

# Het huisbezoek

Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen en meningen van eerstelijns diëtisten



Eléonore de Merode  
Afstudeeronderzoek  
Bachelor Voeding & Diëtetiek  
De Haagse Hogeschool  
Den Haag, juni 2016

**DE HAAGSE**  
HOGESCHOOL



**Het huisbezoek:**

**Een kwalitatief onderzoek  
naar de ervaringen en meningen van eerstelijns diëtisten**



**DE HAAGSE**  
HOGESCHOOL

Periode: januari – juni 2016

Auteur: Eléonore de Merode  
de Ruijterstraat 75  
2518 AR Den Haag  
06 16776804  
[edemerode@xs4all.nl](mailto:edemerode@xs4all.nl)  
Studentnummer: 12105996

Opdrachtgever: Dorine Wentrup – de Nes, diëtist  
Diëtisten Praktijk Wassenaar  
Lange Kerkdam 61  
2242 BR Wassenaar  
070 511 9713  
[praktijk@wentrup.nl](mailto:praktijk@wentrup.nl)

Docentbegeleider: Bart van der Wijst  
De Haagse Hogeschool  
Opleiding Voeding & Diëtetiek  
Johanna Westerdijkplein 75  
2521 EN Den Haag  
070 445 8300  
[b.vanderwijst@hhs.nl](mailto:b.vanderwijst@hhs.nl)

## Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag van mijn afstudeeropdracht “Het huisbezoek: een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen en meningen van eerstelijns diëtisten”, geschreven ter afronding van de opleiding Voeding & Diëtetiek aan De Haagse Hogeschool. Het onderwerp voor de afstudeeropdracht is voortgekomen uit mijn ervaring als stagiaire diëtist bij Diëtisten Praktijk Wassenaar. De opdrachtgever was Mw. Dorine Wentrup in haar functie als diëtist en eigenaar van Diëtisten Praktijk Wassenaar. De opdracht bestond uit een onderzoeksrapport waarin de ervaringen en meningen van eerstelijns diëtisten met betrekking tot het begeleiden van thuisgebonden patiënten voor het eerst in kaart werden gebracht. Tevens is een kwaliteitshandboek voor Diëtisten Praktijk Wassenaar opgesteld. Met deze afstudeeropdracht heb ik beoogd een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van de zorg voor kwetsbare ouderen en andere thuisgebonden cliënten en het profileren van de diëtist als sleutelfiguur hierin.

Met veel plezier heb ik samen met mijn afstudeeropdrachtgever Dorine Wentrup de opdracht opgezet en uitgevoerd. Zij heeft mijn ogen geopend voor alle mogelijkheden van zorg om de levenskwaliteit van thuisgebonden ouderen te verbeteren. Onder haar begeleiding heb ik ook zelf veel praktijkervaring kunnen opbouwen met dieetadvisering aan cliënten in de thuissituatie. Haar wil ik bedanken voor haar vertrouwen en alle leerzame momenten van de laatste maanden. De inspirerende gesprekken die wij hebben gevoerd hebben mij niet alleen veel inzicht in het onderwerp van de afstudeeropdracht gegeven, maar ook zeer gemotiveerd om verder te gaan als eerstelijns diëtist in het werkveld.

Daarnaast wil ik gebruik maken van deze gelegenheid om een aantal mensen te bedanken die veel hebben bijgedragen aan het onderzoek en het tot stand komen van dit rapport. Graag wil ik mijn studieloopbaanbegeleider, Annelies Rotteveel, bedanken voor haar begeleiding ter voorbereiding van en tijdens de afstudeerperiode. Haar waardevolle feedback en tips hebben ervoor gezorgd dat ik op de goede weg was. Ook wil ik mijn docentbegeleider Bart van der Wijst bedanken voor zijn sturing en zijn kritische blik waarvan ik veel heb geleerd. Tevens wil ik Adriaan Dedel bedanken voor zijn geduld, zijn ondersteuning en voor het verbeteren van mijn gebruik van het Nederlandse taal, niet alleen bij de afstudeeropdracht maar tijdens de hele opleiding. Tot slot wil ik alle de geïnterviewde diëtisten bedanken voor hun enthousiaste medewerking en voor alle tijd en moeite die zij in het onderzoek hebben geïnvesteerd. De passie waarmee ze over hun vak hebben gesproken heb ik als zeer enthousiasmerend ervaren.

Ik kijk met veel plezier terug op deze leerzame periode en wens u veel leesplezier.

Den Haag, juni 2016

Eléonore de Merode

# Samenvatting

## Inleiding

Door de vergrijzing, het toenemen van chronische ziekten, eerder ontslag uit het ziekenhuis en het steeds langer thuis blijven wonen van ouderen, zal de behoefte aan zorg aan huis toenemen. Ook diëtisten werkzaam in de eerste lijn zullen steeds vaker huisbezoeken moeten uitvoeren. Dit onderzoek beantwoordt de vraag: *Hoe kan de kwaliteit van de zorg door eerstelijns diëtisten voor de thuisgebonden cliënt worden gewaarborgd en verbeterd?* Het doel is om de ervaringen en meningen van eerstelijns diëtisten omtrent het huisbezoek in kaart te brengen om aanbevelingen te doen over hoe de kwaliteit van diëtistische zorg aan huis geoptimaliseerd kan worden.

## Methode

Er is literatuuronderzoek verricht naar de doelmatigheid en de kostenefficiëntie van diëtistische zorg aan huis. Het praktijkonderzoek is kwalitatief van aard. Middels semigestructureerde diepte-interviews zijn zeven eerstelijns diëtisten geïnterviewd over hun ervaringen en meningen met betrekking tot de zorg aan thuisgebonden cliënten. Data-analyse is uitgevoerd via de gefundeerde theorie benadering.

## Resultaten

Diëtistische zorg aan huis kan doelmatig zijn om ondervoeding bij kwetsbare ouderen terug te dringen. Investering in diëtetiek kan leiden tot forse besparingen op andere zorgkosten, maar meer onderzoek over de kostenefficiëntie van diëtetiek in de thuissituatie is wenselijk om harde conclusies daarover te trekken. De meeste diëtisten staan positief tegenover huisbezoeken. Het grootste voordeel blijkt de meerwaarde aan informatie die diëtisten door huisbezoeken kunnen verkrijgen, waardoor ze hun advies beter kunnen afstemmen op de behoefte van de cliënt. De diëtisten ervaren een aantal hindernissen bij het uitvoeren van huisbezoeken, met name de hoge tijdsinvestering, een minder efficiënte werkwijze en de beperkte vergoeding. Een goede multidisciplinaire samenwerking, vooral met huisartsenpraktijken, thuiszorgorganisaties en met de tweede lijn, wordt als zeer bevorderend gezien.

## Conclusie en aanbevelingen

Zorg aan huis vraagt om een integrale benadering en de diëtist dient een constructief aandeel te hebben in de multidisciplinaire samenwerking rond de zorg voor thuisgebonden mensen. De kwaliteit van diëtistische zorg aan huis kan worden gewaarborgd door het ontwikkelen van gerichte en effectieve multidisciplinaire samenwerking op lokaal en regionaal niveau. Om meerwaarde voor hun thuisgebonden cliënten te leveren, kunnen diëtisten zich specialiseren in de zorg voor ouderen door de nodige kennis, ervaring en netwerk op te bouwen en te onderhouden. Om optimale zorg te kunnen bieden aan alle thuisgebonden mensen, kunnen diëtisten ook hun klassieke rol uitbreiden door nieuwe kansen te zoeken, met name in het begeleiden van sondevoeding in de thuissituatie of van bijzondere doelgroepen (bijvoorbeeld psychiatrische patiënten, verstandelijke gehandicapten, de verslavingszorg).

Gezien de huidige maatschappelijke ontwikkelingen moet een reëel debat over de toekomst van de diëtetiek voor thuisgebonden mensen worden geïnitieerd door zorgverleners, beleidsmakers en zorgverzekeraars. Als diëetbegeleiding aan huis wordt erkend door de maatschappij als een effectieve manier om ondervoeding terug te dringen en de nodige zorg aan ouderen en andere thuisgebonden mensen te leveren, dan moeten passende financiële maatregelen worden ingezet om de kwaliteit van de zorg aan huis te waarborgen.

# Summary

## Introduction

Due to the ageing of the population, the increase in chronic diseases, earlier hospital discharge and increasingly longer living at home of the elderly, the need for home care is expected to rise. Dietitians in primary care can therefore also expect to carry out house calls more and more frequently in the future. The present study aims to answer the question: *How can the quality of health care by dietitians in primary care be guaranteed and improved for homebound clients?* The purpose of the study was to map out the experiences and opinions of the dietitian with regards to home visitation in view of making recommendations on optimising the quality of dietetics in home health care.

## Method

A literature survey was conducted on the effectiveness and cost-efficiency of home health care by dietitians. The practical research had a qualitative design. Seven dietitians in primary care were interviewed about their experiences with and opinions on nutritional health care for homebound patients by means of semi-structured in-depth interviews. The data was analysed using the Grounded Theory Approach.

## Results

Home nutritional support by the dietitian is efficient in reducing undernutrition amongst fragile elderly people. Investment in dietetics in general can lead to considerable savings in other health costs, however further research on the cost-efficiency of home nutritional support by the dietitian is needed in order to draw firm conclusions. The majority of the dietitians are positive about home visitation. The added value of house calls lies in the extra information that can be obtained, through which dietitians can better adjust their support to the needs of the client. Dietitians experience a number of barriers when conducting house calls, namely the greater amount of time involved, the inefficient working practices and the limited financial compensation. Effective multidisciplinary collaboration - especially with general practitioners, home care organisations and dietitians in secondary care - is regarded as conducive to the effectiveness of home nutritional support.

## Conclusion and recommendations

Home health care requires an integral approach. The dietitian ought to play a constructive role in the multidisciplinary collaboration in the care for homebound patients. The quality of home nutritional support by the dietitian could be ensured by developing targeted and effective multidisciplinary partnerships at local and regional level. To deliver added value for homebound patients, dietitians could specialise in care for the elderly by building and maintaining the necessary skills, experience and network. To deliver optimal nutritional support to all homebound patients, dietitians could expand their traditional role by seeking out new opportunities, specifically in the supervision of home enteral nutrition or in delivering care to specific target groups (such as psychiatric patients, the mentally disabled or addiction care).

In light of the current social and economic developments, a genuine debate on the future of dietetics in home health care should be initiated by health care professionals, policy-makers and insurance companies. If home nutritional support is indeed recognised as an effective approach to reducing undernutrition and delivering health care to the elderly and other homebound patients, adequate financial measures should be deployed in order to guarantee the quality of home nutritional health care.

# Inhoudsopgave

Voorwoord

Samenvatting

Summary

|       |                                                                                                                             |    |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1     | Inleiding .....                                                                                                             | 1  |
| 1.1   | Aanleiding en probleemanalyse .....                                                                                         | 1  |
| 1.2   | Probleem-, vraag- en doelstelling .....                                                                                     | 2  |
| 1.3   | Doelstelling .....                                                                                                          | 3  |
| 1.4   | Maatschappelijke relevantie .....                                                                                           | 3  |
| 1.5   | Leeswijzer .....                                                                                                            | 3  |
| 2     | Methode .....                                                                                                               | 4  |
| 2.1   | Literatuuronderzoek .....                                                                                                   | 4  |
| 2.1.1 | Gebruikte databanken en vakliteratuur .....                                                                                 | 4  |
| 2.1.2 | Gebruikte zoektermen en methode .....                                                                                       | 4  |
| 2.2   | Praktijkonderzoek .....                                                                                                     | 5  |
| 2.2.1 | Type onderzoek .....                                                                                                        | 5  |
| 2.2.2 | Populatie en steekproef .....                                                                                               | 5  |
| 2.2.3 | Dataverzameling .....                                                                                                       | 6  |
| 2.2.4 | Dataverwerking en –analyse .....                                                                                            | 6  |
| 2.2.5 | Kwaliteitsaspecten (betrouwbaarheid en validiteit) .....                                                                    | 7  |
| 3     | Resultaten Literatuuronderzoek .....                                                                                        | 8  |
| 3.1   | Wat is er al bekend over de ervaringen en percepties van diëtisten met betrekking tot het verlenen van zorg aan huis? ..... | 8  |
| 3.2   | Hoe doelmatig is het verlenen van diëtistische zorg aan huis? .....                                                         | 10 |
| 3.3   | Hoe kostenefficiënt is het verlenen van diëtistische zorg aan huis? .....                                                   | 14 |
| 3.4   | Samenvatting van de resultaten uit het literatuuronderzoek .....                                                            | 17 |
| 4     | Resultaten Praktijkonderzoek .....                                                                                          | 18 |
| 4.1   | Profiel van de respondenten .....                                                                                           | 18 |
| 4.2   | Rationale voor het huisbezoek .....                                                                                         | 18 |
| 4.3   | Doelgroep voor het huisbezoek .....                                                                                         | 19 |
| 4.4   | Motivatie van de diëtisten .....                                                                                            | 19 |
| 4.5   | Organisatie en werkwijze .....                                                                                              | 21 |
| 4.6   | Uitvoering van het huisbezoek .....                                                                                         | 22 |
| 4.7   | Multidisciplinaire samenwerking .....                                                                                       | 23 |

|      |                                                                                  |    |
|------|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.8  | Medische voeding.....                                                            | 25 |
| 4.9  | Competenties .....                                                               | 26 |
| 4.10 | Toekomstige vooruitzichten.....                                                  | 26 |
| 4.11 | Samenvatting van de resultaten uit het praktijkonderzoek .....                   | 27 |
| 5    | Conclusie.....                                                                   | 29 |
| 6    | Discussie .....                                                                  | 30 |
| 7    | Aanbevelingen.....                                                               | 34 |
|      | Literatuur .....                                                                 | 36 |
|      | Bijlagen .....                                                                   | 41 |
|      | I – Uitnodiging interview diëtisten .....                                        | 42 |
|      | II – Topiclijst semigestructureerd interview diëtisten .....                     | 43 |
|      | III – Tabel doelmatigheid interventies uit de wetenschappelijke literatuur ..... | 44 |
|      | IV – Coderingsschema respondenten .....                                          | 47 |
|      | V – Kenmerken respondenten.....                                                  | 50 |



# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en probleemanalyse

Nederland vergrijst. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijft de vergrijzing toenemen in de komende jaren: in 2012 was het percentage 65-plussers 16%, waarvan 25% 80-plussers. In 2040 is naar schatting 26% (oftewel 4,6 miljoen) van de bevolking 65-plusser, waarvan een derde ouder dan 80 jaar (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013). Het aantal zorgbehoevende ouderen met complexe geriatrische problematiek, multimorbiditeit en een verhoogd risico op ondervoeding zal eveneens sterk toenemen (van Mulligen-van de Belt, Smalbrugge & Depla, 2013). Uit landelijke prevalentiecijfers blijkt dat ondervoeding bij 15 tot 30% van de patiënten in de thuiszorg voorkomt (Stuurgroep Ondervoeding, 2016). Cijfers uit 2010 uit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen geven aan dat 17,1% van de patiënten (vooral kwetsbare ouderen) in de thuiszorg ondervoed is, terwijl nog eens 43,2% risico loopt op ondervoeding (Halfens *et al.*, 2010). Daarnaast blijkt ook dat 70% van de 65-plussers een chronische ziekte heeft. Bij 75-plussers is de prevalentie van chronische ziekten 79,1%. Van de mensen van 75 jaar en ouder met een chronische ziekte, heeft 63% twee of meer en 32% drie of meer chronische ziekten (Gijsen, Oostrom & Schellevis, 2014).

Het gevolg van de bovengenoemde problematiek is dat er een toenemende behoefte aan diëtistische zorg bij ouderen is. Dit blijkt ook uit data van de NIVEL-zorgregistraties: waar 27,5% van de cliënten van eerstelijns diëtisten 65-plussers waren in 2014, was dat maar 21,9% in 2010. Voorheen werden deze kwetsbare ouderen vaker in een verzorgingshuis of verpleeghuis opgenomen. Nu en in de toekomst zullen ze steeds vaker thuis blijven wonen. In 2010 woonde 95% van alle 65-plussers en zes op de zeven 80-plussers nog zelfstandig (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013).

Niet alleen door de vergrijzing en door het langer thuis blijven wonen van ouderen, maar ook door allerlei andere maatschappelijke ontwikkelingen wordt het beroep op de eerstelijns zorg en de vraag voor diëtistische zorg aan huis steeds groter (van Kuijk & van Binsbergen, 2001). Als belangrijke oorzaken van de toenemende vraag voor diëtistische zorg aan huis, worden ook de volgende door van Kuijk en van Binsbergen genoemd: de nadelige effecten van de welvaart (leefstijl) op de gezondheid, versneld ontslag uit ziekenhuizen, het afstoten van poliklinieken, het toenemend aantal chronisch zieken (met name diabetes mellitus type 2), het toenemende aantal personen met allergieën, en de toenemende belangstelling van de bevolking voor voeding en gezondheid. Het lijkt er dus op dat de behoefte aan diëtistische zorg aan huis zal gaan stijgen.

Deze toename in het aantal huisbezoeken is bij Diëtistenpraktijk Wassenaar al te zien. Bij Diëtistenpraktijk Wassenaar worden huisbezoeken aan kwetsbare ouderen die met ondervoeding en/of chronische ziekten kampen bijna altijd uitgevoerd op medische indicatie. In de laatste jaren is het aantal huisbezoeken sterk toegenomen. Van ongeveer één huisbezoek per week een paar jaar geleden, voert de diëtist nu gemiddeld zes huisbezoeken per week uit (persoonlijke communicatie, Dorine Wentrup, 18 februari 2016). Voor de diëtist biedt het huisbezoek aan de ene kant uniek inzicht in het leven van de patiënt en in hun omgaan met hun gezondheidsklachten, waardoor het gemakkelijker wordt om samen met de cliënt een behandelplan te bepalen dat rekening houdt met de werkelijkheid van de cliënt. Aan de andere kant heeft het uitvoeren van huisbezoeken ook een aantal nadelen: ze nemen relatief veel tijd in beslag, ze verlopen minder efficiënt dan consulten in de praktijk en de vergoeding van de zorgverzekeraars is niet gunstig.

De gemeente Wassenaar telt een bovengemiddeld aantal ouderen. In 2012 was het aantal 65-plussers 23,5% (vergeleken met 20% in Nederland). Het aantal 65-plussers zal stijgen tot

naar schatting 28,6% in 2040 (vergeleken met 26% in Nederland) (Zorgatlas, 2014). Aangezien het aantal ouderen neemt toe ook in Wassenaar, wordt ook verwacht dat de tendens tot meer behoefte aan diëtistische zorg aan huis gaat zich ook in Wassenaar voortzetten. Diëtisten Praktijk Wassenaar wil dus kunnen inspelen op de verwachting dat de behoefte aan huisbezoeken steeds verder gaat toenemen, door een strategie te ontwikkelen voor de efficiënte integratie van huisbezoeken in het dagelijkse verloop van een drukke diëtistenpraktijk en om de kwaliteit van diëtistische zorg aan huis te waarborgen en verbeteren.

Ondanks de voorgespelde groei in de vraag naar zorgverlening aan huis, is er nog weinig bekend over het omgaan van diëtisten met huisbezoeken. De wetenschappelijke literatuur biedt weinig inzicht in de huidige praktijk rondom het verlenen van diëtistische zorg thuis. Er bestaan slechts twee, enigszins verouderde, kwalitatieve studies die beperkt inzicht geven in de situatie in de Verenigde Staten en in Japan (Arensberg & Schiller, 1996; Hirakawa, Masuda, Uemura, Naito, Kuzuya & Iguchi, 2003). Er is tot nu toe geen onderzoek gedaan naar recente ontwikkelingen en de huidige stand van zaken met betrekking tot het leveren van diëtistische zorg aan huis, noch naar de belemmerende en bevorderende factoren voor het uitvoeren van huisbezoeken, noch naar de doelmatigheid en kostenefficiëntie van huisbezoeken. Het onderzoek dat hieronder volgt, beoogt dit kennishiaat in te vullen door de huidige ervaringen en meningen te beschrijven van eerstelijns diëtisten die zorg aan huis verlenen.

## 1.2 Probleem-, vraag- en doelstelling

Bovenstaande leidt tot de volgende probleemstelling voor dit onderzoek: Door de vergrijzing en allerlei andere maatschappelijke factoren wordt verwacht dat de vraag naar zorg aan huis verder gaat toenemen, waardoor huisbezoeken door eerstelijns diëtisten steeds vaker zullen worden ingezet en waarbij het moeilijker wordt om de kwaliteit van de zorg te waarborgen, gegeven de noodzaak tot kostenefficiëntie uit vergoedingsoogpunt.

De vraag die dit onderzoek centraal staat is:

*Hoe kan de kwaliteit van de zorg door eerstelijns diëtisten voor de thuisgebonden cliënt worden gewaarborgd en verbeterd?*

Om antwoord te kunnen geven op de centrale vraag zijn er deelvragen opgesteld. Deze deelvragen worden beantwoord door het verrichten van zowel literatuuronderzoek als praktijkonderzoek.

Deelvragen literatuuronderzoek:

- Wat is er al bekend uit de wetenschappelijke literatuur over de ervaringen en percepties van diëtisten met betrekking tot het verlenen van zorg aan huis?
- Hoe doelmatig is het verlenen van diëtistische zorg aan huis?
- Hoe kostenefficiënt is het verlenen van diëtistische zorg aan huis?

Deelvragen praktijkonderzoek:

- Welke ervaring hebben diëtisten met huisbezoeken, tegen welke problemen lopen ze aan en hoe worden ze opgelost?
- Welke factoren zijn volgens de diëtisten van invloed op het succes van het consult aan huis en het begeleiden van thuisgebonden patiënten?
- Welke competenties zijn volgens de diëtisten nodig voor het verrichten van diëtistische consulten thuis en voor het begeleiden van thuisgebonden patiënten?

