

Bijlage 1 Samenwerkingsafspraken GHC – Diëtist

DM type 2

Het uitgangspunt is dat iedere diabetes patiënt recht heeft op optimale zorg door de juiste professionals. Een goede behandeling van diabetes patiënten geeft op langere termijn minder complicaties, daardoor een betere kwaliteit van leven voor de diabetes patiënt en minder beroep op de gezondheidszorg. De rol van de diëtist is daarbij evident.

De voedingsrichtlijnen zijn gebaseerd op de wetenschappelijke onderbouwde NDF-richtlijnen, NHG-standaard, Artsenwijzer.

Inclusie- en exclusiecriteria voor verwijzing naar diëtist binnen de DBC

De behandeling van de diëtist binnen de DBC is gericht op:

- optimaliseren bloedglucosewaarden: streven naar nuchtere bloedglucosewaarden 4,0-6,1 mmol/l, postprandiaal 4,0-9,0 mmol/l, HbA1c <53 mmol/mol of persoonlijke streefwaarden die vastgesteld zijn door patiënt en huisarts
- optimaliseren bloeddruk en lipidenprofiel
- preventie of uitstel van aan diabetes gerelateerde complicaties, te weten micro- en macro-angiopathieën
- beperken van acute klachten van hypo- en hyperglykemie
- zorgen voor en behoud van een optimale voedingstoestand
- verbeteren insulinegevoeligheid
- goede afstemming van de voeding op orale diabetes medicatie en/of insuline, GLP1-RA
- volwaardige leeftijdsadequate voedingsintake
- leren omgaan met afwijkende situaties in relatie tot voeding
- kennis zelfregulatie m.b.t. koolhydraat intake (koolhydraatratio en insuline gevoeligheid)

Inclusiecriteria:

Afspraken over diëtiek welke gefinancierd worden binnen de DBC hebben alleen betrekking op dieetadvisering. Lifestyle-interventie en begeleiding gericht op gedragsverandering door de diëtist is geen onderdeel van deze DBC, maar zal in een aanvullend multidisciplinair protocol worden omschreven.

De diëtist wordt voor diabetesadvisering ingeschakeld bij:

- Module 1:** Nieuwe diabetes in het jaar van diagnosestelling
- Module 2:** Instellen op insuline of verandering van insulineschema
- Module 3:** Ontregelingen, overgewicht, dieetproblemen en/of complicaties, specifieke omstandigheden

Exclusiecriteria:

Er worden geen afspraken binnen deze DBC gemaakt over de volgende patiënten:

- Patiënten met DM1
- Patiënten met nog niet gediagnosticeerde diabetes
- Patiënten met DM2 die niet onder behandeling staan van de huisarts

Module 1: Algemene opbouw van de behandeling bij een nieuwe patiënt met diabetes type 2

Eerste consult / Intakegesprek:

- Hulpvraag vaststellen en afstemmen met de patiënt.
- Afnemen voedingsanamnese en beoordelen welke aanpassingen nodig zijn, rekening houdend met attitude, sociale invloed, vertrouwen in eigen kunnen en eventuele barrières t.a.v. besproken voedingsadviezen.
- De diëtistische diagnose.
- Doel en behandelplan met cliënt vaststellen.

- Verstrekken van informatie van het ziektebeeld en de relatie met het voedingspatroon, voedingsadviezen, koolhydraten, medicatie en risicofactoren.
- Bespreken van eten buitenshuis, weekenden en vakanties.
- Informatie geven over het belang van lifestyle/gedragsverandering.
- Schriftelijke informatie meegeven.
- Instructie eetdagboek.

Vervolg:

- Evaluatie van de doelen en eventueel aanpassing voedingsadvies op basis van de laboratoriumuitslagen.
- Bespreken eetdagboek en feedback geven.
- Vragen beantwoorden rondom toepassen dieet, relatie klachtenpatroon en praktische toepasbaarheid.
- Herhalen of bespreken eerder genoemde punten.
- Rapportage sturen naar huisarts/POH, eventueel multidisciplinair overleggen wanneer noodzakelijk.
- Afspraken maken over actiepunten.

