

RICHTLIJN

Voeding en dieetadvies binnen ketenzorg

Samenvatting

Doelstellingen:

De nadruk van de voedingsadviezen voor mensen die zorg ontvangen via de keten Diabeteszorg, Longzorg en Hart&Vaatzorg Oude IJssel ligt voornamelijk op het bereiken/behouden van een gezond gewicht, voldoende lichaamsbeweging en indien van toepassing:

- het reduceren van het risico op cardiovasculaire complicaties bij DM 2 en CVRM.
- het verbeteren en/of behouden van een optimale bloedglucoseregulatie bij DM 2.
- het verbeteren en behouden van de spiermassa bij COPD.

Beleid Zorggroep

- BV Zorg Oude IJssel heeft contracten afgesloten met diverse diëtisten in de regio, voor het verlenen van diëtetische zorg voor patiënten die geïnccludeerd zijn binnen de Diabetes Mellitus 2-, Long- en CVRM zorgketen. Een voorwaarde is dat de huisarts uit de regio Oude IJssel de hoofdbehandelaar is.
- Voor de zorgketen die van toepassing is, dient gewerkt te worden volgens de meest recente versie van: of de NDF voedingsrichtlijn Diabetes Mellitus 2, of de Zorgstandaard COPD en het boek Protocollair COPD of de Zorgstandaard CVRM en boek Protocollair CVRM en/of de artsenvijzer diëtetiek.
- BV Zorg vindt het belangrijk dat de huisarts en praktijkondersteuner weten naar wie ze verwijzen en dat ze (jaarlijks) een werkoverleg plannen met de diëtist.

Vastgesteld in MT Chronische Zorg op 25 oktober 2016.

Toepassingsgebied

Regio

- Zorggroepen

Werkwijze

Werkwijze beslisboom

Er is een beslisboom "Voeding en dieetadvies binnen de ketenzorg" ontwikkeld.

Deze beslisboom vindt u verderop in dit document onder het kopje "stroomschema".

Door bovenaan in de beslisboom te starten met het beantwoorden van de vraag of de indicatie van toepassing is ja of nee, wordt het vanzelf duidelijk of er een indicatie bestaat voor:

- het stimuleren van zelfmanagement van de patiënt op het gebied van voeding of
- een algemeen voedingsadvies door de POH of
- een verwijzing naar de diëtist wenselijk is of
- er geen verwijzing nodig is

Voor DM 2 geldt dat er meerdere indicaties bestaan voor voeding en dieetadvies:

- nieuwe patiënten of
- bloedglucosemanagement of
- start of wijziging insulinerégime
- cardiovasculaire risico's

Bij veranderingen in:

het eetpatroon, het gewicht, BMI, bloeddruk en - labwaarden kan opnieuw de beslisboom doorlopen worden om te bepalen of de indicatie voor zelfmanagement, algemeen voedingsadvies door de POH of verwijzing naar de diëtist, wijzigt.

Algemene werkwijze Huisarts/POH bij voedingsadvies binnen de ketenzorg

- De rol van de huisarts/POH bij het geven van voedingsadvies ligt in het stimuleren van zelfmanagement of in het geven van algemene voedingsadviezen volgens de hieronder beschreven zorgprofielen, conform de NHG Zorgmodule Leefstijl hoofdstuk voeding.
- De POH/huisarts vraagt (eventueel in een extra consult) op hoofdlijnen uit wat de patiënt gemiddeld per dag eet volgens de schijf van 5. Gebruik hiervoor het formulier ADH (aanbevolen dagelijkse hoeveelheden) volgens de schijf van 5, afgestemd op geslacht en leeftijd van de patiënt. Vraag hoeveel ze van deze voedingsmiddelen eten en wat ze naast deze voedingsmiddelen verder nog eten op een dag. (het formulier is te vinden onder "samenhangende documenten / literatuur").
- Hierna kun je vast stellen welke aandachtspunten er liggen in de voeding en welke risicofactor (en) er binnen de voeding extra aandacht nodig heeft/hebben.
- De huisarts/POH maakt een inschatting of de patiënt over voldoende kennis, vaardigheden en motivatie beschikt om het voedingsgedrag zelf aan te passen (zelfmanagementvaardigheden) en kiest daarna welk zorgprofiel en daarmee welke mate van begeleiding de patiënt nodig heeft.

