

Zorgmodule Voeding

De Zorgmodule Voeding is een ziekteoverstijgende module en kan worden opgenomen in alle zorgstandaarden, waarin het aanleren van gezond of aangepast voedingsgedrag een onderdeel van de behandeling vormt. De ziektespecifieke invulling van of aanvulling op de inhoud van de Zorgmodule Voeding staat in de zorgstandaard waarvan de Zorgmodule Voeding onderdeel uit maakt.

ZORGMODULE VOEDING

De Zorgmodule Voeding is een uitgave van een samengestelde ontwikkel- en onderhoudsgroep, welke tot eind 2012 onder leiding van het Partnerschap Overgewicht Nederland aan de ontwikkeling van de Zorgmodule Voeding heeft gewerkt.

© ONTWIKKEL- EN ONDERHOUDSGROEP ZORGMODULE VOEDING

De ontwikkel- en onderhoudsgroep is verantwoordelijk voor het beheer en onderhoud van de Zorgmodule Voeding. Het penvoerderschap is vanaf januari 2013 ondergebracht bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten.

M: bureau@nvdietist.nl

W: www.zorgstandaarden.nl

De Zorgmodule Voeding is enkel digitaal beschikbaar. U bent van harte uitgenodigd om de Zorgmodule Voeding te verveelvoudigen ter bevordering van de kwaliteit van voedingszorg als onderdeel van de behandeling van patiënten met risicofactoren en/of chronische ziekten. Zowel het verspreiden van als citeren uit de Zorgmodule Voeding dient altijd te geschieden onder vermelding van de volgende bron: Zorgmodule Voeding, Amsterdam 2012.

INHOUDSOPGAVE

COLOFON	2
INHOUDSOPGAVE	3
ONTWIKKELING ZORGMODULE VOEDING	4
VOORWOORD	6
1. INLEIDING	7
1.1 DOEL EN FUNCTIE ZORGMODULE VOEDING	7
1.2 WAT IS DE ZORGMODULE VOEDING?	7
1.3 RELEVANTIE ZORGMODULE VOEDING	9
1.4 VOEDING EN VOEDINGSGEDRAG	10
1.5 VOEDING EN GEZONDHEID	10
2. DIAGNOSTISCHE FASE	12
2.1 STROOMSCHEMA	12
2.2 MEDISCHE DIAGNOSE	14
2.3 ANAMNESE	14
2.4 INDIVIDUEEL ZORGPLAN	15
3. VOEDINGSZORG	17
3.1 ZORGPROFIELEN	17
3.2 COMPETENTIES	20
3.3 MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING	21
3.4 VOEDINGSRICHTLIJNEN	22
4. KWALITEITSINDICATOREN	23
BIJLAGE 1 GECONSULTEERDE DESKUNDIGEN	24
BIJLAGE 2 BEGRIPPENKADER	25
BIJLAGE 3 SELECTIE GERAADPLEEGDE LITERATUUR	27
BIJLAGE 4 RICHTLIJNEN GOEDE VOEDING	28
BIJLAGE 5 ZELFMANAGEMENT	30

ONTWIKKELING ZORGMODULE VOEDING

OPDRACHTGEVER

De Zorgmodule Voeding is tot stand gekomen in opdracht en met financiële steun van het ministerie van VWS. De opdracht is mede-ondersteund door het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

ONTWIKKEL- EN ONDERHOUDSGROEP

De Zorgmodule Voeding is ontwikkeld door een ontwikkel- en onderhoudsgroep (OOG), welke is samengesteld uit diverse relevante partijen op het gebied van voeding en chronische ziekten, met zowel ziekteoverstijgende als ziektespecifieke kennis. Leden van de OOG namen namens de betreffende organisatie deel in het project. Om snel en slagvaardig te werk te kunnen gaan, is binnen de OOG een schrijfgroep gevormd: de kerngroep. Leden van de kerngroep hebben op persoonlijke titel deelgenomen in het project.

Kerngroepleden

- Jaap van Binsbergen (voorzitter) – Gepensioneerd huisarts, emeritus hoogleraar Voedingsleer & Huisartsgeneeskunde, lid van de Stuurgroep Ondervoeding, partnervertegenwoordiger binnen het Partnerschap Overgewicht Nederland en lid van het Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Paulien Lunter – Praktijkverpleegkundige te Arnhem, lid van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, afdeling Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners.
- Sanne Niemer (auteur) – Projectleider Zorgmodule Voeding bij het Partnerschap Overgewicht Nederland.
- Wineke Remijnse – Beleidsadviseur kwaliteit bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten, lid van de Stuurgroep Ondervoeding, partnervertegenwoordiger binnen het Partnerschap Overgewicht Nederland.
- Jeanne de Vries – Universitair docent en voedingskundige bij de Wageningen Universiteit, Humane Voeding.
- Andrea Werkman – Kennisspecialist voeding, gezondheid en ziekte bij het Voedingscentrum.
- Erika Wamsteker – Psycholoog en diëtist te Utrecht, lid van het Nederlands Instituut voor Psychologen, lid van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten.

Overige OOG-leden

- GGD Nederland – Frank Klaassen
- Long Alliantie Nederland – Ingrid van der Gun
- Corrine Brinkman vanuit de Nederlandse Diabetes Federatie
- Partnerschap Overgewicht Nederland – Jaap Seidell
- Platform Vitale Vaten – Anne-Margreet Strijbis
- Stuurgroep Ondervoeding - Jos Schols
- Stuurgroep Zelfmanagement – Jan Benedictus
- Zorgverzekeraars Nederland – Rob Dalmijn

EXPERTGROEP PATIËNTEN

Het patiëntenperspectief is geborgd middels de inbreng van vier patiëntenverenigingen. Deze ziektespecifieke aanbevelingen zijn veralgemeniseerd en verwerkt door de gehele Zorgmodule Voeding.

- Astma Fonds – Bas Holverda en Liesbeth Vredeling
- De Hart- en Vaatgroep – Karin Idema
- Diabetes Vereniging Nederland – Eglantine Barents
- Nederlandse Obesitas Vereniging – Mieke van Spanje

EXPERTMEETING

Een voorlopig definitief concept van de Zorgmodule Voeding is ter consultatie voorgelegd aan een groep experts, welke waren voorgedragen door de leden van de OOG. Deze experts hebben conclusies en aanbevelingen gedaan en hun akkoord gegeven op het concept, met inachtneming van de aanpassingen zoals aanbevolen. In de huidige versie van de Zorgmodule Voeding zijn deze aanpassingen verwerkt zoals besproken. Een overzicht van de betrokken personen tijdens de expertmeeting is opgenomen in bijlage 1.

VOORWOORD

Voor u ligt de Zorgmodule Voeding. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid heeft een speciaal daartoe samengestelde ontwikkel- en onderhoudsgroep onder leiding van het Partnerschap Overgewicht Nederland gewerkt aan de totstandkoming van de Zorgmodule Voeding.

In deze ontwikkel- en onderhoudsgroep heeft een kerngroep onder leiding van de heer Jaap van Binsbergen het schrijfwerk verricht, in zorgvuldige afstemming met de overige leden van ontwikkel- en onderhoudsgroep. Een voorlopig definitief concept is in een brede expertmeeting besproken met externe deskundigen. Ook zijn de patiëntenverenigingen van de bestaande zorgstandaarden betrokken bij de ontwikkeling van de Zorgmodule Voeding.

De Zorgmodule Voeding heeft de instemming van alle partijen waaraan de Zorgmodule Voeding ter autorisatie is aangeboden. Dit betreft de Long Alliantie Nederland, de Nederlandse Diabetes Federatie, het Partnerschap Overgewicht Nederland en het Platform Vitale Vaten. Deze organisaties zijn alle beheerder van een ziektespecifieke zorgstandaard waarin voedingszorg een onderdeel van de behandeling vormt.

Als Coördinatieplatform Zorgstandaarden zijn wij zeer verheugd dat de Zorgmodule Voeding door deze ontwikkel- en onderhoudsgroep is voltooid. Voor de verdere implementatie van de zorgstandaarden en het bevorderen van de kwaliteit van voedingszorg als onderdeel van de behandeling van patiënten met risicofactoren en/of chronische ziekten, is de Zorgmodule Voeding onmisbaar.

Namens het Coördinatieplatform Zorgstandaarden hoop ik dat beroepsgroepen en zorgverzekeraars de Zorgmodule Voeding als uitgangspunt gaan gebruiken bij het verlenen en inkopen van voedingszorg op het juiste niveau en door zorgverleners met bijbehorende competenties. Het verdient daarnaast de aanbeveling dat door beheerders van zorgstandaarden een ziektespecifieke indicatie voor de zorgprofielen van de Zorgmodule Voeding wordt beschreven in de zorgstandaarden.

Er is door de ontwikkel- en onderhoudsgroep van de Zorgmodule Voeding een zorgvuldige weg bewandeld en ik hoop en verwacht dat die tot langdurig breed draagvlak en gezamenlijke implementatie van de Zorgmodule Voeding zal leiden.

Reinout van Schilfgaarde,
voorzitter Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

December 2012

1. INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt allereerst beschreven wat het doel en de functie van de Zorgmodule Voeding is en hoe deze in relatie staat tot zorgstandaarden en andere documenten. Vervolgens wordt toegelicht wat de Zorgmodule Voeding is en op basis van welke uitgangspunten de Zorgmodule Voeding ontwikkeld is. Ook de relevantie van de Zorgmodule Voeding wordt beschreven. Tot slot wordt ingegaan op wat onder voeding verstaan wordt, welke factoren een rol spelen in voedingsgedrag en wat de relatie tussen voeding en gezondheid is.

1.1 DOEL EN FUNCTIE ZORGMODULE VOEDING

De Zorgmodule Voeding beschrijft de norm waaraan voedingszorg dient te voldoen, voor zowel kinderen als volwassenen. Het bevorderen van de kwaliteit van voedingszorg als onderdeel van de behandeling van patiënten met risicofactoren en/of chronische ziekten is het voornaamste doel van de Zorgmodule Voeding. Het gaat daarbij om risicofactoren en chronische ziekten waarvoor de norm voor goede zorg beschreven staat in een zorgstandaard. De Zorgmodule Voeding fungeert daarmee als uitgangspunt voor de uitwerking van voedingsgerelateerde zorg in monodisciplinaire en multidisciplinaire zorgprotocollen en zorgprogramma's. In deze protocollen en programma's wordt de zorg in groter detail wordt beschreven.

De functie van de Zorgmodule Voeding is het geven van inzicht in welke niveaus van voedingszorg er zijn en wat nodig is voor adequate voedingszorg op het juiste niveau en geleverd door zorgverleners met de juiste competenties. Daarmee is de Zorgmodule Voeding een document voor zorgverleners, zorgverzekeraars, toezichthouders, bestuurders en beleidsmakers. Voor zorgverleners die binnen een multidisciplinair behandelteam werken om chronische zorg te leveren, biedt de zorgmodule de mogelijkheid hun aanbod af te stemmen op de in de zorgmodule beschreven norm.

1.2 WAT IS DE ZORGMODULE VOEDING?

ZORGSTANDAARDEN EN ZORGMODULES

Chronische zorg wordt geleverd op basis van zorgstandaarden, zoals de Zorgstandaard COPD en Zorgstandaard Obesitas. Een zorgstandaard beschrijft vanuit patiëntenperspectief de norm waaraan multidisciplinaire zorg voor mensen met een bepaalde chronische ziekte moet voldoen. Daarbij wordt een functionele beschrijving van activiteiten gegeven. Dat betekent dat wel beschreven wordt *wat* er gebeurt, maar niet *wie* dat doet of *waar* dat gebeurt. Naast de norm waaraan de zorg moet voldoen, beschrijft een zorgstandaard ook de organisatie en de relevante kwaliteitsindicatoren.