### **1.3 Doelstelling**

Het doel van dit onderzoek is het beschrijven van de ervaringen en meningen van eerstelijns diëtisten met betrekking tot huisbezoeken en het maken van aanbevelingen ten behoeve van het waarborgen van de kwaliteit van diëtistische zorg aan huis. De aanbevelingen worden primair aan de diëtist gericht en kunnen in een kwaliteitshandboek voor Diëtistenpraktijk Wassenaar worden geïntegreerd. Aanbevelingen worden ook secundair gemaakt ten behoeve van onderzoek. Met dit advies zal niet alleen Diëtisten Praktijk Wassenaar, maar ook het werkveld in het algemeen, kunnen inspelen op de verwachting dat de behoefte aan huisbezoeken steeds gaat toenemen, door strategieën te ontwikkelen voor de efficiënte integratie van huisbezoeken in het dagelijkse verloop van een drukke diëtistenpraktijk en om de kwaliteit van de zorg aan huis te waarborgen.

### **1.4 Maatschappelijke relevantie**

De uitkomsten van dit onderzoek zijn van belang omdat de toenemende behoefte aan zorg aan huis aansluit bij de maatschappelijke ontwikkelingen van deze tijd. Het is belangrijk dat ook de diëtist met deze trend meegaat. Dat biedt kansen voor de diëtist om meer doelmatig begeleiding te bieden aan de thuisgebonden patiënt, met name kwetsbare ouderen, mensen die revalideren na een ziekenhuisopname en mensen die leiden aan chronische ziekten. Hierdoor kan de diëtist een bijdrage leveren aan het terugdringen van ondervoeding en chronische ziekten met de daarbij behorende kosten.

### **1.5 Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 wordt de methode voor het uitvoeren van het literatuur- en het praktijkonderzoek beschreven. Vervolgens worden in hoofdstuk 3, aan de hand van de eerste drie deelvragen, de resultaten van het literatuuronderzoek weergegeven. In hoofdstuk 4 worden de resultaten uit het praktijkonderzoek beschreven en volgt er een antwoord op de laatste drie deelvragen. In hoofdstuk 5 volgt de conclusie waar de resultaten uit het praktijkonderzoek worden afgezet tegen de literatuur. In het afsluitende hoofdstuk 6 wordt in een discussie de conclusie in een breder perspectief geplaatst en worden de beperkingen van het onderzoek weergegeven. In hoofdstuk 7 worden aanbevelingen gedaan voor het verbeteren van de kwaliteit van diëtistische zorg aan huis. Tot slot is de literatuurlijst te raadplegen en volgen de bijlagen I t/m V.

## 2 Methode

Om antwoord te geven op de hoofdvraag “*Hoe kan de kwaliteit van de zorg door eerstelijns diëtisten voor de thuisgebonden patiënt worden gewaarborgd en verbeterd?*” is literatuur- en praktijkonderzoek uitgevoerd. In dit hoofdstuk is de verantwoording van de gebruikte onderzoeksmethoden uitgewerkt. Hierbij staat beschreven hoe de data zijn verzameld en geanalyseerd. In het eerste gedeelte wordt de werkwijze voor het literatuuronderzoek uitgewerkt, vervolgens de werkwijze voor het praktijkonderzoek en tenslotte de kwaliteitsaspecten.

### 2.1 Literatuuronderzoek

Ter voorbereiding op het praktijkonderzoek werd literatuuronderzoek verricht. Het literatuuronderzoek is uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in het huisbezoek, met name welke percepties en ervaringen van de diëtisten hierover bekend zijn. Daarnaast is de doelmatigheid en kostenefficiëntie van het huisbezoek ook onderzocht.

De volgende deelvragen zijn met behulp van het literatuuronderzoek beantwoord:

- Wat is er al bekend uit de wetenschappelijke literatuur over de ervaringen en percepties van diëtisten met betrekking tot het verlenen van zorg aan huis?
- Hoe doelmatig is het verlenen van diëtistische zorg aan thuis? Oftewel “Is diëtistische zorg voor thuisgebonden patiënten zinvol?”
- Hoe kostenefficiënt is het verlenen van diëtistische zorg aan thuis?

#### 2.1.1 Gebruikte databanken en vakliteratuur

Binnen de literatuurstudie is gezocht naar primaire en grijze literatuur. De primaire literatuur is de literatuur waarin een onderwerp voor het eerst wordt behandeld, zoals de resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Grijze literatuur omvat onder andere verslagen die binnen een onderzoeksinstituut zijn uitgebracht, beleidsstukken bij ministeries en documenten van zorgverzekeraars (Verhoeven, 2011). De online databanken Cochrane Library, PubMed en Science Direct en de zoekmachine Google Scholar zijn geraadpleegd. Daarnaast is ook het Informatorium voor Voeding en Diëtetiek en Bohn Stafleu van Loghum geraadpleegd. Tevens zijn statistiek- en overheid gerelateerde websites bezocht, zoals het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), het Nederlandse Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

#### 2.1.2 Gebruikte zoektermen en methode

In het onderzoek naar wetenschappelijke artikelen is er gebruik gemaakt van de volgende MeSH zoektermen: dietitian, nutrition intervention, elderly, older adults, undernutrition, home visit(ation), house call, home care, homebound patient, home nutritional support, quality, cost-efficiency. Deze zoektermen zijn in combinatie met elkaar ingevoerd.

De deelvraag “Hoe doelmatig is het verlenen van diëtistische zorg aan huis?”, oftewel “Is diëtistische zorg voor thuisgebonden patiënten zinvol?”, gaat over preventie, therapie en prognose bij een specifieke patiëntengroep en is dus een klinische vraag. Daarom werd de PICO-methode (Patients, Intervention, Comparison and Outcomes) gebruikt om het literatuuronderzoek te vereenvoudigen:

- Patients (Patiënten): Thuisgebonden patiënten
- Intervention (Interventie): Diëtistische zorg aan huis
- Comparison (Vergelijking): Standaard zorg, geen diëtistische zorg aan huis
- Outcomes (Uitkomsten): Mortaliteit, morbiditeit, ziekenhuis (her)opname, opname in revalidatiecentrum, opname in verpleeghuis, energie- en eiwitinname, voedingsstatus, functionele status, kwaliteit van leven.

De volgende selectiecriteria zijn gehanteerd:

- De literatuur is niet ouder dan twintig jaar. Voor deze termijn is gekozen omdat bij het vooronderzoek bleek dat er weinig recent onderzoek naar het onderwerp is gedaan.
- De artikelen zijn Engels- of Nederlandstalig.
- Het niveau van bewijs is bepaald volgens de indeling van het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (Centraal Begeleidingsorgaan), zoals omschreven door Former-Boon en Van Duinen (2012). Zie bijlage III voor een gradatie bepaling van het niveau van bewijs van wetenschappelijk literatuur van het kennisinstituut. Er is bij voorkeur gebruik gemaakt van wetenschappelijk literatuur met minimaal graad B, maar ook kwalitatieve studies zijn gebruikt.
- Full-text beschikbaar.

Wanneer er bij een gebruikte term te veel resultaten verschenen, is er geavanceerd verder gezocht door zoektermen te combineren of de selectiecriteria aan te passen. De titel en abstract van de zoekresultaten zijn beoordeeld. Als deze pasten bij de onderzoeksvragen, is het artikel geselecteerd. Tot slot is ook gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode door de zoekopties 'geciteerde- en verwante artikelen' bij Google Scholar of 'related citations' bij PubMed te gebruiken en door relevante referenties in de artikelen zelf te raadplegen.

## **2.2 Praktijkonderzoek**

Het doel van het praktijkonderzoek was om de percepties, ervaringen en meningen van eerstelijns diëtisten met betrekking tot huisbezoeken te beschrijven. Er is dus gekozen voor kwalitatief onderzoek om het onderwerp te exploreren.

Het kwalitatief onderzoek heeft tot doel de laatste drie deelvragen te beantwoorden:

- Welke ervaring hebben diëtisten met huisbezoeken, tegen welke problemen lopen ze en hoe worden ze opgelost?
- Welke factoren zijn volgens de diëtisten van invloed op het succes van het consult aan huis en het begeleiden van thuisgebonden patiënten?
- Welke competenties zijn volgens de diëtisten nodig voor het verrichten van diëtistische consulten aan huis en voor het begeleiden van thuisgebonden patiënten?

### **2.2.1 Type onderzoek**

Aangezien het onderzoek is gericht op de ervaringen en meningen van de diëtisten, is er gekozen voor kwalitatief onderzoek middels individueel semigestructureerde diepte-interviews. Het voordeel van semigestructureerde interviews is dat de onderwerpen en belangrijkste vragen vastliggen, maar dat er ook ruimte is voor doorvragen op de eigen inbreng van de respondent. Hierbij is het mogelijk om af te wijken van de vraagvolgorde of formulering (Verhoeven, 2011). Om beïnvloeding in groepsverband te voorkomen is ervoor gekozen om de interviews individueel af te nemen.

### **2.2.2 Populatie en steekproef**

De onderzoekspopulatie betrof diëtisten uit de Randstad provincies (Noord-Holland, Zuid-Holland en Utrecht). Gezien de beperkte tijdsbestek voor het onderzoek is er gekozen om de onderzoekspopulatie te beperken tot bovengenoemde provincies om de reisafstand van de onderzoeker beperkt te houden.

Inclusiecriteria:

- Eerstelijns diëtisten werkzaam voor vrijgevestigde praktijken, gezondheidscentra en thuiszorgorganisaties; minimaal één jaar werkervaring

Exclusiecriteria:

- Eerstelijns diëtisten die exclusief werkzaam in verpleeghuizen zijn; eerstelijns diëtisten die geen zorg aan huis verlenen.

De gewenste steekproefgrootte was 30, met als doel om uiteindelijk 6 tot 10 diëtisten te spreken. De diëtisten zijn benaderd binnen het netwerk van de onderzoeker en de opdrachtgever en via internet. Een doelgerichte steekproefprocedure is gehanteerd om een diverse onderzoekspopulatie te verkrijgen, gebalanceerd voor de volgende karakteristieken en sub-karakteristieken:

- leeftijd: <35 jaar / 35-50 jaar / >50 jaar
- aantal gewerkte jaren: <10 jaar / 10-20 jaar / >20 jaar
- locatie van praktijk: stedelijk / landelijk
- grootte van praktijk: één diëtist, 2-4 diëtisten, >5 diëtisten

Wanneer de onderzoeker of opdrachtgever de diëtisten niet kende, is de selectie van diëtisten gemaakt door informatie over bovenstaande karakteristieken te verwerven middels analyse van de websites van de diëtistenpraktijken. Minimaal drie diëtisten die voldeden aan elke subgroep van de karakteristieken zijn uitgenodigd om een interview te geven. Zo is er geprobeerd om een representatief beeld van de onderzoekspopulatie te verkrijgen. Geselecteerde diëtisten zijn via e-mail benaderd in maart 2016. In bijlage I is de e-mail te zien die gebruikt is om deelnemers te werven. Bij positief antwoord van de diëtisten zijn bovengenoemde karakteristieken tijdens de interviews gecontroleerd. 7 diëtisten hebben positief gereageerd en hebben vervolgens meegewerkt door een interview te geven. 4 diëtisten hebben gereageerd om niet mee te kunnen werken omdat ze geen tijd hadden (n=3) of geen huisbezoeken uitvoerden (n=1). 16 diëtisten gaven geen reactie.

### **2.2.3 Dataverzameling**

Voorafgaand aan de interviews is een topiclijst inclusief voorbeelden van open vragen opgesteld (zie bijlage II) aan de hand van een review van de literatuur. De volgende topics zijn opgenomen: rationale voor het huisbezoek, doelgroep van het huisbezoek, motivatie van de diëtist, organisatie van het huisbezoek (oftewel werkwijze), uitvoering van het huisbezoek, multidisciplinaire samenwerking omtrent de zorg voor thuisgebonden cliënten, gebruik van medische voeding, nodige competenties voor het behandelen van thuisgebonden cliënten, en toekomstige vooruitzichten met betrekking tot de diëtistische zorg aan huis. Door het gebruik van een topiclijst is ervoor gezorgd dat in ieder interview ongeveer dezelfde vragen zijn gesteld en dat de belangrijkste onderwerpen naar voren zijn komen. Met doorvragen is er gestreefd naar een verzadigingspunt waarbij geen nieuwe input naar voren kwam (Verhoeven, 2011).

De interviews met de diëtisten zijn face-to-face afgenomen tussen 24 maart en 18 april 2016 in een voor hen vertrouwde omgeving, zoals thuis of op de werkplek van de respondent. Alle interviews duurden 30 tot 40 minuten. Gestart werd met een korte introductie en een toelichting op de doelstelling van het onderzoek. Vervolgens zijn verschillende onderwerpen aan de hand van de topiclijst uitgevraagd die de belangrijkste deelonderwerpen voor het beantwoorden van de hoofdvraag bevatten. Door gebruik te maken van semigestructureerde interviews kon er ongeremd informatie worden verkregen en verliep het interview meer als een gesprek. De antwoorden werden als volledig beschouwd op het moment dat alle details helder waren en de onderzoeker geen vragen meer had.

### **2.2.4 Dataverwerking en –analyse**

Alle interviews zijn digitaal opgenomen. Meteen na afloop werd elke geluidsopname *verbatim* getranscribeerd door de interviewer. De uitgeschreven interviews zijn opvraagbaar. Tijdens het interview werden ook handgeschreven memo's opgenomen om belangrijke of specifieke aspecten te documenteren. De analyse van de data werd uitgevoerd aan de hand van de "gefundeerde theorie benadering" volgens het 8-stappenplan dat door Verhoeven is beschreven (Verhoeven, 2011) en met behulp van Excel. Ter voorbereiding op de data-analyse werd de getranscribeerde tekst van het eerste geanalyseerde interview verdeeld in karakteriserende fragmenten die in een woord (label) kunnen worden samengevat, waarbij de niet relevante tekstfragmenten geschrapt zijn. Tijdens het analyseren van de data werd

gebruik gemaakt van 'open coderen'. Hierbij werd de data gereduceerd tot een verzameling codes. In de volgende fases worden de gegevens door middel van 'axiaal coderen' gegroepeerd en teruggebracht tot kernthema's. Bij het analyseren van de volgende interviews werd het mogelijk om nieuwe codes te formuleren voor thema's die nog niet zijn voorgekomen. Tevens werd bepaalde data van de tekst via Excel kwantitatief geanalyseerd, bijvoorbeeld aantal huisbezoeken per week alsmede de demografische data.

### **2.2.5 Kwaliteitsaspecten (betrouwbaarheid en validiteit)**

In dit onderzoek wordt de betrouwbaarheid en validiteit op de volgende manier vergroot:

#### *Betrouwbaarheid:*

Om de kwaliteit van dit onderzoek zo hoog mogelijk te houden, zijn de interviews digitaal opgenomen. Voor het interview begon is hier toestemming aan de respondent voor gevraagd. Door het opnemen kon tijdens het interview de aandacht onvoorwaardelijk op de respondent gericht worden en hoefde er niet meegeschreven te worden. Aan het begin van ieder interview werd het gesprek kort ingeleid, wat ervoor zorgde dat de respondenten op hun gemak gesteld werden en open durfden te zijn. Door middel van gesprekstechnieken zoals actief luisteren, doorvragen en herhalen konden onduidelijkheden eventueel rechtgezet worden. Tijdens alle interviews werd standaardisering toegepast: er werd gebruik gemaakt van dezelfde topiclijst waardoor zo veel mogelijk dezelfde vragen werden gesteld. De interviews zijn woordelijk getranscribeerd om te zorgen dat de informatie zo correct mogelijk werd verwerkt om een vertekening van het beeld te voorkomen. Door een doelgerichte steekproefprocedure werd gezorgd voor een representatief beeld van de respondenten, waardoor de uitkomsten van het onderzoek kunnen worden gegeneraliseerd. Tot slot, is er bij de eerste coderingen controle en feedback via peer-evaluatie door medestudenten gevraagd.

#### *Validiteit:*

Middels peer-evaluatie door een eerstelijnsdiëtist, een medestudent en een docent van de Haagse Hogeschool zijn de begrijpelijkheid en formulering van de topiclijst en voorbeeld interview vragen getest. De privacy en anonimiteit van de respondenten zijn gewaarborgd. Daardoor werd voorkomen dat de respondenten zich belemmerd zouden voelen in het eerlijk geven van hun ervaringen en meningen. Dit houdt in dat de interviews anoniem werden verwerkt (geen persoonsnaam of praktijknaam wordt in het verslag genoemd). Om de kans te beperken dat de respondenten sociaal wenselijke antwoorden zouden geven, heeft de interviewer tijdens het gesprek zo min mogelijk instemming of afkeuring op de verkregen antwoorden laten zien. Doordat de interviewer zelf enige ervaring met het uitvoeren van huisbezoeken heeft, werd gezorgd voor een goede aansluiting met de praktijk.

### 3 Resultaten Literatuuronderzoek

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het literatuuronderzoek beschreven. Het geeft antwoord op de in hoofdstuk 1 genoemde eerste drie deelvragen. Het literatuuronderzoek had als doel het analyseren van de best beschikbare literatuur over het verlenen van dieetadvisering thuis. Tevens was het belangrijk om eerst te onderzoeken wat in de literatuur is beschreven om deze informatie te gebruiken bij het opzetten van de topiclijst en bij het afnemen van de interviews.

#### 3.1 Wat is er al bekend over de ervaringen en percepties van diëtisten met betrekking tot het verlenen van zorg aan huis?

Op basis van de zoekacties blijkt dat er zeer weinig wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar de ervaringen en meningen van diëtisten met betrekking tot het verlenen van zorg aan huis. Slechts twee onderzoeken – uitgevoerd door middel van enquêtes onder diëtisten in de Verenigde Staten (Arensberg & Schiller, 1996) en in Japan (Hirakawa *et al.*, 2003) zijn gevonden.

##### *Inzichten uit de Verenigde Staten.*

Het Amerikaanse onderzoek uit 1996 door Arensberg en Schiller is uitgevoerd onder 252 diëtisten uit vijf Amerikaanse staten. Uit vooronderzoek bleek dat tussen de 10% en 20% van de diëtisten huisbezoeken uitvoerden. 47% van de diëtisten werkten als consulent voor thuiszorgorganisaties, terwijl 18% van de diëtisten in dienst van de thuiszorgorganisatie werkte en 18% werkte in de tweede lijn en voerde huisbezoeken uit. De meeste diëtisten gaven aan minder dan 10 uur per week bezig te zijn met de zorg aan thuisgebonden patiënten. De meest voorkomende indicatie voor huisbezoeken was diabetes, gevolgd door kanker, hart- en vaatziekten en AIDS. Veel diëtisten werkten met patiënten die enterale sondevoeding (55%), totale parenterale voeding (29%) of beide (17%) gebruikten, maar hun ervaring daarmee was echter beperkt tot minder dan twee bezoeken per week.

Van alle potentiële barrières voor het uitbreiden van diëtistische zorg aan thuisgebonden patiënten, is het gebrek aan vergoeding het vaakst genoemd (87%). Andere genoemde barrières zijn tijdsgebrek, geen erkenning door andere zorgverleners van het belang van voeding en de rol van de diëtist (19%), gebrek aan scholing (vooral op gebied van assessment van hydratatiestatus, leefstijl en thuisomgeving; dysfagie; en totale parenterale voeding) (10%), en het verlenen van voeding gerelateerde diensten (bijvoorbeeld nutritional assessment of het geven van voedingsadviezen) door andere zorgverleners (9%). 71% van de diëtisten verwachtte een toename van diëtistische zorg aan huis. De redenen die ze daarvoor gaven zijn het versnelde ontslag uit ziekenhuis en de hervorming van de vergoeding- en zorgsystemen. Veel diëtisten (22%) zagen enterale en parenterale voeding als een gebied voor ontwikkeling voor diëtisten die betrokken zijn bij de zorg van thuisgebonden patiënten thuis. Resultaten uit dit onderzoek suggereren dat twintig jaar geleden weinig diëtisten in de Verenigde Staten huisbezoeken uitvoerden en dat het verlenen van zorg aan huis groeiende carrièremogelijkheden voor diëtisten bood.

##### *Perspectieven uit Japan.*

In het Japanse onderzoek van Hirakawa *et al.* (2003) hebben 211 diëtisten een enquête beantwoord. Helaas was het artikel niet full-text in het Engels beschikbaar; wel was er een uitgebreid abstract beschikbaar. Door gebrek aan andere bronnen hebben wij de belangrijkste onderzoeksresultaten uit deze enquête toch opgenomen. In totaal had 54% van de respondenten enige ervaring met huisbezoeken, met bezoeken aan 1 tot 5 patiënten in het verleden. Typische bezoeken includeerden kooklessen (28% van de diëtisten), advies over energie-inname (25%), het delen van nieuwe recepten (24%) en antropometrische onderzoek



(13%). 77% van de diëtisten vond dat hun begeleiding effectief was en zij observeerden significante verbeteringen met betrekking tot de kookvaardigheden van de mantelzorger, het begrip van de patiënt van hun dieet en de voedingsinname. Volgens het langdurige zorgverzekeringsstelsel in Japan, hebben alle ouderen en hun mantelzorgers recht op uitgebreid dieet- en voedingsadvies en ondersteuning door middel van huisbezoeken. In de praktijk bleek echter dat weinig mensen profiteerden van dit programma. Een aantal barrières aan het uitvoeren van huisbezoeken werd genoemd, met name: weinig mensen wisten dat deze dienst bestaat; weinig mensen geloofden dat ze behoefte daaraan hadden; het was niet rendabel; en het aantal bevoegde diëtisten was onvoldoende. Uit de resultaten werd geconcludeerd dat beleidsmaatregelen moesten worden ingevoerd om de tarieven van de diëtist te verlagen en om het aantal diëtisten en hun scholingsniveau te verhogen.

Beide bovengenoemde onderzoeken onder diëtisten zijn vrij gedateerd en schetsen geen beeld van de situatie in Europa, laat staan Nederland. Ze geven een gefragmenteerd beeld en hun externe validiteit is dus zeer beperkt. Daarom is ervoor gekozen om ook onderzoeken over de ervaringen en percepties van andere zorgprofessionals met betrekking tot huisbezoeken mee te nemen.

