

leefstijlmodule

Leefstijlmodule voeding

Document	Leefstijlmodule voeding
Auteur	Victoria Jongkamp, Susanne Joosten, Sophie Bonarius, Stephanie Almer
Versiedatum	April 2022

Deze handreiking is tot stand gekomen met medewerking van Laura Hilhorst (diëtist, regio Lekstroom) en Mariëlle Zuidgeest (diëtist, regio ZOU).



huisartsenzorg

Inhoudsopgave

1 - Inleiding	3
2 - Richtlijnen diagnostiek	4
2.1 Diagnostiek	4
2.2 Aankaarten	4
2.3 Inventariseren	4
2.4 Exploreren van de motivatie tot gedragsverandering	4
2.5 Evaluatie inventarisaties	5
3 - Richtlijnen beleid	6
3.1 Zorgprofiel 1: Uitsluitend zelfmanagement	7
3.2 Zorgprofiel 2: Algemeen voedingsadvies	7
3.3 Zorgprofiel 3: Individueel advies (specifieke adviezen bij DM, CVRM, COPD)	7
Individueel dieetadvies bij Diabetes Mellitus type 2	8
Individueel dieetadvies bij CVRM	9
Individueel dieetadvies bij COPD	10
3.4 Zorgprofiel 4: Gespecialiseerde dieetbehandeling	10
Individuele dieetbehandeling bij Chronische Nierschade	11
4 - Samenwerking	12
5 - Vergoeding en verwijzing	12
Bronnen	13

1 - Inleiding

Voedingszorg maakt een wezenlijk onderdeel uit van de leefstijlinterventies we vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg bieden aan patiënten met risicofactoren en/of chronische ziekten. Over voeding wordt veel gezegd en geschreven. Denk hierbij aan koolhydraat-arme voeding, het ketogeendieet en intermitterend fasting. Ook wordt via diverse kanalen het advies gegeven om minder vlees te eten. Aspecten als gezondheid, dierenwelzijn en milieu liggen aan deze adviezen ten grondslag. Hierdoor krijgt het vegetarische en het veganistische voedingspatroon meer aandacht.

Daarnaast verschijnen er elk jaar nieuwe diëten en kookboeken. Sommigen zijn geschreven vanuit iemands eigen ervaring en niet gebaseerd op wetenschappelijk bewezen effecten. Tegelijkertijd is het lastig om effecten van voeding exact te meten in een wetenschappelijk onderzoek: je gaat af op wat mensen zeggen te eten, placebo vergelijkend onderzoek is niet echt mogelijk. Bovendien dien je mensen jarenlang volgens een patroon te laten eten om effect te kunnen zien op bijvoorbeeld het optreden van hart- en vaatziekten.

Voeding en de kwaliteit van de voedingszorg zijn een belangrijk onderdeel om de gezondheid van de patiënt te ondersteunen en vorm te geven. Het aanbieden van informatie en gerichte zorg is dan ook van groot belang.

Doel

Het voornaamste doel van deze module is het bevorderen van de kwaliteit van voedingszorg. We geven je handvatten voor leefstijladviesgeving aan en motivering van patiënten vanuit de huisartsenpraktijk. Daarnaast beschrijven we in hoofdlijnen voor welk niveau van voedingszorg een persoon in aanmerking komt (zorgprofiel), welke bijbehorende voedingszorg hierbij van toepassing is en door welke zorgverlener de voedingszorg geboden moet worden. De patiënt wordt hierbij beschouwd als een volwaardige partner - met een eigen verantwoordelijkheid - die een actieve rol inneemt waar hij/zij dat wil en kan.

Doelgroep

Deze leefstijlmodule is van toepassing op volwassenen die behoefte hebben aan informatie over gezonde voeding of bij wie het aanleren van gezond voedingsgedrag onderdeel van de behandeling vormt.