Product / eind evaluatie:

- Evalueren van de attitude omtrent lifestyle/gedragsverandering.
- Evalueren effect voedingsadvies in relatie tot laboratoriumuitslagen, klachtenpatroon en gewicht.
- Adviseren en informeren over verdere interventiemogelijkheden en programma's rondom leefstijlverandering.
- Eindrapportage sturen huisarts/POH

Module 2: Algemene opbouw van de behandeling bij een patiënt met diabetes type 2 overgang van tabletten naar insuline

Eerste consult / Intakegesprek:

- Afnemen voedingsanamnese en beoordelen welke aanpassingen nodig zijn, rekening houdend met attitude, sociale invloed, vertrouwen in eigen kunnen en eventuele barrières t.a.v. besproken voedingsadviezen
- De diëtistische diagnose
- Nagaan of reeds bestaande kennis nog voldoende is
- Uitleg relatie voeding en insuline
- Bespreken van aanpassing insulinehoeveelheid in relatie tot de hoeveelheid te gebruiken koolhydraten
- Doel en behandelplan met cliënt vaststellen
- Instructie eetdagboek geven
- Schriftelijke informatie meegeven
- Uitleg hoe te handelen bij hypoglycemie

Vervolg:

- Evaluatie van de doelen en eventueel aanpassing voedingsadvies op basis van de laboratoriumuitslagen.
- Bespreken eetdagboek en feedback geven.
- Vragen beantwoorden rondom toepassen dieet, relatie klachtenpatroon en praktische toepasbaarheid.
- Herhalen of bespreken eerder genoemde punten.
- Rapportage sturen naar huisarts/POH, eventueel multidisciplinair overleggen wanneer noodzakelijk.
- Afspraken maken over actiepunten.

Module 3: Algemene opbouw van de behandeling bij patiënt met diabetes type 2 die ontregeld is, complicaties heeft of bij specifieke omstandigheden

Verwijzing naar diëtiste in deze module is geïndiceerd indien er van onderstaande gevallen sprake is en het advies van huisarts/POH ontoereikend is.

- Indien er problemen zijn met het opvolgen en implementeren van de voedingsadviezen, los van de motivatie.
- Bij ontregeling van de bloedglucosewaarden als gevolg van dieetproblemen.
- Bij verandering in leef- of werkomstandigheden, waarbij het noodzakelijk is dat het dieetadvies herzien wordt.
- Indien andere hulpverleners problemen signaleren bij het integreren van de adviezen in het dagelijks leven.
- Bij (mogelijke) eetproblematiek.
- Bij comorbiditeit, waarbij aanvullend dieetadvies gericht op de diabetes noodzakelijk is.
- Bij complicaties, waarbij aanvullend dieetadvies gericht op de diabetes noodzakelijk is (bijv. bij nierinsufficiëntie).
- Bij zwangerschapswens of zwangerschap.
- Bij andere specifieke vragen betreffende de diabetes (bijv. aanvullend dieetadvies bij diabetes in relatie tot sport en beweging).
- Indien er sprake is van overgewicht (BMI > 25 én buikomvang van ≥ 88 cm voor vrouwen en ≥ 102 cm voor mannen).

Consult:

- Afnemen voedingsanamnese en beoordelen welke aanpassingen nodig zijn, rekening houdend met attitude, sociale invloed, vertrouwen in eigen kunnen en eventuele barrières t.a.v. besproken voedingsadviezen.
- De diëtistische diagnose.
- Advies en/of behandelplan met cliënt vaststellen op basis van de specifieke hulpvraag.
- Verstrekken van informatie van het ziektebeeld, klachtenpatroon in relatie met het dieet.
- Terugrapportage naar huisarts/POH.

CVRM

Cardio Vasculair Risico Management (CVRM) staat voor de diagnostiek, behandeling en follow-up van risicofactoren voor hart- en vaatziekten (HVZ), inclusief leefstijladviezen en begeleiding, bij patiënten met een verhoogd risico op eerste ziekte of sterfte door HVZ. Met HVZ worden in dit protocol door atherotrombotische processen veroorzaakte hart-en vaat ziekten met klinische manifestaties bedoeld, zoals hartinfarct, angina pectoris, cerebrovasculair accident (CVA), transient ischaemic attack (TIA), aneurysma aortae en perifeer arterieel vaatlijden. Uitgangspunt is een optimale en effectieve zorg door de juiste professionals op het juiste moment voor iedere CVRM-patiënt.

Bij de behandeling en begeleiding van CVRM neemt de diëtist als zorgaanbieder binnen de zorgketen de dieetadvisering¹ op zich.