Omdat veel van de zorg beschreven in zorgstandaarden niet uitsluitend ziektespecifiek is, maar ziekteoverstijgend, kunnen zorgmodules opgenomen worden in zorgstandaarden. Zorgmodules beschrijven onderdelen van zorg die voor meerdere ziekten relevant zijn, zoals voeding, bewegen en stoppen met roken. Zorgmodules kunnen een integraal onderdeel worden van de zorgstandaarden waarvoor de beschreven ziekteoverstijgende zorg relevant is. Een zorgmodule kan toepasbaar zijn in een bepaalde fase van de ziekte, maar dezelfde zorgmodule kan bij een andere ziekte in meerdere fasen van toepassing blijken. Ook kan een zorgmodule soms meermalen bij één ziekte van toepassing zijn, al dan niet in verschillende fasen.

ZORGMODULE VOEDING

De Zorgmodule Voeding geeft vanuit het patiëntenperspectief een functionele beschrijving van de norm waaraan voedingszorg als onderdeel van de preventie en behandeling van patiënten met chronische ziekten moet voldoen. Het beschrijft in hoofdlijnen voor welk niveau van voedingszorg de patiënt in aanmerking komt

(algemeen voedingsadvies of dieetbehandeling) en over welke competenties de zorgverlener dient te beschikken.

Ten tijde van de ontwikkeling van de Zorgmodule Voeding zijn zorgstandaarden beschikbaar voor diabetes mellitus, COPD, hart- en vaatziekten en obesitas¹. Ook zijn zorgstandaarden in ontwikkeling voor onder meer depressie, astma, dementie, kanker en CVA/TIA. Wanneer nieuwe zorgstandaarden tot stand komen waarvoor de Zorgmodule Voeding relevant is, kan de zorgmodule opgenomen worden in de betreffende zorgstandaard.

ZIEKTESPECIFIEKE ADDITIES

Omdat ziekteoverstijgende zorg nooit volledig identiek kan zijn voor alle ziekten, staan in de ziektespecifieke zorgstandaarden aanvullingen op de zorgmodule: de ziektespecifieke addities. Hierin wordt de generieke inhoud van de zorgmodule toegesneden op de zorg voor de betreffende ziekte, of aangevuld met ziektespecifieke informatie voor de behandeling. De focus van voedingszorg bij COPD met ongewenst gewichtsverlies is bijvoorbeeld anders dan de focus van voedingszorg voor nieuw gediagnosticeerde diabetespatiënten.

ZORGSTANDAARDEN EN ZORGMODULE VOEDING				
Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement	Zorgstandaard COPD	NDF Zorgstandaard	Zorgstandaard Obesitas	Toekomstige zorgstandaarden
				<ul style="list-style-type: none"> - Depressie - Astma - Dementie - Kanker - CVA/TIA - ...
<p>Zorgmodule Voeding</p> <p>De Zorgmodule Voeding is een ziekteoverstijgende module en kan worden opgenomen alle zorgstandaarden, waarin het aanleren van gezond of aangepast voedingsgedrag een onderdeel van de behandeling vormt. De ziektespecifieke invulling van of aanvulling op de Zorgmodule Voeding staat in de zorgstandaard waarvan de Zorgmodule Voeding onderdeel uit maakt.</p>				
Ziektespecifieke additie vasculair risicomanagement	Ziektespecifieke additie COPD	Ziektespecifieke additie diabetes	Ziektespecifieke additie obesitas	Ziektespecifieke additie betreffende zorgstandaard

Figuur 1. Relatie zorgstandaarden en Zorgmodule Voeding.

OVERIGE VOEDINGSGERELATEERDE ZORG

Ook voor patiënten met ziekten of klachten die niet chronisch zijn of waarvoor geen zorgstandaarden ontwikkeld worden, kan voeding belangrijk zijn als onderdeel van de behandeling. Bijvoorbeeld bij voedselallergie, voedselintoleranties, maag-, darm- en leverziekten (bijvoorbeeld prikkelbare darmsyndroom), eetstoornissen en neurologische ziekten kan een dieetbehandeling verergering van de klacht verminderen of voorkomen. Omdat de te leveren zorg niet op basis van zorgstandaarden geleverd wordt, vallen deze buiten de

¹ Voor meer informatie wordt verwezen naar de betreffende zorgstandaarden: NDF Zorgstandaard, Zorgstandaard COPD, Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement en Zorgstandaard Obesitas.

Zorgmodule Voeding. Uiteraard kan de Zorgmodule Voeding wel als uitgangspunt gebruikt worden bij deze zorg.

UITGANGSPUNTEN ZORGMODULE VOEDING

De Zorgmodule Voeding is gebaseerd op de Richtlijnen goede voeding en de Richtlijnen voedselkeuze. Individuele aanpassing hiervan is noodzakelijk, omdat deze richtlijnen op populatieniveau gebaseerd zijn en voor populaties zijn opgesteld. Daar waar richtlijnen over voedingszorg ontbreken hebben de samenstellers van deze zorgmodule op basis van consensus afspraken geformuleerd.

De Zorgmodule Voeding is opgebouwd volgens het model voor zorgstandaarden van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden, zoals beschreven in het rapport dat in maart 2010 is uitgebracht.

Preventieve maatregelen kunnen onderverdeeld worden in collectieve preventie (gericht op groepen mensen; universele en selectieve preventie) en individuele preventie (gericht op individuen; geïndiceerde en zorggerelateerde preventie). Zorgstandaarden en zorgmodules richten zich enkel op het individu en daarmee op geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Geïndiceerde preventie is erop gericht het ontstaan van een ziekte te voorkomen bij een individu met een hoog risico op de ziekte. Zorggerelateerde preventie is erop gericht om verergering, complicaties of beperkingen als gevolg van een ziekte te voorkomen.

Zorgstandaarden en zorgmodules beschrijven enkel individuele preventie, waarbij de verbinding met collectieve preventie essentieel is. Bij de programmatische aanpak zijn aansluiten bij de leefomgeving van de patiënt en een wijkgerichte benadering onmisbaar. De grens tussen selectieve en geïndiceerde preventie wordt daarmee steeds minder scherp.

Leeswijzer

In de Zorgmodule Voeding wordt vanwege de leesbaarheid overal de term 'patiënt' gehanteerd, ook voor mensen waarbij enkel sprake is van een hoog risico. Door sommige zorgverleners wordt de term 'cliënt' gebruikt. Waar in deze zorgmodule patiënt staat, kan dit ook gelezen worden als cliënt. Een toelichting op de belangrijkste begrippen die gebruikt worden is te vinden in bijlage 2. Een selectie van de geraadpleegde literatuur is opgenomen in bijlage 3.

1.3 RELEVANTIE ZORGMODULE VOEDING

Dat goede voeding een bijdrage levert aan de gezondheid van mensen, is algemeen bekend. Toch eet slechts een klein percentage van de bevolking volgens de 'Richtlijnen goede voeding'. Deze richtlijnen beschrijven de gemiddeld wenselijke voeding, die qua samenstelling en hoeveelheid optimaal is voor de gezondheid van de bevolking. Een voedingspatroon gebaseerd op deze richtlijnen, werkt preventief tegen bepaalde chronische ziekten of gaat verergering ervan tegen. Immers, een ongezond voedingspatroon is een belangrijke risicofactor voor het ontstaan of verergeren van een aantal chronische ziekten. De Richtlijnen goede voeding zijn in principe bedoeld voor gezonde personen, maar vormen - aangevuld met ziektespecifieke dieetvoorschriften - ook de basis voor mensen met een chronische ziekte.

Goede voeding vormt een belangrijk onderdeel van de preventie en zorg voor patiënten met chronische ziekten. Deze preventie en zorg varieert van algemeen voedingsadvies voor potentieel grote aantallen in de bevolking waarbij risicofactoren aanwezig zijn, tot gespecialiseerde dieetbehandeling voor patiënten met complexe ziekten.

Chronische zorg, en dus ook voedingszorg, vereist een specifieke aanpak. De preventie en behandeling zijn niet gericht op genezen, maar op het beperken van risico's, uitstellen of voorkomen van de ziekte, vertragen van progressie en voorkomen van complicaties. Omdat het resultaat sterk afhankelijk is van de bijdrage van de patiënt zelf, is het belangrijk dat er adequate ondersteuning vanuit de zorg plaatsvindt, om de patiënt in staat

te stellen aan zelfmanagement te doen. Aansluiten bij de leefomgeving van de patiënt en een wijkgerichte benadering zijn sleutelbegrippen. Chronische zorg kan op allerlei niveaus plaatsvinden, variërend van wijkniveau tot gespecialiseerde zorg. Om zelfmanagement te bewerkstelligen moeten patiënt en zorgverleners, maar ook zorgverleners onderling, optimaal samenwerken. Deze interactie tussen patiënt en betrokken zorgverleners en de betrokkenheid van de patiënt bij hun eigen zorgproces, staat centraal in zorgstandaarden en zorgmodules.

1.4 VOEDING EN VOEDINGSGEDRAG

VOEDING

Voeding levert energie, bouwstoffen en regulerende stoffen, samen voedingsstoffen of nutriënten genoemd. Een 'gezonde' voeding bevat alle benodigde voedingsstoffen, maar is meer dan alleen een verzameling voedingsstoffen. De keuze van de voedingsmiddelen die de voedingsstoffen leveren, de onderlinge verhouding van de energieleverende voedingsstoffen en het handhaven van een gezonde energiebalans, zijn zeker zo belangrijk. Voor een optimale preventie en behandeling van chronische ziekten gaat het daarom zowel om een adequate inname van voedingsstoffen als het komen tot of handhaven van een gebalanceerd voedingspatroon als onderdeel van een gezonde leefstijl.

VOEDINGSGEDRAG

Voedingsgedrag reikt verder dan enkel voedingskundige en gezondheidskundige aspecten, en is daarmee meer dan enkel een optelsom van wat een persoon eet. In feite bestaat voedingsgedrag uit een verzameling gedragingen en redenen voor dat gedrag. Voedingsgedrag omvat het totaal van wat, wanneer, waar, met wie, waarom en hoe een persoon eet. Ook is eten niet alleen noodzakelijk om te kunnen functioneren, maar heeft eten ook een sterke psychosociale factor: gezellig samen eten, eten om iets te vieren of juist uit verveling.

Voedingsgedrag wordt grofweg beïnvloed door zeven factoren (willekeurige volgorde):

- Biologische determinanten (o.a. leeftijd, geslacht, etniciteit, genetische aanleg, medicijngebruik)
- Fysieke omgeving (o.a. aanwezigheid en toegankelijkheid van voedsel)
- Economische omgeving (o.a. betaalbaarheid, belasting)
- Sociaal-culturele omgeving (o.a. sociaal economische status, geloofsovertuiging, invloed van belangrijke mensen om ons heen)
- Psychologische determinanten (o.a. zelfvertrouwen, emoties, geestelijke gezondheid)
- Persoonlijke/gedragsdeterminanten (o.a. vaardigheden, gewoonten, smaak)
- Politieke omgeving (o.a. wet- en regelgeving)

Wanneer patiënten als gevolg van risicofactoren of chronische ziekten hun voedingsgedrag moeten aanpassen, spelen deze factoren mee in de gedragsverandering.

1.5 VOEDING EN GEZONDHEID

TOENAME IN AANTAL MENSEN MET EEN CHRONISCHE ZIEKTE

Wereldwijd vindt een toename van het aantal mensen met een niet overdraagbare chronische ziekte plaats. Er wordt gesproken van een wereldwijde epidemie. Meer mensen overlijden aan de gevolgen van een chronische ziekte dan door infectieziekten. In 2008 zijn wereldwijd 36 miljoen mensen gestorven aan de gevolgen van een chronische ziekte; dat is 63% van alle sterfte. Volgens de WHO landenprofielen voor chronische ziekten, kan in Nederland 89% van de totale sterfte toegeschreven worden aan chronische ziekten (World Health Organization - NCD Country Profiles, 2011).