Buiten het bestek van de handreiking vallen mensen met ziekten of klachten passend bij voedselallergie, voedselintoleranties, maag-, darm- en leverziekten (bijvoorbeeld prikkelbare darmsyndroom, coeliakie of inflammatoire darmziekten), eetstoornissen, bariatrische chirurgie en neurologische ziekten.

Betrokken zorgverleners

Deze handreiking richt zich specifiek op huisartsen, praktijkondersteuners somatiek en GGZ, diëtisten en leefstijlcoaches. Daarnaast spelen GZ- en eerstelijnspsychologen, fysio- en oefentherapeuten op indicatie een rol bij gedragsverandering respectievelijk beweging.

Bij het geven van een voedingsadvies conformeren we ons aan de adviezen van het [Voedingscentrum](#), uit de [Zorgmodule Voeding](#), [Artsenwijzer Diëtetiek](#) en de [NHG-zorgmodule Leefstijl Voeding](#) en de bijbehorende ziekte specifieke NHG-standaarden

2 - Richtlijnen diagnostiek

2.1 Diagnostiek

In aanmerking voor leefstijldiagnostiek komen mensen met:

- Risicofactoren voor hart- en vaatziekten (waaronder roken, verhoogde bloeddruk, hyperlipidemie en obesitas)
- Diabetes mellitus type 2
- Hart- en vaatziekten
- COPD
- Chronische nierschade
- (Kwetsbare) ouderen
- Andere chronische ziekten waarbij voedingsadvisering deel uitmaakt van de behandeling
- Mensen die zelf een gezondheidscheck wensen.

Maak bij de diagnostiek onderscheid tussen het aankaarten en inventariseren van de leefstijlfactoren, de risico-inventarisatie en het exploreren van de motivatie tot gedragsverandering.

2.2 Aankaarten

Informeer naar de behoefte aan leefstijladvisering, in het bijzonder op het gebied van voeding. Houd hierbij rekening met eventuele weerstand bij de patiënt (schaamte, schuld, verdriet of frustratie). Breng de leefstijl op een niet-veroordelende manier ter sprake en toon begrip voor de verleidingskracht van ongezonde voeding, die soms moeilijk is te weerstaan.

2.3 Inventariseren

Vraag toestemming aan de patiënt om diens leefstijlfactoren te inventariseren. Hierbij kunnen ook de voor- en nadelen van een eventuele gedragsverandering aan de orde komen.

Vraag naar de volgende aspecten:

- Voedingsgewoonten, -patroon en -gedrag. Vraag hierbij expliciet na of er sprake is van minder vlees eten, een vegetarisch- of veganistisch voedingspatroon.
- Lichaamsbeweging, slaapgedrag, stress, roken, gebruik van alcohol en drugs.
- Voorgeschiedenis, gewichtsverloop in de laatste jaren (zowel over- als ondervoeding), dieetgeschiedenis.
- Kennis van en opvattingen over een ongezonde leefstijl en de consequenties daarvan.
- Kennis van voeding (samenstelling, producten), lees- en taalvaardigheid (aandacht voor laag geletterdheid).
- Psychosociale en omgevingsfactoren (sociaaleconomisch, etnisch, cultureel).

Inventariseer om het gezondheidsrisico te kunnen inschatten tevens:

- Risicofactoren voor hart- en vaatziekten: verhoogde bloeddruk, hyperlipidemie, obesitas (BMI hoger dan 30), buikomvang bij een BMI hoger dan 25 (man > 102 cm; vrouw > 88 cm).
- Hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, longaandoeningen of andere relevante gezondheidsproblemen.
- Familiegeschiedenis, waaronder familiale obesitas, diabetes mellitus type 2, COPD en hart- en vaatziekten.
- Medicatiegebruik en eventuele bijwerkingen daarvan (waaronder gewichtstoename, effect op smaak en eetlust).