Inclusie- en exclusiecriteria voor verwijzing naar diëtist binnen de DBC

Inclusiecriteria:

Afspraken over diëtetiek welke gefinancierd worden binnen de DBC hebben alleen betrekking op dieetadvisering. Lifestyle-interventie en begeleiding gericht op gedragsverandering door de diëtist is geen onderdeel van deze DBC, maar zal in een aanvullend multidisciplinair protocol worden omschreven.

De diëtist wordt voor advisering ingeschakeld indien er sprake is van A **en** tenminste 1 van de criteria onder C of indien er sprake is van B **en** tenminste 1 van de criteria onder C:

A. Patiënten die reeds bekend zijn met cardiovasculaire ziekte. Hieronder vallen:

- Coronairsclerose (K76.1)
- Ischemische hartziekte (K74, 75, 76)
- TIA en CVA, onbloedig (K89, 90.03)
- Perifeer arterieel vaatlijden (K92.01)
- Aneurysma aortae (K99.01)

B. Patiënten zonder cardiovasculaire ziekte zoals genoemd onder A, met een matig of hoog risico op cardiovasculaire morbiditeit of mortaliteit volgens de risicotabellen van de NHG standaard: geel of rood*.

[* geel/oranje is hoog risico (5-9%) rood is zeer hoog risico ($\geq 10\%$) volgens NHG standaard CVRM 2019]

C.

- indien er sprake is van overgewicht (BMI > 25 en een buikomvang van ≥ 88 cm voor vrouwen en ≥ 102 cm voor mannen)
- wanneer er specifieke vragen of problemen met de voeding zijn in relatie met het cardiovasculair risicomangement
- wanneer er sprake kan zijn van eetproblemen, die het risico op (verergering van) cardiovasculaire ziekte verhogen
- indien er sprake is van een verhoogde bloeddruk (systolische bloeddruk ≥ 140 mmHg) en/of er behandeld wordt met antihypertensiva en er aanvullend dieetadvies noodzakelijk is.
- patiënten met een verhoogd cholesterolgehalte in het bloed (totaal cholesterol $\geq 6,5$ mmol/l) en/of die behandeld worden met statines;
- patiënten met bloedglucose intolerantie (nuchter capillairbloed: 5,6 en < 6 , nuchter veneus bloed: $> 6,1$ en $< 6,9$)

Exclusiecriteria:

¹ Dieetadvies is een advies over een voedingswijze die om medische redenen afwijkt van de normale voedingswijze. De samenstelling van een dieet wordt volledig bepaald door de aard van de aandoening en toestand en conditie waarin de betrokken persoon verkeert.

Er wordt gestreefd naar evidence based handelen. Er wordt gestreefd naar het toepassen van de Richtlijnen Goede Voeding volgens de Gezondheidsraad.

Indien er sprake is van:

- Familiaire hypercholesterolemia *
- Patiënten met hypertensie als gevolg van specifieke aandoeningen, zoals nierarteriestenose of feochromocytoom.*
- Patiënten met diabetes mellitus**
- Patiënten met multimorbiditeit waar behandeling volgens het zorgplan CVRM niet (meer) zinvol is, zoals patiënten met palliatieve en/of terminale zorg, of kwetsbare ouderen met een beperkte levensverwachting (<6 maanden)

* Behandeling en controles in principe in de tweede lijn

** Patiënten met DM 2 vallen onder de ketenDBC diabetes mellitus. Patiënten met DM 1 worden in principe behandeld en gecontroleerd in de tweede lijn.

De diëtist stuurt schriftelijk een begin- en eindrapportage van de behandeling via VIPLive. In overleg met de huisarts en/of praktijkondersteuner is een tussentijdse rapportage ook mogelijk indien dit gewenst is.

Terugverwijzing/terugrapportage huisarts/poh:

- indien doelen dieetadvies behaald zijn
- indien de diëtist tijdens de behandeling ernstige complicaties signaleert;
- indien de diëtist vastloopt in de behandeling bij o.a. onvoldoende motivatie van de patiënt, eventueel bestaande barrières;
- indien patiënt doorstroomt in een lifestyle interventie programma

Doelstelling advisering diëtist DBC- CVRM

De advisering van de diëtist binnen de DBC is gericht op:

- Handhaven of optimaliseren van een gezond lichaamsgewicht (BMI 20–25 kg/m²) en gezonde middelomtrek.
- Bij een BMI van ≥ 25 kg/m² is afvallen gewenst (5-15% gewichtsverlies).
- Handhaven of optimaliseren systolische bloeddruk (<140 mmHg) en lipidenprofiel (LDL-cholesterol <2.5 mmol/L, totaal cholesterol <4.5 mmol/L).
- zorgen voor en behoud van een optimale voedingstoestand volgens de richtlijnen goede voeding van de Gezondheidsraad.
- goede afstemming van de voeding op medicatiegebruik ter voorkoming negatieve interacties voeding en medicatie.