Eind 2011 heeft de Verenigde Naties een bijeenkomst georganiseerd over deze problematiek (General Assembly meeting on the prevention and control of non-communicable diseases). De Verenigde Naties hebben vastgesteld wat de belangrijkste wereldwijd voorkomende chronische ziekten zijn:

- Cardiovasculaire ziekten
- Diabetes mellitus
- Kanker
- COPD

Daarnaast is berekend is dat 80% van deze vier chronische ziekten, veroorzaakt wordt door een combinatie van onderstaande leefstijlfactoren:

- Roken
- Overmatig alcoholgebruik
- Ongezonde voeding
- Onvoldoende beweging

Belangrijker dan deze aantallen, is dat ook vastgesteld is dat veel van deze ziekten voorkomen of uitgesteld kunnen worden door de juiste preventieve maatregelen en zorg. Patiënten met risicofactoren voor een chronische ziekte, kunnen met leefstijlveranderingen het krijgen van chronische ziekten zoals obesitas, cardiovasculaire ziekten, diabetes mellitus type 2, kanker en COPD uitstellen of zelfs voorkomen. Het gaat daarbij om interventies gericht op leefstijlfactoren die samenhangen met het ontstaan van chronische ziekten. Een ongezond eetpatroon, waaronder niet alleen te veel of te weinig eten maar ook verkeerd eten valt, vormt een belangrijk onderdeel van veel leefstijlinterventies. Het gaat echter niet alleen om voeding, maar ook om leefstijlfactoren als onvoldoende bewegen, overmatig alcoholgebruik en roken (Report of the Secretary-General, Prevention and control of non-communicable diseases).

VOEDING EN GEZONDHEID

Ongezonde voeding staat in verband met het ontstaan van een aantal chronische ziekten. Het RIVM heeft berekend dat per jaar ongeveer 40.000 nieuwe gevallen van diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten en kanker zijn toe te schrijven aan een ongezond voedingspatroon. Het gezondheidsverlies door ongezonde voeding is vergelijkbaar met dat van roken (RIVM, Ons eten gemeten, 2004).

Naast de rol van voeding in het voorkomen of uitstellen van sommige chronische ziekten, is goede voeding ook belangrijk voor patiënten bij wie de diagnose reeds gesteld is. Het gaat dan om voedingsmaatregelen die men *vanwege* de chronische ziekte treft, bijvoorbeeld bij COPD met ongewenst gewichtsverlies, diabetes mellitus of chronisch nierfalen.

GEZONDHEIDSWINST DOOR GEZONDE VOEDING

Er is veel gezondheidswinst te behalen door gezonde voeding. Het handhaven van een gezonde energiebalans, een betere vetzuursamenstelling (minder verzadigd vet), minder zout, meer groenten en fruit, voedingsvezel en vaker (vette) vis zijn de belangrijkste voedingsmaatregelen om de kans op gezondheidsverlies door ongezonde voeding te reduceren. Daarbij is het belangrijk dat de voeding qua essentiële voedingsstoffen volwaardig is (eiwit, vitaminen, mineralen). Adequate voedingszorg op het juiste niveau en geleverd door zorgverleners met de juiste competenties, speelt een onmisbare rol bij het aanleren van kennis en vaardigheden rondom deze Richtlijnen goede voeding of de bij ziekte geldende ziektespecifieke dieetvoorschriften. Deze ondersteuning is essentieel om er voor te zorgen dat patiënten hun eigen verantwoordelijkheid in het aanleren of aanpassen van hun voedingsgedrag kunnen waarmaken.

2. DIAGNOSTISCHE FASE

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de Zorgmodule Voeding gebruikt kan worden als onderdeel van bestaande zorgstandaarden en voor wie de zorgmodule van toepassing is. Ook wordt beschreven hoe de zorgbehoefte van de patiënt in kaart gebracht kan worden.

2.1 STROOMSCHEMA

De Zorgmodule Voeding is een ziekteoverstijgende module en geeft geen concrete beschrijving van de verdeling van risicofactoren en chronische ziekten over de zorgprofielen van de Zorgmodule Voeding. Het stroomschema op pagina 13 schetst een kader, op basis waarvan bepaald kan worden voor welk zorgprofiel de patiënt in aanmerking komt.

De onderliggende zorgstandaarden en richtlijnen zijn bepalend voor de indeling in een zorgprofiel. Op basis van het hierin voorgeschreven beleid, wordt de medische diagnose gesteld. Is een dieetbehandeling geïndiceerd als evidence based onderdeel van de behandeling van de betreffende risicofactor of ziekte? Indien een dieetbehandeling geïndiceerd is, komt de patiënt in het traject dieetbehandeling terecht, waar onderscheid gemaakt wordt tussen een behandeling door een voedingskundige zonder of met specialistische expertise. Wanneer geen dieetbehandeling geïndiceerd is, komt de patiënt in het traject algemeen voedingsadvies, waarbij algemene adviezen over voeding centraal staan, op basis van uitsluitend zelfmanagement of geleverd door een zorgverlener uit het multidisciplinair behandelteam.

De medische diagnose wordt in de anamnese aangevuld met informatie over de persoonlijke voedingszorgbehoefte. Op basis van deze gegevens wordt op basis van gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en zorgverlener een keuze voor een bepaald zorgprofiel gemaakt. Zowel de persoonlijke zorgbehoefte van de patiënt als de zorgbehoefte vanuit zorgperspectief worden meegenomen in de keuze. De patiënt treedt in het zorgproces als volwaardige partner met eigen verantwoordelijkheid op.

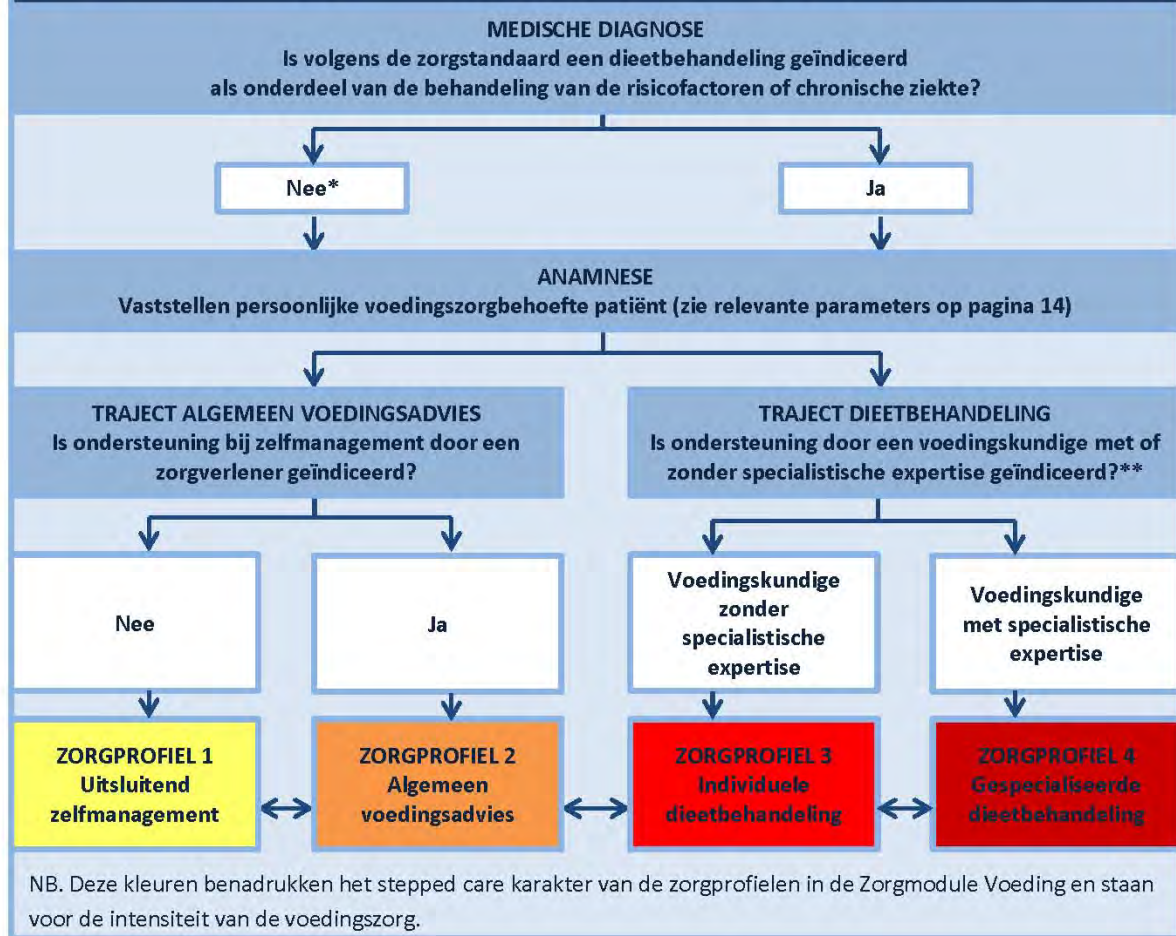
De keuze voor een zorgprofiel wordt altijd gemaakt op basis van het stepped care-principe, wat wil zeggen dat de behandeling begint met de minst ingrijpende en de minst kostbare behandeling, die past bij de medische diagnose en persoonlijke zorgbehoefte.

De indeling in een van de zorgprofielen van de Zorgmodule Voeding vindt niet plaats op basis van een voedingsvragenlijst. Een dergelijke vragenlijst geeft onvoldoende inzicht in de mate van zorg die nodig is. Ongeacht de score op een voedingsvragenlijst, moet voor bepaalde ziekten een specifiek niveau van voedingszorg geleverd worden. Het niveau van voedingszorg wordt dus altijd gebaseerd op de medische diagnose, aangevuld met informatie over de persoonlijke voedingszorgbehoefte. Hier kan de voedingsanamnese een bijdrage aan leveren.

Het verdient de aanbeveling dat de ziektespecifieke addities van zorgstandaarden op termijn een ziektespecifieke indicatie beschrijven van welke patiënten in welk zorgprofiel behandeld moeten worden.

Het is belangrijk om op te merken dat dit stroomschema van toepassing is op het merendeel van de chronische patiënten. De Zorgmodule Voeding is uitdrukkelijk niet bedoeld voor uitzonderlijke gevallen. Zorg moet altijd op maat geleverd worden en specifieke problemen vragen om een gerichte aanpak. Uitzonderingen zijn altijd mogelijk. Dit geldt ook voor de patiënten waarop de Zorgmodule Voeding wel van toepassing is.

RISICOFACTOREN EN CHRONISCHE ZIEKTEN BESCHREVEN IN ZORGSTANDAARDEN



TOELICHTING (het stroomschema kan niet zonder toelichting gebruikt worden)

De medische diagnose vormt het uitgangspunt en wordt in de anamnese aangevuld met informatie over de persoonlijke voedingszorgbehoefte. De patiënt en zorgverlener kiezen in samenspraak en op basis van stepped care een geschikt zorgprofiel.

Na verloop van tijd wordt door de zorgverlener die zorg volgens het betreffende profiel levert, op het geplande controlemoment geëvalueerd of het gekozen zorgprofiel tot het gewenste resultaat heeft geleid, en of er nog aanleiding is om de behandeling aan te passen. Op initiatief van deze zorgverlener wordt in overleg met de patiënt én andere zorgverleners besloten over verschuiving van profiel. Indien mogelijk, wordt een lager zorgprofiel gekozen. Indien nodig, wordt zorg uit een ander zorgprofiel opgestart. Zorgverleners met verschillende competenties en uit verschillende profielen kunnen ook samenwerken om gepaste zorg te leveren.

* Ook wanneer een dieetbehandeling niet geïndiceerd is, kan voedingsadvies een onderdeel van de behandeling zijn, afhankelijk van de anamnese op basis van uitsluitend zelfmanagement of geleverd door een zorgverlener uit het multidisciplinair behandelteam.