Zelfmanagement

Zelfmanagement stelt de patiënt in staat om zijn ongezonde leefstijl te verbeteren en zo de ervaren kwaliteit van leven te verhogen door de richtlijnen goede voeding of de voorschriften van een gespecialiseerd dieet in het dagelijks leven toe te passen.

De ondersteuning richt zich op het stimuleren van mensen bij het zelf besluiten nemen en uitvoeren, en op het versterken van het vertrouwen in eigen kunnen. (NHG Zorgmodule Leefstijl voeding)

Zorgprofiel 1 Stimuleren zelfmanagement

- Deze vorm van begeleiding is van toepassing indien de patiënt over voldoende kennis, vaardigheden en motivatie beschikt om zelfstandig de leefstijl aan te passen en/of in het verleden al eerder succesvol begeleid en behandeld is (zie NHG Leefstijl voeding).
- Verwijs de patiënt naar relevante informatie en online hulpprogramma's, afgestemd op de eventueel aandoening. (zie kopje "samenhangende documenten/ literatuur") waar de meest relevante informatie vermeld staat.
- Maak na 3 maanden een vervolg afspraak ter evaluatie van de zelfmanagementervaringen en beoordeel of de gewenste gedragsverandering in het voedingspatroon heeft plaatsgevonden.
- Inventariseer waarom de gedragsverandering wel of niet gelukt is en vraag wat de patiënt van jou nodig heeft voor verdere ondersteuning.
- Continueer de begeleiding bij voldoende resultaat. (wat dit inhoudt staat beschreven onder COPD, DM en CVRM verderop in het document).
- Als blijkt dat de patiënt zijn gedrag NIET zelfstandig aan kan passen biedt dan de ondersteuning aan die omschreven is bij zorgprofiel 2.

Zorgprofiel 2 onvoldoende zelfmanagementvaardigheden

- Deze vorm van begeleiding is van toepassing indien de patiënt over onvoldoende kennis, vaardigheden of motivatie beschikt om zelfstandig de leefstijl aan te passen of indien het zelfstandig aanpassen van de leefstijl niet gelukt is of indien bij een patiënt pas geleden een Hart- en vaatziekte is vastgesteld.
- Bespreek met de patiënt de gezondheidsrisico's en de mogelijkheden hoe deze te verminderen zijn door aanpassing van de voeding.
- Geef advies over welke voedingsmiddelen aangepast kunnen worden zodat het voedingspatroon past binnen de schijf van vijf en de specifieke aandoening. (zie diverse links bij kopje samenhangende documenten/literatuur). Doe dit stapsgewijs en geef adviezen die haalbaar zijn in het voedingspatroon van de patiënt zodat deze op langere termijn vol te houden zijn.
- Betrek de patiënt bij het stellen van doelen en bepaal samen met de patiënt hoe deze voedingsadviezen in het dagelijks leven ingepast kunnen worden.
- Maak 1 of meerdere vervolg afspraken ter evaluatie en stuur waar nodig bij en stimuleer het goede eetgedrag.
- Continueer de begeleiding bij voldoende resultaat. (wat dit inhoudt staat beschreven onder COPD, DM en CVRM verderop in het document.
- Indien het gewenste resultaat NIET behaald is, pols dan de motivatie voor een verwijzing naar de diëtist.
- Patiënt moet wel instemming met verwijzing.

COPD

- Indien bij COPD de indicaties voor verwijzing nog niet van toepassing zijn, maar wel de trend ontstaat dat de patiënt ongewild afvalt of de BMI, het gewichtsverlies en de VVMI (spiermassa meting) dicht tegen de huidige criteria voor verwijzing aanzitten, geef dan direct adviezen volgens de richtlijn ondervoeding (zie link thuisarts; "ongewild gewichtsverlies" onder kopje 'samenhangende documenten/literatuur)
- Bij een verminderde voedingstoestand heeft alléén een voedingsinterventie GEEN effect op het lichaamsgewicht, de longfunctie (FEV1), de kracht van de ademhalingspijpen of de conditie. Een combinatie van een voedings- en beweeginterventie is essentieel voor het meest optimale resultaat.
- Laat bij ongewenst gewichtsverlies de huisarts eerst vaststellen of er nog andere oorzaken voor aan te wijzen zijn.
- Verwijs binnen 2 à 3 maanden naar een diëtist als het effect van de voedingsadviezen niet terug te zien in een stijgend gewicht circa 3% t.o.v. het gewicht bij de start van de voedingsadviezen. Mits de patiënt instemt met de verwijzing.

