwezigen hebben aangegeven zich te willen inzetten voor verschillende risicogroepen. Vitamine D-suppletie zal moeten worden opgenomen als indicator van verantwoorde zorg in de verpleegzorginstellingen. Dit artikel zal daarom onder de aandacht gebracht worden van de “Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg voor de sector Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VV&T)” van Zorginstituut Nederland.

Daarnaast gaat het Voedingscentrum de informatievoorziening anders inrichten door actief bevolkingsgroepen gericht te benaderen en daarbij zullen zij ook bijvoorbeeld de OCAN inschakelen. De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) wil zich inzetten voor het beschikbaar maken van een zelftest op hun website; de eerste stappen zijn hiervoor inmiddels gezet. De introductie van de voorlichting bij bestaande contactmomenten zal worden geïntroduceerd bij huisartsen door het NHG.

Hoewel de aanwezige experts denken dat deze maatregelen de implementatie van het vitamine D-advies zullen bevorderen en een deel ervan bewezen effectief is, is toekomstig onderzoek nodig om het effect van deze implementatiemaatregelen te onderzoeken.

Tabel 1: Implementatieplan van het vitamine D-advies van de Gezondheidsraad uit 2012

Doelgroep ¹	Implementatiemethode	Verantwoordelijke
verpleeghuis- en verzorgingshuisbewoners	suppletie van vitamine D toevoegen aan lijst van 'goede voeding': opnemen als norm en indicator van verantwoorde zorg van de instelling opnemen van het advies in voedingsrichtlijnen	verpleeg- en verzorgingshuis
thuiswonende ouderen	informereren en voorschrijven koppelen aan bestaande contactmomenten: griepvrij, screening mammacarcinoom, jaarlijkse polyfarmacie evaluatie (het advies opnemen in richtlijn) zelftest op internet	ouderen zelf huisarts voor verspreiding voor folders en polyfarmacie-evaluatie voedingscentrum ²
niet-westerse immigranten	benadering via bestaande contactmomenten: Stichting Overlegorgaan Caribische Nederlander, moskeeën, doktersconsult consultatiebureau als voorlichting voor de hele familie (het advies opnemen in checklist)	burgers zelf voedingscentrum [†] huisarts jeugdgezondheidszorg

¹Op volgorde van prioriteit²Voedingscentrum. Toolkit vitamine D. Via www.voedingscentrum.nl

Dankwoord

Speciale dank gaat uit naar Karin van Drongelen, Victor Chel en Joan Boeke voor het geven van inleidende presentaties, alsmede naar Karin Swart voor de notulen en naar Daan Kromhout voor het dagvoorzitterschap.

Belangenconflict en financiële ondersteuning

dr. NM van Schoor ontving subsidie van ZonMw (projectnummer: 113.101.004) voor het onderzoeksproject getiteld: Towards optimal vitamin D treatment to decrease fall and fracture risk, improve the metabolic profile and decrease the risk for depression.

De deelnemers van de expertmeeting

Prof Dr. Ir. D Kromhout (dagvoorzitter, Vicevoorzitter Gezondheidsraad), Dr. VGM Chel (specialist ouderengeneeskunde, Katwijk), Dr. PJM Elders (huisarts, Amsterdam), Dr. Tj Wiersma (huisarts, Nederlands Huisarts Genootschap), drs. F Schreuder (huisarts, Delft), Prof Dr. BJC Middelkoop (sociaal geneeskundige, LUMC en GGD Den Haag), Dr. IM van der Meer (epidemioloog, GGD Den Haag), mw. K van Drongelen (Voedingscentrum), Dr. N van der Velde (internist-geriater, AMC), Prof Dr. CPGM de Groot (Humane Voeding, Wageningen Universiteit), Dr. MH Emmelot-Vonk (klinisch geriater, UMC Utrecht), Prof. Dr. R Bouillon (endocrinoloog, KU Leuven), Prof Dr. F Muskiet (Klinisch Chemicus, UMCG), drs. ACAM Lelie- van der Zande (apotheker KNMP), Dr. Ir. RM Weggemans (voedingskundige, Gezondheidsraad), drs. A Sellis (politicoloog, ministerie van VWS) , Dr. AJP Boeke (huisarts, Amsterdam), Dr. A van Dijk (theoretisch natuurkundige, RIVM), Dr. MAE de van der Schueren (diëtiste, VUmc), dr. B van der linden (implementatiedeskundige, ZonMw), drs. M Kuijpers (apotheker, Zorginstituut Nederland), drs. M van Eijndhoven (arts M&G, Zorginstituut Nederland), Dr. NM van Schoor (epidemioloog, VUmc), Dr. RT de Jongh (internist-endocrinoloog, VUmc), Prof Dr. P Lips (internist-endocrinoloog, VUmc), E Sohl (arts, VUmc), KMA Swart (notulist, epidemioloog, VUmc).