** Een dieetbehandeling wordt geleverd door een specifiek daartoe opgeleide professional. Zie voor een beschrijving van de competenties §3.2.

Figuur 2. Stroomschema keuze zorgprofiel.

2.2 MEDISCHE DIAGNOSE

Een zorgmodule is onderdeel van zorgstandaarden, waarin de preventie en behandeling van een bepaalde chronische ziekte beschreven staat. Na de signalering en eventuele doorverwijzing, vindt bij de zorgverlener waar de patiënt zijn zorgtraject volgens geldende zorgstandaarden start, de medische diagnose conform de betreffende zorgstandaard plaats. Deze zorgverlener brengt in kaart van welke gezondheidsproblemen er sprake is. Bij het in kaart brengen van de gezondheidsproblematiek, staat de op basis van onderliggende zorgstandaarden en professionele richtlijnen objectief vastgestelde gezondheidsproblematiek centraal. De diagnose wordt gesteld door een zorgverlener die hiertoe bekwaam en bevoegd is.

Voedingszorg behoort tot een mogelijke ziekteoverstijgende module als onderdeel van de behandeling. Zorg op basis van de Zorgmodule Voeding moet onderdeel van de behandeling zijn, daar waar het aanleren van gezond of aangepast voedingsgedrag relevant is voor de behandeling van het gezondheidsprobleem.

2.3 ANAMNESE

PERSOONLIJKE ZORGBEHOEFTE VASTSTELLEN

De medische diagnose wordt aangevuld met informatie over de persoonlijke zorgbehoefte. Hiertoe worden naast de objectief vastgestelde medische parameters, ook parameters die betrekking hebben op de persoonlijke zorgbehoefte vastgesteld. Het gaat daarbij om individuele patiëntkenmerken, zoals psychosociale omstandigheden en omgevingsfactoren, maar ook andere ziekten en reeds in gang gezette behandelingen, medicijngebruik en sociale omstandigheden kunnen een rol spelen bij de juiste behandeling.

ANAMNESE ZORGMODULE VOEDING

Indien de patiënt en zorgverlener op basis van de medische diagnose hebben vastgesteld dat voedingszorg een essentieel onderdeel van de behandeling is, kiezen ze een gepast zorgprofiel. Hierbij wordt gekeken naar wat het voedingsprobleem is, wat de zorgvraag en voedingszorgbehoefte is, hoe zwaar de interventie moet zijn en welke zorgverleners betrokken zouden moeten worden. Bij de keuze van het geschikte zorgprofiel wordt rekening gehouden met relevante persoonsgegevens die een rol spelen in de mogelijkheden voor preventie, behandeling en zelfmanagement. Een complexere zorgbehoefte kan een indicatie zijn voor een hoger zorgprofiel, maar in overleg kan ook voor een lager profiel dan geïndiceerd gekozen worden.

Relevante aanvullende parameters van invloed op keuze zorgprofiel Zorgmodule Voeding (niet uitputtend):

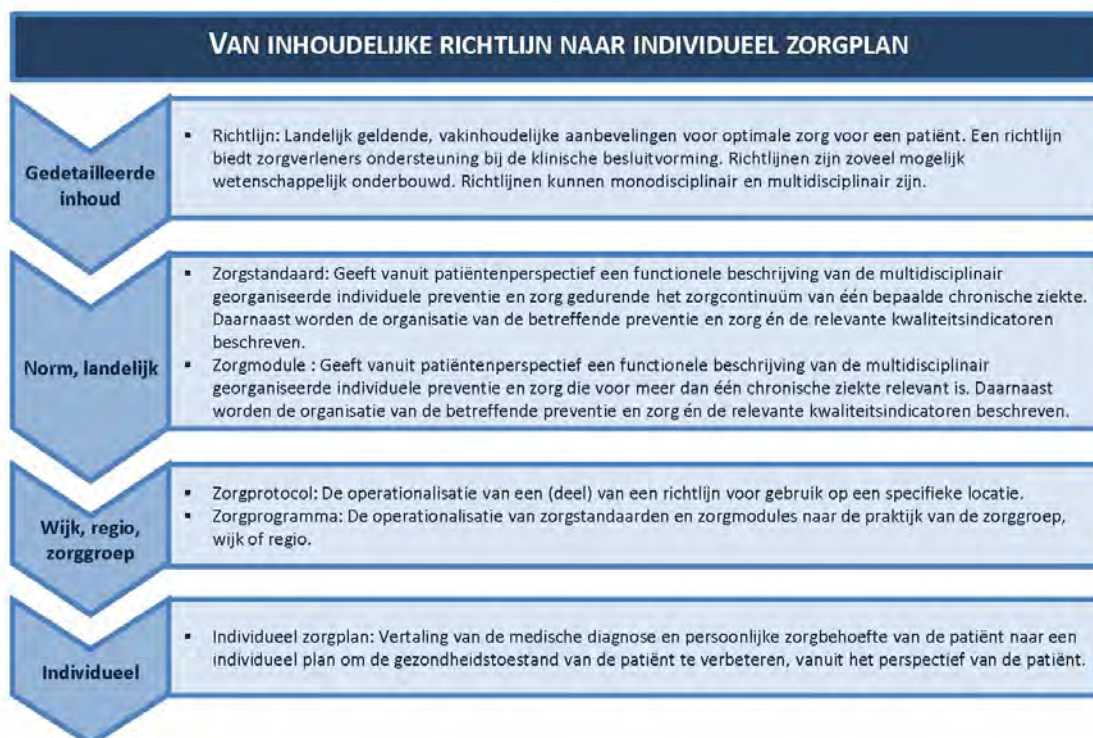
- Familiegeschiedenis (voorkomen van onder andere obesitas, DM2, COPD en HVZ)
- Etniciteit
- Medicijngebruik (effecten op smaak, deficiënties, gewicht, eetlust)
- Leefstijl: voedingsgewoonten, eetgedrag, slaapedrag, stress, roken, overmatige alcoholconsumptie, gewichtsverloop van de laatste jaren, dieetgeschiedenis, drugsgebruik, beweeggedrag
- Bereidheid de leefstijl te veranderen (motivatie) en in staat zijn de leefstijl te veranderen
- Psychosociale omstandigheden en omgevingsfactoren
- Lichamelijke of geestelijke beperkingen die de persoon niet of slechts gedeeltelijk geschikt maken voor de behandeling
- Kennis van de patiënt t.a.v. (on)gezonde leefstijl, consequenties daarvan en de mogelijkheden voor behandeling
- Patiëntveiligheid (in hoeverre levert verandering van leefstijl risico's op in relatie tot de ziekte)
- Overige ziekten, risicofactoren en gezondheidsproblemen
- Gezondheidsvaardigheden (vaardigheden om informatie over gezondheid te kunnen lezen, begrijpen, toepassen en handhaven)
- Kennis van voedingsmiddelen (voedingsamenstelling, etiket lezen, productkennis)
- Voedingsgedrag op hoofdlijnen

2.4 INDIVIDUEEL ZORGPLAN

VAN RICHTLIJN, ZORGSTANDAARD EN ZORGMODULE NAAR INDIVIDUEEL ZORGPLAN

Zorgstandaarden en zorgmodules beschrijven de zorg op hoofdlijnen en laten daarbij open wat er per patiënt dient te gebeuren. De inhoud van zorgstandaarden en zorgmodules moet in het multidisciplinair behandelteam, de wijk of regio geoperationaliseerd worden in zorgprogramma's. Het vormgeven van een individuele behandeling gebaseerd op de medische diagnose en persoonlijke zorgbehoefte van de patiënt, vindt vervolgens plaats in het individueel zorgplan (zie figuur 3). Doel daarvan is het realiseren van multidisciplinaire, samenhangende en op elkaar afgestemde zorg waarbij de wensen van de patiënt nadrukkelijk betrokken worden als startpunt van de zorgrelatie en als medeverantwoordelijke voor de zorgresultaten. In het individueel zorgplan worden ook de verantwoordelijkheden van zorgverleners vastgelegd.

Bij de invulling van het individueel zorgplan bepalen de patiënt en zorgverlener samen onder meer de gewenste behandelinterventies en, indien mogelijk, de intensiteit van de behandeling. Het individueel zorgplan volgt de veranderende gezondheidsproblematiek, behoeften en levensfase van de patiënt. Dat betekent een simpel en beknopt zorgplan als de problematiek en behoeften van de patiënt eenvoudig zijn, maar een uitgebreid zorgplan in geval van complexe problematiek. Het is van belang dat ongeacht bij welke zorgverlener de patiënt komt, altijd gebruik wordt gemaakt van het individueel zorgplan. Wanneer al een individueel zorgplan bestaat, worden nieuwe onderdelen van de behandeling daar in opgenomen. Het individueel zorgplan kan pas echt gerealiseerd worden na een zorgvuldig doorlopen ontwikkel- en testfase, waarbij ruime aandacht moet bestaan voor de uitvoerbaarheid en kosteneffectiviteit.



Figuur 3. Schematische weergave volgorde van gebruikte begrippen. Vrij vertaald naar figuur uit Raamwerk Individueel Zorgplan van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

STEPPED CARE

In de Zorgmodule Voeding wordt uitgegaan van verschillende niveaus van zorg (stepped care), omdat niet voor iedere persoon eenzelfde invulling van de behandeling volstaat of noodzakelijk is. De Zorgmodule Voeding onderscheidt vier zorgprofielen. De behandeling begint met de minst ingrijpende en de minst kostbare behandeling, die past bij de medische diagnose en persoonlijke zorgbehoefte. Dit betekent niet dat alle

patiënten met minimale zorg moeten starten, maar dat gezocht moet worden naar een passende behandeling bij het individuele patiëntprofiel. Zo hoeft in de meeste gevallen geen tweedelijnszorg ingezet te worden wanneer er sprake is van enkel risicofactoren. Wanneer dit echter op basis van de medische diagnose en anamnese wel nodig blijkt, bestaat hiertoe de ruimte. De behandeling groeit mee met de complexiteit van de gezondheidsproblemen en zorgbehoefte.

EVALUATIE

Wanneer na verloop van tijd blijkt dat de behandeling succesvol verloopt, kan de patiënt terugstromen naar een lager zorgprofiel. Als de eerst gekozen behandeling onvoldoende effect heeft, wordt vervolgens gekozen voor een aangepaste en indien nodig intensievere behandelvorm met aanvullende competenties bij zorgverleners. De zorgverlener die zorg volgens het betreffende profiel levert, neemt het voortouw in de controle en moet zijn of haar behandelresultaat ook evalueren met patiënt. Op initiatief van deze zorgverlener wordt in overleg met de patiënt én andere zorgverleners besloten over verschuiving van profiel. De evaluatiemomenten lopen parallel aan de zorgstandaard waarbinnen de patiënt valt. In hoofdstuk drie wordt de inhoud van de verschillende profielen, benodigde competenties en de samenwerking tussen zorgverlener nader toegelicht.

3. VOEDINGSZORG

Voedingszorg is het overkoepelende begrip waarmee alle zorg op het gebied van het aanleren van gezond of aangepast voedingsgedrag bij de preventie en behandeling van chronische ziekten wordt aangeduid.

In dit hoofdstuk worden in §3.1 de verschillende profielen voor voedingszorg beschreven. De aard, intensiteit en de competenties van de zorgverleners die de voedingszorg leveren variëren per profiel. In §3.4 en bijlage 4 wordt vervolgens een samenvatting gegeven van de Richtlijnen goede voeding.

3.1 ZORGPROFIELEN

Wetenschappelijk onderbouwde en vervolgens naar de praktijk vertaalde richtlijnen brengen niet automatisch met zich mee dat mensen gezonder gaan eten. Er komt meer kijken bij het inpassen van de adviezen in het dagelijks leven. In deze paragraaf worden verschillende niveaus van begeleiding bij het aanleren van gezond of aangepast voedingsgedrag beschreven. Deze profielen zijn trapsgewijs opgebouwd; het gaat om steeds intensievere en complexere zorg voor steeds minder mensen. Naarmate het zorgprofiel hoger wordt, worden naast de tijdsinvestering ook de benodigde competenties van de zorgverleners hoger. De algemene voedingsadviezen worden vervangen door of aangevuld met ziektespecifieke dieetvoorschriften.