#### *Perspectieven van de huisartsen.*

Een Canadese review van 65 beschrijvende artikels over huisbezoeken door huisartsen (Pereles, 2000) en een recent Duits kwalitatief onderzoek onder 24 Duitse huisartsen in de regio van Hamburg (Theile, Kruschinski, Buck, Müller & Hummers-Pradier, 2011) geven meer inzicht in de ervaringen en percepties van zorgverleners met betrekking tot huisbezoeken.

Door Pereles zijn een aantal voordelen van huisbezoeken genoemd: het voorkomen van opname in een ziekenhuis, het voorkomen van opname in een verpleeghuis of andere instelling na een ziekenhuisopname, het monitoren van chronische ziekten, het beoordelen van de thuisomgeving en de behoeften van de patiënten, en ondersteuning van de mantelzorg. Een aantal nadelen van huisbezoeken zijn ook genoemd, met name gebrek aan efficiëntie, het gebrek aan tijd en de beperkte vergoeding.

Door Theile *et al.* zijn de volgende positieve effecten van huisbezoeken genoemd: afleiding van de dagelijkse routine, het bevredigen van professionele nieuwsgierigheid (het verkrijgen van informatie over woonomstandigheden, gezinsdynamiek, leefstijl, beperkingen van de patiënt), het monitoren van medicatie/therapietrouw, het voorkomen van ziekenhuisopname, directe hulp voor psychiatrische crises, de marktwaarde van de praktijk vermeerderen en het behagen van de patiënt. Met betrekking tot de nadelen is gebrekkige vergoeding van huisbezoeken de vaakst genoemde reden voor het niet willen uitvoeren van huisbezoeken. De volgende nadelen zijn ook genoemd: het blootstellen aan moeilijke - soms gevaarlijke - omstandigheden, de beperkte diagnostische mogelijkheden, de perceptie dat huisbezoeken zeer tijdrovend zijn, weinig controle over het verloop van het consult, tijdrovende consulten en het bevorderen van het sociaal isolement van de patiënten. Ondanks de hiervoor genoemde voordelen van huisbezoeken, is dit manier om eerstelijns zorg te verlenen niet echt populair: een derde van de huisartsen gaf aan om het leuk te vinden om huis bezoeken uit te voeren; de rest vindt het niet leuk.

**Tabel 1 Voordelen en nadelen van huisbezoeken volgens diëtisten en huisartsen**

| Voordelen                                                      | Nadelen                                      |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Afleiding van de dagelijkse routine                            | Beperkte vergoeding                          |
| Bevrediging van professionele nieuwsgierigheid                 | Tijdrovend                                   |
| Controle van medicatie/therapietrouw                           | Gebrek aan efficiëntie                       |
| Voorkomen van ziekenhuisopname                                 | Beperkte diagnostische mogelijkheden         |
| Voorkomen van opname in instelling                             | Minder controle over verloop van het consult |
| Monitoren van chronische ziekten                               | Moeilijke omstandigheden                     |
| Beoordelen van de thuis omgeving en behoeften van de patiënten | Gevaarlijke situaties                        |
| Ondersteuning van de mantelzorg                                | Bevordert sociaal isolement van de patiënten |
| Directe hulp voor psychiatrische crisis                        |                                              |
| Vermeerderen van de marktwaarde van de praktijk                |                                              |
| Behagen van de patiënten                                       |                                              |

### 3.2 Hoe doelmatig is het verlenen van diëtistische zorg aan huis?

Deze paragraaf behandelt de doelmatigheid van diëtistische zorg aan huis, oftewel de klinische vraag: Is diëtistische zorg voor thuisgebonden patiënten zinvol? Het begrip doelmatigheid is door de volgende uitkomsten geoperationaliseerd: verminderde mortaliteit, verminderde (her)opname in ziekenhuis, verbeterde voedingsstatus (hoger gewicht en voedingsinname), verbeterde functionele status (hogere mobiliteit, ADL en spierkracht), betere cognitie, minder depressie en verhoogde kwaliteit van leven.

De zoekopdrachten hebben acht gerandomiseerde gecontroleerde studies geleverd (niveau van bewijs B) die de doelmatigheid van diëtistische zorg aan kwetsbare ouderen door middel van huisbezoeken evalueren (Beck, Kjær, Hansen, Storm, Thal-Jantzen & Bitz, 2012; Beck *et al.*, 2015; Beck, Gøgsig Christensen, Stenbæk Hansen, Damsbo-Svendsen & Kreinfeldt Skovgaard, 2016; Endevelt *et al.*, 2011; Feldblum, German, Castel, Harman-Boehm & Shahrar, 2011; Kwon, Suzuki, Kim, Yoon & Lee, 2004; Bernstein *et al.*, 2002; Locher *et al.*, 2013).

**Tabel 2 Overzicht van gerandomiseerde gecontroleerde studies over de doelmatigheid van zorg aan huis door diëtisten**

| Auteur                  | Jaar | Land       | Doelgroep                                                       |
|-------------------------|------|------------|-----------------------------------------------------------------|
| Beck <i>et al.</i>      | 2012 | Denemarken | Ouderen met verhoogd risico op ondervoeding na ziekenhuisopname |
| Beck <i>et al.</i>      | 2015 | Denemarken | Ouderen met verhoogd risico op ondervoeding na ziekenhuisopname |
| Beck <i>et al.</i>      | 2016 | Denemarken | Ouderen met ondervoeding                                        |
| Bernstein <i>et al.</i> | 2002 | VS         | Ouderen in het algemeen                                         |
| Endevelt <i>et al.</i>  | 2011 | Israël     | Ouderen met ondervoeding                                        |
| Feldblum <i>et al.</i>  | 2011 | Israël     | Ouderen met verhoogd risico op ondervoeding na ziekenhuisopname |
| Kwon <i>et al.</i>      | 2004 | Korea      | Ouderen in het algemeen                                         |
| Locher <i>et al.</i>    | 2013 | VS         | Ouderen met ondervoeding                                        |

In alle studies bestond de interventie uit het verlenen van voedings- en/of dieetadvies op maat tijdens huisbezoeken, eventueel versterkt door telefooncontacten tussendoor, vergeleken met standaard zorg. Zo nodig werd medische voeding ingezet. In zeven studies voerde een diëtist de huisbezoeken uit. Bij een studie was het niet duidelijk of het huisbezoek werd uitgevoerd door een diëtist of door een andere zorgverlener (Bernstein *et al.*, 2002). De studies zijn in bijlage III samengevat.

In de volgende alinea's wordt het effect van bovengenoemde voedingsinterventies op de volgende variabelen samengevat: mortaliteit, (her)opname in ziekenhuis, voedingsstatus, functionele status, cognitie, depressie en kwaliteit van leven.

#### *Mortaliteit.*

Vier gerandomiseerde gecontroleerde studies hebben het effect op de mortaliteit van diëtistische zorg aan thuisgebonden ouderen onderzocht (Beck *et al.*, 2016; Beck *et al.*, 2015; Beck *et al.*, 2012; Feldblum *et al.*, 2011). Een gerandomiseerde gecontroleerde studie uit 2015 onder Deense geriatrische patiënten met een verhoogd risico op voedingsproblemen na ontslag uit ziekenhuis heeft een klein maar niet significant positief effect op de mortaliteit laten zien. Twaalf weken na ontslag uit ziekenhuis waren minder mensen overleden in de interventiegroep (6%) (Beck *et al.*, 2015). Deze studie bevestigt de resultaten van een eerdere studie door Beck en collega's, waarin 6% van de patiënten in de interventiegroep overleed binnen zes maanden na ontslag uit ziekenhuis, vergeleken met 9% van de patiënten in de controlegroep (Beck *et al.*, 2012). Ook een Israëlisch onderzoek uit 2011 liet zien het positief effect van dieetbegeleiding thuis op de mortaliteit van ouderen na een ziekenhuisopname. Zes maanden na ontslag uit ziekenhuis waren slechts 4% van de ouderen in de controlegroep overleden, ten opzichte van 12% in de controlegroep (Feldblum *et al.*, 2011).

Vervolgonderzoek van Beck en collega's onder ondervoede ouderen in het algemeen - al dan niet na een ziekenhuisopname - over kortere periode (11 weken) heeft deze tendens tot een verlaging van de mortaliteit ook aangetoond. 2% van de deelnemers in de interventiegroep waren overleden ten opzichte van 13% in de controlegroep (Beck *et al.*, 2016).

Er kan worden geconcludeerd dat dieetbegeleiding thuis effectiever blijkt te zijn dan standaard zorg om de mortaliteit van ouderen met (een verhoogd risico op) ondervoeding te verlagen. De odds ratio voor mortaliteit binnen 6 maanden na ontslag uit ziekenhuis varieerde tussen 0.18 en 0.60. Alleen in het onderzoek door Feldblum was het verschil echter significant (p-waarde = 0.046).

#### *Ziekenhuis(her)opname.*

Het effect van diëtistische zorg aan huis op het risico van (her)opname in ziekenhuis is alleen in de drie Deense studies van Beck en collega's onderzocht. Een onderzoek onder geriatrische patiënten (70+ jaar) met een verhoogd risico op voedingsproblemen na ontslag uit ziekenhuis liet zien dat heropname in ziekenhuis binnen 6 maanden na ontslag significant lager was (p-waarde = 0.074) in de interventiegroep (28%) die diëtistische zorg thuis kreeg dan in de controlegroep (52%) (Beck *et al.*, 2015). Ook in het latere onderzoek onder ondervoede ouderen liet dieetbegeleiding thuis een klein positief effect zien op de frequentie van ziekenhuisopname zien: slechts 16 % van de deelnemers in de interventiegroep werd binnen de 11 weken onderzoeksperiode opgenomen, vergeleken met 28% in de controlegroep (Beck *et al.*, 2016). Het verschil was echter niet significant. Deze bevindingen spreken echter de resultaten een eerdere studie door Beck en collega's tegen. In het onderzoek van Beck *et al.* (2012) waren de resultaten ten gunste van de controlegroep. 42% van de controlegroep is opgenomen binnen de onderzoeksperiode van 6 maanden, ten opzichte van 53% van de interventiegroep. Het zou echter kunnen zijn dat - omdat veel van de consulten met de diëtist tegelijkertijd met de huisarts plaats vonden - het hogere risico op ziekenhuisopname uit een betere follow-up van de patiënten zou kunnen voortvloeien. Uit die

onderzoeken kan dus geen duidelijke conclusie over het effect van diëtistische zorg aan huis op het risico op ziekenhuisopname worden getrokken.

#### *Voedingsstatus en voedingsinname.*

Zes gerandomiseerde gecontroleerde studies hebben vastgesteld dat dieetbegeleiding aan huis de voedingsstatus (gewicht) en voedingsinname (energie, macro- en micronutriënten) van thuisgebonden ouderen zeer significant kan verbeteren. Deens onderzoek liet zien dat dieetbegeleiding aan huis een zeer significant positief effect op gewicht, energie inname en eiwitinname heeft (Beck *et al.*, 2015). Deelnemers in de interventie groep zijn gemiddeld 0,5 kg aangekomen, ten opzichte van de controlegroep die gemiddeld 0,9 kg was afgevallen. Ook was de energie-inname (1.4 MJ ten opzichte van 0.9 MJ extra per dag) en eiwitinname (19 g ten opzichte van 3 g extra per dag,) toegenomen in de interventie groep, ten opzichte van de controlegroep. Eerder onderzoek door Beck en collega's (Beck *et al.*, 2012) heeft ook een significante toename van gewicht (1.4 kg ten opzichte van -0.4 kg), energie-inname (1.3 MJ ten opzichte van 0.2 MJ extra per dag) en eiwitinname (11 g ten opzichte van 2 g extra per dag,) in de interventie groep ten opzichte van de controlegroep aangetoond.

Een Amerikaans onderzoek heeft de positieve effecten van een voedingsinterventie thuis bij een groep ouderen (70+ jaar) met functionele beperkingen laten zien (Bernstein *et al.*, 2002). 38 deelnemers werden aan een voedingsinterventie groep toegewezen en 32 deelnemers aan een bewegingsinterventie groep. Vergeleken met de bewegingsinterventie groep, nam de zelf gerapporteerde inname van fruit (+1.1 portie), groenten (+1.1 portie) en zuivel (+0.9 portie) per dag significant toe in de voedingsinterventie groep. De inname van alpha- en betacaroteen uit de voeding nam zeer significant toe en die correleerde met een toename van de bloedconcentraties van alpha- en betacaroteen. Ook werd een significante toename van de dagelijkse innames van eiwit (11 gram), energie (0.9 MJ) en water (177 ml) gerapporteerd. Een intensieve voedingsinterventie via huisbezoeken onder 183 oudere vrouwen in Korea heeft ook significante positieve effecten op de innames van energie, eiwit en een aantal micronutriënten (calcium, fosfor, ijzer, thiamine en riboflavine) aangetoond (Kwon, Suzuki *et al.*, 2004). Verschillen in gewicht en andere antropometrische en biochemische parameters waren echter niet significant.

Een Israëlisch onderzoek onder ondervoede ouderen wijst ook op een significante toename van de inname koolhydraten (15%), eiwit (8%) en vitaminen B1 (20%) en B6 (20%) (Endevelt *et al.*, 2011). Het effect van de interventie op het gewicht van de deelnemers was echter niet onderzocht. Een tweede Israëlisch onderzoek wijst op een kleine gewichtstoename in de interventiegroep (gemiddeld 0,5 kg ten opzichte van 0,15 kg), maar het verschil was niet significant. Ook hier werd een hogere dagelijkse inname van eiwit (+9g), vetten (+9g), koolhydraten (+12g) en energie (+151 kcal) in de interventiegroep geconstateerd, ten opzichte van de controlegroep. De meeste resultaten waren niet statistisch significant (Feldblum *et al.*, 2011). Deze studie heeft ook een significant gunstige stijging van het serum albumine – een belangrijke marker van ondervoeding en ontstekingen – in de interventiegroep laten zien. 9,7% van de interventiegroep had een serum albumine waarde van minder dan 3,5g/dL, vergeleken met 22,9% in de controle groep na zes maanden follow-up.

Alleen een Amerikaans onderzoek onder acuut of chronisch zieke ouderen met (risico op) ondervoeding heeft geen effect van diëtistische zorg aan huis op gewicht en energie-inname kunnen aantonen (Locher *et al.*, 2013). Het nulresultaat van deze studie komt weliswaar door een te kleine steekproef en dus de lage power, maar ook door de lage compliance van de deelnemers. Een van de conclusies van deze studie was dat de eisen van de interventie waarschijnlijk te hoog waren gesteld voor deze groep kwetsbare ouderen. Mogelijk was de voedingsinterventie (een huisbezoek aan de start van de interventie) ook niet intensief genoeg om de deelnemers te stimuleren tot gedragsverandering.

#### *Functionele status.*

Beck en collega's (2016) hebben een significant positief effect van diëtistische zorg thuis op de spierkracht van ouderen in de thuiszorg situatie aangetoond. In dit onderzoek werd de spierkracht getest door middel van de 30-second chair stand test. Deelnemers werden gevraagd om hun armen op hun borst te vouwen en zo vaak als mogelijk binnen 30 seconden te gaan staan en zitten op een stoel. Het doel van deze test is om de beenspierkracht en het uithoudingsvermogen te beoordelen. 47% van de interventiegroep had betere resultaten na 11 weken dieetbegeleiding aan huis, ten opzichte van 17% in de controlegroep. Een bijna significant positieve effect van diëtistische zorg aan huis op de ADL (Activities of Daily Living oftewel de algemene levensverrichtingen) (69% ten opzichte van 52%) werd door Beck en collega's geconstateerd (2015). Beck *et al.* (2012) hebben ook een significant verschil aangetoond in het percentage ouderen die zijn mobiliteit verbeterde (54% ten opzichte van 46%) als gevolg van dieetbegeleiding aan huis. Twee zes maanden lang intensieve voedingsinterventies onder ondervoede ouderen in Israël hebben echter geen significante verbetering in het verrichten van ADL laten zien (Endevelt *et al.*, 2011; Feldblum *et al.*, 2011). Er kan dus geen definitieve conclusie over het effect van dieetbegeleiding aan huis op functionele status worden getrokken.

#### *Cognitieve status.*

Endevelt heeft een significante verbetering in de cognitieve functie na intensieve begeleiding door de diëtist laten zien in een interventie van zes maanden bij ondervoede ouderen (Endevelt *et al.*, 2011). Een positief effect van een vergelijkbare interventie werd echter niet aangetoond door Feldblum *et al.* (2011).

#### *Depressie.*

De twee Israëlische studies hebben het effect van diëtistische zorg thuis onderzocht. Intensieve begeleiding door de diëtist heeft ook een significante vermindering van depressie laten zien in een intensieve interventie van zes maanden lang bij ondervoede ouderen (Endevelt *et al.*, 2011). Een positief effect van een voedingsinterventie op depressieve klachten werd echter niet aangetoond in de studie door Feldblum (Feldblum *et al.*, 2011).

#### *Kwaliteit van leven.*

Beck *et al.* (2016) hebben aangetoond dat dieetbegeleiding van ouderen in de thuiszorg leidt tot een significante verbetering van de levenskwaliteit, zoals subjectief door de deelnemers geëvalueerd. Kwaliteit van leven werd geëvalueerd door middel van de EuroQol-5D-3L, een beschrijvend instrument dat 5 dimensies omvat (5D): mobiliteit, zelfzorg, gebruikelijk activiteiten, pijn/ongemak, en angst/depressie. Elke dimensie heeft drie niveaus (3L): geen problemen, enige problemen, en veel problemen. Het resultaat wordt uitgedrukt op een schaal van 1.000 tot -0.624. Een zeer significante verbetering ( $p$ -waarde =  $<0.001$ ) in levenskwaliteit werd in de interventiegroep geconstateerd. De interventiegroep evalueerde zijn levenskwaliteit als gemiddeld 0.758, ten opzichte van 0.534 in de controlegroep. Die resultaten bevestigen de bijna significante verbetering in levenskwaliteit die eerder door Beck werd geconstateerd: 71% van de participanten in de interventiegroep scoorde beter met betrekking tot het subjectieve evalueren van hun levenskwaliteit, ten opzichte van 55% in de controlegroep (Beck *et al.*, 2015).

Samenvattend: de studies hebben aangetoond dat het verlenen van diëtistische zorg aan huis een significant positief effect heeft op de voedingsstatus (gewicht) en voedingsinname (totale energie, eiwit en micronutriënten) van thuisgebonden ouderen. Een aantal studies heeft ook een verminderde mortaliteit laten zien, alsmede een verbetering in het lichamelijke functioneren en in de kwaliteit van leven. In het algemeen hebben de studies van Beck en collega's het risico op ziekenhuis (her)opname en mortaliteit niet eenduidig kunnen verlagen.

Er worden echter ook andere kanttekeningen geplaatst bij deze bevindingen. Dat geen duidelijke conclusies kunnen worden getrokken over het effect van diëtistische zorg aan huis op het risico op ziekenhuisopname en op mortaliteit is waarschijnlijk te wijten aan de lage power in termen van kleine steekproeven en aan de korte duur van de follow-up perioden (maximaal zes maanden). Studies van grotere omvang en over een langere periode zijn noodzakelijk om alle uitkomsten voldoende te evalueren. Meer onderzoek blijkt ook nodig te zijn om het positieve effect op het cognitieve functioneren en depressie te bevestigen. Er is sprake van heterogeniteit tussen de verschillende studies en ook van kleine steekproeven die de betrouwbaarheid van de resultaten kunnen beïnvloeden. Verder, omdat geen enkele van de studies volledig werd geblindeerd, hebben alle studies een hoog risico op bias waardoor de betrouwbaarheid en de validiteit van de uitkomsten ook kan worden beïnvloed.

### 3.3 Hoe kostenefficiënt is het verlenen van diëtistische zorg aan huis?

In de volgende paragraaf gaan wij in op de vraag "Hoe kostenefficiënt is het verlenen van diëtistische zorg aan huis?", oftewel "Wat zijn de maatschappelijke kosten en baten van diëtiek voor thuisgebonden patiënten?".

#### *Tarieven voor dieetadvisering en uittoeslag.*

Iedereen heeft recht op drie uur dieetadvisering per kalenderjaar, vergoed uit de basisverzekering. Hiermee moet er rekening gehouden worden met het eigen risico. Uit de aanvullende verzekering kunnen meer uren dieetadvisering worden vergoed. Voor patiënten met COPD, diabetes en een hoog risico op hart- en vaatziekten wordt dieetadvisering vaak vergoed uit een ketenzorg programma. De tarieven voor vergoeding van dieetadvisering zijn door de zorgverzekeraars vastgesteld. Uit de zorgcontracten tussen de zorgverzekeraars en diëtisten blijkt dat het tarief per zorgverzekeraar enigszins kan variëren, maar vergoeding in 2016 ligt rond de 60 euro per uur of 15 euro per kwartier. Het gaat hierbij zowel om behandeltime in direct contact met cliënten (face-to-face) tijdens individuele consulten of huisbezoeken, als om de behandeltime die cliënt gerelateerd plaatsvindt buiten aanwezigheid van de cliënt (de rapportage aan de huisarts en andere zorgverleners, het berekenen van de voedingsanamneses en het uitwerken van de behandelplan). De totaal bestede tijd wordt afgerond op kwartieren. In het geval dat de diëtist de patiënt bezoekt kan een uittoeslag in rekening worden gebracht. Indien meer dan één patiënt per dag wordt behandeld tijdens één bezoek op één adres (bijvoorbeeld een verpleeghuis of verzorgingsflat), mag de uittoeslag slechts eenmaal in rekening worden gebracht (Beleidsregel BR/CU – 7051 Extramurale dieetadvisering). De uittoeslag varieert sterk per zorgverzekeraar (van 15 tot 27 euro); gemiddeld ligt het rond de 20 euro per consult.

