

## Meer uren diëtetiek in basispakket voor kinderen: geen luxe maar noodzaak!

Het Netwerk eerstelijns kinderdiëtisten (NKD) en de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) pleiten voor uitbreiding van de aanspraak diëtetiek voor kinderen in het basispakket<sup>1</sup>. Kinderen zijn afhankelijk van de keuzes en mogelijkheden van ouders/verzorgers. Zij verdienen, indien medisch noodzakelijk, een optimale dieetbehandeling om te kunnen opgroeien tot gezonde volwassenen. Met de beperkte aanspraak diëtetiek van drie uur in de basisverzekering is dit niet meer mogelijk. Wij vinden uitbreiding van de aanspraak diëtetiek noodzakelijk, vergelijkbaar met de logopedie, fysiotherapie en de tandheelkunde. In deze memo lichten wij dit toe.

### Welke kinderen ziet de eerstelijns kinderdiëtist?

De eerstelijns (kinder)diëtist ziet kinderen met voedingsproblemen van zuigeling tot adolescent.

Bijvoorbeeld kinderen:

- met een groeiachterstand/afbuigende groeicurve waarbij sondevoeding en/of aanvullend medische voeding geïndiceerd is;
- met voedingsproblemen door een verstandelijke en/of lichamelijke beperking;

Toelichting : Kinderen met een verstandelijke/lichamelijke beperking en ex-prematuren hebben vaak en langdurig voedingsproblemen. Er is sprake van een *chronische aandoening*. In het basispakket wordt geen onderscheid gemaakt in aantal uren bij chronische aandoeningen zoals bijvoorbeeld wel bij kinderfysiotherapie. Ouders worden vaak al geconfronteerd met hogere zorgkosten en moeten daarom keuzes maken.

- met eetproblemen of ARFID (vermijden van voedsel/zeer selectief eetgedrag bij bijv. autisme);
- met voedselallergie en -intoleranties, zoals koemelkallergie of coeliakie;
- met maagdarmproblemen, zoals buikpijn, obstipatie, diarree en/of misselijkheid;
- met eetstoornissen, zoals Anorexia of Boulimia Nervosa;

Toelichting Jongeren met eetstoornissen staan op een wachtlijst voor behandeling in een kliniek voor eetstoornissen. Ter overbrugging is de eerstelijns diëtist nodig om verslechtering van de voedingstoestand door verder gewichtsverlies te voorkomen. Dit voorkomt een (dure) ziekenhuisopname.

- met obesitas en comorbiditeit;
- waarbij sprake is van complexe gezinsproblematiek en/of taalproblemen en/of een andere culturele achtergrond.

Ten gevolge van een *steeds kortere opname* van kinderen in het ziekenhuis neemt de complexiteit toe. De behandeling in het ziekenhuis wordt opgestart, maar krijgt geen vervolg in het ziekenhuis. Ziekenhuizen stoten steeds vaker de polikliniek diëtetiek af en het kind wordt overgedragen aan de eerstelijns diëtist. Naast de behandeling en coaching van het kind is het noodzakelijk om ouders/verzorgers te betrekken bij de dieetbehandeling (systeembenadering).

### Knelpunten ten gevolge van de beperkte aanspraak

- De diëtist heeft onvoldoende tijd om de behandeling goed uit te voeren en/of af te ronden. De dieetbehandeling stopt vroegtijdig na drie uur, terwijl de doelen niet zijn behaald. Er is geen sprake van een goede follow-up van zorg, terwijl dat juist bij kinderen zo belangrijk is. Er is meer kans op terugval. Niet bij iedereen vindt weer herstart behandeling plaats in het nieuwe jaar.
- Klachten bij kinderen, zoals buikpijn vragen veel onderzoek in het ziekenhuis. Een dieetbehandeling (gezonder eetpatroon) geeft vaak vermindering van klachten waardoor minder

<sup>1</sup> . NKD is een door de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) erkend netwerk waarvan de leden specifieke deskundigheid hebben op het gebied van kindervoeding & kinderdiëtetiek.

of geen medicatie nodig is. Er is sprake van minder schoolverzuim en belastende onderzoeken zijn niet altijd nodig. Een dieetinterventie is effectiever en kostenbesparend.