REFERENTIES

1. Gezondheidsraad. Gezondheidsraad. Evaluatie van de voedingsnormen voor vitamine D. 2012.
2. Lips P (2001) Vitamin D deficiency and secondary hyperparathyroidism in the elderly: consequences for bone loss and fractures and therapeutic implications. *Endocr Rev* 22:477-501
3. Rosen CJ, Adams JS, Bikle DD, Black DM et al. (2012) The nonskeletal effects of vitamin D: an Endocrine Society scientific statement. *Endocr Rev* 33:456-92
4. Baeke F, Takiishi T, Korf H, Gysemans C et al. (2010) Vitamin D: modulator of the immune system. *Curr Opin Pharmacol* 10:482-96
5. Pittas AG, Chung M, Trikalinos T, Mitri J et al. (2010) Systematic review: Vitamin D and cardiometabolic outcomes. *Ann Intern Med* 152:307-14
6. Bischoff-Ferrari HA, Willett WC, Wong JB, Stuck AE et al. (2009) Prevention of nonvertebral fractures with oral vitamin D and dose dependency: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 169:551-61
7. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Staehelin HB, Orav JE et al. (2009) Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: a meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 339:b3692
8. Chel VGM, Elders PJM, Tuijp MLM, van den Berg HH et al. (2013) [Vitamin D supplementation in the elderly: guidelines and practice]. *Ned Tijdschr Geneesk* 157:A5779
9. Lips P, van Schoor NM, de Jongh RT (2014) Diet, sun, and lifestyle as determinants of vitamin D status. *Ann N Y Acad Sci* 1317:92-8
10. van Wijngaarden JP, Swart KMA, Enneman AW, Dhonukshe-Rutten RAM et al. (2014) Effect of daily vitamin B-12 and folic acid supplementation on fracture incidence in elderly individuals with an elevated plasma homocysteine concentration: B-PROOF, a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr* in press:
11. Huisman M, Poppelaars J, van der Horst M, Beekman ATF et al. (2011) Cohort profile: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Epidemiol* 40:868-76
12. van der Meer IM, Boeke AJ, Lips P, Grootjans-Geerts I et al. (2008) Fatty fish and supplements are the greatest modifiable contributors to the serum 25-hydroxyvitamin D concentration in a multiethnic population. *Clin Endocrinol (Oxf)* 68:466-72
13. Gemeente Amsterdam, Adviesraad diversiteit en integratie. Vitamine D voor een vitale stad. 2011.
14. Sohl E, Heymans MW, de Jongh RT, den Heijer M et al. (2014) Prediction of vitamin D deficiency by simple patient characteristics. *Am J Clin Nutr* 99:1089-95
15. Ickenroth MHP, Ronda G, Grispen JEJ, Dinant GJ et al. (2010) How do people respond to self-test results? A cross-sectional survey. *BMC Fam Pract* 11:77
16. Brug J, van Assma P, Lechner L (2007) Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. van Gorcum, Assen
17. Toher C, Lindsay K, McKenna M, Kilbane M et al. (2014) Relationship between vitamin D knowledge and 25-hydroxyvitamin D levels amongst pregnant women. *J Hum Nutr Diet* 27:261-9