2.4 Exploreren van de motivatie tot gedragsverandering

De motivatie tot gedragsverandering verschilt in de tijd, per persoon en per situatie. Ga het gesprek steeds aan vanuit de motivatie van de patiënt (gebruik hierbij de principes van motivational interviewing), ga samen na in hoeverre deze overweegt zijn voedingsgedrag te veranderen en onderzoek wat haalbare doelen zijn:

- In hoeverre zou u uw voedingsgedrag willen veranderen?
- Wat zijn voor u de drie belangrijkste redenen om dit te doen?
- Hoe belangrijk is het voor u om uw voedingsgedrag te veranderen (geef aan op een schaal van 0-10). Vraag bij een lage score waarom de patiënt het minderen of stoppen niet/minder belangrijk vindt.
- Stel dat u zou besluiten uw voedingsgedrag aan te passen, hoe zou u dat aanpakken? Hoeveel vertrouwen heeft u erin dat het u gaat lukken (op een schaal van 0-10). Ga na waarom de patiënt zichzelf dit cijfer geeft en niet lager en wat ervoor nodig is om op een hoger cijfer te komen?



Vat de antwoorden van de patiënt samen en reflecteer hierop. Probeer hiermee een vraag-en-antwoordgesprek te voorkomen.

Vraag eventueel ook naar:

- Wat vindt u dat er moet gaan veranderen en hoe denkt u dit te gaan aanpakken?
- In hoeverre zou u hierbij hulp willen hebben?
- Weet u welke vormen van hulp mogelijk zijn?

Als de patiënt op dit moment zijn voedingsgedrag niet wil of kan aanpassen:

- Vraag of u de patiënt (eventueel schriftelijk) nadere informatie mag geven over zijn voedingsgedrag.
- Benadruk dat de patiënt altijd op een later moment op zijn voedingsgedrag mag terugkomen.
- Verwijs eventueel naar POH-GGZ voor verdere exploratie naar evt. belemmeringen

2.5 Evaluatie inventarisaties

Ga samen met de patiënt na welk zorgprofiel (zie hoofdstuk 3) het best passend is op basis van bovenbeschreven inventarisaties, de motivatie tot gedragsverandering, de zelfmanagementvaardigheden, eerdere ervaringen met behandelingen en de voorkeuren van de patiënt. Maak hierbij gebruik van het stroomschema 'keuze zorgprofiel' of gebruik als ondersteuning de site van [Artsenwijzer](#).

3.1 Zorgprofiel 1: Uitsluitend zelfmanagement

Indicatie

Dit zorgprofiel is bedoeld voor mensen met een laag risico en met voldoende kennis, vaardigheden en motivatie om zelf de leefstijl te kunnen aanpakken. Ook personen die succesvol behandeld zijn in zorgprofiel 2 kunnen na evaluatie doorstromen naar het zelfmanagementprofiel.

Inhoud profiel

De huisarts of POH-S kan deze persoon op weg helpen door het geven van algemene leefstijladviezen en aanvullend verwijzen naar adequate informatie en online hulpprogramma's (denk aan de schijf van vijf, calcium/vitamine D suppletie volgens adviezen voedingscentrum). Om zelfmanagement te stimuleren kun je gebruikmaken van de methoden en principes beschreven in de [Zorgmodule Zelfmanagement 1.0](#). Vervolgens ligt het initiatief voor het aanpassen van de leefstijl bij de patiënt zelf.

Ter ondersteuning kunt u gebruik maken van;

- www.thuisarts.nl
- www.voedingscentrum.nl
- 'Kies ik Gezond', deze app stimuleert gezondere keuzes bij het boodschappen doen.
- Mijn Eetmeter, deze app biedt een eetdagboek dat inzicht verschaft over de calorie inname en in hoeverre er gegeten wordt volgens de Schijf van Vijf, waarbij direct advies op maat wordt geboden.
- FatSecret, deze app geeft informatie over o.a. voedingswaarden van genuttigde voedingsmiddelen.

Wanneer het niet mogelijk blijkt het gedrag zelfstandig aan te passen, kan iemand doorstromen naar zorgprofiel 2.