DM

- Voor DM geldt dat de algemene werkwijze en de keuze van de manier van begeleiden gehanteerd worden volgens de zorgprofielen, zoals hierboven beschreven.
- Volg eerst de beslisboom en bepaal welke mate van begeleiding noodzakelijk is.
- Is er sprake van een nieuwe patiënt, start of wijziging insulinerégime of er bloedglucosemanagement en/ of CVRM waarvoor voedings- en of dieetadvies nodig is.
- Beoordeel het huidige eetpatroon van de patiënt a.d.h.v. van de schijf van vijf. Indien er met een paar kleine aanpassingen een gezond eetpatroon volgens de schijf van vijf behaald kan worden dan begeleidt de POH/huisarts deze patiënt zelf conform zorgprofiel 1 of 2.
- Maak één of meerdere vervolgspraken ter evaluatie en beoordeel of binnen 2 à 3 maanden de gewenste gedragsverandering plaatsgevonden heeft (denk aan: zout 6 g per dag en/of meer gezonde vetten en/of voeding volgens schijf van 5, en/ of 3 % gewichtsverlies t.o.v. de start van de voedingsadviezen.)
- Continueer begeleiding bij voldoende resultaat en werk samen toe naar het streefdoel.

- Indien de patiënt er niet in slaagt om de aanpassingen in het eetpatroon door te voeren, dan kan indien de patiënt gemotiveerd is, verwezen worden naar een diëtist..
- Bij nieuwe DM patiënten en bij de start/wijziging met insuline, is er vrijwel altijd een indicatie om te verwijzen naar een diëtist om kennis over koolhydraten, verdeling over de dag in relatie tot medicatie en bloedglucose over te dragen.
- Indien er bij DM een dieetadvies op maat nodig is (denk aan ontregelingen, hypo/hyperglycemie, sterk afwijkend eetpatroon van schijf van 5) en/of er ook nog sprake is van aanwezige cardiovasculaire risicofactoren, dan verwijst de POH, in overleg met de patiënt, meteen door naar de diëtist.
- De patiënt moet wel instemmen met de verwijzing.

CVRM

- Voor CVRM geldt dat de algemene werkwijze en de keuze van manier van begeleiden gehanteerd worden volgens de zorgprofielen zoals hierboven beschreven.
- Volg eerst de beslisboom en bepaal welke mate van begeleiding noodzakelijk is.

De duur van de voedingsbegeleiding door de POH/huisarts hangt samen met de patiëntencategorie (patiënten met HVZ of patiënten met een 10 jaarsrisico > 10 % op ziekte en sterfte op HVZ > 10 % en de behaalde resultaten:

Patiënten met HVZ

- Biedt begeleiding aan onder zorgprofiel 2 aan en streef binnen 2 á 3 maanden naar verbeteringen in het voedingsgedrag.
- Maak één of meerdere vervolgspraken ter evaluatie en beoordeel of de gewenste gedragsverandering plaatsgevonden heeft (denk aan: zout 6 g per dag en/of meer gezonde vetten en/of voeding volgens schijf van 5, en/ of 3 % gewichtsverlies t.o.v. de start van de voedingsadviezen.)
- Continueer de begeleiding bij voldoende resultaat en werk samen toe naar het streefdoel.
- Indien de patiënt er NIET in slaagt om de aanpassingen in het eetpatroon door te voeren, dan kan indien de patiënt gemotiveerd is, verwezen worden naar een diëtist.
- De patiënt moet wel instemmen met de verwijzing.