De zorgverlener die over de competenties beschikt om zorg volgens het gekozen zorgprofiel te leveren, stelt samen met de patiënt een behandelplan op, dat wordt opgenomen in het individueel zorgplan. De parameters van §2.3 worden hiertoe uitgebreider in kaart gebracht. Voor alle factoren geldt dat de zorgverlener die deze gegevens in kaart brengt, hier vanuit zijn of haar specifieke expertise naar kijkt. Zo zal een arts specifiek kijken naar ziekte, een diëtist zich meer op voedingsgedrag richten en biedt de psycholoog verdieping en behandeling op het psychosociale vlak.

FASE VAN GEDRAGSVERANDERING

Een belangrijke factor die relevant is bij de behandeling, is de mate waarin de patiënt bereid en in staat is het voedingsgedrag te veranderen. De wil en motivatie om het voedingsgedrag te veranderen verschillen immers in tijd, per persoon en per gedragsverandering. Patiënten die het belang van verandering van voedingsgedrag nog niet inzien, kunnen door middel van technieken als motiverende gespreksvoering (motivational interviewing) het juiste stadium van gedragsverandering bereiken. Pas dan is het zinvol om te starten met de veranderingen in de voeding die wenselijk zijn.

Het is de taak van de desbetreffende zorgverlener per profiel, om bijtijds te signaleren wanneer gedragsverandering uitblijft ook al lijkt de patiënt in een actiefase van gedragsverandering te zitten. Onderliggende psychologische problematiek kan aan de orde zijn en het uitblijven van gedragsverandering na een bepaalde periode van behandeling biedt indicatie om aanvullende zorg op psychologisch vlak in te schakelen.

ZELFMANAGEMENT BEVORDEREN EN ONDERSTEUNEN

Mensen met risicofactoren en chronische ziekten moeten, naast aanpassingen in het voedingsgedrag, vaak nog andere leefstijlgerelateerde en ziektespecifieke gedragsverandering realiseren. Maar of het nu gaat om beter voldoen aan de Richtlijnen goede voeding of het toepassen van een ziektespecifiek dieet in een behandeling waarbij nog veel meer voorschriften gelden; uiteindelijk moet de patiënt zelf deze voorschriften in zijn dagelijks leven toepassen. Voedingszorg is daarom in alle profielen gericht op optimale bevordering van en ondersteuning bij zelfmanagement. Zelfmanagement stelt de patiënt in staat om de gevolgen van de ziekte te beheersen, de ziekte in te passen in het leven en daarmee de ervaren kwaliteit van leven te verhogen. De ondersteuning moet zich richten op het bevorderen van het zelfsturend vermogen, dat wil zeggen het

vermogen van mensen om zelf besluiten te nemen en uit te voeren, het versterken van het vertrouwen in eigen kunnen en het aanreiken van een methodische aanpak om persoonlijke doelen te realiseren. Het werken aan de kennis en vaardigheden op medisch-technisch gebied speelt hierbij een belangrijke rol.

De patiënt en zorgverlener hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid en moeten samenwerken bij het mogelijk maken van zelfmanagement. De patiënt krijgt de mogelijkheid om de regie te nemen in het eigen zorgproces en eigen doelen te stellen. Daarbij wordt uitgegaan van de kracht van de patiënt: deze neemt een actieve rol waar hij/zij dat wil én kan. Een voorwaarde voor zelfmanagement is dat de patiënt en zorgverlener de beschikking hebben over voldoende instrumenten en interventies om aan (ondersteuning van) zelfmanagement te kunnen doen. Technologie kan een belangrijke bijdrage leveren. Door de NPCF/CBO is een generiek model voor zelfmanagement ontwikkeld, dat als uitgangspunt gebruikt kan worden bij het werken aan zelfmanagement in de praktijk. Zie bijlage 5 voor het model en een toelichting.

Zorgprofiel 1: Uitsluitend zelfmanagement

INDICATIE

Profiel één is geïndiceerd voor patiënten waarbij voedingszorg niet direct een onderdeel van de behandeling is. Gezond eten is echter belangrijk voor iedereen. De relatie tussen goede voeding en gezondheid moet daarom altijd benadrukt worden. Ook patiënten die succesvol behandeld zijn in profiel twee kunnen na evaluatie doorstromen naar het zelfmanagement profiel.

INHOUD PROFIEL 'UITSLUITEND ZELFMANAGEMENT'

In profiel één is geen sprake van voedingszorg geleverd door zorgverleners, nadat de patiënt en zorgverlener hebben vastgesteld dat de patiënt in staat is om zelf zijn risicofactoren te beperken. De zorgverlener kan de persoon op weg helpen bij zelfmanagement door middel van het rechtstreeks geven van algemene leefstijladviezen en aanvullend verwijzen naar adequate informatie en online hulpprogramma's. Hierin staan de adviezen over gezonde voeding centraal, gebaseerd op de Richtlijnen goede voeding. Ook de andere voorlichtingsmaterialen vanuit instanties als het Voedingscentrum kunnen hierbij nuttig zijn. Het creëren van bewustwording van het belang van gedragsverandering en het stimuleren van zoekgedrag met betrekking tot een gezonde leefstijl, is de belangrijkste taak van de zorgverlener in dit gesprek. Daarbij staat naast bewustwording ook de relatie tussen voeding en gezondheid centraal. Vervolgens ligt het initiatief voor het aanpassen van de leefstijl bij de persoon zelf. De gemaakte afspraken worden opgenomen in het individueel zorgplan. Bij het bevorderen van zelfmanagement dient rekening gehouden te worden met karakteristieken van de patiënt, zoals het vermogen tot zelfmanagement.

Wanneer het niet mogelijk blijkt het gedrag zelfstandig aan te passen, kan de patiënt doorstromen naar laagdrempelige zorg in de nuldelijn en eerstelijns, waaronder zorgprofiel 2. Afhankelijk van de wens van de patiënt en de noodzaak volgens de zorgverlener, kan een evaluatiemoment ingepland worden om het verloop van het zelfmanagement te evalueren.

Zorgprofiel 2: Algemeen voedingsadvies

INDICATIE

Profiel twee is geïndiceerd voor patiënten met risicofactoren en ziekten waarbij algemeen voedingsadvies als onderdeel van algemene leefstijladviezen onderdeel van de behandeling vormt. Het gaat daarbij niet zozeer om de behandeling van de risicofactoren of ziekte, maar meer om de gezondheid in het algemeen. Ook voor patiënten waarbij profiel één niet het gewenste resultaat op heeft geleverd, of patiënten uit profiel drie die succesvol zijn behandeld, kan profiel twee een geschikt profiel zijn.

INHOUD PROFIEL 'ALGEMEEN VOEDINGSADVIES'

Algemeen voedingsadvies staat centraal in dit profiel. Hierbij wordt samen met de zorgverlener gekeken hoe de algemene voedingsadviezen in het dagelijks leven ingepast kunnen worden. Het voedingsadvies maakt onderdeel uit van leefstijlverandering, waarin ook andere facetten van een gezonde leefstijl aan de orde komen. De gemaakte afspraken worden vastgelegd in het individueel zorgplan. In het consult wordt uitgebreid de tijd genomen om in te gaan op het risico dat de patiënt loopt. Ook de relatie tussen leefstijl, voeding en gezondheid is onderwerp van gesprek. De nadruk dient te liggen op stapsgewijze, haalbare kleine aanpassingen zodat deze op lange termijn vol te houden zijn. Van belang hierbij is dat de zorgverlener beschikt over een groot empathisch vermogen en een niet te hoge verwachting heeft van de individuele leefstijlverandering, maar de patiënt zelf zijn of haar eigen beslissingen laat nemen. Samen kunnen kleine, voor de patiënt haalbare doelen opgesteld worden. De zorgverlener zal de eigen doelstelling opzij moeten zetten om goed te kunnen luisteren naar de patiënt. Hiermee wordt weerstand tegen verandering voorkomen en de intrinsieke motivatie verhoogd, waardoor de kans op gedragsverandering wordt vergroot. De hantering van een gesprekstechniek die uitgaat van de patiënt en zijn eigen motivatie tot verandering is bewezen effectief.

Zorgprofiel 3: Individuele dieetbehandeling

INDICATIE

Profiel drie is geïndiceerd voor patiënten met risicofactoren en ziekten waarbij een individuele dieetbehandeling volgens de voor het betreffende risicoprofiel of de ziekte geldende voedingsrichtlijn een essentieel onderdeel van de behandeling vormt. Dit gaat verder dan de algemene voedingsadviezen in profiel twee. Ook patiënten waarbij profiel twee niet het gewenste resultaat op heeft geleverd, of patiënten uit profiel vier die succesvol zijn behandeld, kunnen in profiel drie behandeld worden.

INHOUD PROFIEL 'INDIVIDUELE DIEETBEHANDELING'

De individuele dieetbehandeling, geleverd door een (minimaal) HBO opgeleide voedingskundige, deskundig op voeding en gedrag in relatie tot ziekte en gezondheid, staat centraal in dit profiel. Deze behandeling betreft het geheel van activiteiten dat tot doel heeft een bijdrage te leveren aan het voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. Een dieet is een aangepaste voeding op basis van een medische indicatie. De medische indicatie maakt een aanpassing van de voeding noodzakelijk of wenselijk. De dieetbehandeling maakt onderdeel uit van het individueel zorgplan dat een multidisciplinair team van zorgverleners uitvoert. Bij dieetbehandeling staat de ondersteuning van de patiënt bij het integreren van het dieet in zijn leefwijze en sociale leven centraal.

Een dieetbehandeling is voor veel mensen ingrijpend. Het niet meer 'gewoon' kunnen of mogen eten is een aanzienlijke inbreuk op het dagelijkse leef- en eetpatroon en vraagt begrip en begeleiding. Het inspelen op de leefomstandigheden van de patiënt is onontbeerlijk voor het volhouden van het dieet om zo het gewenste resultaat te kunnen behalen. De voedingskundige levert daarom maatwerk voor de patiënt. Daarnaast is het motiveren en stimuleren tot de gewenste gedragsverandering een belangrijk onderdeel van de dieetbehandeling.

Zorgprofiel 4: Gespecialiseerde dieetbehandeling

INDICATIE

Profiel vier is geïndiceerd voor patiënten met risicofactoren en ziekten waarbij een individuele dieetbehandeling door een gespecialiseerde voedingskundige volgens de voor het betreffende risicoprofiel of de ziekte geldende voedingsrichtlijn een essentieel onderdeel van de behandeling vormt. De zorg in profiel vier is intensiever qua ziektelast dan de individuele behandeling in profiel drie. Ook patiënten waarbij profiel drie niet het gewenste resultaat op heeft geleverd, kunnen in profiel vier behandeld worden.

INHOUD PROFIEL 'GESPECIALISEERDE DIEETBEHANDELING'

Dit profiel beschrijft langdurige en intensieve begeleiding voor patiënten bij wie dit geïndiceerd is, vanwege de complexiteit van de ziekte, de mate waarin het opvolgen van de adviezen noodzakelijk is of als gevolg van psychosociale omstandigheden, bijvoorbeeld cognitieve beperkingen. Voor deze mensen is het aanpassen van het voedingsgedrag zeer urgent. De zorg wordt geleverd door een (minimaal) HBO opgeleide voedingskundige, deskundig op voeding en gedrag in relatie tot ziekte en gezondheid en met voor betreffende ziekte specialistische expertise. De zorg maakt onderdeel uit van het individueel zorgplan dat een multidisciplinair team van zorgverleners levert. De zorg richt zich op optimale voedingsintake binnen de mogelijkheden van de ziekte.