3.2 Zorgprofiel 2: Algemeen voedingsadvies

Indicatie

Profiel 2 is bedoeld voor mensen met risicofactoren en aandoeningen waarbij een algemeen voedingsadvies onderdeel is van de behandeling. Dit zijn bijvoorbeeld mensen met een matig risico op hart- en vaatziekten. Profiel 2 kan ook geschikt zijn voor personen bij wie profiel 1 niet het gewenste resultaat oplevert en voor mensen die in profiel 3 succesvol zijn behandeld.

Inhoud profiel

Algemeen voedingsadvies staat centraal in dit profiel. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan de gezondheidsrisico's die iemand loopt en de relatie tot leefstijl en voeding. Samen met een zorgverlener uit de huisartsenpraktijk (huisarts, meestal POH-S) wordt gekeken hoe iemand de algemene voedingsadviezen in het dagelijks leven kan inpassen. Het voedingsadvies maakt onderdeel uit van leefstijlverandering, waarin ook andere facetten van een gezonde leefstijl aan de orde komen. De nadruk dient te liggen op stapsgewijze, haalbare, kleine aanpassingen zodat deze op lange termijn vol te houden zijn.

3.3 Zorgprofiel 3: Individueel advies (specifieke adviezen bij DM, CVRM, COPD)

Indicatie

Profiel 3 is bedoeld voor mensen met risicofactoren en ziekten waarbij een individuele dieetbehandeling onder begeleiding van een diëtist een essentieel onderdeel van de behandeling vormt. Bijvoorbeeld mensen met diabetes mellitus type 2. Ook voor personen bij wie profiel 2 niet het gewenste resultaat oplevert, kan profiel 3 geschikt zijn.

Inhoud profiel

De individuele dieetbehandeling wordt geleverd door een diëtist. Ondersteuning bij het integreren van het dieet in iemands leven staat centraal. Het is hierbij essentieel dat rekening wordt gehouden met de leefomstandigheden van de persoon, zodat het dieet kan worden volgehouden. De diëtist levert daarbij maatwerk.



Individueel dieetadvies bij Diabetes Mellitus type 2

Verwijsindicaties

- Voedingsadvies na het stellen van de diagnose Diabetes Mellitus type 2
- Bij verzoek om te starten met koolhydraat beperkte voeding
- Starten van de GLP1
- Starten met insulinetherapie
- Intensiveren van insulinetherapie naar een basaal-bolusschema
- Maag-darmproblematiek, gastroparese

Doelstelling behandeling diëtist

- Optimaliseren bloedglucosewaarden
- Educatie van de patiënt en eventueel het gezin over leefstijlveranderingen zoals gezonde voeding, meer beweging en gezond gewicht
- In balans brengen van de medicatie, koolhydraatname, lichamelijke inspanning en stress. Indien mogelijk werken naar zelfregulatie door zelfcontrole
- Optimaliseren lichaamsgewicht en middelomtrek. Bij recent gediagnosticeerde diabetes en overgewicht is het streven minimaal 5-10% gewichtsreductie.
- Zorgen voor en behoud van een volwaardig voedingspatroon
- Beperken van acute klachten van hypo- en hyperglycemie
- Optimaliseren bloeddruk
- Optimaliseren vetspectrum
- Preventie of uitstel van aan diabetes gerelateerde complicaties

Dieetkenmerken

- Voedingsvezels: inname 30-40 gram per dag
- Beperk de inname van transvet en verzadigd vet (met uitzondering van zuivelproducten) en vervang deze door producten met enkelvoudig of meervoudig onverzadigde vetzuren
- Stimuleer het gebruik van voedingsmiddelen rijk aan omega 3 vetzuren en α -linoleenzuur
- Bij dyslipidemie kan 1,6-3 g plantensterol/-stanol per dag geadviseerd worden als aanvulling op de reeds genoemde adviezen gericht op het normaliseren van de lipidengehalten (kleine daling LDL- en totaal cholesterolgehalte)
- Beperk de zoutinname tot 6 gram per dag
- Adviseer geen of matig gebruik van alcoholische dranken
- Bij overgewicht heeft een intensief leefstijlprogramma met professionele begeleiding op het gebied van voedingstherapie, lichaamsbeweging en gedragsverandering de voorkeur (bv GLI).
- Beoordeling verhouding macronutriënten en zo nodig wijzigen naar een gewenst niveau