Patiënt met 10 jaarsrisico van > 10 % op ziekte of sterfte op HVZ

- Biedt begeleiding aan onder zorgprofiel 1 of 2 en streef binnen 6 tot 9 maanden naar verbeteringen in het voedingsgedrag.
- Maak één of meerdere vervolg afspraken ter evaluatie en beoordeel of de gewenste gedragsverandering plaatsgevonden heeft (denk aan: zout 6 g per dag en/of meer gezonde vetten en/of voeding volgens schijf van 5, en/ of 3 % gewichtsverlies t.o.v. de start van de voedingsadviezen.)
- Continueer de begeleiding bij voldoende resultaat en werk samen toe naar het streefdoel.
- Indien de patiënt er NIET in slaagt om de aanpassingen in het eetpatroon door te voeren, dan kan indien de patiënt gemotiveerd is, verwezen worden naar een diëtist.
- De patiënt moet wel instemmen met de verwijzing.

Patiënt wil niet verwezen worden naar diëtist

- Achterhaal welke bezwaren de patiënt heeft om niet naar de diëtist te gaan en probeer, waar mogelijk, de bezwaren weg te nemen.

Werkwijze verwijzing diëtist

- De verwijzing naar een de diëtist is een advies geen verplichting, dit gaat in samenspraak met de patiënt.
- De huisarts/POH vraagt toestemming aan de patiënt of de diëtist zijn/haar gegevens, m.b.t. de zorgketen die van toepassing is, mag inzien. Alleen indien er toestemming gegeven is, mag een verwijzing in het KIS aangemaakt worden. Met de verwijzing wordt namelijk het dossier van de patiënt voor de diëtist geopend.
- De patiënt is vrij in de keuze voor een door de BV Zorg Oude IJssel gecontracteerde diëtist. Alleen de gecontracteerde diëtisten staan ook in het KIS vermeld.
- De verwijzing en terugrapportage vindt uitsluitend plaats via het KIS. Zie de meest recente handleiding op intranet.
- De huisarts/POH legt bij de toelichting van de verwijzing het volgende vast:
 - wat de indicatie en de zorgvraag is voor de verwijzing
 - indien van toepassing op welke manier het zelfmanagement gestimuleerd is
 - welke algemene voedingsadviezen gegeven zijn
 - wat het tot nu toe behaalde resultaat is.
- Indien van toepassing, selecteert de huisarts/POH bij de verwijzing de juiste episode. Deze mogelijkheid doet zich voor bij CVRM als er meerdere ICPC's van toepassing zijn of indien er 2 DBC's van toepassing zijn voor de patiënt. Bij het maken van de verwijzing opent automatisch een scherm, waarbij de ICPC of DBC geselecteerd moet worden. Zie handleiding KIS. Door de selectie van de ICPC wordt de registratie van het consult van diëtist op de juiste plek in het HIS teruggekoppeld.
- De huisarts/POH zorgt ervoor dat het actuele telefoonnummer en adres van de patiënt in het KIS vermeld staat. Zie handleiding KIS.
- De diëtist ontvangt een email dat een patiënt verwezen is. Hij/zij raadpleegt het KIS en roept de patiënt binnen 1 week op. M.u.v. vakantieperiode of uitzonderlijke omstandigheden.
- Als de diëtist de afspraak in het KIS vastgelegd heeft, is deze afspraak voor de huisartsenpraktijk zichtbaar in het scherm verwijzingen.
- Indien de patiënt niet te bereiken is of aangeeft niet te willen komen, dient de diëtist dit registreren via de P regel in het KIS. Bij meerdere malen No Show of indien de patiënt niet wenst te komen, neemt de diëtist contact op met de praktijk en wordt vastgesteld of de patiënt opnieuw gestimuleerd wordt naar de diëtist te gaan of dat de verwijzing beëindigd moet worden.
- Wanneer het contact tussen de diëtist en de patiënt wordt beëindigd moet de inzage van het dossier beëindigd worden door de desbetreffende diëtist, door de einddatum einde behandeling verwijzing in te vullen. Zie handleiding diëtetiek van het KIS.
- Het dossier van de verwezen patiënt wordt één jaar na de start van de behandeling (let op, het gaat niet over een kalenderjaar) automatisch gesloten. Mocht de behandeling dan nog niet afgerond zijn, dan zal de diëtist contact opnemen met de praktijk en dient er een nieuwe verwijzing bij de praktijk aangevraagd te worden. Met een nieuwe verwijzing wordt het dossier weer toegankelijk voor de diëtist.
- Indien de diëtist een vraag heeft over de medische situatie van de patiënt, neemt ze contact op met de huisartsenpraktijk. Indien de situatie complex is, dan is het mogelijk om de kaderhuisarts en/of consulent te consulteren, dit contact verloopt altijd via de huisartsenpraktijk. De huisarts is de enige zorgverlener die het totaalplaatje van de patiënt in beeld heeft en is eindverantwoordelijk voor de zorg van de patiënt. De huisartsenpraktijk koppelt de informatie weer terug aan de diëtist.