**Tabel 4** Vergoeding diëtiek

| Prestatie                  | Vergoeding                                   |
|----------------------------|----------------------------------------------|
| Dieetadvisering 60 minuten | 60 euro                                      |
| Dieetadvisering 15 minuten | 15 euro                                      |
| Uittoeslag                 | 15 – 27 euro (veel variatie per verzekeraar) |

Tot op heden is er nog geen wetenschappelijk onderzoek specifiek gericht naar de kosten en baten van dieetadvisering aan thuisgebonden patiënten in de Nederlandse situatie. Meer globaal onderzoek naar de kosten en baten van diëtetiek in het algemeen (Lammers en Kok, 2012) en van diëtetiek bij ondervoeding (Freijer, Tan, Koopmanschap, Meijers, Halfens & Nuijten, 2011; Freijer, Nuijten & Schol, 2012; Kok & Scholte, 2014) geeft toch enig inzicht in de toegevoegde waarde die diëtetiek zou kunnen hebben voor thuisgebonden mensen.

#### *Kosten en baten van het huisbezoek.*

Onderzoek in Israël door Endevelt *et al.* (2011) heeft de zorgkosten tussen drie groepen ondervoede 75-plussers vergeleken: een groep die intensieve dieetadvisering kreeg door middel van vijf consulten thuis met de diëtist, een vergelijkbare groep die door de huisarts werd begeleid en een andere groep die geen behandeling kreeg. Na zes maanden bleek dat de kosten van consulten bij de huisarts zeer significant lager waren bij de groep die dieetadvisering thuis kreeg dan bij de andere twee groepen (gemiddeld USD 172 vs. USD 417 vs. USD 428). Daarnaast waren de kosten van consulten bij de specialist ook aanzienlijk lager (USD 66 vs. USD 326 vs. USD 325). Voor elke US dollar besteed aan diëtetiek aan huis voor ondervoede ouderen, werd bijna 2,5 USD aan zorgkosten bij de huisarts en bijna 5 USD aan zorgkosten bij de specialist bespaard. Een tendens tot een vermindering van de kosten van ziekenhuisopnames en voorgeschreven medicatie werd ook geobserveerd, alhoewel die verschillen niet statistisch significant bleken te zijn. Door het gebrek aan meer studies gericht specifiek op de analyse van de kosten en baten van huisbezoeken aan de thuisgebonden patiënt kunnen geen harde conclusies worden getrokken over de kostenefficiëntie van het verlenen van diëtistische zorg aan huis.

#### *Kosten en baten van dieetadvisering in het algemeen.*

Met een succesvolle dieetadvisering kunnen kosten voor ziekenhuiszorg en voor medicijngebruik worden bespaard. SEO Economisch Onderzoek heeft berekend dat dieetadvisering aan mensen met overgewicht en gerelateerde ziekten zoals diabetes en hypertensie en/of hyperlipidemie (belangrijke risicofactoren voor hart- en vaatziekten) de maatschappij ruim 0,4 tot 1,9 miljard euro oplevert over een periode van vijf jaar. Door de lage kosten van dieetadvisering (58 euro per uur in 2012<sup>1</sup>) en de hoge baten (de toename van fysieke gezondheid, de toename van mentale gezondheid, het voorkomen van medische aandoeningen, een hogere kwaliteit van leven, de besparingen op zorgkosten zoals ziekenhuisopname en medicijngebruik, meer productieve werknemers), krijgt de maatschappij voor elke euro die wordt besteed aan dieetbehandeling netto 14 tot 63 euro terug:

- 56 euro in gezondheidswinst (gemeten in QALYs – Quality Adjusted Life Years<sup>2</sup>);
- 3 euro aan netto besparingen op de totale zorgkosten
- 4 euro als productiviteitswinst.

In vergelijking: elke euro besteed aan een (medische) interventie levert ongeveer 3 tot 5 euro op. Dieetadvisering is dus zeer kosteneffectief, zeker in vergelijking met andere medische behandelingen (Lammers & Kok, 2012). Een kanttekening moet echter worden geplaatst bij het onderzoek van Lammers en Kok: hun berekening van de kosten voor dieetadvisering houdt geen rekening met de uittoeslag voor consulten aan huis, waardoor de reële kosten van

<sup>1</sup> De diëtist is een relatief goedkope zorgverlener: een uur dieetadvisering kost 58 euro, vergeleken met een standaardconsult bij de huisarts (van tien minuten) à 28 euro (Hakkaart-van Roijen, 2010).

<sup>2</sup> Een veelgebruikte maatstaf voor het kwantificeren van gezondheid en levensverwachting is de Quality Adjusted Life Year (QALY). De QALY-indicator combineert de kwaliteit van leven met de duur van een bepaalde situatie. De kwaliteit van leven wordt uitgedrukt in een getal tussen 0 (overleden) en 1 (een jaar leven in perfecte gezondheid). De QALY-indicator neemt ook moeilijk kwantificeerbare zaken als levensgeluk of zelfstandigheid mee. In een rapport van het RIVM werd geconcludeerd dat gezondheid, los van de bijdrage aan de economie via een productiewinst, een zelfstandige economische waarde heeft die minimaal € 100.000 per QALY bedraagt (De Hollander, Hoeymans, Melse, Oers & Polder, 2006).

dieetadviesing aan huis iets hoger moeten worden ingeschat. Deze kanttekening verandert echter niets aan de algemene conclusie van hun studie, namelijk dat dieetadviesing zeer kosteneffectief is in vergelijking met andere medische behandelingen.

#### *Kosten en baten van diëtetiek bij ondervoeding.*

Zoals boven al gezien worden huisbezoeken door de diëtist vooral ingezet bij kwetsbare ouderen die met ondervoeding of een risico daarop kampen. In 2011 kwam ondervoeding voor bij 22% van de ziekenhuispatiënten en 17% van de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen. Onder zelfstandig wonende ouderen komt ondervoeding vaker voor bij personen die een beroep doen op thuiszorg (17% is ondervoed), dan bij degenen die hier geen beroep op doen (7% is ondervoed). Ondervoeding in Nederland is vrijwel altijd ziekte gerelateerd en komt zowel veel voor tijdens ziekenhuisopnames als in de periodes ervoor en erna. Studies wijzen uit dat ondervoeding tot complicaties en langzamer herstel bij ziekte en operaties leidt (Halfens, Meijers, Du Moulin, van Nie, Neyens & Schols, 2010; Halfens *et al.*, 2012). Ondervoede patiënten liggen gemiddeld 30% langer in het ziekenhuis dan niet-ondervoede patiënten (Kruizenga, van Tulder, Seidall, Thijs, Ader & van Bokhorst-van der Schueren, 2005; Lim, Ong, Chan, Loke, Ferguson & Daniels, 2013). Daarnaast wordt geschat dat ondervoeding leidt tot ruim 400 extra sterfgevallen per jaar (Kok & Scholte, 2014). De gevolgen van ondervoeding voor de zorgkosten van thuiswonende personen (huisartsenbezoeken en ziekenhuisopnames) zijn vooralsnog onvoldoende onderzocht in Nederland om te kwantificeren. Uit een studie in de Verenigd Koninkrijk van Guest *et al.* (2011) blijkt wel dat ondervoede personen die thuis wonen vaker naar de huisarts gaan en vaker worden opgenomen in het ziekenhuis dan niet-ondervoede personen die thuis wonen.

Freijer *et al.* (2013) hebben aangetoond dat ziekte gerelateerde ondervoeding de Nederlandse gezondheidszorg 1,9 miljard euro per jaar kost, oftewel 2,1% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg. De kosten van ondervoeding zijn vier keer hoger voor personen ouder dan 60 jaar (1.5 miljard euro) dan voor patiënten in de leeftijdscategorie van 18-60 jaar (403 miljoen euro). De kosten van ondervoeding liggen dus opmerkelijk hoger dan die van obesitas (1.2 miljard euro). Volgens een andere studie van Freijer *et al.* zou alleen al bij de groep ondervoede 65-plussers in de extramurale setting (thuiszorg en verzorgingshuis) in Nederland 13 miljoen euro per jaar (4,7% van de totale kosten van ziekte gerelateerde ondervoeding) bespaard kunnen worden door het optimaliseren van de dagelijkse voeding inclusief het inzetten van medische drinkvoeding. De extra kosten van medische drinkvoeding (57 miljoen euro) zijn meer dan gecompenseerd door een daling van andere zorgkosten, zoals ziekenhuisopname en medicijngebruik (70 miljoen euro) (Freijer *et al.*, 2012).

#### *De kosten en baten van het inzetten van medische voeding bij ondervoeding.*

Onderzoek heeft op overtuigende manier aangetoond dat het gebruik van medische voeding bij ziekte gerelateerde ondervoeding tot een significante daling van de sterftetekans leidt, van het aantal ziekenhuisopnames en van de kans op complicaties (Beck, Wijnhoven & Østergaard Lassen, 2011; Cawood, Elia & Stratton, 2012; Milne, Potter, Vivanti & Avenell, 2009; Stratton, Hébuterne & Elia, 2013).

In 2014 heeft SEO Economisch Onderzoek een totale studie gericht op de Nederlandse situatie met betrekking tot de kosten en baten van het inzetten van medische drinkvoeding bij ziekte gerelateerde ondervoeding (Kok & Scholte, 2014). Zo hebben ze berekend dat de kosten voor een representatieve behandeling ongeveer 740 euro bedragen<sup>3</sup>. De baten van

---

<sup>3</sup> Een behandeling met medische voeding duurt ongeveer tien weken en komt overeen met ongeveer drie flesjes drinkvoeding per dag. De gemiddelde declaratieprijs in 2014 van een fles drinkvoeding bij zorgverzekeraars was 1,77 euro. Dit komt overeen met een dagelijks bedrag voor een representatieve behandeling van  $1,77 \text{ euro} \times 3 =$



het gebruik van medische drinkvoeding bestaan uit lagere sterfte en minder heropnames. Het gebruik van medische voeding door patiënten in de leeftijdsgroep 65-89 jaar levert per patiënt netto baten op van 1433 tot 3105 euro per behandeling. Voor iedere euro die wordt gestoken in de behandeling van een ondervoede persoon van 65-89 jaar krijgt de maatschappij 1,90 tot 4,20 euro terug. Het gebruik van medische voeding door alle zieke en ondervoede 65-plussers leidt dus naar schatting tot totale netto baten van 52 miljoen tot 112 miljoen euro per jaar (Kok & Scholte, 2014)<sup>4</sup>.

### 3.4 Samenvatting van de resultaten uit het literatuuronderzoek

Uit het literatuuronderzoek kan worden geconcludeerd dat diëtistische zorg aan huis doelmatig kan zijn om ondervoeding bij kwetsbare ouderen terug te dringen. Positieve effecten op het gewicht en de voedingsinname zijn zeer duidelijk aangetoond en er zijn ook sterke aanwijzingen voor een positief effect op de mortaliteit, het lichamelijke functioneren en de kwaliteit van leven. Onderzoek heeft een duidelijk effect van dieetbegeleiding thuis op ziekenhuis(her)opname het cognitieve functioneren en depressie nog niet kunnen aantonen. Meer onderzoek op grote schaal en over langere follow-up periodes is nodig om dit te kunnen bevestigen.

Overige conclusies die uit het literatuuronderzoek kunnen worden getrokken zijn dat diëtetiek – al dan niet bij de thuisgebonden patiënt – kan leiden tot forse besparingen op andere zorgkosten, bijvoorbeeld door een kortere ligduur in het ziekenhuis, minder kans op ziekenhuisopname, verlaagd medicijngebruik, minder kans op complicaties en minder sterfte. De besparing op de overige zorgkosten is op korte termijn een baat voor de zorgverzekeraar en/of het ziekenhuis. Er is geringe bewijs dat, alleen al bij de groep ondervoede 65-plussers in de extramurale setting (thuiszorg en verzorgingshuis) in Nederland, 13 miljoen euro per jaar (4,7% van de totale kosten van ziekte gerelateerde ondervoeding) bespaard kunnen worden door het optimaliseren van de dagelijkse voeding inclusief het inzetten van medische drinkvoeding. Maar meer onderzoek over de kostenefficiëntie van diëtetiek in de thuissituatie is wenselijk om harde conclusies te trekken.

---

5,31 euro. Een representatieve behandeling van 10 weken kost in totaal ongeveer 371,70 euro (5,31 euro per dag  $\times$  7 dagen  $\times$  10 weken = € 371,70). Bovenop dit bedrag komen de kosten die gemaakt worden door zorgverleners rondom het inzetten en het begeleiden van het gebruik van medische voeding (diagnostiek, multidisciplinair overleg, het monitoren van patiënten gewichtscontroles en het vaststellen van de juiste dosering medische drinkvoeding). Er wordt geschat dat de kosten van het toedienen van medische drinkvoeding even hoog zijn als de kosten van de drinkvoeding zelf. Dit leidt tot totale kosten van één behandeling met medische voeding van  $2 \times € 371,70 = € 743,40$  (Kok & Scholte, 2014).

<sup>4</sup> Het gebruik van medische voeding door patiënten in de leeftijdsgroep 65-69 jaar levert per patiënt netto baten op van 1433 euro per behandeling. Voor patiënten in de leeftijdsgroep 84-89 jaar levert het 3105 euro per behandeling op. Voor iedere euro die wordt gestoken in de behandeling van een ondervoede persoon van 65-69 jaar krijgt de maatschappij 1,90 euro terug (1433 euro / 743 euro). Voor iedere euro die wordt gestoken in de behandeling van een ondervoede persoon van 65-69 jaar krijgt de maatschappij 4,20 euro terug (3105 euro / 743 euro). Bij netto baten van 1,90 euro per geïnvesteerde euro zijn de totale netto baten 52 miljoen euro per jaar. Bij netto baten van 4,20 euro per geïnvesteerde euro zijn de totale netto baten 112 miljoen euro per jaar (Kok & Scholte, 2014).

## 4 Resultaten Praktijkonderzoek

Naar aanleiding van de literatuurstudie wordt geconcludeerd dat er nog weinig bekend is over het omgaan van diëtisten met huisbezoeken. Het kwalitatief onderzoek, waarover u in het volgende hoofdstuk leest, beoogde dit kennishiaat in te vullen door de ervaringen en meningen van eerstelijns diëtisten te beschrijven. Antwoord wordt gegeven op de in hoofdstuk 1 genoemde laatste drie deelvragen. In totaal zijn 420 tekstfragmenten gecodeerd. De resultaten uit de interviews zijn in tien categorieën verdeeld zoals in hoofdstuk 2 uitgelegd en hieronder behandeld. De coderingsschema van de respondenten is terug te vinden in bijlage IV.

### 4.1 Profiel van de respondenten

Er zijn in totaal 7 interviews gehouden met diëtisten gevestigd in Leiden (n=3), Den Haag (n=2), Rotterdam (n=1) en de Bollenstreek (n=1). Alle respondenten waren vrouwen. De leeftijd van de respondenten varieerde tussen de 29 en 61 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 38,6 jaar ( $SD \pm 11,3$ ). De gemiddelde respondent had 15,6 jaar ( $SD \pm 12,2$ ) werkervaring als diëtist. Drie diëtisten werkten zelfstandig en vier diëtisten werkten in een groepspraktijk, waaronder 3 diëtisten in kleine groepspraktijken (3 of 4 diëtisten) en één diëtist in een grotere groepspraktijk (7 diëtisten). Alle diëtisten behalve één bieden een breed aanbod aan zorg voor allerlei doelgroepen. Een diëtist werkte exclusief met de doelgroep ouderen. Alle diëtisten behalve één gaven aan deeltijd te werken, gemiddelde 3,4 spreekuurdagen per week ( $SD \pm 1,0$ ). De frequentie van de huisbezoeken varieerde sterk tussen de respondenten. Gemiddeld voerden de diëtisten 0,8 ( $SD \pm 0,9$ ) huisbezoeken per spreekuurdag uit, maar de diëtist die specifiek met de doelgroep ouderen werkte gaf aan gemiddelde 2 tot 3 huisbezoeken per spreekuurdag uit te voeren. De kenmerken van de respondenten - zoals de code per diëtist (D1 tot en met 7), leeftijd, werkervaring, praktijkgrootte en praktijklocatie - zijn in bijlage V weergegeven.

### 4.2 Rationale voor het huisbezoek

Alle respondenten gaven aan dat de meerderheid van huisbezoeken op medische indicatie worden uitgevoerd: vooral op verwijzing van de huisarts, maar ook af en toe op verwijzing van de diëtist in de tweede lijn, na ontslag van een patiënt uit ziekenhuis. Een aantal diëtisten (n=3) gaf aan om ook weleens op huisbezoek te gaan als ze behoefte aan meer informatie nodig hebben die de behandeling zou kunnen versterken, vooral bij mensen met een verstandelijke beperking of verminderde cognitie die zelf niet goed hun voedingsgedrag over kunnen brengen of die extra begeleiding nodig hebben. In die gevallen wordt de uittoeslag niet vergoed door de zorgverzekeraars en dus niet gedeclareerd door de diëtisten.

*“Wanneer ik heel nieuwsgierig ben naar hoe de thuissituatie is; wanneer ik niet kan uitleggen waarom bepaalde dingen niet lukken of wanneer mensen tegen moeilijkheden aanlopen, dan vind ik het heel fijn om thuis te kijken. [...] Ik ga dan regelmatig toch een keertje bij die mensen langs; dat doe ik maar één keer, hoor, omdat het heel veel tijd kost. Maar als ik daardoor een meerwaarde aan informatie kan verschaffen zodat ik de behandeling een push kan geven, dan vind ik het wel de moeite waard.” [D4]*

Daarnaast gaf één diëtist aan bereid te zijn om cliënten zonder medische indicatie bij hen thuis te bezoeken (bijvoorbeeld mensen die het heel druk hebben en niet tijdens werktijden naar de praktijk kunnen komen) bij het betalen van een toeslag, maar dat was nog niet voorgekomen en blijkt dus weinig praktische toepassing te hebben. Een andere respondent vond dat zo een extra service geen nut voor haar had omdat er genoeg mogelijkheden zijn om naar een avondsprekuur te komen.

#### 4.3 Doelgroep voor het huisbezoek

Alle diëtisten gaven aan dat de grootste doelgroep voor huisbezoeken kwetsbare ouderen met onbedoeld gewichtsverlies zijn - al dan niet na een ziekenhuisopname – en die slecht mobiel zijn. Ook ernstig zieke mensen (tijdens of na chemobehandeling, palliatieve zorg) en mensen die thuis aan het revalideren zijn na een ziekenhuisopname worden vaak thuis bezocht. Drie respondenten bleken – naast de doelgroep kwetsbare ouderen – ook in bepaalde niches actief te zijn door samenwerkingen met bepaalde instellingen aan te gaan, zoals patiënten met psychische klachten, de zorg voor verstandelijke handicapt en de verslavingszorg. De diagnose ondervoeding of onbedoeld gewichtsverlies komt bijna altijd voor in combinatie met een of meerdere andere ziekten (diabetes, darmklachten, nierfalen, COPD, kanker, Parkinson, trage wondgenezing ...) die de voedingstoestand beïnvloeden. Volgens de diëtisten is de informatie over achterliggende oorzaken van de ondervoeding vaak niet voldoende.

*“Meestal is de medische indicatie onbedoeld gewichtsverlies, en dan speelt er nog iets anders, al sinds lang. Heel vaak zijn de huisartsen niet specifiek bij het aanvragen.”*  
[D1]

De meest genoemde voedingsproblemen zijn het gebrek aan eetlust, gevolgd door smaakverandering, misselijkheid en een lage eiwit- en totale energie-inname.

#### 4.4 Motivatie van de diëtisten

Op de vraag of ze het leuk vinden om huisbezoeken uit te voeren, bleken de meeste respondenten (n=5) zeer positief ingesteld te zijn. Een diëtist gaf aan dat of ze het leuk vond echt van de situatie afhangt. Een andere diëtist gaf aan dat ze het niet leuk vond omdat ze weinig affiniteit met de doelgroep ouderen voelt.

Voor alle diëtisten heeft het huisbezoek een grote meerwaarde omdat het veel informatie levert; niet alleen informatie over het voedingspatroon (verkregen vooral door in de koelkast en de voorraadkast te kunnen kijken) maar ook over de algemene situatie rondom hun cliënt. De diëtisten beschreven de huisbezoeken als: *“nuttig”, “het levert altijd veel informatie”, “het geeft een beeld”, “zeer onthullend”, “het geeft meer inzicht waarop je je advies beter kan afstemmen”, “je krijgt meer een beeld van de situatie rond iemand heen”*.

*“Soms is het nuttig om thuis te gaan kijken zodat je in de koelkast kan zien wat ze echt gebruiken. Het is soms heel wat anders is dan wat ze zeggen. [...] In de praktijk heb je vaak een iets meer afgebakend stuk; er zijn niet zo veel andere factoren die mee spelen. In de thuissituatie zie je alle beperkingen, je merkt dat mensen niet goed kunnen lopen bijvoorbeeld. Het plaatje is dus wat breder, wat completer. [...] Je krijgt een groter stuk van hun leven in beeld”. [D1]*

*“Het zegt iets meer over de mensen als ze thuis in hun eigen omgeving zijn; over hoe iemand voor zijn eten kiest en of ze überhaupt de zorg voor het eten kunnen hebben. [...] Het levert heel veel informatie, is er familie of niet, is iemand heel eenzaam, hoe ziet de keuken eruit, is het een rommel of een beetje opgeruimd. In de woning krijg ik veel meer informatie, ik kan van alles op een afstand achter mijn bureau bedenken, maar soms moet ik daar echt even zijn om te ruiken en te voelen en een rondje te lopen en te zien hoe het reilt en zeilt op zo een plek”. [D4]*

Veel respondenten beschreven het huisbezoek als een leuke afwisseling in de dagelijkse werkroutine. Verder vinden ze het ook nuttig omdat andere mensen (mantelzorg, thuiszorg) vaak aanwezig zijn, die aanvullende informatie kunnen geven en betrokken bij het uitvoeren van de behandeling kunnen worden.

