

Position paper VNFKD

Rondetafelgesprek Ondervoeding bij ouderen. 26 oktober 2017

Kostenbesparing mogelijk door (vroegtijdige) screening op & (dieet)behandeling van ziektegerelateerde ondervoeding.

Ziektegerelateerde ondervoeding kost Nederland op jaarbasis €1,8 miljard.ⁱ

Verschillende wetenschappelijke studies laten zien dat de inzet van medische voeding in de totale dieetbehandeling van patiënten met ondervoeding leidt tot kostenbesparingen. Een recent rapport hierover van het SEO laat zien dat het gebruik van medische voeding door zieke en ondervoede ouderen per persoon netto baten oplevert van €1433 tot €3105. Voor elke bestede euro aan de totale behandeling van ondervoeding zijn de baten €2 tot €4, als gevolg van minder sterfte en minder heropnames in het ziekenhuis.ⁱⁱ

Ondervoeding is een groot probleem binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Kwetsbare ouderen vormen een belangrijke risicogroep voor ondervoeding, vooral in de eerstelijns- en thuiszorg. Deze ouderen hebben meer kans op het ontwikkelen van ziekten, hetgeen het risico op ondervoeding vergroot. Ziektebeelden waarbij er een groter risico op ondervoeding bestaat, zijn onder andere kanker, COPD, hartfalen, CVA, depressie, dementie en decubitus. Daarnaast kunnen kenmerken als kwetsbaarheid, eenzaamheid, slecht gebit en polyfarmacie een rol spelen.ⁱⁱⁱ

Ondervoeding is een acute of chronische toestand waarbij een tekort of disbalans van energie, eiwit en andere voedingsstoffen leidt tot meetbare, nadelige effecten op lichaamssamenstelling, functioneren en klinische resultaten.^{iv} Het tekort ontstaat als gevolg van verlaagde inname en/of verhoogde behoefte en/of abnormale verliezen.

De gevolgen van ondervoeding zijn aanzienlijk, zoals verlies van spiermassa, verminderde weerstand en het ontstaan van complicaties. Alle gevolgen hebben een negatieve invloed op het herstel van ziekte en brengen kosten met zich mee voor de gezondheidszorg. Het tijdig screenen en inzetten van optimale voedingszorg bij (risico op) ondervoeding kan voor kostenbesparing zorgen.^v

De prevalentie van ondervoeding is in alle sectoren van de Nederlandse gezondheidszorg hoog. Gemiddeld is een op de vier tot vijf patiënten in ziekenhuizen, zorginstellingen en de thuiszorg ernstig ondervoed.^{vi}

Inzet van dieetvoeding voor medisch gebruik (medische voeding) als onderdeel van de totale dieetbehandeling bij ziektegerelateerde ondervoeding heeft bewezen voordelen ten opzichte van alleen “normale” of verrijkte voedingsmiddelen. De totale voedingsinname verbetert, gewicht en spiermassa nemen toe, wondgenezing verloopt sneller en het aantal complicaties neemt af. Tevens is er sprake van verminderde mortaliteit en wordt er een hogere kwaliteit van leven ervaren.^{vii}

Wat is medische voeding?

Medische voeding is een speciale categorie gedefinieerd in ‘voeding voor specifieke groepen’ die zich door samenstelling of bereidingswijze duidelijk onderscheidt van gewone levensmiddelen. Medische voeding dient door patiënten onder medisch toezicht gebruikt te worden en is er in de vorm van drinkvoeding en sondevoeding. Medische voeding wordt voorgeschreven bij o.a. ziektegerelateerde ondervoeding als reguliere voeding niet volstaat of de inname daarvan niet mogelijk is. De samenstelling van medische voeding moet aan Europese wettelijke eisen voldoen.^{viii} Medische voeding wordt bij (risico op) ziektegerelateerde ondervoeding vergoed vanuit de basisverzekering.

Therapietrouw en borging herstel patiënten

Voor de dieetbehandeling van de patiënt is therapietrouw van wezenlijk belang. Smaak, geur, substantie en textuur van een medische voeding spelen dan ook een belangrijke rol voor de patiënt om de voorgeschreven hoeveelheid voedingsstoffen geheel tot zich te nemen. In samenspraak met de arts en/of diëtist maakt de patiënt een keuze die het beste aansluit bij zowel de verhoogde voedingsbehoefte als de smaakvoorkeuren. Daarmee is therapietrouw en dus het herstel van de voedingstoestand van de patiënt het beste gewaarborgd. Binnen het voedingsvoorschrift weegt de smaakvoorkeur van de patiënt het zwaarst. Smaak die per merk medische voeding verschilt, is de belangrijkste reden om tijdens de dieetbehandeling te wisselen van dieetpreparaat om uiteindelijk de vereiste periode van de dieetbehandeling te kunnen volhouden. Beperking van het aanbod van medische voeding belemmert de therapietrouw.^{ix}

Vragen Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport;

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

- Opnemen van educatiemodules over screenen en dieetbehandelen van ziektegerelateerde ondervoeding in de opleiding van alle zorgprofessionals.
- Screening op en dieetbehandeling van ondervoeding onderdeel maken van intakegesprekken van patiënten bij zorgverleners. Dit bij ouderen boven 65 jaar tenminste 1x per jaar herhalen bijvoorbeeld bij griepvrij of andere standaardmomenten waar contact is met de huisarts.
- Kwaliteitsindicatoren (IGZ) voor ondervoeding verplicht maken voor iedere instelling (ziekenhuis, verpleeghuis, revalidatiecentrum etc.) en verder uitbreiden naar de eerste lijn (thuiszorg).