Bijzonderheden

- Het geven van leefstijladviezen is een belangrijk onderdeel in de voedingstherapie bij DM type 2
- Let op: lipidenwaarden bij een nog niet goed ingestelde diabetespatiënt zijn niet geheel betrouwbaar
- Het gebruik van zoetstoffen raden wij af. Zoetstoffen zijn stoffen die aan voedingsmiddelen worden toegevoegd om ze zoeter te maken zonder suiker te gebruiken.
 - Intensieve zoetstoffen hebben een veel sterkere zoetkracht dan suiker waardoor er slechts een kleine hoeveelheid nodig is. Ze leveren (vrijwel) geen energie, beïnvloeden de bloedglucose niet en passen daarom goed in de voeding bij diabetes. Ze zitten vooral in zoetjes, light frisdrank, zuivelproducten en suikervrije kauwgom. Voorbeelden zijn aspartaam, sacharine, cyclamaat, thaumatine en stevia. Belangrijk om te weten is dat sommige producten gezoet met deze zoetstoffen nog wel zetmeel, vruchtensuiker of melksuiker kunnen bevatten, waardoor ze toch invloed hebben op de bloedglucose.
 - Extensieve zoetstoffen, zogeheten polyolen, zijn half zo zoet tot even zoet als suiker. Ze leveren wel energie, maar over het algemeen iets minder dan gewone suiker. De zoetstoffen beïnvloeden de bloedglucose minder of minder snel dan suiker. Deze zoetstoffen zitten vooral in producten voor mensen met diabetes zoals chocola, koekjes en gebak. En zijn op de verpakking vaak herkenbaar aan de 'ol' aan het einde van de naam, bijvoorbeeld sorbitol, xylitol, lactitol. Dergelijke suikervrije producten bevatten meestal veel verzadigd vet, vaak zelfs in grotere hoeveelheden dan in vergelijkbare producten met suiker, geven bij overmatig gebruik soms winderigheid en diarree, zijn duurder dan gangbare producten, smaken anders en plaatsen mensen vaak onnodig in een uitzonderingspositie.
- Er wordt in de dieetadvisering aandacht besteed aan het vertraagde [hypoglykemisch effect van alcoholconsumptie](#). Alcohol heeft invloed op de bloedsuikerspiegel en vergroot bij diabetici de kans op het ontstaan van een hypoglykemie met mogelijk ernstige gevolgen (bewustzijnsverlies)
- Koolhydraten in de vorm van geraffineerde suikers spelen wel een belangrijke rol wanneer er sprake is van een hypoglycaemie (zie ook de UNICUM [handreiking DM](#)).

Voor meer achtergrondinformatie zie: <https://www.artsenwijzerdietetiek.nl/diabetes>



Individueel dieetadvies bij CVRM

Verwijsindicaties

- Na risicoschatting bij persoon met >10% risico op ziekte en sterfte door HVZ
- Hypertensie waarbij de inschatting van de POH/huisarts is dat het eetpatroon hieraan bijdraagt
- Totaal cholesterol (TC) >6,5 mmol/l of bij gebruik van statines
- Te hoog gewicht:
 - BMI \geq 25 kg/m² en comorbiditeit
 - BMI \geq 30 kg/m² met en zonder comorbiditeit
 - Bij een sterk oplopende BMI en/of middelomtrek

Doelstelling behandeling diëtist

Verlagen van de kans op coronaire hartziekten door:

- Verlagen van LDL- cholesterol
- Ondersteunen van de bloeddrukregulatie
- Bij overgewicht/obesitas: reduceren lichaamsgewicht met 1-4kg per maand. Er wordt gestreefd naar een gewichtsafname van 5-15% in een jaar en gewichtsbehoud van vijf jaar om een maximale gezondheidswinst te bereiken.
- Verbeteren inname basisvoeding volgens de Schijf van 5

Dieetkenmerken

- Aandacht voor totaal vetgebruik, zo nodig verzadigd vet beperken, zo veel mogelijk vervangen door onverzadigde vetten
- 250 g groente en twee porties fruit
- Vermijden/ beperken van de geraffineerde suikers (= suiker die in de fabriek is gezuiverd, zoals kristalsuiker, rietsuiker, basterdsuiker en druivensuiker)
- Alcohol: geen of maximaal één glas per dag
- Natrium beperken
- Glycyrrhizine beperken bv zoethoutthee en drop
- Voedingsvezel 30-40 gram per dag (om inzichtelijk te krijgen hoe je dit uit voeding kunt halen, kun je gebruik maken van de '[Eet je vezelrijk](#)'-poster)
- Bij hypertriglyceridemie: alcoholonthouding
- Bij hypertensie:
 - Bij kaliumuitdrijvende diuretica aandacht voor voldoende kalium in de voeding
 - Leefstijladviezen: lichaamsbeweging; [Nederlandse norm gezond bewegen](#), stoppen met roken, reductie en behandeling van stress.

Bijzonderheden

- Bij ouderen is de relatie tussen BMI en gezondheid niet zo eenduidig en is een BMI tussen de 20-30 kg/m² acceptabel.
- Een goede compliance van het dieet kan tot gevolg hebben dat er minder lipidenverlagende middelen nodig zijn.
- De diëtist besteedt naast het dieet aandacht aan een gezonde leefstijl: niet roken, voldoende beweging (Nederlandse norm gezond bewegen), stressreductie, voldoende slaap, voorkómen van ongewenste gewichtstoename.
- Een natriumbeperving leidt altijd tot een bloeddrukverlaging, het effect lijkt groter bij personen met een verhoogde bloeddruk, ouderen, negroïde mensen en mensen met overgewicht.

Voor achtergrondinformatie zie: <https://www.artsenwijzerdietetiek.nl/cvrm-en-hartfalen/cardiovasculair-risico-management>



Individueel dieetadvies bij COPD

Verwijsindicaties

Na het stellen van de diagnose COPD gecombineerd met ten minste één van de volgende gegevens:

- BMI \leq 21 kg/m²
- Ongewenst gewichtsverlies van > 5% binnen 1 maand of > 10% binnen 6 maanden
- Ongewenste gewichtstoename (meer dan 5-10% in 1 maand en/of BMI > 30 kg/m² en/of BMI > 25 indien er sprake is van comorbiditeit en/of klachten als gevolg van het overgewicht). In geval van onbegrepen en snelle gewichtstoename zoek naar een verklaring hiervoor, dit heeft niet met de COPD te maken.

Doelstelling behandeling diëtist

- Handhaven/verbeteren van de voedingstoestand
- Handhaven/verhogen van de vetvrije massa
- Bij overgewicht >25-30 blijkt behoud van gewicht het gunstigst, dat geeft de beste kans op het behoud van spiermassa. Bij obesitas (>30) wel advies af te vallen (door het intensiveren van lichamelijke inspanning onder begeleiding van een fysiotherapeut en een adequate inname van eiwit en energie).