De respondenten benoemden ook een aantal nadelen van huisbezoeken. Alle diëtisten noemden de hoge tijdsinvestering, net als een minder efficiënte werkwijze. Factoren die de efficiëntie van het consult beïnvloeden zijn voor velen de storingen van buitenaf, het gebrek aan geschikte apparatuur (weegschaal, lengtemeter), het gebrek aan internet waardoor ze geen toegang hebben tot het online dossier, de medische gegevens van de patiënt, de online agenda of berekeningsprogramma's en niet snel inzicht in zijn voedingsgewoonten en gericht advies aan de patiënt kunnen geven. Daardoor moet het dossier worden bijgehouden en veel worden uitgewerkt na afloop van het consult. Diëtisten die toegang tot internet hadden geregeld vonden de setting van het huisbezoek vaak niet prettig voor het werken achter de laptop.

Daarnaast ervaren zes van de zeven respondenten de beperkte vergoeding van huisbezoeken door de zorgverzekeraars als een fors nadeel:

*“Het kost meer tijd en het levert minder op in de zin van vergoeding. Het levert het equivalent aan een kwartiertje aan consulten in de praktijk, maar je bent toch meer tijd daaraan kwijt. Je moet minimaal een kwartiertje van tevoren weg en dan een kwartiertje daarna terug. Het is niet in verhouding tot met wat er voor extra aan betaald is. Stel je voor dat je met de auto gaat en dat je ook voor het parkeren moet betalen, dan ben je ook nog je parkeerkosten kwijt.” [D7]*

Ook werd een hogere nood voor tijdsbewaking door een verminderde controle over het gesprek als een nadeel genoemd.

*“Ik ben altijd bang dat ik ga uitlopen. Je moet heel veel je tijd bewaken wanneer je daar bent want mensen zijn heel vaak meer ontspannen in hun thuissituatie waardoor het consult wat minder afgebakend is. Dat vind ik echt een nadeel”. [D4]*

*“In de praktijk heb ik de regie over het gesprek. Daar is de regie bij de patiënt; die bepaalt veel meer wat hij zelf wilt doen: of hij wilt zich aankleden, of hij de visite gaat uitlaten”. [D5]*

Een moeizamer planning werd door twee diëtisten genoemd. Er moet vaker met andere partijen zoals mantelzorgers en de thuiszorg worden overgelegd, bijvoorbeeld om afspraken te plannen en om het uitvoeren van de behandeling te regelen. Ook moet er van tevoren meer worden voorbereid, bijvoorbeeld denken aan apparatuur en voorlichtingsmateriaal mee te nemen.

Een diëtist ervoer huisbezoeken soms als vermoeiend.

Een andere diëtist vond dat huisbezoeken een nadelig invloed op de zelfstandigheid van de patiënten zou kunnen hebben.

*Het is wel goed om mensen te stimuleren om naar het spreekuur te blijven komen; als ze naar buiten gaan stimuleer je hun zelfstandigheid. We moeten oppassen dat mensen niet te snel in huisbezoeken verzond raken. Als de situatie verbetert, vind ik dat je het bespreekbaar moet maken of de mensen niet op de praktijk zelf zouden komen. Het consult op locatie heeft dan wel weer de voorkeur op het huisbezoek”. [D4]*

**Tabel 3** Motivators en barrières voor huisbezoeken volgens de diëtisten

| Motivators                                                         | Barrières                                                |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Levert veel informatie over voedingspatroon                        | Hoge tijdsinvestering                                    |
| Levert veel informatie over algemene situatie rondom de cliënt     | Minder efficiënte werkwijze                              |
| Nieuwsgierigheid                                                   | Tijdsbewaking, minder controle over gesprek              |
| Leuke afwisseling in de dagelijkse werkroutine                     | Onvoldoende vergoeding door zorgverzekeraars             |
| Kans om mantelzorgers of thuiszorg te betrekken bij de behandeling | Vermoeiend                                               |
| Versterkt vertrouwensband met patiënt                              | Moeizamer planning                                       |
|                                                                    | Kan de zelfstandigheid van de cliënt nadelig beïnvloeden |

#### 4.5 Organisatie en werkwijze

De meeste respondenten (n=6) plannen liever geen huisbezoeken in tijdens hun spreekuur. Huisbezoeken worden liefst gepland aansluitend aan de ochtend- of middag spreekuur, eventueel onderweg naar huis om reistijd te beperken en om de dagelijkse routine niet te moeten onderbreken. Bij cliënten die thuiszorg krijgen is het meestal lastig om een afspraak aan het begin van de ochtend te plannen omdat ze niet precies weten wanneer de thuiszorg zal komen. Er wordt ruime tijd voor en na het consult gepland omdat de diëtisten zeer bewust van het risico op het uitlopen van de consulten zijn. Twee diëtisten plannen daarom liever de huisbezoeken op hun vrije dag of op dagen dat ze geen spreekuur hebben. Als de huisbezoeken verder weg zijn, proberen veel diëtisten de consulten op een dagdeel te clusteren. Alle diëtisten gaven aan om hun werkgebied te beperken tot de patiënten van de huisartsen (en eventueel de thuiszorgorganisaties) met wie ze samenwerken. Een diëtistenpraktijk met meerdere diëtisten in dienst beschouwt ondervoeding bij ouderen als spoedaanvragen. Daardoor wordt meestal de eerste collega die tijd in haar planning heeft ingeschakeld voor het intake consult.

Met betrekking tot de duur van de huisbezoeken blijkt dat er meestal één uur voor een intake en een halfuur voor een vervolgconsult aan directe tijd (exclusief reistijd) wordt besteed. Er wordt meestal veel meer indirecte tijd verbonden aan consulten bij buitenpatiënten dan aan consulten in de praktijk. Zeker een halfuur indirecte tijd wordt gerekend per huisbezoek, niet alleen voor het uitwerken van het advies, maar vooral voor overleg met mantelzorgers en/of thuiszorg, collegiaal overleg en rapportage naar de zorgverwijzers.

De werkwijze van de diëtisten tijdens de consulten bleek erg verschillend te zijn. Drie respondenten nemen altijd een laptop – al dan niet met mobiel internet - mee om op locatie inzicht in het medische gegevens te krijgen, het dossier van de patiënt bij te houden, de voedingsanamnese te berekenen en het advies uitwerken. Ze voelen dat ze daardoor zo min mogelijk werk hoeven te verrichten na afloop van het consult.

*“Tegenwoordig gaat alles digitaal. Ik zorg dat ik mobiel internet heb, dan kan ik mijn EPD inzien en bijhouden. Als er een uitslag van de huisarts in de tussentijd is dan kan ik het terughalen. Als er een machtiging voor drinkvoeding is, heb ik het ingescand en dan kan ik zien wanneer het gaat verlopen. Het consult verschuift van de praktijklocatie naar de thuissituatie, maar verder is het business as usual”. [D4]*

Drie respondenten nemen liever geen laptop mee omdat ze de belemmeringen van het gebrek aan internet ervaren, maar ook omdat ze vinden dat het contact met de patiënt beter zonder laptop verloopt.

*“Soms voel je wel dat achter zo een scherm zijn tijdens een huiskamer gesprek een verstorende factor kan zijn” [D7]*

Een diëtist had een tussenoplossing gevonden door gebruik van een tablet met mobiel internet te maken. Daardoor kan ze de elektronisch patiëntendossier (EPD) en haar online agenda inzien, maar zij kiest zelf om aantekeningen met de hand te maken en alles later uit te werken.

Met betrekking tot de voorbereiding van een huisbezoek, gaven de meeste diëtisten aan een weegschaal (n=4) te brengen en/of de SNAQ meetlint (n=4) om de bovenarmomtrek te meten. De diëtisten die geen weegschaal mee nemen zeggen gebruik van de weegschaal van de cliënt te kunnen maken. Mocht er geen weegschaal zijn, meten ze de bovenarm omtrek als controle. Een diëtist gaf aan om een BIA (Bio-elektrische Impedantie Analyse apparaat) mee te nemen. Verder nemen alle diëtisten voorlichtingsmateriaal en afspraak kaartjes mee. Twee respondenten gaven ook aan om samples drinkvoeding in de auto mee te nemen.

#### **4.6 Uitvoering van het huisbezoek**

De grootste uitdaging tijdens het uitvoeren van huisbezoeken bleek de onvoldoende verwijzing van de huisarts te zijn. Vijf van de zeven respondenten noemden dat ze te weinig informatie over de patiënt kregen in de verwijzing en dat ze daarom niet altijd goed voorbereid op de situatie zijn. Vooral bij mensen met slechte cognitie en veel beperkingen bleek dat problematisch te zijn omdat de patiënten zelf niet in staat zijn om de informatie aan te vullen.

*“Je weet niet wat er speelt; je loopt blanco binnen.” [D5]*

*“De huisarts is niet altijd volledig, soms staat er ondergewicht maar niet hoe het komt, terwijl als iemand kanker heeft gehad, dan vind ik het wel heel fijn om dat te weten. Mensen kunnen best wel wat vergeten te vertellen. Dus de verwijzing van de huisarts mag uitgebreider, met medicijnen en afwijkende lab waarden ook daarbij.” [D6]*

Drie van de respondenten wijzen ook op het feit dat het voeren van een gesprek met mensen met slechte cognitie of veel beperkingen heel lastig kan zijn. Ze kunnen heel snel moe worden, dementeren, een korte aandacht boog hebben en/of slecht horen, waardoor het achterhalen van informatie en het geven van advies heel moeizaam kan lopen. Als geen verzorgende betrokken bij het gesprek zijn, heeft een huisbezoek in die gevallen beperkte toegevoegde waarde.

Twee respondenten ervaren ook de emotionele lading van sommige gesprekken als problematisch:

*“Als de emoties heel hoog zitten, kan dat soms heel lastig zijn. Eigenlijk kom je dan meer voor die persoon die zijn verhaal even wilt luchten. Dan moet je die voeding elke keer toch zien te pakken. Dat is soms een barrière om je werk te kunnen doen. [D6]*

Alle zeven respondenten benoemden het leggen van goede contacten met verzorgenden als belangrijke voorwaarde voor het succes van het huisbezoek. Vooral bij het plannen van consulten, bij het inwinnen van informatie over de medische achtergrond en het voedingspatroon, en bij het uitvoeren van het advies kan de betrokkenheid van mantelzorgers en thuiszorg een boost aan de behandeling geven. Andere vaak genoemde factoren die bijdragen aan het succes van het huisbezoek waren: een uitgebreide verwijzing of, bij gebrek daaraan, voldoende informatie via verzorgenden te hebben gekregen, het hebben van tijd, het

geven van persoonlijke aandacht. Daarnaast moet het advies “*op maat*”, “*geen grote belasting vormen*”, “*haalbaar*” zijn en “*in kleine stapjes worden geïntroduceerd*”.

Over het algemeen menen de respondenten dat de huisbezoeken erg gewaardeerd zijn door de cliënten; dat het een mooie dienst van de zorgverleners is. Af en toe vinden de patiënten dat het niet nodig is, of ze raken in de war door het gesprek. Soms komt het voor dat een patiënt financiële zorgen heeft, waardoor ze terughoudend zijn met betrekking tot de diëtist omdat ze willen voorkomen dat de kosten voor dieetadvisering of voor aanvullende drinkvoeding van hun eigen risico af gaan. In die gevallen worden de huisbezoeken minder gewaardeerd.

*“Het gebeurt heel vaak dat mensen zich zorgen maken over waar het geld allemaal vandaan moet komen. Ze denken dan: ik hoef de diëtist niet meer, ik hoef drinkvoeding niet meer, ik hoef de thuiszorg niet meer. Dan komt bijna niemand doorheen; alleen de huisarts omdat die wordt vergoed. Het maakt het wel lastig om succesvol te zijn.”*  
[D2]

Vijf van de zeven diëtisten gaven aan dat het huisbezoek van de diëtist ook door de huisarts erg wordt gewaardeerd, omdat ze door drukte zelf niet altijd naar de cliënt kunnen en het fijn vinden dat iemand langs kan gaan. Soms blijken huisartsen niet te weten dat de diëtist ook op huisbezoek gaat. De twee andere respondenten vonden dat de huisbezoeken juist niet voldoende door de huisartsen gewaardeerd worden, omdat de diëtist niet vaak en snel genoeg wordt ingeschakeld.

Met betrekking tot de waardering van het huisbezoek door de zorgverzekeraars, hadden de diëtisten echter geen mening. Een diëtist vond dat zorgverzekeraars waarschijnlijk zeer verschillende waarderingen van het huisbezoek had omdat er veel verschil in de uittoeslag zit per zorgverzekeraar.

#### **4.7 Multidisciplinaire samenwerking**

Alle respondenten waren het eens over de meerwaarde van multidisciplinaire samenwerking vooraf, tijdens en na huisbezoeken. Ze benadrukten allemaal hoe belangrijk het is om veel te overleggen met andere zorgverleners wanneer het de zorg voor kwetsbare ouderen betreft.

*“Ik probeer altijd zoveel mogelijk te rapporteren naar alle partijen zodat men op de hoogte is van elkaars adviezen en elkaar op de hoogte houdt van alle ontwikkelingen”*  
[D3]

##### *Huisartsenpraktijken*

Een goede samenwerking met de huisartsenpraktijken is onmisbaar bij de zorg voor thuisgebonden cliënten. Vier van de diëtisten gaven aan dat – omdat sinds 2015 bij een aantal grote zorgverzekeraars alleen de diëtisten drinkvoeding mogen voorschrijven – de huisartsen veel vaker naar de diëtisten verwijzen. Alle diëtisten gaven aan te rapporteren aan de huisarts, maar bij specifieke vragen richtten ze zich vooral naar de praktijkondersteuners. Drie diëtisten gaven aan om contact met de praktijkondersteuners te hebben ter voorbereiding van een huisbezoek aan elke nieuwe patiënt:

*“Ik ga van tevoren naar de POH. Dan gaat ze toelichten wat ik kan verwachten, in welke staat de patiënt is. Het is meestal een diabeet of een CVA patiënt, dus de POH kent de mensen al en is vaak zelf op huisbezoek geweest. Zij kan goede tips geven.”*  
[D7]

Twee diëtisten ervaren dat de samenwerking met de huisarts niet altijd op een optimale manier verloopt. Naast de beperkte informatie in de verwijzing, vinden ze ook dat de communicatie met de huisarts na het consult vaak moeilijk is:

*“De terugkoppeling is lastig omdat de huisarts slecht is te bereiken. Als je wilt dat iemand naar sondevoeding overstapt, dat wil je meteen met de huisarts bespreken. Of bij oudere mensen, als je én koolhydraten én vet én eiwit moet beperken; wat heeft dan de medische prioriteit? Dan wil je overleggen, maar je krijgt de huisarts niet te pakken. Dan blijft het in de lucht hangen.” [D5]*

#### *Thuiszorg en mantelzorgers.*

Alle respondenten waarderen de thuiszorg (en eventuele mantelzorgers) als een zeer belangrijke partner bij het uitvoeren van de behandeling. Alle diëtisten gaven aan om regelmatig telefonisch contact met de thuiszorg en soms de casemanager zelf te zoeken om afspraken te plannen en om ze te betrekken bij het uitvoeren van de behandeling. Wanneer nodig spreken de meeste diëtisten soms ook af met hun patiënt in het bijzijn van de thuiszorg. De diëtisten ervaren dat de thuiszorg meestal, maar niet altijd, bereid is om zo een extra bijdrage te leveren aan de zorg voor de cliënt.

*“Samenwerking [met de thuiszorg] is heel positief. Je kunt best met de thuiszorg overleggen van tevoren; plannen wanneer het beste moment is om te gaan. Soms slapen mensen tussen de middag, of ze hebben een andere afspraak eerst, dus dat kan je best proberen af te stemmen. Als de thuiszorg een kwartiertje daarbij is kan je best wat afspraken samen maken om sturing aan de behandeling te geven. Dat kan echt waardevol zijn. De thuiszorg vindt het interessant, ze heeft er ook iets aan. Soms heeft ze geen tijd, maar het is wel een meerwaarde als het kan. Je moet dan meer flexibel zijn in je planning zijn om afspraken met anderen te maken.” [D7]*

Twee van de diëtisten gaven ook aan dat de thuiszorg vaak een belangrijke rol speelt bij het signaleren van ondervoeding.

#### *Tweede lijn*

De meningen van de diëtisten over het samenwerken met de tweede lijn lopen uit een. Vijf diëtisten gaven aan dat het niet vaak voorkomt dat patiënten worden verwezen door de diëtist in het ziekenhuis naar de diëtist in de eerste lijn, en dan alleen in geval van sondevoeding. Bij ontslag uit ziekenhuis, neemt meestal de huisarts of de cliënt zelf het initiatief om de diëtist in de eerste lijn te inschakelen. Drie diëtisten hadden echter geen mening over de kwaliteit van de overdracht uit ziekenhuis. Twee diëtisten vonden de overdracht heel goed gaan, en twee diëtisten vonden de overdracht slecht.

*“Ik mis wat overdracht. Er is te weinig informatie beschikbaar, je moet vaak bellen om te weten precies wat [voor medische voeding of dieet] werd voorgeschreven; wat, hoeveel, hoe vaak per dag? Ideaal is als de diëtist in de poli contact opneemt met de diëtist in de eerste lijn, maar dat gebeurt al lang niet altijd.” [D5]*

#### *Overige zorgverleners*

Samenwerking met andere zorgverleners gebeurt op een *ad hoc* manier. Vooral de fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten zijn door de respondenten genoemd. De meeste diëtisten gaven aan om attent te zijn op alle beperkingen en behoeften van hun cliënten tijdens een huisbezoek. Ze hanteren een proactieve aanpak door naar andere zorgverleners te rapporteren of door te verwijzen als ze het nodig achten.

*“Je probeert samen met andere behandelaars te werken als het nodig is. Als je bij iemand komt en hoort dat hij geen fysiotherapie heeft en je vindt dat het fijn zou zijn, dan bel je de fysiotherapeut, en dat wordt allemaal geregeld via de huisarts. Of als iemand net een rolstoel heeft gekregen maar die zit helemaal niet lekker, dan vraag je of je het aan de ergotherapeut mag doorgeven. Zo probeer je ook mensen te helpen. [D1]*



Veel respondenten gaven aan om goed samen met de apotheken te werken omtrent de zorg voor hun thuisgebonden patiënten. Zo gaan de diëtisten regelmatig zelf de machtiging voor drinkvoeding voor hun patiënten bij de apotheek inleveren. Door persoonlijke contact met de apotheek zorgen ze dat de drinkvoeding snel bij de patiënt wordt bezorgd.

#### **4.8 Medische voeding**

Alle respondenten gaven aan om veel ervaring met drinkvoeding te hebben. Ze schrijven het wekelijks of maandelijks aan cliënten voor.

Met betrekking tot sondevoeding was er veel verschil in de ervaring van de diëtisten. Drie respondenten gaven aan dat ze nauwelijks ervaring met sondevoeding hadden omdat patiënten met sondevoeding niet naar de eerstelijns diëtisten worden overgedragen. Een van die respondenten was van mening dat de diëtisten in het ziekenhuis verwezen naar diëtisten die ervaren met sondevoeding zijn. Twee diëtisten waren van mening dat de overdracht niet gebeurt omdat diëtisten in de tweede lijn de perceptie hebben dat eerstelijns diëtisten relatief weinig ervaring daarmee hebben. Daardoor ontstaan er soms problematische situaties waarin patiënten geen deskundige begeleiding krijgen na ontslag uit ziekenhuis.

*“Mijn ervaring is dat er een luchtledige ontstaat zodra mensen uit het ziekenhuis zijn ontslagen. Ze [de diëtisten in het ziekenhuis] hebben ervaring met sondevoeding dus ze houden het dichtbij zich en in principe blijft de patiënt onder behandeling van de diëtist van het ziekenhuis. Omdat ze niet op huisbezoek gaan, wordt in de praktijk de behandeling door de thuiszorg overgenomen, maar die hebben alleen ervaring met het inbrengen van de sondes en met standaard sondevoeding. Ze weten dus niet veel over de samenstelling van de voeding. Het zou heel veel winst voor de diëtetiek kunnen zijn als dat beter geregeld zou kunnen worden. Het niet aan anderen die geen kennis van voeding hebben over te laten.” [D2]*

Drie respondenten zeiden veel ervaring met sondevoeding te hebben en om wekelijks of maandelijks patiënten met sondevoeding te begeleiden. Een respondent zei af en toe een patiënt met sondevoeding te begeleiden. Alle vier van die respondenten hadden, voor dat ze in de eerste lijn gingen werken, veel ervaring met sondevoeding in een andere setting (ziekenhuis, thuiszorg of revalidatie) opgebouwd. Die diëtisten vonden dat de overdracht uit het ziekenhuis op een gemakkelijk manier verloopt:

*“Ze weten ons te vinden. Bij de huisartsen is bekend dat ik in het ziekenhuis heb gewerkt. Wij zitten ook in een transmuraal overleg bij het ziekenhuis en ze weten gewoon welke diëtisten in de regio ervaring met sondevoeding hebben”. [D6]*

Meestal wordt de sondevoeding in ziekenhuis al ingezet, maar soms beslissen de diëtist en de huisarts samen om sondevoeding in te zetten. Namelijk bij verstandelijke gehandicapten – waar slikproblematiek vaak aanwezig is – wordt sondevoeding vaak in de eerste lijn ingezet.

Twee diëtisten waren van mening dat sondevoeding zeer specialistisch is en dat diëtisten ervaring daarmee moeten opbouwen en regelmatig hun kennis moeten toepassen om patiënten optimaal te kunnen begeleiden:

*“Sondevoeding is echt technisch. Ik vind dat niet iedere diëtist moet denken dat ze dat zomaar kan. Ik hoop in de toekomst dat diëtisten meer gaan doorverwijzen als ze de ervaring niet hebben.” [D5]*

Geen enkele diëtist was nog in contact gekomen met totale parenterale voeding in de thuissituatie.

