

# LESA Ondervoeding: de diëtist als regisseur

In juni verscheen de *Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Ondervoeding* (LESA).

Hierin hebben huisartsen, diëtisten en wijkverpleegkundigen de contouren vastgelegd waarbinnen het probleem ondervoeding in de eerste lijn aangepakt moet worden.

De invulling moet op regionaal niveau gebeuren, met de diëtist als regisseur, aldus Jaap van Binsbergen.



Prof. dr. Jaap van Binsbergen is huisarts in Brielle en bijzonder hoogleraar Voedingsleer en Huisartsgeneeskunde. Hij is vanuit het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) betrokken bij de ontwikkeling van een aantal NHG-standaarden, specifiek die waarin voeding een rol speelt. Uit de NHG-standaarden vloeien vaak ‘Landelijke

Eerstelijns Samenwerkings Afspraken’ (LESA) voort. In een LESA is vastgelegd hoe in de eerste lijn op een bepaald terrein verschillende werkvelden met elkaar zouden moeten samenwerken. *De LESA Ondervoeding*, waarin onder meer de diëtiek een belangrijke rol speelt, is zojuist afgerond.

### Bron ondervoeding in eerste lijn

Van Binsbergen is lid van de Stuurgroep Ondervoeding. “Vanaf 2000 heeft de stuurgroep het probleem van ondervoeding in de tweede lijn in Nederland onder de aandacht gebracht. Dat was zeer nuttig. Maar nu is het tijd om te kijken naar de thuissituatie. Want mensen die met ondervoeding in de tweede lijn verzeild raken, komen immers uit onze huisartspraktijk. Daarom moet er in de eerste lijn ook veel meer aandacht komen voor (risico op) ondervoeding. Vanuit dat initiatief zijn we met de LESA gestart.” *De LESA Ondervoeding* is opgesteld door een werkgroep van het NHG, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD). “Om het werkbaar te houden, hebben we er bewust voor

<b>Naam:</b>	Prof. dr. Jaap van Binsbergen
<b>Geboren:</b>	5 maart 1946, Utrecht
<b>Opleiding:</b>	Geneeskunde, Utrecht
<b>Afstudeerjaar:</b>	1972
<b>Functies:</b>	Tropenarts, daarna huisarts in Brielle. Sinds 2002 bijzonder hoogleraar Voedingsleer en Huisartsgeneeskunde op de afdeling Eerstelijns geneeskunde van UMC St. Radboud. Activiteiten: betrokken bij het ontwikkelen van de NHG-standaarden en -patiëntenbrieven over voeding. Betrokken geweest bij de ontwikkeling van de CBO-richtlijn Obesitas en bij de ontwikkeling van de <i>Zorgstandaard Obesitas</i> . Betrokken bij het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON). Co-coördinator bij Cochrane: het aandachtsgebied Diet and Nutrition binnen het Cochrane Primary Health Care Field.

gekozen om alleen met de diëtetiek en de (wijk)verpleging om tafel te gaan zitten. Later kan dat altijd nog uitgebreid worden met andere beroepsgroepen, zoals bijvoorbeeld fysio(beweeg)therapie”, aldus Van Binsbergen. Hij voegt eraan toe: “Onder huisartsen vallen overigens ook de praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen. Die zijn, zeker ook op dit punt, een belangrijke spil in de huisartspraktijk.”

De LESA geeft richtlijnen voor samenwerking tussen huisartsen, diëtisten en verpleegkundigen bij het vroegtijdig signaleren, diagnosticeren en verlenen van zorg aan volwassen patiënten met (een risico op) ondervoeding in de eerste lijn. Van Binsbergen: “De richtlijnen van de LESA zijn bedoeld om dit in regionaal overleg nader in te vullen en om aan de hand hiervan afspraken te maken. De diëtist moet hierbij naar ons idee regiefunctie vervullen.”

### **Diëtetiek de centrale discipline**

Elke discipline heeft haar eigen vakgebied en kijkt weer anders naar een patiënt. In de LESA is in grote lijnen vastgesteld dat de verpleegkundigen informatie geven over het signaleren en vóórkomen van ondervoeding. Zij leggen uit wat ondervoeding is en wat de gevolgen ervan kunnen zijn. Bij risico op ondervoeding geven zij voedingsadvies over gangbare gezonde voeding en eventueel eiwit- en energierijke voeding en tussenmaaltijden. In geval van ondervoeding wordt doorverwezen naar de huisarts en/of diëtist. De huisarts signaleert en geeft, in geval van risico op ondervoeding, naast algemene adviezen ook uitleg over eiwit- en energieverrijkte voeding, gebruikmakend van de NHG-Patiëntenbrief over ondervoeding. Deze patiëntenvoorlichtingsbrieven zijn momenteel in de maak (zie ook [www.nhg.org](http://www.nhg.org)).