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

- Tijdig screenen op (risico op) ondervoeding en dieetbehandelen in de huisartspraktijk als standaardinterventie bij ouderen boven 65 jaar.
- Voorlichting aan ouderen en mantelzorgers, bewustzijn creëren, gerelateerd aan eigen wensen, zoals zolang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen.
- Creëren van samenwerking door verschillende partijen in de thuissituatie, zie bijvoorbeeld project TOM (Thuis Onbezorgd Mobiel), een bijzonder programma dat de kans op vallen verkleint en de mobiliteit vergroot ter ondersteuning van 65-plussers die zo lang en gezond mogelijk thuis willen blijven wonen. Zie ook <https://www.projecttom.nl/>.
- Vaste financiële ondersteuning door het ministerie van VWS aan Stuurgroep Ondervoeding als kenniscentrum voor ondervoeding in Nederland.
- Kwaliteitsindicatoren (IGZ) voor ondervoeding verplicht maken voor iedere instelling (ziekenhuis, verpleeghuis, revalidatiecentrum etc.) en verder uitbreiden naar de eerste lijn (thuiszorg).

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

- Kwaliteitsindicatoren (IGZ) voor ondervoeding verplicht maken voor iedere instelling (ziekenhuis, verpleeghuis, revalidatiecentrum) en verder uitbreiden naar de eerste lijn (thuiszorg).
- Uitbreiding uren dieetadvies in de basisverzekering. Dit is nu 3 uur per jaar, wat niet voldoende is bij risicogroepen.

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

- Screening zonder behandelplan voorkomt niet de hoge prevalentie van ondervoeding. Protocollering van de procedure rond screening en communicatie van de screeningsuitslag naar de hoofdbehandelaar en de diëtist is noodzakelijk om de behandeling te starten.
- Samenwerking zoeken over de bedrijven heen zoals project TOM (Valpreventie; Veiligheid.nl, ONVZ, Post.NI, Philips, Nutricia Advanced Medical Nutrition) Zie ook <https://www.projecttom.nl/>.

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

- Uitbreiding uren dieetadvisering in de basisverzekering.
- Screenen op ondervoeding als prestatie (verrichting) voor apothekersassistent/POH-er/wijkverpleegkundige om verplicht te contracteren door zorgverzekeraars.
- Vrije keuze dieetpreparaten om therapietrouw te bevorderen.

VNFKD

VNFKD is de Vereniging van Nederlandse Fabrikanten van Kinder- en Dieetvoedingsmiddelen. Sinds 1961 behartigt de VNFKD de belangen van de bij haar aangesloten bedrijven. Leden van de VNFKD die medische voeding produceren en/of verkopen in Nederland zijn; Abbott, Fresenius Kabi, Hero, Mead Johnson Nutrition, Nestlé en Nutricia Advanced Medical Nutrition.

De VNFKD zet zich in om bewustwording over ondervoeding te vergroten. Daarnaast werkt de VNFKD aan een verbetering van kennis over nut en noodzaak van medische voeding bij relevante stakeholders.

Namens de VNFKD leden medische voeding

Helene Sirag, voorzitter Werkgroep Medische Voeding VNFKD

ⁱ SEO Economisch Onderzoek, Ondervoeding onderschat, de kosten van ondervoeding en het rendement van medische voeding, juli 2014.

ⁱⁱ Idem.

ⁱⁱⁱ <http://www.stuurgroepondervoeding.nl>, bekeken op 10.10.2017.

^{iv} Cederholm T. *et al*, Definitions and terminology of clinical nutrition: an ESPEN consensus Statement. Clin.Nutr.2017; Febr.(!):49-64

^v <http://www.stuurgroepondervoeding.nl>, bekeken op 10.10.2017.

^{vi} Halfens RJG. *et al*, Landelijke prevalentietmeting zorgproblemen: Rapportage resultaten 2015. Maastricht: Universiteit.2015.

^{vii} Medical Nutrition International Industry (MNI). Oral nutritional Supplements to tackle malnutrition a summary of the evidence base. Brussels. Belgium: Medical Nutrition International Industry (2012).

Cawood AL, *et al*. Systematic review and meta-analyses of the effects of high protein oral nutritional supplements. Aging Res Rev 2012; 11(2):278-296.

Rana SK, *et al*. Short term benefits of post-operative oral dietary supplements in surgical patients. Clin.Nutr.1992; 11(6):337-344.

National Institute for health and clinical excellence (NICE). Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition (clinical guidelines 32). London, national institute for health and clinical excellence (NICE). 2006.

Gazotti C, *et al*. Prevention of malnutrition in older people during and after hospitalization: results from a randomized controlled clinical trial. Age ageing 2003; 32(3):321-325.

Neelemaat F. *et al*. Oral nutritional support in malnourished elderly decreases functional limitations with no extra costs/ Clin.Nutr.2012 Apr;31(2):183-90.

Stratton RJ, *et al*. Disease-related Malnutrition: An Evidence-based Approach to Treatment. 1st ed. Oxford, UK: UK CABI Publishing; 2003

Elia M, *et al*. The Cost of Disease-Related Malnutrition in the UK and Economic Considerations for the use of Oral Nutritional Supplements (ONS) in Adults. Redditch, UK: BAPEN; 2005.

Stratton RJ, *et al*. Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review and meta-analysis. Ageing Res Rev 2005; 4:422e450.

Stratton RJ, *et al*. Who benefits from nutritional support: What is the evidence? Eur J Gastroenterol. Hepatol.2007;19:353e358.

^{viii} Commission Directive 1999/21/EC inzake Dieetvoeding voor Medisch Gebruik.

^{viii} PIT Actief, Aanbod dieetpreparaten, visie van diëtisten en patiënten, 8 mei 2017.