#### 4.9 Competenties

Op de vraag welke attitudes, vaardigheden en kennis nodig zijn voor het verlenen van diëtistische zorg aan thuisgebonden patiënten, werden de volgende meerdere keren genoemd:

- Actief betrokken zijn in het netwerk rond de ouderen (n=5): Dit punt is nauw gerelateerd aan het sociaal zijn en het goed met mensen kunnen omgaan:

*“Ik vind het goed om ook in een netwerk actief en betrokken te zijn. Dat je weet hoe alles in elkaar zit, welke thuiszorg komt, met wie kan je communiceren. Anders blijf je een eilandje als je zelf alleen je adviezen geeft” [D1].*

- Een brede blik hebben (n=4): *“Niet alleen naar de voeding kijken, maar ook naar veel andere factoren die meespelen en of er daar beperkingen zijn” [D1]; “ook de omgeving in het huis evalueren, meer bewust zijn van alles over een mens” [D7];*
- Goed met mensen kunnen omgaan (n=3): *“mensen uit hun schulp kunnen trekken en op hun gemak kunnen stellen” [D6]; “het hebben van respect voor de basis huisregels die door mensen erg gewaardeerd zijn, zoals het uittrekken van schoenen” [D4];*
- Empatisch zijn (n=3);
- Affiniteit en/of ervaring met de doelgroep kwetsbare ouderen hebben (n=2);
- Goed kunnen luisteren (n=2);
- Goed door kunnen vragen (n=2);
- Flexibel zijn, met betrekking tot de planning en de omstandigheden (n=2).

Op de vraag wat voor suggesties diëtisten hebben voor een beginnende beroepsoefenaar die op huisbezoek ging, hebben de respondenten weinig informatie van toegevoegde waarde gegeven. Twee van de respondenten adviseerden meer specialisatie op gebied van ouderenzorg, om de kwaliteit van de zorg te garanderen en om meer zichtbaar te zijn voor andere zorgverleners.

*“Meer specialisatie en samenwerking met collega's. Het is voor jezelf heel fijn, maar ook voor de patiënt, want die krijgt de beste zorg. Als je vaak met ouderen werkt, dan heb je je contacten goed lopen. Als je heel af en toe wat doet en heel af en toe de thuiszorg spreekt is het contact wat minder. Het is dan moeilijker om je doelen te bereiken”. [D5]*

#### 4.10 Toekomstige vooruitzichten

Een kleine meerderheid van de respondenten (n=4) vindt dat de vraag naar huisbezoeken in de laatste jaren is toegenomen. De anderen hebben nog geen stijging gemerkt.

Als reden voor het toenemen van huisbezoeken op korte termijn werd ook de veranderingen in het beleid omtrent het voorschrijven van drinkvoeding door een meerderheid van de respondenten (n=4) genoemd. Sinds 2015 mag bij een aantal zorgverzekeraars drinkvoeding alleen worden voorgeschreven door de diëtist of specialist, en niet meer door de huisarts. Deze ontwikkeling heeft gezorgd voor meer verwijzingen van de huisarts naar de diëtist. De respondenten verwachten ook dat deze maatregel door steeds meer zorgverzekeraars wordt ingezet. Volgens sommige diëtisten (n=2) heeft deze ontwikkeling ook de ogen van sommige huisarts geopend, waardoor ze steeds alerter op het opsporen van ondervoeding worden.

*“Zorgverzekeraars zijn steeds kritischer over het voorschrijven van preparaten. Er is dus steeds meer vraag naar diëtisten om een rol daarin te spelen want die kunnen het best beoordelen of het wel of niet nodig is. [D7]*

Andere respondenten (n=2) zeiden dat de vraag naar huisbezoeken was toegenomen nadat ze het zelf in gang hebben gezet door meer met de huisartsen en de thuiszorgorganisaties te gaan werken om systematisch screening van ouderen op ondervoeding te gaan inzetten.

Alle respondenten verwachten echter dat de vraag voor huisbezoeken veel zal toenemen op lange termijn. Als reden daarvoor geven ze de maatschappelijke ontwikkelingen, met name de vergrijzing en het langer thuis blijven wonen van ouderen, met als gevolg een toenemende behoefte aan zorg thuis. Ook verwachten ze een verschuiving van de zorg van de tweede naar de eerste lijn waardoor huisbezoeken vaker worden uitgevoerd en meer tijd zullen kosten.

*“Veel meer zorg zal thuis moeten gebeuren; zoals die sondevoeding. Het gaat toch gewoon gebeuren dat die in de eerste lijn gecontroleerd moet worden”. [D2]*

Als afsluitende vraag, zijn de diëtisten gevraagd of ze iets wilden toevoegen dat nog niet aan bod in het gesprek kwam. Drie respondenten hoopten dat in de toekomst meer diëtetiek voor ouderen vergoed zal worden: *“Aan 3 uur per jaar heb je in veel gevallen niet genoeg”. [D3]*.

Twee respondenten benadrukten de nood om meer bewustzijn over ondervoeding te creëren bij andere partijen (zoals huisartsen en thuiszorg) *“zodat er meteen alarmbellen gaan rinkelen bij de huisarts als iemand flink afgevallen is”*. Ook vinden ze dat de bestaande mogelijkheden vaker benut moeten worden:

*“Artsen en verzorgenden zouden de diëtist eerder en vaker moeten inschakelen dan nu het geval is. Er zijn veel mensen met ondervoeding en daar ligt nog een grote taak voor ons”. [D3]*.

*“Je krijgt 60 euro per uur vergoed, met 3 uren is dat 180 euro. Stel dat je met 180 euro kan voorkomen dat iemand zwakker wordt en gaat vallen en naar het ziekenhuis moet, dan is 180 euro niets. Dan zou je willen dat die 180 euro toch meer gebruikt wordt, ook preventief”. [D1]*.

#### **4.11 Samenvatting van de resultaten uit het praktijkonderzoek**

Samengevat: uit het praktijk onderzoek blijkt dat de meeste diëtisten positief zijn ingesteld ten opzichte van het uitvoeren van huisbezoeken. De grootste voordeel voor hen blijkt de meerwaarde aan informatie (zowel over het voedingspatroon als over allerlei andere factoren die van invloed kunnen zijn op de voeding) die ze door huisbezoeken kunnen verschaffen, waardoor ze hun advies beter op de behoefte van de cliënt kunnen afstemmen. De diëtisten ervaren ook een aantal hindernissen bij het uitvoeren van huisbezoeken, met name de hoge tijdsinvestering, een minder efficiënte werkwijze en de beperkte vergoeding. Als bevorderende factoren voor een succesvolle behandeling wordt door alle respondenten een goede multidisciplinaire samenwerking genoemd. Met name goede samenwerking met de huisartsenpraktijken (voldoende informatie vooraf aan het consult en gemakkelijk terugkoppeling na afloop), met de thuiszorg en/of mantelzorgers (ten behoeve van het invoeren van het behandelplan) en met de tweede lijn (bij ontslag uit ziekenhuis) worden als zeer bevorderend gezien. Competenties die een diëtist dient te hebben bij deze doelgroep zijn het gemakkelijk contact kunnen leggen, het hebben van een brede blik om alle factoren rondom het voedingsprobleem te kunnen aanpakken, empatisch zijn, en de mogelijkheden hebben om van een goed netwerk gebruik te kunnen maken.

Uit de respons is gebleken dat het hebben van ervaring met andere doelgroepen dan kwetsbare ouderen (bijvoorbeeld psychiatrische patiënten, verstandelijke gehandicapten en de verslavingszorg) en met sondevoeding kansen kunnen bieden voor diëtisten die zorg aan thuisgebonden patiënten willen verlenen.

Overige conclusies die getrokken kunnen worden uit het praktijkonderzoek, is dat de vraag naar huisbezoeken bij een krappe meerderheid van de diëtisten in de laatste jaren iets is toegenomen, maar nog niet opmerkelijk. Indien het aantal huisbezoeken toegenomen is, komt het volgens de diëtisten vooral door recente veranderingen in het beleid van sommige zorgverzekeraars rondom het voorschrijven van medische voeding en door het inzetten van eigen initiatieven op lokaal niveau voor het screenen op ondervoeding bij ouderen. Door allerlei maatschappelijke factoren – zoals de vergrijzing, het langer thuis wonen van ouderen en de groeiende rol van de eerste lijn in de zorg - verwachten echter alle respondenten dat de vraag naar diëtistische zorg aan huis in de toekomst zal toenemen. Een gesignaleerd knelpunt is dat de diëtist al lang niet altijd wordt betrokken in de zorg voor kwetsbare ouderen. Het vaker en sneller inzetten van huisbezoeken bij kwetsbare ouderen zou kunnen bijdragen aan het terugdringen van ondervoeding en aan een betere kwaliteit van de zorg voor thuisgebonden patiënten. Om dit tot realiteit te brengen, blijkt meer financiële investering vanuit de overheid en de zorgverzekeraars nodig te zijn.

## 5 Conclusie

In dit hoofdstuk komen de resultaten van het literatuur- en praktijkonderzoek bij elkaar en wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag: *“Hoe kan de kwaliteit van de zorg door eerstelijns diëtisten voor de thuisgebonden cliënt worden gewaarborgd en verbeterd?”*

Met dit onderzoek is aangetoond dat diëtisten over het algemeen positief zijn ingesteld tegenover het uitvoeren van huisbezoeken. Er zijn sterke aanwijzingen dat diëtiek veel kan bijdragen aan het terugdringen van ondervoeding bij ouderen en dat het inzetten van diëtiek kan leiden tot forse besparingen op andere zorgkosten. De diëtist in de eerste lijn dient dus een constructief aandeel te hebben in het verlenen van zorg aan thuisgebonden mensen.

De kwaliteit van diëtistische zorg aan huis kan worden gewaarborgd en verbeterd door het ontwikkelen van gerichte en effectieve multidisciplinaire samenwerking op lokaal en regionaal niveau, met name met huisartsenpraktijken, thuiszorgorganisaties en de tweede lijn. Zorg aan huis is niet te scheiden van ouderenzorg en vraagt om een integrale benadering. Het is een specialisme waar allerlei factoren bij komen kijken, waar een zeer specifiek netwerk aan te pas moet komen, waar speciale competenties en kennis voor nodig zijn en dat een hoge tijdsinvestering vraagt. Om optimale zorg te kunnen bieden aan alle thuisgebonden mensen die dieetbegeleiding nodig hebben, dienen diëtisten ook hun klassieke rol uit te breiden en nieuwe kansen te zoeken, voornamelijk in het begeleiden van sondevoeding in de thuissituatie of het integreren van nieuwe niches (bijzondere doelgroepen zoals psychiatrische patiënten, verstandelijke gehandicapten, de verslavingszorg).

Gezien de huidige maatschappelijke ontwikkelingen is het tijd dat een reëel debat over de toekomst van de diëtiek voor thuisgebonden mensen wordt geïnitieerd door zorgverleners, beleidsmakers en zorgverzekeraars. Als dieetadvisering aan huis door de maatschappij wordt erkend als een effectieve manier om ondervoeding terug te dringen en de nodige zorg aan ouderen en andere thuisgebonden patiënten te leveren, dan moeten passende financiële maatregelen worden ingezet om de kwaliteit van de zorg aan huis te waarborgen.

## 6 Discussie

In dit hoofdstuk worden de conclusies in een breder perspectief geplaatst en vergeleken met andere onderzoeken. Daarnaast wordt de methodologie verantwoord en tenslotte wordt de validiteit, de betrouwbaarheid en de generaliseerbaarheid van het uitgevoerde onderzoek nader beschouwd.

Het onderzoek heeft aangetoond dat het raadzaam is om te streven naar een constructieve samenwerking tussen diëtist, huisartsenpraktijken, thuiszorgorganisaties en de tweede lijn. Eigenlijk is het kader voor effectieve multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn op dit gebied al grotendeels opgesteld in de *Landelijke Eerstelijns Samenwerking Afspraak Ondervoeding* (Mensink *et al.*, 2010). Deze LESA geeft richtlijnen voor samenwerking tussen huisartsen, diëtisten en wijkverpleegkundigen bij het vroegtijdig signaleren, diagnosticeren en verlenen van zorg aan volwassen patiënten met (risico op) ondervoeding in de eerste lijn. Uit het onderzoek blijkt echter dat niet alle principes uit de LESA altijd toegepast worden. Het vaker en beter toepassen van deze LESA zou bijdragen aan het optimaliseren van de samenwerking tussen diëtist en huisarts.

Uit het onderzoek blijkt ook dat de thuiszorg (en de mantelzorg) een fundamentele rol kan spelen bij het signaleren van ondervoeding en het uitvoeren van het behandelplan. In de *LESA Ondervoeding* wordt echter de sleutelrol van de thuiszorg (en mantelzorg) nauwelijks erkend. Volgens onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau is het aantal mensen dat gebruik maakt van thuiszorg tussen 2004 en 2011 van 532.000 naar 556.000 gestegen. Deze stijging van 4,5% is vooral te wijten aan het toegenomen aantal ouderen (Plaisier & de Klerk, 2015). Daarnaast krijgen veel hulpbehoevenden informele hulp zoals mantelzorg: naar schatting verlenen 2,6 miljoen Nederlanders mantelzorg (De Boer & de Klerk, 2013). Het volgt daarop dat de diëtist zich meer actief zou kunnen profileren als deskundige op het gebied van ouderenzorg en ondervoeding om effectief zorg aan thuisgebonden patiënten te kunnen verlenen. Er is nog onbenut potentieel voor de diëtist die interesse heeft in de zorg voor thuisgebonden patiënten om een interessante rol voor zichzelf te creëren door de samenwerking met de thuiszorg en mantelzorgorganisaties meer actief aan te gaan. Ook creatieve samenwerking met mantelzorgorganisaties zou kunnen bijdragen aan het verhogen van de kwaliteit van diëtetiek voor thuisgebonden patiënten. Er zit dus nog veel extra potentie in het verbeteren van de samenwerking tussen diëtisten en thuiszorg/mantelzorg.

Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat er ook veel te verbeteren is in de samenwerking tussen de eerstelijns diëtisten en de tweede lijn met betrekking tot de zorg voor patiënten die uit ziekenhuis zijn ontslagen, en ook dat de eerstelijns diëtist een rol te veroveren heeft bij het begeleiden van patiënten die enterale voeding thuisgebruiken. Een vacuüm in het begeleiden na ontslag uit het ziekenhuis van patiënten die enterale voeding krijgen werd ook door onderzoek in het Verenigd Koninkrijk aangetoond (Stanley & Borthwick, 2013). Volgens eerdere buitenlandse onderzoeken zouden eerstelijns diëtisten een belangrijke schakel kunnen zijn in de transitie van ziekenhuis naar huis bij patiënten die afhankelijk zijn van enterale voeding. Het vaker overdragen van enterale voeding naar de eerste lijn biedt veel voordelen aan de patiënten en de maatschappij. Het maakt het mogelijk voor patiënten om eerder naar huis of naar revalidatie te kunnen gaan en leidt mogelijk tot besparingen op dure ziekenhuiszorg op langere termijn (Madigan, 2003; DiBiase & Scolapio, 2007; Dinanage *et al.*, 2015).

Uit de respons van de diëtisten blijkt dat de diëtist al lang niet altijd wordt betrokken bij de zorg voor thuisgebonden patiënten. Onderzoek uit het buitenland onder casemanagers in de thuiszorg en casemanagers in het ziekenhuis wijst ook zeer voorzichtig aan dat eerstelijns diëtisten zelden zijn geïntegreerd in de multidisciplinaire samenwerking rondom oudere patiënten (in tegenstelling tot andere zorgverleners zoals fysiotherapeuten, ergotherapeuten,

logopedisten, maatschappelijke werkers). Dit is vaak te wijten aan het feit dat zorgverleners vaak niet bewust zijn van de mogelijkheden voor voedingsondersteuning die de eerstelijns diëtist kan bieden (Baker & Wellman, 2005; Hirakawa, Kimata & Uemura, 2013). Om de multidisciplinaire samenwerking rondom de thuisgebonden patiënt te verbeteren, zou de diëtist zich sterker kunnen profileren tegenover andere beroepsgroepen.

Een groot knelpunt uit het onderzoek is dat het financiële systeem het verlenen van meer diëtetik aan de thuisgebonden patiënt niet ondersteunt. Volgens de respons is het voor een diëtist simpelweg niet rendabel om vaak huisbezoeken uit te voeren. Opvallend is dat de ontoereikende vergoeding van huisbezoeken ook in alle eerdere onderzoeken van Arensberg en Schiller (1996), Hirakawa *et al.* (2003), Pereles (2000) en Theile *et al.* (2011) onder diëtisten en huisartsen als de belangrijkste barrière aan het uitvoeren van huisbezoeken wordt gezien. Als diëtisten meer zorg aan huis moeten verlenen, zouden er financiële mogelijkheden moeten komen vanuit de kant van de beleidsmakers en zorgverzekeraars. Hoe die financiële mogelijkheden er precies uit moeten komen te zien is nog de vraag. Mogelijk zou dit kunnen worden opgelost door gunstiger financiële vergoeding (zoals een hogere uittoeslag) te bieden aan diëtisten die vaak huisbezoeken uitvoeren en bewust kiezen om zich daarin te profileren en te specialiseren, door bijvoorbeeld relevante bijscholingen te volgen en een aantoonbaar netwerk op te bouwen. In ieder geval blijkt uit het literatuuronderzoek dat meer diëtetik voor thuisgebonden patiënten gefinancierd zou kunnen worden uit de besparingen op andere medische behandelingen. Dat een aantal grote zorgverzekeraars sinds kort de verantwoordelijkheid voor het voorschrijven van aanvullende drinkvoeding alléén aan diëtisten toevertrouwt is een aanmoedigend teken dat zij de onmisbare rol van de diëtist bij het behandelen van ondervoeding en zijn capaciteit om bij te dragen aan lagere zorgkosten erkennen (Achmea, 2014).

Een ander gesignaleerd knelpunt is dat weinig diëtetik wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Vanuit de basisverzekering wordt slechts drie uur (directe en indirecte tijd) aan diëtetik per jaar vergoed vanuit het eigen risico van de basisverzekering. Bij mensen die recht op ketenzorg hebben voor chronische ziekten zoals COPD, hartfalen en verhoogd risico op hart- en vaatziekten, en diabetes, óf die een geschikte aanvullende verzekering hebben, wordt meer diëtetik vergoed. Maar voor de doelgroep kwetsbare ouderen is drie uur diëtetik erg weinig, waarschijnlijk vaak té weinig om effectief te kunnen zijn. Omdat veel patiënten willen voorkomen dat de kosten voor diëtetik van hun eigen risico af gaan of als ze niet meer dan drie uur aan dieetadvisering willen of kunnen betalen, wordt het noodzakelijk om financiële oplossingen te bedenken die het verlenen van de nodige zorg aan kwetsbare ouderen ondersteunen. Een aantal regio's in Nederland zijn voorzichtig initiatieven aan het nemen om ketenzorg voor ouderen te ontwikkelen, zoals bijvoorbeeld de Zorgprogramma Kwetsbare ouderen regio Haaglanden (ELZHA, 2016). Afhankelijk van de vorm en de financiering daarvan zou een ketenzorgprogramma voor ouderenzorg een uitkomst kunnen bieden.

Als kanttekening is het interessant om op te merken dat – omdat het onderzoek specifiek gericht was op de ervaringen en meningen van de diëtisten – geen aandacht is besteed aan de ervaringen en meningen van de patiënten zelf. De diëtisten gaven aan dat huisbezoeken over het algemeen zeer worden gewaardeerd door hun patiënten. Vervolgonderzoek onder patiënten zou moeten uitwijzen of dat inderdaad zo is, met als doel om eventuele problemen op te sporen en aanbevelingen te doen ter verbetering van de kwaliteit van diëtistische zorgverlening aan huis. Er zijn aanwijzingen uit eerder onderzoek onder zorgverleners (niet onder diëtisten) dat de verwachtingen van patiënten en zorgverleners afwijkend zijn. Waar de prioriteiten van de zorgverleners liggen op preventie en genezing, liggen de prioriteiten van de patiënten vooral op persoonlijke aandacht voor zijn psychosociale omstandigheden en zijn welbevinden, de relatie tussen patiënt en zorgverlener, en de continuïteit van de zorg. Uit die onderzoeken werd duidelijk dat de focus niet alleen moet liggen op uitkomsten zoals gewicht, lichamelijke functioneren en mortaliteit, maar ook welbevinden en kwaliteit van de zorg zou

moeten integreren (Fagerström, Wikblad & Nilsson, 2009; Vass, Avlund, Hendriksen *et al.*, 2007; Van Kempen, Robben, Zuidema, Olde Rikkert, Melis & Schers, 2012).

Opmerkelijk is dat, alhoewel de focus van dit onderzoek op huisbezoeken op medische indicatie ligt, uit de respons van het onderzoek bleek dat de diëtisten af en toe een patiënt thuis bezoeken voor andere redenen. Over huisbezoeken van de diëtist in andere omstandigheden dan op medische indicatie werd niets in het wetenschappelijke literatuur gevonden. Er is desalniettemin gering bewijs voor het ondersteunen van voedingsinterventies thuis voor kinderen met obesitas door andere zorgverleners (kinderartsen, kinderpsychologen, verpleegkundigen). Het uitgangspunt van deze aanpak is dat het positief beïnvloeden van het dieet van het kind om veranderingen in de ouder-kind interactie en in de voedingsomgeving thuis vraagt (Spurrier, Bell, Wilson, Lowe, Golley & Magarey, 2016; Stark *et al.*, 2014). Verder onderzoek blijkt nodig te zijn om te bepalen of de diëtist meerwaarde in het begeleiden van kinderen of andere doelgroepen in hun thuisomgeving heeft.

De grootste kracht van het onderzoek is dat het een kennishiaat vult. Voor het eerst werd er onderzoek gedaan naar de ervaringen en meningen van eerstelijns diëtisten met het leveren van zorg aan huis in Nederland. Ook de robuuste methode voor transcriptie en analyse draagt bij aan de betrouwbaarheid van de resultaten. Door het registreren van de kennis van deskundigen was het mogelijk om een breed scala van informatie en inzichten te verzamelen dat een basis voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek kan vormen of het beleid kan beïnvloeden.