## *‘We pleiten ervoor dat de diëtist de regiefunctie neemt’*

De diëtist stelt uiteindelijk de diagnose ondervoeding en maakt een individueel behandelplan. Ze verwijst naar de huisarts bij stagnerend herstel of bijkomende ziekteverschijnselen. Van Binsbergen: “In de LESA is vastgelegd dat de diëtist de diagnose stelt en de therapie bepaalt. Diëtisten hebben immers een specifieke deskundigheid, dus na het signaleren door de huisarts moeten wij het aan de experts over laten. We hebben daarom heel duidelijk gekozen voor diëtetiek als de centrale discipline.”

### **LESA Ondervoeding als bijlage**

De LESA Ondervoeding is voor NVD-leden als bijlage toegevoegd bij deze editie van het *Nederlands Tijdschrift voor Voeding & Diëtetiek*. De LESA is ook te vinden op [www.nvdietist.nl](http://www.nvdietist.nl).

### **Hoe krijg je dat lampje aan het branden?**

Van Binsbergen: “Bij de huisarts ligt het accent vooral op ‘het er aan denken’. Maar het probleem in de huisartspraktijk is dat de patiëntenpopulatie die de huisarts ziet per definitie een andere is dan de patiëntenpopulatie die de specialist in de tweede lijn ziet. Patiënten die bij de specialist komen, hebben ondervoeding ten gevolge van een bepaalde ziekte. Een specialist is daarop bedacht. Maar verreweg de meeste patiënten in de huisartspraktijk hebben voorstadiën van ziekten en zeker nog geen overtuigende ondervoeding. Daar zit een spanningsveld, want huisartsen zeggen: hoe kan ik op ondervoeding letten als ik die mensen nooit zie?”

Hij vervolgt: “Omdat het probleem in de praktijk zo moeilijk herkenbaar is, is het belangrijk te weten: wanneer of bij wie moet je eraan denken? Bij bepaalde diagnoses zou er bij de huisarts gelijk een lampje moeten gaan branden: ‘Oh, misschien is er wel iets met de voedingsstatus van deze patiënt’. Het gaat dus om het kijken in grote lijnen, zoals naar het onbedoelde gewichtsverlies per tijdseenheid of naar patiënten die enige dagen niet gegeten hebben, maar ook polyfarmacie, ernstige levensloopp problemen of een ziekenhuisopname zijn risicofactoren. Ik zou al ontzettend blij zijn als huisartsen met die blik naar patiënten kijken, en vervolgens de diëtist inschakelen.”

“Je kunt niet van huisartsen verwachten dat ze nu op grote schaal alle patiënten gaan screenen op ondervoeding”, zegt Van Binsbergen. “In de dossiers van huisartsen staat vaak wel ergens dat de patiënt is afgevallen, maar dat daar ‘nu even niets’ mee is gedaan. De diagnose ondervoeding raakt ondergesneeuwd onder de primaire diagnose. Terecht wordt daar natuurlijk met voortvarendheid aan gewerkt, maar het resultaat is dat de bijkomende ondervoeding op de tweede plaats komt. Dat gewicht ‘komt later wel’. Dat moet dus anders, door de diagnose apart in het medisch dossier van de patiënt te vermelden. Zo blijft dat onderdeel van de ziekte onder de aandacht.”

“Maar de grote uitdaging is natuurlijk: hoe bewerkstellig je dat er een rood lampje gaat branden? Nu, daar hebben we wel iets op gevonden. We hebben binnen het NHG afgesproken dat in alle NHG-standaarden waarvan wij denken dat er aandacht voor ondervoeding zou moeten zijn, er een korte passage over ondervoeding komt met als kernboodschap:

‘Denk hierbij aan ondervoeding!’ Dat idee zullen we nog verder uitwerken. Maar dat zou een enorme stap voorwaarts zijn. En na de signalering wordt doorverwezen naar de LESA.”

### **Praktijkondersteuner geen bedreiging**

“Kenmerk van alle LESA’s is dat op regionaal niveau naar het probleem in kwestie gekeken wordt: wie doet wat, hoe kunnen we samenwerken, hoe lopen de lijnen, hoe verloopt de communicatie, hoe vaak hebben we overleg? Kortom: hoe kun je de richtlijnen met elkaar implementeren? Hoe zit dat in jouw regio? Als het niet goed verloopt, hoe kan het anders? Een LESA is niet een blauwdruk voor hoe het moet. Het zijn de contouren waar het om gaat. Daarbinnen moet het probleem van ondervoeding aandacht krijgen. Hoe, dat wordt heel erg vrijgelaten. Maar we pleiten ervoor dat de diëtist de regiefunctie neemt.”