ZORGPROFIELEN ZORGMODULE VOEDING				
	ZORGPROFIEL 1 Uitsluitend zelfmanagement	ZORGPROFIEL 2 Algemeen voedingsadvies	ZORGPROFIEL 3 Individuele dieetbehandeling	ZORGPROFIEL 4 Gespecialiseerde dieetbehandeling
Indicatie	Geen zorgverleners betrokken op het gebied van voeding	Individuele zorg met algemeen voedingsadvies	Individuele zorg met dieetbehandeling	Individuele zorg met gespecialiseerde dieetbehandeling
Inhoud zorgprofiel	Patiënt gaat zelf aan de slag met de leefstijl, nadat hij door de zorgverlener op nut en noodzaak tot aanpassen leefstijl is gewezen. Relevante informatie en begeleiding door online hulpprogramma's.	Zorgverlener geeft algemeen voedingsadvies en richt zich op het bewust maken van de aanwezige gezondheidsrisico's, het leggen van de relatie leefstijl/ziekte en indien nodig het creëren van motivatie voor leefstijlverandering.	Zorgverlener geeft dieetbehandeling gericht op het voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare stoornissen, beperkingen en participatieproblemen, conform richtlijn indien aanwezig.	Zorgverlener geeft gespecialiseerde dieetbehandeling gericht op het voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare stoornissen, beperkingen en participatieproblemen, conform richtlijn indien aanwezig.

Tabel 1. Samenvatting zorgprofielen.

3.2 COMPETENTIES

Elke zorgverlener werkt volgens de professionele richtlijnen van de betreffende beroepsgroep, kent de grenzen van de vakbekwaamheid en verwijst door naar de deskundigheid van een andere zorgverlener wanneer nodig. Wanneer in een multidisciplinair behandelteam de competenties aanwezig zijn om op meerdere niveaus zorg te leveren, kunnen zorgverleners ook samenwerken om gepaste zorg te leveren. Zorgverleners moeten de grenzen van hun vakbekwaamheid kennen. Stuit de zorgverlener op problemen die hij niet zelf op kan lossen, dan moet hij een andere zorgverlener consulteren en/of de patiënt verwijzen naar de deskundigheid van een andere zorgverlener. Een goede multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners op verschillende niveaus is vereist.

SPECIFIEKE COMPETENTIES VOEDINGSZORG

- Profiel 1: Hier zijn geen zorgverleners betrokken op het gebied van voeding. De inhoud van de zelfstandig te volgen programma's of interventies waar de patiënt op gewezen wordt, dienen gebaseerd te zijn op de Richtlijnen goede voeding en goedgekeurd te zijn door relevante beroepsgroepen, onder andere op gebied van voeding en diëtetiek.
- Profiel 2: In dit profiel wordt het voedingsadvies, dat gebaseerd is op de Richtlijnen goede voeding, geleverd door zorgverleners met kennis op het gebied van gezonde voeding en de relatie met (een hoog risico op) chronische ziekten.
- Profiel 3: Zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, zoals omschreven in artikel 34 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, geleverd door een (minimaal) HBO opgeleide voedingskundige, deskundig op voeding en gedrag in relatie tot ziekte en gezondheid, en ingeschreven als Kwaliteitsgeregistreerde in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).
- Profiel 4: Zorg zoals diëtisten met voor betreffende ziekte specialistische expertise die plegen te bieden, aansluitend op artikel 34 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, geleverd door een (minimaal) HBO opgeleide voedingskundige, deskundig op voeding en gedrag in relatie tot ziekte en gezondheid, en ingeschreven als Kwaliteitsgeregistreerde in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

AANVULLENDE COMPETENTIES

Naast specifieke kennis en vaardigheden op het gebied van voeding en dieet, kunnen andere competenties noodzakelijk zijn om een passende behandeling te leveren. Binnen het multidisciplinair zorgteam is extra aandacht voor afstemming rond zorg die sterk verbonden is met voeding of het voor goede voeding gewenste gedrag, zoals farmaceutische zorg en psychologische zorg en de daarmee samenhangende expertise. Wanneer deze competenties niet aanwezig zijn binnen het behandelteam, kunnen zorgverleners die over deze competenties beschikken aan het team worden toegevoegd. Het kan daarbij onder andere gaan om specifieke kennis en vaardigheden van onder andere:

- Motiverende gesprekstechnieken of andere bewezen effectieve methodes om de motivatie te verhogen
- Cognitieve gedragstherapie
- Ziektespecifieke onderdelen van de behandeling
- Ondersteunen zelfmanagement
- Multidisciplinaire samenwerking
- Farmaceutische expertise

DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

De beroepsverenigingen en –opleidingen zijn en blijven primair verantwoordelijk voor de ontwikkeling van het beroepsprofiel van hun discipline en de daarbij horende accreditatie. Het is hierbij belangrijk om aan het opleidingsniveau kwaliteitseisen te stellen en voldoende aandacht te besteden aan deskundigheidsbevordering. De afspraken dienen te worden vastgelegd in het kwaliteitsbeleid. Binnen de beroepsverenigingen dient de discussie plaats te vinden over de mate waarin en het niveau waarop de betreffende discipline de competenties moet beheersen en de wijze waarop deze competenties vertaald dienen te worden naar toetsing en accreditatie.

3.3 MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Op basis van zorgstandaarden en zorgmodules worden op wijk- of regioniveau zorgprogramma's ontwikkeld door multidisciplinaire behandelteams. In dit team wordt de professionele behandeling en ondersteuning door de verschillende zorgverleners op elkaar afgestemd, zodat de goede zorg voor de patiënt optimaal gewaarborgd kan worden. Daarbij staat de patiënt centraal in het multidisciplinaire team en is samenhang in de zorg essentieel. De communicatie onderling is hierbij van groot belang, met daarin aandacht voor adequate gegevensuitwisseling en een gestandaardiseerde dossiervorming.

Chronische zorg is vrijwel altijd complexe en langdurige zorg waarbij meerdere zorgverleners betrokken zijn. Een nauwe samenwerking en afstemming tussen zorgverleners is essentieel; een vakbekwame behandeling vraagt om heldere communicatie. Het gaat dan onder meer om terugkoppeling, overleg en het geven van eenduidige informatie. Belangrijk is allereerst samenwerking tussen verschillende zorgverleners *binnen* de nuldelijn, eerstelijns, tweedelijns of derdelijns. Afstemming tussen bijvoorbeeld de diëtist en fysiotherapeut is noodzakelijk voor goede zorg. Echter, goede multidisciplinaire zorg vereist voornamelijk ook afstemming en samenwerking *tussen* zorgverleners van de verschillende niveaus van zorg (nuldelijn, eerstelijns, tweedelijns en derdelijns). Het kan dan bijvoorbeeld gaan om samenwerking tussen de praktijkondersteuner en zorgverleners op wijkniveau, maar ook tussen de huisarts en de ziekenhuisdiëtist. Goede samenwerking tussen zorgverleners en andere wijkgericht werkende voorzieningen op het gebied van onder meer wonen en zorg is cruciaal.

Dit vraagt om verdeling van taken en verantwoordelijkheden bij de signalering, diagnostiek, behandeling en begeleiding. Het doel hiervan is dat op het juiste moment de juiste zorg geboden wordt door de meest geëigende zorgverlener(s) en dat de continuïteit in de zorg voor de patiënt gewaarborgd is. Er dient daarbij rekening gehouden te worden met de verschillen in taken en verantwoordelijkheden tussen de betrokken zorgverleners.

Hier ligt een rol voor de centrale zorgverlener. Samen met de patiënt wordt een vast aanspreekpunt aangewezen, in ieder geval wanneer de behandeling door meerdere zorgverleners geleverd wordt. De centrale zorgverlener binnen de zorggroep is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt, is aanspreekpunt voor andere zorgverleners, ziet er op toe dat afspraken aansluiten op de wensen van de patiënt, afspraken over de behandeling op elkaar zijn afgestemd en afspraken zoals vastgelegd in het individueel zorgplan, worden nageleefd. Brede kennis van alle mogelijke ondersteuning, voorzieningen en de wijze van toegang daartoe is noodzakelijk. De sleutel om te komen tot een dergelijke ondersteuning voor de patiënt zit daarbij ook in een collectieve organisatie binnen de eerstelijns op wijkniveau, die afgestemd is op de daadwerkelijke gezondheidssituatie in de betreffende wijk.

3.4 VOEDINGSRICHTLIJNEN

In alle zorgprofielen vormen de Richtlijnen goede voeding het voedingskundige uitgangspunt. Deze richtlijnen zijn in principe bedoeld voor gezonde personen, maar kunnen ook van toepassing zijn voor niet gezonde personen of patiënten, tenzij er op voorschrift van de zorgverlener bepaalde specifieke dieetvoorschriften gelden, zoals een natriumbepaalde, eiwitbepaalde, vochtbepaalde of vezelverrijkte voeding. Deze ziektespecifieke dieetbehandeling wordt beschreven in ziektespecifieke addities van de betreffende zorgstandaard.

De Richtlijnen goede voeding geven aan hoe een gezonde voeding er uit ziet. Goede voeding kan op allerlei manieren worden samengesteld. Vanuit gezondheidsperspectief staat het totale voedingspatroon centraal en niet de afzonderlijke voedingsmiddelen of bestanddelen daarvan. Samen met voldoende lichaamsbeweging vormt goede voeding een voorwaarde voor gezondheid. Een voeding die rijk is aan groente, fruit, volkoren graanproducten en plantaardige oliën, regelmatig vis en magere zuivel-, vleesproducten bevat en niet teveel energie, draagt bij aan de vermindering van het risico op chronische ziekten. Ook kan indien de diagnose al aanwezig is gezondheidswinst bereikt worden met goede voeding, door een verminderd optreden van complicaties.

AANDACHT VOOR KWETSBARE GROEPEN

Ongeacht de aanwezigheid van risicofactoren of de chronische ziekte, zijn er kwetsbare groepen die specifiek aandacht behoeven, bijvoorbeeld ouderen, mensen met donkere huidskleur, zwangeren en vrouwen die borstvoeding geven. Te denken valt aan vochtinname bij ouderen, invloed op en effect van medicijngebruik op voeding en vice versa, ondervoeding, slikproblemen en vitamine D deficiëntie.

4. KWALITEITSINDICATOREN

Het voornaamste doel van de Zorgmodule Voeding is het bevorderen van de kwaliteit van voedingszorg. Deze kwaliteit kan geborgd worden doordat de zorg moet voldoen aan vastgestelde kwaliteitsindicatoren. Wanneer de kwaliteitsindicatoren van de Zorgmodule Voeding ontwikkeld zijn, moeten deze onder meer inzicht geven in of patiënten op het juiste niveau voedingszorg krijgen, door zorgverleners met de juiste competenties. Om dit te kunnen bepalen, moeten betrouwbare en actuele data beschikbaar zijn, die het mogelijk maken deze kwaliteitsindicatoren te berekenen.

Op basis van de Zorgmodule Voeding en in afstemming met relevante zorgstandaarden zullen haalbare en meetbare kwaliteitsindicatoren worden vastgesteld. Wanneer dit proces is afgerond zullen deze worden opgenomen in de Zorgmodule Voeding.

Het gaat daarbij om procesindicatoren en structuurindicatoren. Procesindicatoren geven informatie over de handelingen die binnen een zorgproces worden uitgevoerd om kwaliteit te leveren. Structuurindicatoren geven informatie over de organisatorische voorwaarden waarbinnen verantwoorde zorg kan worden geleverd. Vanwege het generieke karakter van de Zorgmodule Voeding worden in de Zorgmodule Voeding geen uitkomstindicatoren vastgesteld.