Het onderzoek dat is uitgevoerd kent enige beperkingen die de resultaten kunnen vertekenen. Deze zijn hieronder weergegeven.

Het literatuuronderzoek heeft relatief weinig geschikte artikelen opgeleverd. Veel van de artikelen waren meer dan tien jaar oud. Er moest veelvuldig gebruik worden gemaakt van internationale bronnen. Nederlandse literatuur zou in sommige gevallen beter aan de praktijk van de diëtetiek in Nederland hebben aangesloten en dus een nauwkeuriger afspiegeling van de doelgroep en zijn werkwijze hebben gegeven. Er zijn maar weinig gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken en geen systematische reviews of meta-analyses gepubliceerd, terwijl deze het hoogste niveau van bewijs hebben. Mogelijk ligt hieraan ten grondslag dat het onderwerp onvoldoende is onderzocht. De gebruikte bronnen zijn dus de beste beschikbare literatuur over het onderwerp.

Met betrekking tot de deelvraag over de doelmatigheid van diëtistische zorg aan huis, heeft het literatuuronderzoek alleen maar interventies bij de doelgroep ouderen opgeleverd. Kwetsbare ouderen vormen het grote merendeel van de doelgroep voor huisbezoeken op medische indicatie, maar vertegenwoordigen niet alle patiënten die diëtistische zorg aan huis krijgen. Daarom zijn de uitkomsten over de doelmatigheid van diëtistische zorg thuis niet generaliseerbaar tot andere groepen patiënten die diëtistische zorg krijgen, met name jongere patiënten in revalidatie, palliatieve patiënten, patiënten met psychische klachten, patiënten in de verslavingszorg, verstandelijke gehandicapten, enzovoort.

Met betrekking tot de deelvraag over de kostenefficiëntie van het huisbezoek, heeft het literatuuronderzoek zeer weinig artikelen geleverd. Onze bevindingen zijn dus grotendeels op de grijze literatuur over de kostenefficiëntie van diëtetiek in het algemeen gebaseerd.

Vervolgens is het praktijkonderzoek uitgevoerd met beperkende factoren. Zowel het korte tijdsbestek voor het onderzoek als de samenstelling van de onderzoekspopulatie hebben de resultaten kunnen beïnvloeden. Deze worden hieronder besproken.

De samenstelling van de onderzoekspopulatie is tot stand gekomen door een selectie te maken van diëtisten die werkzaam zijn in de Randstad en aan een aantal criteria (locatie,



grootte van de praktijk) voldoen om een representatieve doorsnede van de diëtisten in de regio te verkrijgen. Maar voor generaliseerbaarheid naar alle Nederlandse diëtisten was de steekproef echter te klein. Bovendien was het responspercentage vrij hoog in Leiden (n=3) in vergelijking met andere gebieden, waardoor de steekproef mogelijk een minder goed afspiegeling van de onderzoekspopulatie werd. Desalniettemin was het onderzoek verkennend van aard, waarbij generaliseerbaarheid geen doel op zich was. Dat rechtvaardigt de kleinere onderzoeksomvang.

Het onderzoek werd uitgevoerd onder diëtisten in de meest dichtbevolkte regio van Nederland. Hun respons kan, in theorie, niet zondermeer worden gegeneraliseerd naar overige delen van Nederland. Bijvoorbeeld, in regio's met een lagere bevolkingsdichtheid worden grotere afstanden afgelegd bij het uitvoeren van huisbezoeken. In regio's met meer vergrijzing is het ook waarschijnlijk dat huisbezoeken vaker worden uitgevoerd. Mogelijk ervaren diëtisten in die regio's de nodige tijdsinvestering en de beperkte vergoeding (uittoeslag) als nog grotere hindernissen aan het verlenen van zorg thuis. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen hadden meer diëtisten door het hele land kunnen worden geïnterviewd. Door de reisafstand, beperkte beschikbaarheid van de diëtisten en het korte tijdsbestek voor het onderzoek was het nauwelijks mogelijk om meerdere diëtisten per dag te interviewen. Er werd dus van tevoren gekozen om het onderzoek te beperken tot een regio van Nederland.

Tot slot, een ander discussiepunt dat naar voren is gekomen, is dat de diëtisten die aan de interviews deelgenomen hebben waarschijnlijk al bovengemiddeld geïnteresseerd zijn in het onderwerp huisbezoeken. De kans bestaat dus dat alleen de diëtisten met enige interesse in het onderwerp en affiniteit met de doelgroep gereageerd hebben. Dit zou de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten enigszins kunnen hebben beïnvloed.

## 7 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten van het onderzoek worden een zestal praktische adviezen ten behoeve van het werkveld gedaan.

*Voor toekomstig onderzoek:*

### Aanbeveling 1 – Voortgezet onderzoek

- Verder praktijkonderzoek naar de ervaringen en meningen van eerstelijns diëtisten zou verricht kunnen worden. Gegeven een tijdbestek van slechts negentien weken voor het gehele onderzoek was een uitgebreider praktijkonderzoek niet mogelijk. Om een completer beeld over een grotere groep diëtisten te verkrijgen, wordt verder onderzoek aanbevolen, liefst verricht middels zowel kwantitatieve als kwalitatieve methoden. Mogelijk zou onderzoek middels focusgroepen zeer vruchtbaar kunnen zijn. Daardoor zouden de diëtisten gestimuleerd worden om niet alleen op hun eigen ervaringen te reflecteren, maar ook om samen nieuwe ideeën en concrete oplossingen te genereren.

### Aanbeveling 2 – Onderzoek onder andere doelgroepen

- Om een breed beeld te verkrijgen wordt het noodzakelijk om niet alleen de situatie te onderzoeken vanuit de perspectief van diëtisten, maar ook vanuit verschillende andere perspectieven. Resultaten uit onderzoek over de ervaringen en meningen van andere betrokken doelgroepen zouden aan het optimaliseren van de kwaliteit van diëtetiek voor thuisgebonden patiënten kunnen bijdragen: van patiënten (en hun mantelzorgers) omtrent huisbezoeken door de diëtist; van huisartsen (en hun praktijkondersteuners) omtrent de samenwerking met de diëtist voor hun thuisgebonden patiënten; en van de thuiszorg omtrent de samenwerking met de diëtist voor hun cliënten.

*Voor de beroepspraktijk:*

### Aanbeveling 3 – Samenwerking met de huisartsenpraktijken

- Omdat de huisartsen de belangrijkste verwijzers van thuisgebonden patiënten zijn, is het belangrijk dat de samenwerking tussen de diëtist en de huisarts (en hun praktijkondersteuners) constructief verloopt, volgens het kader dat geschetst is in de *Landelijke Eerstelijns Samenwerking Afspraak Ondervoeding*. De diëtist moet de nodige tijd investeren om te zorgen dat de communicatie met de huisarts en de praktijkondersteuner soepel verloopt. Diëtisten worden dus aanbevolen om hun behoeften (zoals de behoefte aan een volledige verwijzing of goede terugkoppeling) regelmatig met de huisartsenpraktijken te bespreken. Ook zouden ze huisartsenpraktijken over ondervoeding en over de meerwaarde van de diëtist bij het behandelen van thuisgebonden patiënten kunnen voorlichten. Hierdoor worden ondervoeding en voedingsproblemen bij ouderen en thuisgebonden patiënten meer zichtbaar. Zo worden huisartsen aangemoedigd om meer aandacht te hebben voor het houden van het gewicht van hun patiënten in de gaten, het systematische screenen van ouderen op ondervoeding en het op tijd verwijzen naar de diëtist.

### Aanbeveling 4 – Samenwerking met de thuiszorg en andere gerelateerde organisaties

- Diëtisten kunnen actief de samenwerking zoeken met thuiszorgorganisaties en andere instellingen die diensten aan ouderen en thuisgebonden mensen verlenen (bijvoorbeeld leveranciers van maaltijden). Op die manier kunnen ze bijvoorbeeld voorlichting geven over het erkennen van ondervoeding aan thuiszorgmedewerkers, samen meer initiatieven opzetten voor het systematische screenen op ondervoeding, samen overleggen over de mogelijkheden voor het toepassen van bepaalde adviezen, en thuiszorgmedewerkers en casemanagers betrekken bij het uitvoeren van

behandelplannen voor hun cliënten. Deze samenwerking verdient een behoorlijke tijdsinvestering voor het opbouwen en onderhouden van een relevant netwerk.

#### Aanbeveling 5 – Specialiseren

- Deze aanbeveling vloeit voort uit de twee bovenstaande aanbevelingen. Diëtisten moeten niet bang zijn om zich sterker te profileren als deskundigen op gebied van de zorg voor thuisgebonden patiënten, oftewel ondervoeding en ouderenzorg. Daarvoor zouden ze tijd moeten investeren in het opbouwen en onderhouden van een specifiek netwerk (met thuiszorgorganisaties, met de tweede lijn, met andere zorgverleners in de eerste lijn) om van meerwaarde voor thuisgebonden patiënten te zijn. In dit opzicht moeten ze ook zorgen dat ze de nodige kennis en ervaring opbouwen en onderhouden. Ze kunnen hun rol uitbreiden door nieuwe gelegenheden te zoeken, zoals betrokkenheid bij het behandelen van patiënten na ontslag uit het ziekenhuis, het monitoren van sondevoeding of het betrokken worden in speciale niches (bijvoorbeeld doelgroepen zoals psychiatrische patiënten, verstandelijke gehandicapten, verslavingszorg). Daarin zouden ze kennis en ervaring kunnen opbouwen door relevante bijscholingen te volgen en door regelmatig thuisgebonden cliënten te begeleiden.

#### Aanbeveling 6 – Behandelresultaten registreren en profileren.

- Diëtisten kunnen hun behandelresultaten systematisch registreren om de meerwaarde van huisbezoeken aan beleidsmakers en zorgverzekeraars te laten zien. Met deze informatie worden ze in staat gesteld om hun successen te communiceren en om kernrelaties te ontwikkelen met degene die de vergoeding van diëtetiek in de thuissituatie beïnvloeden, zoals zorgverzekeraars. Zo kunnen ze bewustwording vergroten over de waarde van huisbezoeken op medische indicatie en de bijdrage van een verbeterde voedingsstatus aan het verlagen van morbiditeit en algemene zorgkosten. Daarbij kunnen ze op termijn hun positie versterken om gunstiger financiële vergoeding te krijgen voor het verlenen van zorg aan thuisgebonden mensen die het nodig hebben. Het is ook belangrijk om de successen te laten zien aan andere diëtisten die overwegen om zich te specialiseren in de zorg aan huis.

## Literatuur

Achmea (2014). *Position paper medische voeding. Behandeling van ondervoeding altijd met diëtist – minder complicaties patiënt, lagere kosten*. Op internet:

<http://www.baseline-dietisten.nl/images/PDF/Achmea-position-paper-medische-voeding.pdf>, geraadpleegd op 17 mei 2016.

Arensberg, M.B.F., & Schiller, M.R. (1996). Dietitians in home care: A survey of current practice. *Journal of the American Dietetic Association*, 96(4), 347-353.

Baker, E.B., & Wellman, N.S. (2005). Nutrition concerns in discharge planning for older adults: a need for multidisciplinary collaboration. *Journal of the American Dietetic Association*, 105, 603-607.

Beck, A.M., Wijnhoven, H.A.H., & Østergaard Lassen, K. (2011). A review of the effect of oral nutritional interventions on both weight change and functional outcomes in older nursing home residents. *e-SPEN, the European e-Journal of clinical Nutrition and Metabolism*, 6(3), e101-105.

Beck, A.M., Kjaer, S., Hansen, B.S., Storm, R.L., Thal-Jantzen, K., & Bitz, C. (2012). Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Rehabilitation*, 27(6), 483-93.

Beck, A.M., Andersen, U.T., Leedo, E., Jensen, L.L., Martins, K., Quvang, M., *et al.* (2015). Does adding a dietician to the liaison team after discharge of geriatric patients improve nutritional outcome: a randomised controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 29(11), 1117-1128.

Beck, A.M., Gøgsig Christensen, A., Stenbæk Hansen, B., Damsbo-Svendsen, S., & Kreinfeldt Skovgaard Møller, T. (2016). Multidisciplinary nutritional support for undernutrition in nursing home and home-care: A cluster randomized controlled trial. *Journal of Nutrition*, 32(2), 199-205.

Bernstein, A., Nelson, M.E., Tucker, K.L., Layne, J., Johnson, E., Nuernberger, A., *et al.* (2002). A home-based nutrition intervention to increase consumption of fruits, vegetables, and calcium-rich foods in community dwelling elders. *Journal of the American Dietetics Association*, 102(10), 1421-1427.

Cawood, A.L., Elia, M., & Stratton, R.J. (2012). Systematic review and meta-analysis of the effects of high protein oral nutritional supplements. *Ageing Research Review*, 11(2), 278-296.

De Boer, A. & de Klerk, M. (2013). *Informeel zorg in Nederland. Een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. Op internet: <http://www.scp.nl/dsresource?objectid=922f9940-d582-443a-9f74-8afe3673ec2a&type=org>, geraadpleegd op 17 mei 2016.

DiBiase, J.K., & Scolapio, J.S. (2007). Home parenteral and enteral nutrition. *Gastroenterology Clinics of North America*, 36(1), 123-144.

Dinenage, S., Gower, M., van Wyk, J., Blamey, A., Ashbolt, K., Sutcliffe, M., *et al.* (2015). Development and Evaluation of a Home Enteral Nutrition Team. *Nutrients*, 7, 1607-1617.

ELZHA (2016). *Fact Sheet Eerstelijns Zorg Haaglanden: Zorgprogramma Kwetsbare ouderen regio Haaglanden*. Op internet:

[http://www.elzha.nl/files/4814/6002/4415/FACT\\_SHEET\\_Ouderenzorg\\_april\\_2016\\_def.pdf](http://www.elzha.nl/files/4814/6002/4415/FACT_SHEET_Ouderenzorg_april_2016_def.pdf), geraadpleegd op 20 mei 2016.

Endevelt, R., Lemberger, J., Bregman, J., Kowen, G., Berger-Fecht, I., Lander, H., *et al.* (2011). Intensive dietary intervention by a dietitian as a case-manager among community dwelling older adults: The Edit Study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 15(8), 624-630.

Fagerström, L., Wikblad A., & Nilsson, J. (2009). An integrative research review of preventive home visits among older people – is an individual health resource perspective a vision or a reality? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 558-568.

Feldblum, I., German, L., Castel, H., Harman-Boehm, I., & Shahar, D.R. (2011). Individualized Nutritional Intervention During and After Hospitalization: The Nutrition Intervention Study Clinical Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 10-17.

Former-Boon, M. & van Duinen, J. (2012). *Evidence-based diëtetiek. Principes en werkwijze* (2<sup>e</sup> ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Freijer, K., Tan, S.S., Koopmanschap, M.A., Meijers, J.M., Halfens, R.J., & Nuijten, M.J. (2013). The economic costs of disease related malnutrition. *Clinical Nutrition* 32(1), pp. 136-41.

Freijer, K., Nuijten, M.J.C., & Schols, J.M.G.A. (2012). The budget impact of oral nutritional supplements for disease related malnutrition in elderly in the community setting. *Frontiers in Pharmacology*, 3 (78), DOI: [10.3389/fphar.2012.00078](https://doi.org/10.3389/fphar.2012.00078)

Freijer, K. (2014). *Nutrition Economics. Disease malnutrition & the economic health care value of medical nutrition. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit Maastricht*. Maastricht: Uitgeverij BOXPress.

Guest J.F., Panca, M., Baeyens, J.P., de Man, F., Ljungqvist, O., Pichard, C., *et al.* (2011). Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. *Clinical Nutrition*, 30, 422-429.

Hakkaart-van Roijen L, Tan S.S., & Bouwmans C.A.M. (2010). *Handleiding voor kostenonderzoek. Methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen (CVZ).

Halfens, R.J.G., Meijers, J.M.M., Du Moulin, M.F.M.T., van Nie, N.C., Neyens, J.C.L., & Schols, J.M.G.A. (2010) *Rapportage resultaten. Landelijke prevalentiemeting zorgproblemen 2010*. Maastricht, The Netherlands: Universiteit Maastricht, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, pp. 65-81.

Halfens, R.J.G., Meijers, J.M.M., Meesterberends, E., Van Nie, N.C., Neyens, J.C.L., Rondas, A.L.M., *et al.* (2012). *Rapportage resultaten. Landelijke prevalentiemeting zorgproblemen 2012*. Maastricht, The Netherlands: Universiteit Maastricht, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, pp. 67-82.

Hollander, A.E.M. de, Hoeymans, N., Melse, J.M., Oers, J.A.M. van, & Polder, J.J. (2006). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. RIVM rapport 270061003*. Op internet: [http://nl.sitestat.com/rivm/rivm-nl/s?270061003&ns\\_type=pdf&ns\\_url=\[http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270061003.pdf\]](http://nl.sitestat.com/rivm/rivm-nl/s?270061003&ns_type=pdf&ns_url=[http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270061003.pdf]), geraadpleegd op 11 april 2016

Hirakawa, Y., Masuda, Y., Uemura, K., Naito, M., Kuzuya, M., & Iguchi, A. (2003). Dietitians' understanding of personalized nutritional guidance – proposals to increase home visits by dietitians. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi*, 40(5), 509-514.

Hirakawa, Y., Kimata, T., & Uemura, K. (2013). Current Challenges in Home Nutrition Services for Frail Older Adults in Japan – A Qualitative Research Study from the Point of View of Care Managers. *Healthcare*, 1, 53-63.

Kok, L., & Scholte, R. (2014). *Ondervoeding onderschat. De kosten van ondervoeding en de rendement van medische voeding. SEO Rapport*. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek. Op internet: [http://www.seo.nl/uploads/media/2014-11\\_Ondervoeding\\_onderschat.pdf](http://www.seo.nl/uploads/media/2014-11_Ondervoeding_onderschat.pdf), geraadpleegd op 11 april 2016.

Kwon, J., Suzuki, T., Kim, H., Yoon, H., & Lee, S. (2004). Effects of home-visit nutrition education on nutritional status improvement of an urban community-dwelling elderly women in Korea. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*, 51(6), 391-402.

Kruizenga, H.M., van Tulder, M.W., Seidell, J.C., Thijs, A., Ader, & H.J., van de Bokhorst-van der Schueren, M.A.E. (2005). Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82, 1082-1089.

Lammers, M., & Kok, L. (2012). *Kosten-batenanalyse diëtetiek. SEO Rapport*. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek. Op internet: [http://www.seo.nl/uploads/media/2012-76\\_Kosten-baten\\_analyse\\_dietetiek.pdf](http://www.seo.nl/uploads/media/2012-76_Kosten-baten_analyse_dietetiek.pdf), geraadpleegd op 13 februari 2016.

Mensink, P.A.J.S., De Bont, M.A.T., Remijnse-Meester, T.A., Kattemölle-van den Berg, S., Liefwaard, A.H.B., Meijers, J.M.M., et al. (2010). Landelijke Eerstelijns Samenwerking Afspraak (LESA) Ondervoeding. *Huisarts & Wetenschap*, 53(7), 7-10.

Lim, S.L., Ong, K.C., Chan, Y.H., Loke, W.C., Ferguson, M., & Daniels, L. (2011). Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. *Clinical Nutrition*, 31(3), 345-350.

Locher, J.L., Vickers, K.S., Buys, D.R., Ellis, A.C., Lawrence, J.C., Newton, L., et al. (2013). A randomized controlled trial of a theoretically based behavioral nutrition intervention for community elders: Lessons learned from the B-NICE study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(12), DOI: 10.1016/j.jand.2013.06.352.

Madigan, S.M. (2003). Symposium on 'Home Enteral Feeding'. Home enteral-tube feeding: The changing role of the dietitian. *Proceedings of the Nutrition Society*, 62, 761-763.

Milne, A.C., Potter, J., Vivanti, A., & Avenell, A. (2009). Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2 (CD003288), DOI: 10.1002/14651858.CD003288.pub3.

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2013). Vergrijzing: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? Op internet: <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/>, geraadpleegd op 11 februari 2016.

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2014). Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten? Op internet: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/hoeveel-mensen-hebben-een-of-meer-chronische-ziekten/>, geraadpleegd op 11 april 2016.

NIVEL Zorgregistraties Eerste Lijn (2014). *Rapport Zorg door de diëtist. Jaarcijfers 2014 en trendcijfers 2010-2014*. Op internet: [http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/dietist\\_jaarcijfers\\_2014.pdf](http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/dietist_jaarcijfers_2014.pdf), geraadpleegd op 16 mei 2016.

Pereles, L. (2000). Home visits. An access to care issue for the 21st century. *Canadian Family Physician*, 46, 2044-2048.

Plaisier, I. & de Klerk, M. (2015). *Zicht op zorggebruik. Ontwikkelingen in het gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging tussen 2004 en 2011*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. Op internet: <http://www.scp.nl/dsresource?objectid=638a0e9c-e3c7-4eb2-a40d-5a45f989d66b&type=org>, geraadpleegd op 17 mei 2016.

Spurrier, N.J., Bell, L., Wilson, A., Golley, R., & Magarey, A.A. (2016). Minimal change in children's lifestyle behaviours and adiposity following a home-based obesity intervention: results from a pilot study. *BMC Research Notes*, 9(1), DOI: 10.1186/s13104-015-1796-2.

Stanley, W., & Borthwick, A.M. (2013). Extended roles and the dietitian: community adult enteral tube care. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26, 298-305.

Stark, L.J., Clifford, L.M., Towner, E.K., Filigno, S.S., Zion, C., Bolling, C., et al. (2014). A Pilot Randomized Controlled Trial of a Behavioral Family-Based Intervention With and Without Home Visits to Decrease Obesity in Preschoolers. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(9), 1001-1012.