Registratie

Na elk consult vult de diëtist de volgende onderdelen kort in:

- de relevante vragen van het desbetreffende protocol
- in de P regel van de SOEP:

- diëtetische diagnosestelling en het behandelplan/doel
 - hoofdpunten uit elk consult
 - registratie, evaluatie en evt. bijstellen van doelstellingen
 - samenvatting, behandelresultaat en conclusie bij beëindiging begeleiding
 - aandachtspunten in voedingspatroon voor verwijzer, na beëindiging begeleiding.

Aandachtspunten

Bewegen en voeding

- Een disbalans in de voedingstoestand heeft meetbare nadelige gevolgen voor lichaamssamenstelling, functioneren, klinische resultaten en ziekteverloop.
- Lichaamsbeweging hangt nauw samen met de voedingstoestand. Bij de volgende aandoeningen is het zinvol om beweging, voeding en een gedragscomponent gecombineerd in te zetten: Overgewicht en Obesitas, DM type 2, ernstige COPD en CVRM.

Verantwoordelijkheden

- Na de verwijzing via het KIS dient de diëtist de patiënt binnen één week te benaderen voor het maken van een afspraak. De patiënt wordt voor een consult gezien binnen 3 weken.
- De diëtist heeft een signaalfunctie. Indien er comorbiditeit/calamiteiten optreden, dient de diëtist contact op te nemen met de huisartsenpraktijk die patiënt heeft doorverwezen.
- Het gebruik van de inlogcode van het KIS is strikt persoonlijk. De diëtist ziet er op toe dat hier geen misbruik van gemaakt wordt.
- Wanneer het contact tussen de diëtist en de patiënt wordt beëindigd moet de inzage van het dossier beëindigd worden door de desbetreffende diëtist, door de einddatum einde behandeling verwijzing in te vullen. Dit staat beschreven in de handleiding diëtetiek van het KIS.

Samenhangende documenten/literatuur

Suggestie:

- [Ik wil gezond eten om mijn overgewicht aan te pakken \(thuisarts\)](#)
- [Ik wil gezond eten vanwege mijn bloeddruk \(thuisarts\)](#)
- [Ik wil gezond eten bij mijn hoge cholesterol \(thuisarts\)](#)
- [Ik wil gezond eten-gezonde-levensstijl \(thuisarts\)](#)
- [Ik wil gezond leven met diabetes Mellitus \(thuisarts\)](#)
- [Ik ben ongewild veel afgevallen, ondervoeding \(thuisarts\)](#)
- [Ik wil gezond eten met de schijf van vijf \(voedingscentrum\)](#)
- [Hoeveel kan ik per dag eten- schijf van vijf \(voedingscentrum\)](#)
- [Wat is de gezondere keuze binnen de schijf van vijf \(voedingscentrum\)](#)
- [Hoe ga je om met producten buiten schijf van vijf \(voedingscentrum\)](#)
- [Zoutwijzer test \(nierstichting\)](#)
- [Vetwijzer \(voedingscentrum\)](#)
- [Schijf van vijf, aanbevolen hoeveelheden](#)

Stroomschema

- Beslisboom "Voeding en dieetadvies binnen ketenzorg" zie bijlage.

Bronvermelding

- [NDF Voedingsrichtlijn voor Diabetes type 1 en type 2 2015](#)
- [NDF Voedingsrichtlijn voor Diabetes type 1 en type 2 2015 \(samenvatting\)](#)
- [2013: Zorgstandaard Protocollair CVRM](#)
- [Zorgstandaard COPD 2016](#)
- [Artsenwijzer Diëtetiek 2016](#)
- [Zorgmodule voeding](#)
- [NHG Zorgmodule leefstijl](#)