BIJLAGE 1 GECONSULTEERDE DESKUNDIGEN

Externe deskundigen die hebben deelgenomen aan de expertmeeting (schriftelijk of in persoon)

- Eglantine Barents – Beleidsadviseur DVN, zelfmanagement, behandelinnovaties, belangenbehartiging, patiëntenparticipatie
- Niesanne ten Cate – Apotheker en werkzaam bij de KNMP
- Anneke Dijkstra – Senior beleidsmedewerker preventie bij de Nederlandse Diabetes Federatie
- Ineke van Dis – Senior beleidsmedewerker bij de Nederlandse Hartstichting
- Frits Franssen – Longarts
- Gonnie Geraerts – Diëtist COPD, ongewenst gewichtsverlies, overgewicht
- Ellen Govers – Diëtist, PON-partnervertegenwoordiger namens de NVD, tevens voorzitter Kenniscentrum Diëtisten Overgewicht en Obesitas
- Gerbrand van Hout – Klinisch psycholoog/psychotherapeut, PON-partnervertegenwoordiger namens het NIP
- Gerja van Hunen – Diëtist met speciale aandacht voor met name overgewicht, eetstoornissen, ondergewicht, diabetes, kanker en ouderen
- Fred de Jong – Secretaris bij de Nederlandse Obesitas Vereniging
- Wilma Koghee – Cardio/diabetes diëtist
- Karin Kouwenoord – Diëtist gespecialiseerd in verpleeghuissetting en ondervoeding, tevens voorzitter DV&V (Diëtisten Verpleeg- en Verzorgingshuizen)
- Elise Kuipers – Diëtist gespecialiseerd in diabetes en overgewicht
- Martin van Leen – Specialist ouderengeneeskunde
- Omid Mehrani – Apotheker
- Gerrit Saleminck – Medisch Adviseur Zorgverzekeraars Nederland
- Liesbeth van Tiel – Gespecialiseerd verpleegkundige/longverpleegkundige
- Hanna Zijlstra – Psycholoog en diëtist, tevens werkzaam op de Hogeschool Amsterdam als docent aan de opleiding Voeding en Diëtetiek

Overige personen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van de Zorgmodule Voeding

- Lara van Aalst – Redactie Zorgmodule Voeding
- Floor van de Wiel – PON-projectmedewerker

BIJLAGE 2 BEGRIPPENKADER

CENTRALE ZORGVERLENER

De centrale zorgverlener binnen de zorggroep heeft een coördinerende taak. Hij is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt, is aanspreekpunt voor andere zorgverleners, ziet er op toe dat afspraken aansluiten op de wensen van de patiënt, afspraken over de behandeling op elkaar zijn afgestemd en afspraken zoals vastgelegd in het individueel zorgplan, worden nageleefd.

COMPETENTIES

Onder competenties wordt verstaan de minimaal benodigde deskundigheid om binnen een bepaald zorgprofiel zorg te kunnen leveren aan patiënten.

DIEET

Een voeding die om medische redenen aan specifieke eisen moet voldoen ten behoeve van een individu.

DIEETBEHANDELING

Het geheel van activiteiten dat tot doel heeft een bijdrage te leveren aan het voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.

ENERGIEDICHTHEID

De energiedichtheid is de hoeveelheid energie per gram voedsel. Voedingsmiddelen met een lage energiedichtheid bevatten weinig energie per gram, bijvoorbeeld groente, fruit, witte vis en kipfilet.

GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING

Een adviserende stijl van communiceren die vooral wordt gebruikt bij belangrijke, preferentiegevoelige beslissingen. Dit zijn beslissingen over preventie, screening, diagnostiek of behandeling waarbij er meerdere, qua effectiviteit min of meer gelijkwaardige opties zijn, ieder met voor- en nadelen.

INDIVIDUEEL ZORGPLAN

Een individueel zorgplan is gebaseerd op de medische diagnose en persoonlijke zorgbehoefte van de patiënt. Doel is het realiseren van multidisciplinaire, samenhangende en op elkaar afgestemde zorg waarbij de patiënt nadrukkelijk betrokken wordt als startpunt van de zorgrelatie en als medeverantwoordelijke voor de zorgresultaten. Het individueel zorgplan heeft als doel de gezondheidstoestand van de patiënt te verbeteren en beschrijft onder andere de zorgvraag, de oorzaken van de ervaren beperkingen, de medische en persoonlijke behandeldoelen, de behandelinterventies en de intensiteit van de behandeling. Ook de verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners binnen de zorggroep zijn hierin vastgelegd.

MULTIDISCIPLINAIR BEHANDELTEAM

Chronische zorg wordt bij voorkeur geleverd door een multidisciplinaire zorggroep of een multidisciplinair behandelteam van samenwerkende zorgverleners in een bepaalde regio. Wanneer zorgverleners zich niet verenigd hebben in een zorggroep, maar wel samenwerken om gepaste zorg te leveren, wordt gesproken van een multidisciplinair behandelteam. Binnen een dergelijk behandelteam zijn de verschillende competenties aanwezig om de benodigde zorg te leveren. In dit team wordt de professionele behandeling en ondersteuning door de verschillende zorgverleners op elkaar afgestemd, zodat de kwaliteit van leven van de patiënt optimaal gewaarborgd kan worden.

MULTIDISCIPLINAIRE ZORGGROEP

Een zorggroep is een organisatie waarbinnen een groep zorgaanbieders zich in een juridische entiteit hebben verenigd om de zorgverlening op het gebied van een of meer (chronische) ziekten te verzorgen. De zorggroep levert een deel van de zorg zelf en contracteert vervolgens individuele zorgaanbieders uit verschillende

zorgdisciplines waardoor een multidisciplinair behandelteam ontstaat. De zorggroep sluit contracten met zorgverzekeraars om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren. Waar in de Zorgmodule Voeding wordt gesproken van een zorggroep, kan het in de praktijk ook een multidisciplinair of interdisciplinair behandelteam zijn.

VOEDINGSADVIES

Algemeen advies over voeding, gericht op het inpassen van de Richtlijn goede voeding in het dagelijks leven.

VOEDINGSGEDRAG

Voedingsgedrag bestaat uit meerdere gedragingen; het is het totaal van wat, wanneer, waar, met wie, waarom en hoe een persoon eet. Voedingsgedrag reikt verder dan enkel voedingskundige en gezondheidskundige aspecten van het gedrag.

VOEDINGSPROBLEMATIEK

Met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare stoornissen, beperkingen of participatieproblemen.

VOEDINGSSTOFFENDICHTHEID

De voedingsstoffendichtheid is de hoeveelheid microvoedingsstof per eenheid van energie. Voedingsmiddelen die veel microvoedingsstoffen bevatten bij een lage hoeveelheid energie hebben een hoge voedingsstoffendichtheid. Het gaat daarbij om onder meer groenten, brood en magere zuivel en vleesproducten.

VOEDINGSZORG

Voedingszorg omvat alle zorg op het gebied van het aanleren van gezond of aangepast voedingsgedrag bij de preventie en behandeling van chronische ziekten.

ZELFMANAGEMENT

Het omgaan met symptomen, behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties van de chronische ziekte en de bijbehorende aanpassing in leefstijl. Zelfmanagement is effectief wanneer mensen zelf hun gezondheidstoestand monitoren en de cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties vertonen die bijdragen aan een bevredigende kwaliteit van leven.

ZIEKTESPECIFIEKE ADDITIES

In zorgstandaarden wordt in de ziektespecifieke addities een ziektespecifieke invullingen van of aanvullingen op de inhoud van een zorgmodule beschreven.

ZORGMODULE

Een zorgmodule is ziekteoverstijgend. Een zorgmodule geeft vanuit patiëntenperspectief een functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg die voor meer dan een chronische ziekte relevant is. Daarnaast worden de organisatie van de betreffende preventie en zorg én de relevante kwaliteitsindicatoren beschreven.

ZORGSTANDAARD

Een zorgstandaard is ziektespecifiek. Een zorgstandaard geeft vanuit patiëntenperspectief een functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg gedurende het zorgcontinuüm. Daarnaast worden de organisatie van de betreffende preventie en zorg én de relevante kwaliteitsindicatoren beschreven.

BIJLAGE 3 SELECTIE GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Van Binsbergen JJ, Geleijnse JM, Van Dommelen JA, Van der Laan JR. Het Voeding Formularium. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.
- Busch MCM, Havelaar AH, Kramers PGN, Kromhout D, Van Leeuwen FXR, Van Leent-Loenen HMJA, Ocké MC, Verkleij H. Ons eten gemeten. Gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2004.
- Coördinatieplatform Zorgstandaarden. ZonMw programma Diseasemanagement chronische ziekten. Raamwerk Individueel zorgplan. April 2012.
- Coördinatieplatform Zorgstandaarden. ZonMw programma Diseasemanagement chronische ziekten. Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. Den Haag 2010.
- CVZ. Van preventie verzekerd [volgnummer 27043525]. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2007.
- Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2006. Den Haag, 2006.
- Klink A, Verburg G. Gezonde Voeding, van begin tot eind. Nota voeding en gezondheid. Kamerstuk, 4 juli 2008.
- Long Alliantie Nederland. Zorgstandaard COPD. Amersfoort, 2012.
- Mensink PAJS, De Bont MAT, Remijnse-Meester TA, Kattemölle-van den Berg S, Liefwaard AHB, Meijers JMM, Van Binsbergen JJ, Van Wayenburg CAM, Vriezen JA. LESA Ondervoeding. Huisarts Wet, 2010 53 (7):S7-10.
- Nederlandse Diabetes Federatie. Addendum geïndiceerde preventie. Amersfoort, 2012.
- Nederlandse Diabetes Federatie. NDF Voedingsrichtlijn voor diabetes type 1 en 2. Amersfoort, 2010.
- Nederlandse Diabetes Federatie. NDF Zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Amersfoort, 2007.
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en Centraal Begeleidings Orgaan (CBO). Generiek model zelfmanagement. www.zelfmanagement.com.
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en Centraal Begeleidings Orgaan (CBO). Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement. www.zelfmanagement.com.
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten. Artsenwijzer Diëtetiek. 2011.
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten. Brief NVD aan minister Schippers over dieetadvisering, 2011
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten. NVD Beroepsprofiel diëtist. 2003.
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten. NVD Dienstenwijzer Diëtetiek Langdurige Zorg. Eindhoven, 2011.
- Partnerschap Overgewicht Nederland. Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam, 2010.
- Platform Vitale Vaten. Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement. 2009.
- Schippers, EI, Veldhuijzen van Zanten-Hyllner MLE. Kabinetsbrief Zorg en ondersteuning in de buurt. Kamerstuk, 14 oktober 2011.
- United Nations, General Assembly. Report by the Secretary-General on the prevention and control of non-communicable diseases. A/66/83, 2011.
- Voedingscentrum. Richtlijnen Voedselkeuze 2011. Den Haag, 2011.
- World Health Organization. Global Health Observatory, unhealthy diet. www.who.int/gho/ncd/risk_factors/unhealthy_diet
- World Health Organization. NCD Country Profiles, 2011. www.who.int/nmh/countries/nld_en.pdf

BIJLAGE 4 RICHTLIJNEN GOEDE VOEDING

De totale voeding bestaat uit diverse voedingsmiddelen. Die leveren de noodzakelijke energie en voedingsstoffen die nodig zijn om het lichaam goed te kunnen laten functioneren. De totale voeding heeft invloed op veel factoren, want voor bijvoorbeeld een vermindering van het risico op hoge bloeddruk zijn verschillende voedingsgerelateerde factoren van belang: het voorkomen van overgewicht, een beperking van het alcoholgebruik, gebruik van minder zout en juist gebruik van meer groente en fruit en volkoren graanproducten.