Stratton, R.J., Hébuterne, X., & Elia, M. (2013). A systematic review and meta-analysis of the impact of oral nutritional supplements on hospital readmissions. *Ageing Research Reviews*, 12, 884-897.

Stuurgroep Ondervoeding (2016). *Ondervoeding Algemeen*. Op internet: <http://www.stuurgroepondervoeding.nl/ondervoeding-algemeen>, geraadpleegd op 11 april 2016

Theile, G., Kruschinski, C., Buck, M., Müller, C.A., & Hummers-Pradier, E. (2011). Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Family Practice*, DOI: 10.1186/1471-2296-12-24

Unwin B. (2011). House Calls. *American Family Physician*, 83(8): 926-931.

Van Kempen, J., Robben, S., Zuidema, S., Olde Rikkert, M. Melis, R., & Schers, H. (2012). Home visits for frail older people and their informal caregivers. *British Journal of General Practice*, e554.

Van Kuijk, G.F.P., & van Binsbergen, J.J. (2001). Voedingsinterventie in de thuiszorg: huisarts en diëtist een onafscheidelijk koppel. *Informatorium voor Voeding en Diëtetiek – Voedingsleer*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum, pp. 1278-1295.

Van Mulligen-van der Belt, E.C.M., Smalbrugge, M., & Depla, M.F.I.A. (2013). Bewijs voor effectiviteit van Comprehensive Geriatric Assessment in thuissituatie nog mager: een literatuurreview. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 44, 215-227.

Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Philipson, L., & Riis, P. (2007). Preventive home visits to older people in Denmark – why, how, by whom, and when? *Zeitung für Gerontologie en Geriatrie*, 40(4), 209-216.

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* (4<sup>e</sup> ed.). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Zorgatlas (2014). *65-plussers per gemeente 2020-2040*. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, Op internet: <http://www.zorgatlas.nl/beinvloedende-factoren/demografie/groei-en-spreiding/prognose-65-plussers-per-gemeente#breadcrumb>, geraadpleegd op 11 februari 2016.



## **Bijlagen**

## **Bijlage I – Uitnodiging interview diëtisten**

Geachte \*NAAM DIËTIST\*,

Als vierdejaars deeltijd student Voeding & Diëtetiek op de Haagse Hogeschool ben ik momenteel bezig met mijn afstudeeronderzoek - een kwalitatief onderzoek over het huisbezoek door de diëtist.

Het doel van mijn onderzoek is het beschrijven van de ervaringen en meningen van eerstelijns diëtisten met betrekking tot huisbezoeken en het maken van aanbevelingen voor het waarborgen van de kwaliteit van diëtistische zorg voor thuisgebonden patiënten.

In dit kader wil ik heel graag een aantal diëtisten interviewen. Zo een face-to-face interview zou ongeveer 30 minuten duren en uw antwoorden worden anoniem verwerkt en vertrouwelijk behandeld. Bent u bereid om een interview te geven?

Alvast hartelijk dank voor uw aandacht en voor het overwegen om tijd aan mijn onderzoek te besteden.

Met vriendelijke groeten,

Eléonore de Merode  
06 16776804

## Bijlage II – Topiclijst semigestructureerd interview diëtisten

| TOPICS                                 | VOORBEELDVRAGEN                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Doelgroep</b>                       | Wie heeft behoefte aan huisbezoeken?<br>In welke omstandigheden?<br>Welke medische indicaties en voedingsproblemen komt u het vaakst tegen tijdens huisbezoeken?                                                                                                                              |
| <b>Rationale</b>                       | Wanneer en waarom voert u huisbezoeken uit?                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Motivatie</b>                       | Wat is anders tijdens huisbezoeken in vergelijking met consulten in uw praktijk?<br>Vindt u huisbezoeken leuk? Waarom/waarom niet?<br>Voordelen van huisbezoeken?<br>Nadelen van/barrières aan huisbezoeken?                                                                                  |
| <b>Organisatie</b>                     | Hoe organiseert u huisbezoeken?<br>Wat brengt u mee?<br>Hoeveel huisbezoeken voert u uit per week/maand?<br>Hoe veel tijd nemen ze in beslag?<br>Werkgebied voor huisbezoeken?                                                                                                                |
| <b>Uitvoering</b>                      | Hoe ziet een typisch huisbezoek uit?<br>Zijn er verschillende typen huisbezoeken en, zo wel, welke voert u uit?<br>Wat zijn de voorwaarden voor succesvolle huisbezoeken?<br>Welke problemen komt u tegen tijdens het uitvoeren van huisbezoeken?<br>Zijn huisbezoeken voldoende gewaardeerd? |
| <b>Multidisciplinaire samenwerking</b> | In hoeverre werkt u samen met andere zorgprofessionals bij het behandelen van thuisgebonden patiënten?                                                                                                                                                                                        |
| <b>Medische voeding</b>                | Wat voor ervaring heeft u met medische voeding?<br>Begeleidt u patiënten die enterale en parenterale voeding gebruiken?<br>Hoe vaak?<br>Waarom wel/waarom niet?                                                                                                                               |
| <b>Competenties</b>                    | Welke attitudes, kennis en vaardigheden zijn nodig om huisbezoeken uit te voeren?<br>Heeft u suggesties voor beginnende beroepsbeoefenaars met betrekking tot huisbezoeken?                                                                                                                   |
| <b>Toekomstige vooruitzichten</b>      | Welke ontwikkelingen verwacht u in de toekomst met betrekking tot diëtetiek in de zorg voor thuisgebonden patiënten?                                                                                                                                                                          |

## Bijlage III – Tabel doelmatigheid van interventies uit de wetenschappelijke literatuur

De tabel op de volgende pagina's geeft een overzicht van de beschikbare (wetenschappelijke) literatuur die effecten van de behandeling door de diëtist voor thuisgebonden ouderen bestudeert. Per artikel is weergegeven de eerste auteur en het jaar van publicatie, de doelgroep, het aantal geëvalueerde deelnemers, de bestudeerde interventie, de belangrijkste uitkomsten van de studie., de beperkingen en de kwaliteit van de studies. De artikelen zijn zo veel mogelijk van het hoogste niveau beschikbaar.

**Tabel A. De kwaliteit van de informatie is ingedeeld naar niveaus (A1 – E)**

| Niveau    | Omschrijving                                                                                                                         |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A1</b> | Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau                              |
| <b>A2</b> | Gerandomiseerd placebogecontroleerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang             |
| <b>B</b>  | Ander vergelijkend onderzoek, niet met alle kenmerken als genoemd onder A2, bijvoorbeeld patiënt-controle onderzoek, cohortonderzoek |
| <b>C</b>  | Niet-vergelijkend onderzoek                                                                                                          |
| <b>D</b>  | Mening van deskundigen                                                                                                               |
| <b>E</b>  | Overige publicaties                                                                                                                  |

| Eerste auteur, jaartal | Onderzoeks-ontwerp | Doelgroep                                                                        | Geëvalueerde deelnemers: interventie/ controlegroep (n) | Duur en type van interventie                                                                                                                                | Uitkomsten                                                                                                                                                                                                                                                           | Beperkingen                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Bewijs-niveau |
|------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Beck, 2016</b>      | RCT                | Ondervoede ouderen in thuiszorg en verpleeghuizen, Denemarken                    | 55/40                                                   | 11 weken; multidisciplinaire ondersteuning met of zonder diëtist; 4,5 huisbezoeken en telefonisch contactmomenten met diëtist                               | Kwaliteit van leven (+), spierkracht (+), mondzorg (+), mortaliteit (+)<br><br>Geen significant effect op mortaliteit, ziekenhuisopname, handgreep kracht en aantal val incidenten.                                                                                  | Hogere prevalentie van deelnemers in verpleeghuizen en ADL en cognitieve beperkingen in controlegroep<br>Meer zorg door fysiotherapeut en ergotherapeut in controlegroep.<br>Kleine steekproef (lage power)<br>Korte duur van follow-up<br>Niet volledig geblindeerd<br>Niet volledig gerandomiseerd | B             |
| <b>Beck, 2015</b>      | RCT                | Ouderen (70+ met verhoogd risico op voedingsproblemen) na ontslag uit ziekenhuis | 31/32                                                   | 12 weken; multidisciplinaire ondersteuning met of zonder diëtist; 3 huisbezoeken door diëtist                                                               | Ziekenhuis(her)opname (-), mortaliteit (-), gewicht (+) energie-inname (+), eiwitinname (+), (+), ADL (+), kwaliteit van leven (+)<br><br>Geen effect op mobiliteit, handgreepkracht, chair-stand test en gebruik van sociale diensten.                              | Kleine steekproef (lage power)<br>Korte duur van follow-up<br>Niet volledig geblindeerd                                                                                                                                                                                                              | B             |
| <b>Beck, 2012</b>      | RCT                | Ouderen (65+ met verhoogd risico op voedingsproblemen) na ontslag uit ziekenhuis | 73/79                                                   | 26 weken; ondersteuning thuis door huisarts met of zonder diëtist; 3 huisbezoeken door diëtist                                                              | Gewicht (+) energie-inname (+), eiwitinname (+), mobiliteit (+), tafeltje dek je (-)<br><br>Geen significant effect op mortaliteit, ziekenhuis(her)opname, chair-stand test, handgreepkracht, vermoeidheid en gebruik van sociale diensten (behalve tafeltje dek je) | Lagere aantal huisbezoeken door huisarts dan volgens studieprotocol<br>Kleine steekproef (lage power)<br>Korte duur<br>Niet volledig geblindeerd.<br>Korte duur van follow-up<br>Methode voor voedingsanamnese niet gevalideerd in de onderzoekspopulatie                                            | B             |
| Bernstein, 2002        | RCT                | Ouderen (70+) met functionele beperkingen                                        | 38/32                                                   | 6 maanden; voedingsvoorlichting (8 huisbezoeken + telefooncontact) vs. bewegingsinterventie thuis.<br>Doel = verhogen van fruit-, groente- en zuivelinname. | Gewicht (+), inname fruit, groenten en zuivel (+), eiwitinname (+), nutriënten inname (+), serumwaarden alpha- en $\beta$ -carotenen (+).                                                                                                                            | Onduidelijk of diëtist of andere zorgverlener de verantwoordelijkheid voor de voedingsinterventie had<br>Laag niveau van compliance met voedingsinterventie<br>Kleine steekproef (lage power)<br>Niet volledig geblindeerd<br>Korte duur van follow-up<br>Geen echte controle groep                  | B             |

| Eerste auteur, jaartal | Onderzoeks-ontwerp | Doelgroep                                                                                     | Geëvalueerde deelnemers: interventie-/controlegroep (n) | Duur en type van interventie                                                                                                                  | Uitkomsten                                                                                                                                                                         | Beperkingen                                                                                                                                                                   | Bewijs-niveau |
|------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Endevelt, 2011</b>  | RCT                | Ondervoede ouderen (75+)                                                                      | 59/35/33                                                | 6 maanden; 3 groepen met begeleiding door diëtist (5 huisbezoeken) vs. begeleiding door arts vs. geen begeleiding                             | Cognitieve status (+), depressie (-), koolhydraat-inname (+), eiwitinname (+), inname micronutriënten (+)<br>Geen effect op ADL, hoeveelheid medicatie of aantal nieuwe diagnoses. | Begeleiding thuis of in kliniek, volgens behoefte<br>Kleine steekproef (lage power)<br>Niet volledig geblindeerd.<br>Korte duur van follow-up<br>Niet volledig gerandomiseerd | B             |
| <b>Feldblum, 2011</b>  | RCT                | Ouderen (65+) met verhoogd risico op voedingsproblemen tijdens ziekenhuisopname en na ontslag | 66/102                                                  | 6 maanden; een consult tijdens opname en 3 huisbezoeken door diëtist na ontslag vs. een consult met diëtist in ziekenhuis of geen behandeling | Mortaliteit (-); energie-inname (+), vetinname (+), eiwitinname (+), serumalbumine (+).<br><br>Geen significant effect op gewicht, functionele status, cognitie en depressie.      | Hoge drop-out rate in controlegroep (32%), ten opzichte van de interventiegroep (11,5%)<br>Niet volledig geblindeerd<br>Korte duur van follow-up                              | B             |
| <b>Kwon, 2004</b>      | RCT                | Oudere vrouwen                                                                                | 132 totaal (verdeling niet bekend)                      | 4 maanden; wekelijks huisbezoek door diëtist                                                                                                  | Kennis over voeding (+), attitude over voeding (+), voedingsgewoonten (+), energie-inname (+), eiwitinname (+), inname micronutriënten (+),                                        | Kleine steekproef (lage power)<br>Niet volledig geblindeerd.                                                                                                                  | B             |
| <b>Locher, 2013</b>    | RCT                | Ouderen (65+) met acute of chronische ziekte(n) en met (risico op) ondervoeding               | 18/16                                                   | 2 maanden; 1 huisbezoek en 3 telefooncontacten                                                                                                | Geen effect op gewicht en energie-inname                                                                                                                                           | Kleine steekproef (lage power)<br>Niet volledig geblindeerd.<br>Lage compliance door veeleisende interventie.                                                                 | B             |

## Bijlage IV – Coderingsschema respondenten

| Topic                         | Kernlabel                  | Label                                                                      | Frequentie |
|-------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Rationale</b>              | Aanleiding voor huisbezoek | Op medische indicatie                                                      | 7          |
|                               |                            | Informatiebehoefte                                                         | 3          |
|                               |                            | Extra service                                                              | 1          |
| <b>Doelgroep</b>              | Thuisgebonden patiënten    | Kwetsbare ouderen                                                          | 7          |
|                               |                            | Ernstig zieke mensen                                                       | 7          |
|                               |                            | Revalidatiezorg                                                            | 7          |
|                               |                            | Verslavingszorg                                                            | 1          |
|                               |                            | Psychiatrische stoornissen                                                 | 1          |
|                               |                            | Verstandelijke gehandicapten                                               | 1          |
|                               | Diagnose                   | (Risico op) ondervoeding i.c.m. onderliggende ziekte                       | 7          |
| <b>Motivatie</b>              | Gevoel                     | Huisbezoeken zijn leuk                                                     | 5          |
|                               |                            | Huisbezoeken zijn niet leuk                                                | 1          |
|                               |                            | Het hangt van de situatie af                                               | 1          |
|                               | Voordelen                  | Nuttig                                                                     | 7          |
|                               |                            | Levert informatie                                                          | 7          |
|                               |                            | Afwisseling                                                                | 4          |
|                               |                            | Uitbreiding dienstverlening                                                | 2          |
|                               |                            | Verhoogt vertrouwensband                                                   | 1          |
|                               | Nadelen                    | Hoge tijdsinvestering                                                      | 7          |
|                               |                            | Minder efficiënte werkwijze                                                | 7          |
|                               |                            | Beperkte vergoeding                                                        | 6          |
|                               |                            | Minder controle over gesprek                                               | 4          |
|                               |                            | Moeizamer planning                                                         | 2          |
|                               |                            | Vermoeiend                                                                 | 1          |
|                               |                            | Ongemakkelijke situaties rondom intimiteit van cliënt                      | 1          |
|                               |                            | Emotionele lading van sommige gesprekken                                   | 1          |
|                               |                            | Vermindert zelfstandigheid cliënt                                          | 1          |
| <b>Organisatie, werkwijze</b> | Planning                   | Niet tijdens spreekuur                                                     | 6          |
|                               |                            | Aansluitend aan spreekuur                                                  | 4          |
|                               |                            | Op vrije dagen                                                             | 2          |
|                               |                            | Clusteren op een dagdeel                                                   | 3          |
|                               |                            | Eerst beschikbaar diëtist van praktijk gaat op huisbezoek                  | 1          |
|                               | Gebied                     | Beperkt tot patiënten van huisarts of thuiszorg met wie diëtist samenwerkt | 7          |
|                               | Werkwijze                  | Meer indirecte tijd nodig                                                  | 7          |
|                               |                            | Hindernissen geen toegang internet                                         | 3          |
|                               |                            | Laptop als verstorende factor                                              | 2          |
|                               | Apparatuur                 | Laptop                                                                     | 3          |
|                               |                            | Tablet                                                                     | 1          |
|                               |                            | Eigen weegschaal                                                           | 4          |
|                               |                            | Meetlint                                                                   | 4          |
|                               |                            | Voorlichtingsmateriaal                                                     | 7          |
|                               |                            | Samples drinkvoeding                                                       | 2          |
|                               |                            | BIA-apparaat                                                               | 1          |

|                                        |                                         |                                                                                                                                                                                                                                      |                            |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Uitvoering</b>                      | Belemmerende factoren                   | Onvoldoende verwijzing huisarts<br>Beperkingen van de cliënten<br>Storingen van buitenaf<br>Emotionele lading van gesprekken<br>Zoeken naar de juiste communicatievormen                                                             | 5<br>3<br>3<br>2<br>1      |
|                                        | Bevorderende factoren                   | Goede contacten met verzorgenden<br>Uitgebreide verwijzing/voldoende informatie<br>Persoonlijke aandacht geven<br>Haalbaar adviezen geven<br>Tijd hebben<br>Goede setting voor gesprek                                               | 7<br>3<br>2<br>2<br>1<br>1 |
|                                        | Waardering                              | Goed gewaardeerd door cliënten in het algemeen<br>Goed gewaardeerd door huisarts<br>Niet voldoende gewaardeerd door huisarts<br>Geen mening over waardering zorg verzekeraars                                                        | 7<br>5<br>2<br>7           |
| <b>Multidisciplinaire samenwerking</b> | Algemeen                                | Samenwerking met ander zorgverleners is essentieel                                                                                                                                                                                   | 7                          |
|                                        | Huisartspraktijken                      | Rapportage aan huisarts<br>Specifieke vragen naar POH<br>Vorbereiding consult met POH<br>Samenwerking niet optimaal                                                                                                                  | 7<br>7<br>3<br>2           |
|                                        | Verzorgenden (thuiszorg/ mantelzorgers) | Rol bij plannen van consulten<br>Rol bij uitvoeren behandelplan<br>Rol bij signaleren ondervoeding                                                                                                                                   | 7<br>7<br>2                |
|                                        | Tweede lijn                             | Weinig verwijzingen vanuit tweede lijn<br>Geen mening over kwaliteit overdracht vanuit tweede lijn<br>Goed overdracht vanuit tweede lijn<br>Slecht overdracht vanuit tweede lijn                                                     | 5<br>3<br>2<br>2           |
|                                        | Overige zorgverleners                   | Samenwerking op ad hoc manier<br>Goede samenwerking met apotheek omtrent drinkvoeding                                                                                                                                                | 4<br>2                     |
| <b>Medische voeding</b>                | Drinkvoeding                            | Wekelijks of maandelijks toepassing                                                                                                                                                                                                  | 7                          |
|                                        | Enterale voeding                        | Geen praktische ervaring met sondevoeding<br>Veel praktische ervaring met sondevoeding<br>Af en toe praktische ervaring met sondevoeding<br>Ervaring met sondevoeding in andere setting opgebouwd<br>Sondevoeding is een specialisme | 3<br>3<br>1<br>4<br>2<br>2 |



|                                   |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |
|-----------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                                   |                                         | Problemen bij het overdracht vanuit de tweede lijn                                                                                                                                                                                                           |                                                     |
|                                   | Totale parenterale voeding              | Nooit in eerste lijn toegepast                                                                                                                                                                                                                               | 7                                                   |
| <b>Competenties</b>               | Attituden, vaardigheden, kennis         | Actief betrokkenheid in het netwerk rond de ouderen<br>Brede blik<br>Goed met mensen kunnen omgaan<br>Empathie<br>Affiniteit/ervaring met kwetsbare ouderen<br>Goed kunnen luisteren<br>Goed door kunnen vragen<br>Flexibiliteit<br>Geduld<br>Proactief zijn | 5<br>4<br>3<br>3<br>3<br>2<br>2<br>2<br>1<br>1<br>1 |
|                                   | Suggesties beginnende beroepsbeoefenaar | Meer specialisatie op gebied van ouderenzorg<br>Goede voorbereiding                                                                                                                                                                                          | 2<br>1                                              |
| <b>Toekomstige vooruitzichten</b> | Vraag voor huisbezoeken                 | Verwachten toename<br>Al in de laatste jaren toegenomen<br>Niet in de laatste jaren toegenomen                                                                                                                                                               | 7<br>4<br>3                                         |
|                                   | Reden voor toename                      | Maatschappelijke factoren<br>Nieuwe beleid van verzekeraars omtrent voorschrijven drinkvoeding<br>Meer samenwerking                                                                                                                                          | 7<br>4<br>2                                         |
|                                   | Verwachtingen / hopen voor toekomst     | Meer diëtetiek voor ouderen vergoed<br>Meer bewustzijn over ondervoeding bij andere partijen<br>Meer specialisering van diëtisten in ouderenzorg<br>Meer samenwerking<br>Sondevoeding vaker in eerste lijn                                                   | 2<br>2<br>2<br>1<br>1                               |

## Bijlage V – Kenmerken respondenten

| Code | Geslacht | Leeftijd<br>(in jaren) | Werkervaring<br>(in jaren) | Grootte van<br>praktijk<br>(aantal<br>diëtisten) | Locatie van<br>praktijk | Aantal<br>huisbezoeken<br>per<br>spreekuurdag |
|------|----------|------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------|
| D1   | Vrouw    | 34                     | 12                         | 1                                                | Groene Hart             | 2,75                                          |
| D2   | Vrouw    | 61                     | 40                         | 3                                                | Den Haag                | 1                                             |
| D3   | Vrouw    | 41                     | 18                         | 1                                                | Leiden                  | 0,3                                           |
| D4   | Vrouw    | 43                     | 20                         | 3                                                | Leiden                  | 0,3                                           |
| D5   | Vrouw    | 33                     | 6                          | 7                                                | Den Haag                | 0,25                                          |
| D6   | Vrouw    | 29                     | 6                          | 4                                                | Rotterdam               | 1                                             |
| D7   | Vrouw    | 29                     | 7                          | 1                                                | Leiden                  | 0,125                                         |