Dieetkenmerken

- Energie volgens behoefte (berekend aan de hand van rustmetabolisme en toeslagen)
- Bij ondervoeding
- Eiwit verrijkt
- Calcium: 1000-1200 mg

Bijzonderheden

- Bij COPD in combinatie met ondergewicht is medebehandeling door een fysiotherapeut noodzakelijk. In overleg met de andere disciplines vindt afstemming plaats over de behandeling en evaluatie van het zelfmanagement van de patiënt. Dieetbehandeling alleen leidt namelijk vooral tot gewichtstoename in de vorm van vetmassa en niet van spiermassa.
- Voor spiersynthese is beweging essentieel en is het belangrijk om de eiwitinname over de dag te spreiden, met minimaal 20-30 g eiwit per maaltijd.
- Patiënten met COPD hebben een verhoogd risico op een lagere vitamine D-status. Volg voor suppletie het advies van de gezondheidsraad.

Voor meer achtergrondinformatie zie: <https://www.artsenwijzerdietetiek.nl/longziekten/copd>

3.4 Zorgprofiel 4: Gespecialiseerde dieetbehandeling

Indicatie

Profiel vier is bedoeld voor mensen met complexe aandoeningen of problemen en voor personen die onvoldoende baat hadden bij een individuele dieetbehandeling uit profiel 3. Let wel: Vaak betreft dit een patiëntengroep die uiterst maatwerk behoeft en is in dit geval de nefroloog de hoofdbehandelaar. In een enkel geval wordt ervoor gekozen dat de huisarts de hoofdbehandelaar is die de zorg laagdrempelig met de nefroloog afstemt.

Inhoud profiel

Binnen dit profiel verlenen diëtisten werkzaam in een multidisciplinair zorgverlenersteam deze intensieve zorg.

Individuele dieetbehandeling bij Chronische Nierschade

Verwijsindicaties

Diagnose chronische nierschade met mild tot matig en sterk verhoogd CVR risico (zie onderstaande tabel) in combinatie met een van onderstaande:

- Hypertensie: zonder albuminurie > 140/90 mmHg, met albuminurie > 130/80 mm Hg (herhaald gemeten)
- Serum kalium: < 4 of > 5 mmol/l
- Overgewicht (BMI > 25 kg/m²; > 70 jaar > 27 kg/m²)
- Ondergewicht (BMI < 18,5 kg/m²; > 70 jaar < 22 kg/m²)

Stadierung van CNS obv GFR en Albuminurie versus prognose

De KDIGO classificatie

				Albuminurie categorieën		
				Beschrijving en range		
				A1	A2	A3
				Normaal tot mild verhoogd	Matig verhoogd	Ernstig verhoogd
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-299 mg/g 3-29 mg/mmol	≥300 mg/g ≥30 mg/mmol
GFR categorieën Beschrijving en range (mL/min/1.73m ²)	G1	Normaal of hoog	>90			
	G2	Mild afgenomen	60-89			
	G3a	Mild tot matig afgenomen	45-59			
	G3b	Matig tot ernstig afgenomen	30-44			
	G4	Ernstig afgenomen	15-29			
	G5	Nierfalen	<15			

	Geen CNS (88%)		Matig verhoogd risico (2,0%)
	Mild verhoogd risico (9,2%)		Sterk verhoogd risico (<1%)

Doelstelling behandeling diëtist

Behandeling van progressiefactoren:

- Het vertragen van de achteruitgang van de nierfunctie
- Ondersteunen van de bloeddrukregulatie
- Regulering van de electrolytenbalans
- Bewaken van de voedingstoestand en voorkomen van ondervoeding
- Verminderen van de vochtretentie.
- Cardiovasculair risicomangement (gewichtshreductie bij overgewicht, verbetering van de leefstijl).

Dieetkenmerken

- Afhankelijk van laboratoriumbepalingen eiwit-, natrium-, kalium-, of calcium-, of fosfaatbeperkt (in afstemming met de specialist wanneer ervoor gekozen is dat huisarts hoofdbehandelaar is)
- 1,5-2l vocht per dag.

