

POSITION PAPER: Ondervoeding bij ouderen

17 oktober 2017

Mr. Anja Evers, directeur

Diëtisten behandelen dagelijks ouderen met een slechte voedingstoestand. In elke sector van zorg komt ondervoeding bij ouderen voor en is er toenemende aandacht voor vroege herkenning en een optimale multidisciplinaire behandeling. De multidisciplinaire richtlijn “Ondervoeding, herkenning, diagnosestelling en behandeling van ondervoeding bij volwassenen” is in 2017 herzien en vormt de basis voor de praktijk. Daarnaast is het zorgpad “Kwetsbare ouderen” in ontwikkeling. Het volgen van de voedingstoestand is onderdeel van het zorgpad, maar staat in de schaduw van andere zorgproblemen, zoals cognitie, medicijngebruik en valrisico. Het is noodzakelijk te komen tot een lokale integrale aanpak.

Onlangs is de Artsenwijzer Diëtetik (www.artsenwijzerdiëtetik.nl) vernieuwd. Aan de hand van vier zorgprofielen (stepped care) is de behandeling van ondervoeding beschreven. De diëtist heeft naast een rol als behandelaar (profiel 3 en 4) ook de rol van expert die screening en de inbedding van de voedingsbehandeling in de totale behandeling implementeert en borgt. Er is een netwerk van diëtisten die opgeleid zijn om andere zorgverleners te scholen.

De website ‘Goed gevoed ouder worden’ bevat informatie over voeding en ondervoeding bij ouderen. De website is bedoeld voor ouderen en mantelzorgers (profiel 1). Voor artsen, verpleegkundigen, verzorgenden en de POH ouderen is profiel 2 opgesteld met een algemeen advies wat te doen bij een ondervoede patiënt.

In deze position paper beantwoorden we de gestelde vragen vanuit dit kader.

Hoe kunnen we de bewustwording van (de risico’s van) ondervoeding onder de beroepsgroepen vergroten?

Bewustwording begint met kennis. Het belang van een goede voedingstoestand voor de gezondheid, in het herstel van ziekte, de functionaliteit, morbiditeit en de sociale factoren zou verankerd moeten zijn in het basiscurriculum van iedere zorgverlener. In het regeerakkoord is opgenomen dat “bewezen effectieve interventies, bijvoorbeeld [...] voeding [...] een plek krijgen in medische opleiding en richtlijnen”. Dit is een belangrijke stap om op korte termijn te realiseren. Diëtisten, waaronder het genoemde netwerk van opgeleide diëtisten, hebben kennis en vaardigheden om hieraan een bijdrage te leveren.

Welke mogelijkheden zijn er om ondervoeding te voorkomen dan wel aan te pakken?

In ziekenhuizen heeft de verplichte IGZ-indicator gewerkt om screening en behandeling van ondervoeding ziekenhuisbreed in te voeren. In andere sectoren van de zorg heeft dit geen navolging gekregen of is de indicator geschrapt in verband met de administratieve last die dit met zich meebrengt. Verplichte screening m.b.v. een indicator lijkt dan ook geen haalbare kaart te zijn in andere sectoren.

De grootste winst is te boeken in de eerste lijn en in de transmurale overdracht. Voor de eerste lijn dient een (lokaal) kernteam verantwoordelijk te zijn voor het regelmatig screenen en het nemen van vervolgstappen wanneer blijkt dat de oudere risico op ondervoeding heeft dan wel ondervoed is. Zoals ook beschreven is in het zorgpad kwetsbare ouderen zijn naast de

huisarts en praktijkondersteuner ouderenzorg, veelal de wijkverpleegkundige en de fysiotherapeut/oefentherapeut betrokken en kunnen zij samen met de diëtist, als expert, het kernteam vormen. Ook de specialist ouderengeneeskunde en de mondzorg hebben een belangrijke signalerende rol.

Op welke wijze kunnen deze mogelijkheden worden geïmplementeerd in de bestaande praktijk en daarmee worden verankerd in de zorg?

Om bovenstaande systematisch in te voeren is geld nodig voor innovatie. In ieder geval hebben diëtisten voor dit soort programma's geen geld en dat blijkt in de praktijk een belangrijke bottle neck. Gemeentes en zorgverzekeraars zouden hiervoor de handen ineen moeten slaan.

Welke maatregelen kunnen instanties, ieder vanuit hun eigen expertise, zelf nemen?

Vanuit de diëtetiek is expertise beschikbaar om zowel kennis over te dragen als projecten te initiëren en uitrollen. Deze infrastructuur is beschikbaar.

Welke eventuele wijzigingen zijn nodig in wet- en regelgeving en bekostiging van de zorg?

Aanspraak diëtetiek in basisverzekering

De behandeling van mensen met een slechte voedingstoestand is complex en vraagt een individuele en intensieve begeleiding. Naast het in kaart brengen van de problematiek en behoefte aan voedingsstoffen is er juist bij ouderen door veranderingen in geur- en smaakbeleving veel creativiteit nodig. Naast kauw- en slikproblemen spelen ook de bereiding, hygiëne en voorraadbeheer een rol en vormen onderdeel van de begeleiding. Vaak vindt de behandeling thuis plaats, omdat men, en dat geldt zeker voor ouderen, niet in staat is om naar een praktijk te reizen. De behandeling van deze groep kan dan ook niet plaatsvinden binnen de huidige aanspraak van drie uur in de basisverzekering. Voor een adequate behandeling, waarbij tijdig kan worden gehandeld wanneer de voedingstoestand verder verslechterd, is een verdubbeling van het aantal uren in de aanspraak noodzakelijk.

Vergoeding dieetpreparaten

Wanneer een oudere niet meer uitkomt met gewone voeding, bestaat de mogelijkheid om die voeding aan te vullen met drink- en/of sondevoeding. De afgelopen jaren zijn hierover verschillende rechtszaken gevoerd en is de regelgeving gewijzigd. Helaas is er geen invulling gekomen van de door de Hoge Raad gestelde eis wat 'een voldoende breed aanbod aan dieetpreparaten' buiten het eigen risico inhoudt.

Verzekeraars hebben de mogelijkheid voorkeursmerken buiten het eigen risico volledig te vergoeden. In de praktijk blijkt dat één merk te zijn, waardoor de keuzevrijheid van de ondervoede patiënt wordt beperkt door een financiële prikkel. Van diëtisten wordt gevraagd uitleg te geven over de vergoeding van dieetpreparaten. Deze maatregel maakt de dagelijkse praktijk nog complexer en arbeidsintensiever.

Uit onderzoek in 2017 onder patiëntenorganisaties en ruim 600 diëtisten blijkt dat een ruime variëteit in het aanbod van dieetpreparaten essentieel is voor de therapietrouw, en daarmee voor het slagen van de behandeling. Patiënten en diëtisten verstaan onder een voldoende breed pakket minimaal vier verschillende merken. De behandeling van patiënten die zijn aangewezen op drinkvoeding, is door deze maatregel ingewikkelder (en tijdrovender) geworden.