Algemene opbouw van de advisering bij een patiënt met CVRM

Eerste consult / Intakegesprek:

- Anamnese: Aanmelding en registratie van persoonsgegevens, medische gegevens, medische voorgeschiedenis en aanvullende gegevens waaronder de medebehandelaars noteren in dossier
- Vaststellen/bespreken hulpvraag, reden verwijzing en verwachtingen
- Vaststellen fase van gedragsverandering en motivatie
- Navragen en beoordelen leefpatroon
- Antropometrie: lengte- en gewichtmeting, berekening BMI, gewichtsverloop
- Afnemen voedingsanamnese
- Voedingsanalyse en bespreken knelpunten
- Stellen diëtistische diagnose
- Voorlichting en educatie; doelen stellen, uitleg relatie tussen voeding en cardiovasculaire aandoeningen
- De diëtist geeft een voedingsadvies voor de dagelijkse situatie waarin de informatie over dieetprincipes verwerkt is.
- Schriftelijk voorlichtingsmateriaal en eventueel schriftelijk dieetadvies

Vervolg:

- Evaluatie van het effect van het dieet volgen (d.m.v. navraag gedrag en antropometrie; gewicht, laboratoriumuitslagen, bloeddrukmeting) en ondersteunen bij gedragsverandering
- Zo nodig het dieetadvies bijstellen
- Voorlichting en educatie. Hierbij geeft de diëtist nadere informatie en instructie m.b.t. respectievelijk het cholesterolverlagend dieet, het dieet bij verhoogde bloeddruk, het energiebeperkte dieet.
- Rapportage naar de huisarts of behandelend arts

Eindgesprek/evaluatie:

- Evaluatie (d.m.v. navraag gedrag en antropometrie) en ondersteunen bij gedragsverandering
- Bespreken handhaven dieetadvies en wanneer contact op te nemen met de huisarts en/of diëtist
- Voorlichting en educatie
- Rapportage naar de huisarts of behandelend arts via VIPLive

De duur van de behandeling en de frequentie van de consulten zijn afhankelijk van diverse factoren, met name:

- De hulpvraag van de patiënt
- Hoe groot is de discrepantie tussen het huidige eetgedrag en het gewenste eetgedrag.
- Het begripsvermogen en kennisniveau van de patiënt.
- De motivatie van de patiënt het eigen voedingsgedrag te veranderen en daar verantwoordelijkheid voor te dragen.
- De culturele achtergrond van de patiënt.

Bronvermelding:

Afkappunten CVRM (www.nvdietist.nl)

Artsenwijzer diëtetiek Diabetes Mellitus (juni 2010, www.artsenwijzer.info)

Elsevier dieetbehandelingsprotocol Adipositas (2007)

Elsevier dieetbehandelingsprotocol Adipositas (2000)

Elsevier dieetbehandelingsprotocol Hypertensie (2010)

Elsevier dieetbehandelingsprotocol Hartfalen (2011)

Zorgplan Cardiovasculair Risicomanagement (ZEL 2011)

COPD

Afspraken over diëtetiek welke gefinancierd worden binnen de DBC hebben alleen betrekking op dieetadvisering. Lifestyle-interventie en begeleiding gericht op gedragsverandering door de diëtist is geen onderdeel van deze DBC, maar zal in een aanvullend multidisciplinair protocol worden omschreven.