## *‘Als de eerstelijnsdiëtisten hun meerwaarde niet aantonen, missen ze de boot’*

Van Binsbergen ziet de LESA als belangrijke ondersteuning van de activiteiten van de diëtetiek in de eerste lijn: “Zowel de LESA als – om eens een heel ander voorbeeld te noemen – de NHG-standaard Obesitas is bij uitstek een document waarin we geprobeerd hebben de diëtist een specifieke plek te geven. Zo staat in de NGH-standaard Obesitas dat iedereen met overgewicht of obesitas door de huisarts, de diëtist, de beweegtherapeut en de eerstelijnspsycholoog gezien moet worden. Ik hoop van harte dat deze documenten zullen helpen bij een betere communicatie.”

Helaas verloopt de communicatie tussen huisartsen en diëtisten niet altijd goed. Waar ligt dat toch aan? Van Binsbergen: “Zo lang ik meeloop in voedingsland, is dat een probleem. Ze weten elkaar niet goed te vinden. Er zijn al honderd manieren bedacht, maar het werkt zelden optimaal. Toch is met de komst van de praktijkverpleegkundigen en -ondersteuners naar mijn idee de communicatie met de diëtetiek sterk verbeterd, zeker in de diabeteszorg. In het verleden werd door diëtisten wel gezegd: voeding is ons vak, dat moet niet gedaan worden door de huisarts of de praktijkondersteuner. Ik zie dat iets genuanceerder: het is ‘en-en’. Huisartsen hebben een signalerende functie, evenals praktijkondersteuners. Zij geven huis-tuin-en-keukenadviezen, zeg maar de grote lijnen zoals de Richtlijnen Goede Voeding. Maar ze beschouwen de diëtist als de specialist op voedingsgebied, en verwijzen mensen voor specifieke

adviezen door, of vragen de diëtist om advies: een consultatieve functie. Ik denk dat de communicatie tussen diëtisten en huisartsen dus juist heel erg gebaat is bij de komst van de praktijkondersteuner.”

### **Profilering nu belangrijker dan ooit**

Van Binsbergen heeft nog een waarschuwend woord:

“Diëtisten doen buitengewoon goed en nauwkeurig werk. Maar de diëtetiek móet zich profileren! Dat is niets nieuws, maar het is nu belangrijker dan ooit. Op het ogenblik zijn de modewoorden: ‘zorgstandaarden’ en ‘ketenzorg’. Daarin worden competenties benoemd, geen functies. Zo wordt in de Zorgstandaard Obesitas nauwkeurig aangegeven welke competenties nodig zijn om iets te kunnen zeggen over een patiënt met obesitas. Om de kwaliteit te waarborgen, hebben we de lat daarbij zeer hoog gelegd, anders kan iedereen wel een bord met ‘obesitasdeskundige’ op z’n deur spijkeren. Maar voor de zorgstandaarden, en ook voor de LESA’s, geldt: als beleidsmakers, politici en zorgverzekeraars de kosten voor deze specifieke zorg te hoog vinden – en die kans is groot! – ligt de overweging op de loer om voor die (dure) diëtist maar een gewichtsconsulent te nemen. Iedereen kan de Richtlijnen Goede Voeding uitleggen, maar de diëtetiek moet zich er hard voor maken dat zij in de eerste lijn de enigen zijn die bijvoorbeeld bij ondervoeding de mate van ondervoeding kunnen vaststellen, en zo de eiwit- en energiebehoefte met de bijbehorende interventie op maat kunnen bepalen en de behandeling ter hand kunnen nemen. Als de eerstelijnsdiëtisten hun meerwaarde niet aantonen, missen ze de boot. Daar heb ik écht zorgen over.”

### **Niet zo maar een document**

De LESA ligt er; diëtisten moeten er nu intensief de boer mee op. Van Binsbergen is enthousiast: “Onlangs is ook de hernieuwde *Artsenwijzer Diëtetiek* verschenen. Twee prachtige documenten om mee naar de huisarts te stappen. De LESA wordt nu ook breed onder de aandacht van alle huisartsen gebracht. Doe daar je voordeel mee. Neem het initiatief. Want je hebt met de LESA wel iets in handen! Het is niet zo maar een hobby van een groepje diëtisten; het is een document dat breed gedragen wordt en door de besturen van de betrokken beroepsgroepen geaccordeerd is. Dus stop de LESA in je tas en zet die stap!”

### **Wendy van Koningsbruggen**