Bijzonderheden

- ACE-remmers of Angiotensine II (AT1)-antagonisten (ARB's) kunnen leiden tot een verhoogd serum kalium
- Bij verdere achteruitgang van nierfunctie kan er sprake zijn van een verslechterde eetlust.
- Suppletie van vitaminen en mineralen kan noodzakelijk zijn. Bij onvoldoende voedselinname wordt gebruik gemaakt van afgestemde dieetpreparaten en/of dieetproducten

4 - Samenwerking

Afhankelijk van de complexiteit en de gewenste intensiteit van de zorg kunnen meerdere zorgverleners betrokken zijn. Het is belangrijk dat de adviezen en informatie die de betrokken zorgverleners aan de patiënt geven, op elkaar aansluiten.

Samenwerking bij de leefstijladvisering over voeding

- De huisarts of praktijkondersteuner inventariseert de leefstijlfactoren van de patiënt en maakt de leefstijl bespreekbaar, verduidelijkt de gezondheidsrisico's daarvan en kaart aan dat wellicht gespecialiseerde hulp nodig is.
- De POH-S geeft basisinformatie over gezonde voeding, eventueel gericht op de specifieke aandoening, begeleidt de patiënt naar gedragsverandering en monitort de effecten van het gedrag op de chronische aandoening(en).
- Meestal is de huisarts inhoudelijk eindverantwoordelijk voor de voeding gerelateerde zorg bij de zorgprofielen 1 en 2 (of praktijkondersteuner, onder inhoudelijke eindverantwoordelijkheid van de huisarts).
- De diëtist is bij zorgprofiel 3 en 4 behandelaar.

Van dit alles kan in samenspraak met de patiënt worden afgeweken, mits dit duidelijk wordt gecommuniceerd naar alle betrokken zorgverleners.

5 - Vergoeding en verwijzing

Vergoeding

Binnen de ketenzorg voor DM2, CVRM en COPD is een vergoeding opgenomen voor dieetbehandeling door een diëtist. Zie voor meer informatie het [UNICUM handboek](#).

Verwijzing

Verwijzing naar de diëtist vindt plaats via VIPLive. Vanuit het patiëntdossier in het HIS kan je via een SSO-verbinding (Single Sign On) direct naar het patiëntdossier in VIPLive ([klik hier](#) voor meer uitleg).

1. Klik op de knop 'verwijs patiënt'.
2. Vervolgens opent een nieuwe verwijzing:
3. Selecteer zorgprogramma, selecteer rol ontvanger en selecteer de praktijk/zorgverlener waarnaar je wilt verwijzen en klik op 'verder'.
4. Voer de reden van verwijzen in.
5. Bij de laatste stap vul je aanvullende informatie rondom de verwijzing in:
 - a. Meetwaarden en medicatie delen. Hierbij maak je de keuze om noodzakelijk en relevante medische gegevens mee te sturen tijdens de verwijzing. LET OP! De patiënt moet hiervan op de hoogte gesteld worden.
 - b. Behandeling aan huis vereist. Geef hierbij aan of een behandeling aan huis nodig is.
 - c. Vinkje uit bij 'brief mailen naar patiënt'.
 - d. Hulpvraag. Vul hier de hulpvraag in.
 - e. Vinkje aan bij 'Terugsturen naar HIS' (=dringende aanbeveling). De verwijsbrief wordt dan via Edifact naar het HIS teruggestuurd.
6. Klik op 'verstuur'. Indien medische gegevens gedeeld worden is het nodig om een beveiligde sessie te starten om de verwijzing af te ronden.
7. De diëtistenpraktijk krijgt een notificatie via de mail en (afhankelijk van de lokale afspraken) neemt de patiënt contact op met de diëtist om een afspraak in te plannen.



Bronnen

<https://artsenwijzerdietetiek.nl>

<https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/obesitas>

<https://www.nhg.org/themas/publicaties/nhg-zorgmodule-leefstijl-voeding-volledige-tekst>

<https://www.voedingscentrum.nl>

<https://www.diabetesfonds.nl>

<https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2015/11/04/richtlijnen-goede-voeding-2015>