Inclusie- en exclusiecriteria voor verwijzing naar diëtist binnen de DBC

Inclusiecriteria:

Criteria voor verwijzing naar de diëtist voor dieetadvisering zijn:

- ondergewicht gedefinieerd als een BMI < 21 kg/m² (tabel 1)
- ongewenst gewichtsverlies gedefinieerd als 5% gewichtsverlies binnen 1 mnd of 10% binnen 6 mnd (tabel 2)
- COPD patiënten met VVMI ≤ 16 kg/m² (mannen) en ≤ 15 kg/m² (vrouwen). Deze groep heeft vaak matige tot ernstige COPD en behoud van lichaamsgewicht, maar ervaren beperkingen in hun dagelijks leven; voor deze groep kan verder diagnostiek van de lichaamssamenstelling door de diëtist worden overwogen.
- Wanneer er sprake is van eetproblemen, gerelateerd aan de COPD
- Wanneer er andere specifieke vragen of problemen met de voeding zijn, gerelateerd aan de COPD

Tabel 1: BMI < 21 kg/m²

BMI < 21 Lengte in m	Gewicht in kg	Lengte in m	Gewicht in kg	Lengte in m	Gewicht in kg	Lengte in m	Gewicht in kg
1.41	41.8	1.56	51.1	1.71	61.4	1.86	72.7
1.42	42.3	1.57	51.8	1.72	62.1	1.87	73.4
1.43	42.9	1.58	52.4	1.73	62.9	1.88	74.2
1.44	43.5	1.59	53.1	1.74	63.6	1.89	75.0
1.45	44.2	1.60	53.8	1.75	64.3	1.90	75.8
1.46	44.8	1.61	54.4	1.76	65.0	1.91	76.6
1.47	45.4	1.62	55.1	1.77	65.8	1.92	77.4
1.48	46.0	1.63	55.8	1.78	66.5	1.93	78.2
1.49	46.6	1.64	56.5	1.79	67.3	1.94	79.0
1.50	47.3	1.65	57.2	1.80	68.0	1.95	79.9
1.51	47.9	1.66	57.9	1.81	68.8	1.96	80.7
1.52	48.5	1.67	58.6	1.82	69.6	1.97	81.5
1.53	49.2	1.68	59.3	1.83	70.3	1.98	82.3
1.54	49.8	1.69	60.0	1.84	71.1	1.99	83.2
1.55	50.5	1.70	60.7	1.85	71.9	2.00	84.0

Tabel 2: % gewichtsverlies

Het % gewichtsverlies Gebruikelijk lichaamsgewicht	5 % gewichtsverlies binnen 1 maand	10 % gewichtsverlies binnen 6 maanden
31 - 40 kg	> 1.5 kg	> 3.0 kg
41 - 50 kg	> 2.0 kg	> 4.0 kg
51 - 60 kg	> 2.5 kg	> 5.0 kg
61 - 70 kg	> 3.0 kg	> 6.0 kg
71 - 80 kg	> 3.5 kg	> 7.0 kg
81 - 90 kg	> 4.0 kg	> 8.0 kg
91 - 100 kg	> 4.5 kg	> 9.0 kg
101 - 110 kg	> 5.0 kg	> 10.0 kg

Bij ongewenst gewichtsverlies inventariseert de huisarts in hoeverre de gewichtsafname veroorzaakt wordt door COPD of dat er misschien ook andere oorzaken (bijv. depressiviteit) aan ten grondslag liggen waarvoor actie dient te worden ondernomen. Mocht het ongewenste gewichtsverlies veroorzaakt worden door COPD, dan kan tot een verwijzing worden overgegaan.

De scorelijst (voedingsscreeningslijst in figuur 1, zie onder) moet gebruikt worden om de patiënt in kaart te brengen en het effect van de behandeling te meten. De ingevulde scorelijst is onderdeel van de terugrapportage naar de huisarts wanneer de begeleiding door de dietist is afgelopen. De huisarts zorg voor een correcte invoer van de resultaten in het HIS (L, gewicht, BMI, evt. VVMI).

Exclusiecriteria:

Er worden geen afspraken binnen deze DBC gemaakt over de volgende patiënten:

- Patiënten die op basis van de diagnose in de tweede lijn behandeld moeten worden
- Patiënten met alleen de diagnose astma

figuur 1: Voedingsscreeningslijst

Voedingsscreeningslijst COPD



Aankruisen wat van toepassing is en score optellen.
Bij score 2 of meer begeleiding diëtist noodzakelijk