- Andere (dure) zorgverleners nemen de dieetbehandeling uit nood deels over, zoals de kinderarts of de orthopedagoog van een zogenoemd multidisciplinair eetteam, dat complexe voedings- en gedragsproblematiek behandelt. De diëtist maak wel deel uit van zo'n team maar haar specifieke deskundigheid kan niet volledig worden benut door de beperkte vergoeding (*Multidisciplinaire eerstelijns eetteams* begeleiden kinderen met eetproblemen. Deze zijn goedkoper dan eetteams in ziekenhuizen en begeleiden kinderen vanuit hun thuissetting en niet vanuit een klinische setting).
- In Nederland heeft 1 op de 3 mensen beperkte gezondheidsvaardigheden. Ook zij hebben kinderen die ten gevolge hiervan meer begeleiding nodig hebben om voedingsveranderingen te begrijpen en door te voeren. Ook de begeleiding van kinderen uit gezinnen met een andere culturele achtergrond kost meer tijd door de andere (voedings)-gewoonten, opvattingen en de taalbarrière. Daarnaast is bekend dat het percentage kinderen met overgewicht bij hen groter is evenals bij ouders met beperkte gezondheidsvaardigheden.

*Bovenstaande wordt ondersteund in de vorm van **steunbetuigingen** door kinderartsen, jeugdartsen en -psychologen, jeugdverpleegkundigen, orthopedagogen, logopedisten en kinderfysiotherapeuten Zij noemen als belangrijkste redenen*

- *ouders kunnen/willen extra begeleiding niet zelf betalen waardoor onvoldoende diëtetiek kan worden geleverd*
- *ouder wenst kindardiëtetiek dicht bij huis (eerstelijns) in plaats van in het ziekenhuis (2e/3e lijn) maar het beperkte aantal uren vormt een belemmering;*
- *niet elk ziekenhuis biedt poliklinische diëtetiek.*

### **Onderbouwing meer uren diëtetiek voor kinderen**

- Er is sprake van *willekeur* in de vergoeding van (paramedische) zorg aan kinderen tot 18 jaar in de Zorgverzekeringswet. Voor diëtetiek is de aanspraak 3 uur per jaar en geen onderscheid in de aanspraak voor volwassenen en kinderen. Bij fysiotherapie is de aanspraak voor kinderen 18 behandelingen per jaar en onbeperkt bij chronische /aangeboren aandoeningen, en ook voor logopedie en tandheelkunde is de aanspraak voor kinderen tot 18 jaar onbeperkt.
- Het belang van goede voeding wordt steeds duidelijker ter preventie van gezondheidsproblemen. Kinderen zijn de toekomst: de *eerste duizend dagen* zijn cruciaal voor de gezondheid van een kind. Voedingsproblemen of een ongezonde leefstijl op jonge leeftijd blijven op volwassen leeftijd bestaan en betekenen hogere kosten voor de gezondheidszorg. Te denken is aan zorgkosten ten gevolge van overgewicht, extra ziekenhuisopnames of extra consulten/onderzoeken of medicatie door specialisten. Een kind is *geen kleine volwassene*: vanwege lengtegroei moet vaker een dieetadvies worden aangepast, omdat de energiebehoefte verandert (bijv. bij ondergewicht of afbuigende groeicurve). Dit laat zich niet in een kalenderjaar vatten.

Tot slot ter illustratie een aantal korte columns van een kindardiëtist:

- <http://rianschrijft.blogspot.com/2018/12/basiszorg.html>
- <http://rianschrijft.blogspot.com/2019/01/basiszorg-2.html>
- <http://rianschrijft.blogspot.com/2019/01/basiszorg-3.html>
- <http://rianschrijft.blogspot.com/2019/02/basiszorg-4.html>

**Contactpersoon en telefonisch bereikbaarheid namens NKD:** Ingrid Mimpen. kindardiëtist Voeding & Zo Rotterdam , [info@voeding-enzo.nl](mailto:info@voeding-enzo.nl) , 0613257061.