Wat dit concreet betekent, is uitgewerkt door het Voedingscentrum in de Richtlijnen voedselkeuze (2011). Hierbij geldt dat zowel gezorgd wordt voor inname van de benodigde voedingsstoffen als dat een bijdrage wordt geleverd aan de preventie van chronische ziekten. De Richtlijnen voedselkeuze kunnen ook als uitgangspunt dienen voor de behandeling van chronisch zieken. Een totale voeding moet voldoende energie leveren, maar moet ook alle benodigde voedingsstoffen bevatten. De voorkeur gaat daarom uit naar voedingsmiddelen die veel voedingsstoffen bevatten en zodoende een hoge voedingsstoffendichtheid hebben. Daarnaast is nog wat ruimte voor voedingsmiddelen met een lage voedingsstoffendichtheid. De eerste groep, de basisvoedingsmiddelen, zijn in het Nederlandse voedingspatroon van belang voor de voorziening van essentiële nutriënten (vitamines en mineralen, eiwitten, essentiële vetzuren en vezel).

Niet iedereen heeft evenveel energie nodig: er is verschil tussen groepen naar geslacht en leeftijd. Bovendien heeft iemand met veel lichaamsbeweging meer energie nodig dan iemand die veel zit. Een te veel aan energie leidt tot gewichtstoename en kan leiden tot overgewicht. Daarom is ook aandacht nodig voor de energiebalans.

Sommige voedingsstoffen worden sterker in verband gebracht met chronische ziekten dan andere. Zo staat verzadigd vet in relatie tot het voorkomen van hart- en vaatziekten en staat natrium (zout) in relatie tot een hoge bloeddruk. Voor verzadigd vet en zout geldt dan ook dat de inname hiervan beperkt dient te zijn. Voor de consument is dit uitgewerkt in een uitsplitsing van voedingsmiddelen die 'bij voorkeur', 'middenweg' en 'bij uitzondering' gegeten kunnen worden.

Tot slot is bij het totale voedingspatroon ook de verdeling van de eetmomenten over de dag van belang. De Gezondheidsraad adviseert het gebruik van voedingsmiddelen en dranken met gemakkelijke vergistbare suikers en dranken met een hoog gehalte aan voedingszuren tot zeven eet/drinkmomenten per dag (inclusief de hoofdmaaltijden) te beperken.

Kwalitatieve richtlijnen voor een goede voeding voor de gehele bevolking als onderdeel van een gezonde leefwijze:

- Zorg voor een gevarieerde voeding.
- Zorg dagelijks voor voldoende lichaamsbeweging.
- Gebruik dagelijks ruim groente, fruit en volkoren graanproducten.
- Eet regelmatig (vette) vis.
- Gebruik zo weinig mogelijk producten met een hoog gehalte aan verzadigde vetzuren en enkelvoudig trans-onverzadigde vetzuren.
- Beperk frequent gebruik van voedingsmiddelen en dranken met gemakkelijk vergistbare suikers en dranken met een hoog gehalte aan voedingszuren.
- Beperk de inname van keukenzout.
- Bij alcoholgebruik: wees matig.

Kwantitatieve streefwaarden voor de volwassen bevolking met een normaal en stabiel lichaamsgewicht:

- Op ten minste vijf – maar bij voorkeur op alle – dagen van de week minstens een half uur matig inspannende lichamelijke activiteit in de vorm van bijvoorbeeld stevig lopen, fietsen of tuinieren.
- Gebruik dagelijks 150-200 gram groente en 200 gram fruit.
- Gebruik een voeding met dagelijks 30-40 gram vezel, met name afkomstig van groente, fruit en volkoren graanproducten.
- Gebruik per week twee porties vis (à 100-150 gram), waarvan ten minste een portie vette vis.
- Beperk het gebruik van verzadigde vetzuren tot minder dan 10 energieprocent en van enkelvoudig trans-onverzadigde vetzuren tot minder dan 1 energieprocent.
- Beperk het gebruik van voedingsmiddelen en dranken met gemakkelijk vergistbare suikers en dranken met een hoog gehalte aan voedingszuren tot 7 eet/drinkmomenten per dag (inclusief hoofdmaaltijden).
- Beperk de inname van keukenzout tot maximaal 6 gram per dag.
- Indien men alcoholische drank gebruikt, beperk dit dan tot twee standaard glazen (mannen) of één standaardglas (vrouwen) per dag.

Voor andere leeftijdscategorieën kunnen hieruit eveneens kwantitatieve streefwaarden worden afgeleid. Alcoholgebruik door jongeren beneden de 18 jaar wordt ontraden. Dit laatste geldt overigens ook voor vrouwen die zwanger kunnen / willen worden en vrouwen die borstvoeding geven. Voor andere (leeftijds)groepen gelden ook nog andere specifieke richtlijnen.

BIJLAGE 5 ZELFMANAGEMENT

Zelfmanagement is een dynamisch proces, waarin de mens met een chronische ziekte en de zorgverlener centraal staan. Elke omliggende ring van het generieke model, bevat aspecten van zelfmanagement die met elkaar samenhangen, die kunnen inwerken op elkaar en op andere ringen en die van invloed zijn op de dynamiek tussen de chronisch zieke en de zorgverlener in de kern.

KERN (DE WITTE BINNEN CIRKEL):

De kern van het model is de interactie tussen de chronisch zieke en de zorgverlener. De mens met een chronische ziekte stelt samen met de zorgverlener vast wat hij zelf kan en wil doen. Achter beide figuren staan belangrijke derden verbeeld; zelfmanagement is een zaak van de chronisch zieke en zijn/haar naasten in samenspel met de centrale zorgverlener en het multidisciplinaire zorgteam dat de chronisch zieke begeleidt. De chronisch zieke en zorgverlener zijn gelijkwaardige partners die een samenwerkingsrelatie aangaan en onderhouden. Ze zoeken naar de balans tussen enerzijds de eisen die de ziekte stelt (belasting) en anderzijds de hoeveelheid eigen regie en verantwoordelijkheid die de chronisch zieke wil en kan nemen (belastbaarheid). Dit continue en dynamische proces moet leiden tot een optimale kwaliteit van leven. Goede communicatie, wederzijds vertrouwen en respect is daarbij essentieel.

DE EERSTE RING (LICHTGEEL VAN KLEUR):

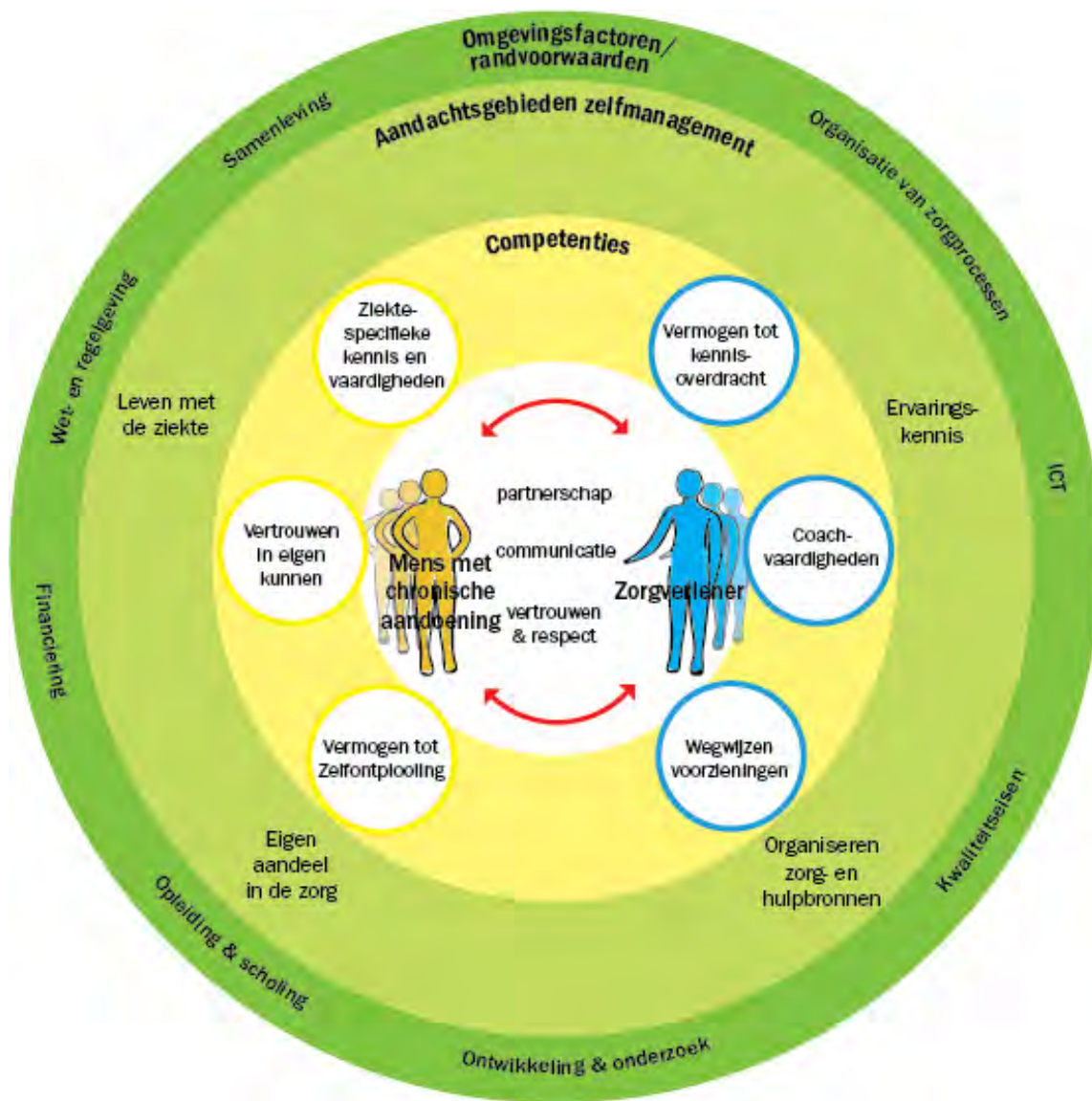
De belangrijkste competentie-gebieden die van belang zijn bij zelfmanagement staan vermeld in de gele ring. Voor de mens met een chronische ziekte zijn dat ziektespecifieke kennis en vaardigheden, vertrouwen in eigen kunnen en het vermogen tot zelfontplooiing. Het ondersteunen van zelfmanagement vraagt van de zorgverlener kennis en het vermogen deze kennis over te dragen, vaardigheden als coach van de chronisch zieke en als wegwijzer naar voorzieningen. Binnen elk competentiegebied is een groot aantal deelcompetenties te onderscheiden.

DE TWEDE RING (LICHTGROEN VAN KLEUR):

De tweede ring bevat aandachtsgebieden: onderwerpen die aandacht verdienen, willen mensen met een chronische ziekte de regie kunnen nemen. Deze onderwerpen zijn: *Ervaringskennis* – weten hoe de ziekte zich bij jou manifesteert en welke impact de ziekte heeft op jezelf, je omgeving en je leven. *Leven met de ziekte* – de ziekte kunnen inpassen in je leven en omgaan met de beperkingen die de ziekte je soms oplegt. *Eigen aandeel in de zorg* – zelf de verschijnselen van je ziekte monitoren, beoordelen en behandelen. *Organiseren van zorg en hulpbronnen* – beschikbare zorg en hulp kunnen vinden en benutten.

BUITENSTE RING (GROEN VAN KLEUR):

De buitenste ring bevat de omgevingsfactoren en randvoorwaarden die invloed kunnen uitoefenen op de invulling en mate van zelfmanagement. Het gaat om zaken als het *organiseren van zorgprocessen, ICT, kwaliteitseisen, ontwikkeling en onderzoek, opleiding en scholing, financiering, wetten regelgeving en samenleving*. Al deze externe factoren bepalen de speelruimte waarbinnen het mogelijk is voor de chronisch zieke om de regie te nemen en voor de zorgverlener om zelfmanagement te ondersteunen. Het creëren van de juiste randvoorwaarden is een extra stimulans om aan zelfmanagement te werken.



Figuur 4. Generiek model zelfmanagement.