dd 1 ^e check:		dd 2 ^e check:	
ja	nee	ja	nee

Vraag 1. Gewichtsverandering			
Normaal gewicht	kg	(datum:)	
Huidig gewicht:	kg		kg
Lengte:	cm		
Is er sprake van ≥ 3 kg verlies / 1 maand	☐	☐	☐
of ≥ 6 kg verlies / 6 maand	☐	☐	☐
BMI (gewicht : lengte x lengte)			
Vraag 1: bij min. 1 keer ja		=>	score 2
Vraag 2. Factoren die de voedselinname verstoren			
Verminderde eetlust / smaak / afkeer voedsel	☐	☐	☐
Kauw-, slikproblemen / passagestoornissen	☐	☐	☐
Misselijkheid	☐	☐	☐
Obstipatie	☐	☐	☐
Benauwdheid	☐	☐	☐
Malaise / vermoeidheid	☐	☐	☐
Eenzaamheid / depressie	☐	☐	☐
Afhankelijk voor voedselinname door anderen	☐	☐	☐
Anders, namelijk:	☐	☐	☐
Vraag 2: bij min. 1 keer ja		=>	score 1
Vraag 3. Factoren die de voedselbehoefte verhogen			
Decubitus en score 1 ^e check ☐ 2 ^e check ☐	☐	☐	☐
Groot verlies via drain / stoma / fistel	☐	☐	☐
> 2 dagen frequent braken / ernstige diarree	☐	☐	☐
Koorts	☐	☐	☐
Radio- / chemotherapie / recent grote operatie	☐	☐	☐
Copd en/ of anders, namelijk:	☐	☐	☐
Vraag 3: bij min. 1 keer ja		=>	score 1
totale		score	

Doelstelling advisering diëtist DBC- COPD

De dieetadviesing bestaat uit de volgende activiteiten:

- Anamnese: aanmelding en registratie van persoonsgegevens, medische gegevens en aanvullende gegevens waaronder de medebehandelaars noteren in dossier
- Vaststellen hulpvraag en verwachtingen
- Vaststellen fase van gedragsverandering en motivatie
- Medische voorgeschiedenis
- Analyseren en beoordelen leefpatroon
- Antropometrie: lengte- en gewichtsmeting, BMI, gewichtsverloop en VVMI
- Afnemen voedingsanamnese
- Voedingsanalyse
- Voorlichting en advies: doelen stellen
- Rapportage naar de huisarts of behandelend arts

Resultaat behandeling

Het resultaat van de behandeling is behaald als deze overeenkomen met doelen die samen met de patiënt gesteld zijn. Deze doelen zijn praktisch afgeleid van de algemene doelstelling bij patiënten met COPD:

- het verbeteren en/of handhaven van de voedingstoestand, lichaamsgewicht;
- het handhaven en/of verbeteren van de vetvrije massa.

Mogelijke doelen zijn:

1. Een bepaald gewicht, bijvoorbeeld $BMI \geq 21$ bij COPD patiënt met ondergewicht
2. Stabiliseren van gewicht bij een patiënt die ongewenst gewicht verliest
3. Verbeteren van de vetvrije massa index indien mogelijk dit te meten
4. Een goede voedingstoestand realiseren met voldoende energie en eiwitten

Daarnaast kunnen de volgende resultaten genoemd worden:

- Het voedingspatroon van de patiënt voldoet aan de eisen van het dieetvoorschrift of wijkt daarvan af binnen acceptabele grenzen.
- De patiënt heeft inzicht in de knelpunten ten aanzien van de voeding binnen het bestaande leefgedrag en eetpatroon.
- De patiënt kent de principes van het dieet bij COPD en begrijpt het hoe en waarom van het dieet in relatie tot de gezondheid.
- Met de patiënt is de motivatie besproken en zo mogelijk verhoogd om de besproken voedingsadviezen op de lange termijn voort te zetten, eventueel rekening houdend met de culturele achtergrond van de patiënt.
- De patiënt is in staat het dieet en de leefregels praktisch in te passen in zijn dagelijkse leefomstandigheden en aan te passen aan veranderde omstandigheden, ook indien deze patiënt een andere sociaal culturele achtergrond heeft;

Terugverwijzing/terugrapportage naar huisarts/poh via VIPLive:

- indien doelen dieetadviesing behaald zijn
- indien de diëtist tijdens de behandeling ernstige complicaties signaleert;
- indien de diëtist vastloopt in de behandeling bij o.a. onvoldoende motivatie van de patiënt, eventueel bestaande barrières;
- (sprake behandeling resistentie);

Opbouw behandeling van de advisering bij een patiënt met COPD

Eerste consult / Intakegesprek:

- Anamnese: Aanmelding en registratie van persoonsgegevens, medische gegevens, medische voorgeschiedenis en aanvullende gegevens waaronder de medebehandelaars noteren in dossier
- Vaststellen/bespreken hulpvraag, reden verwijzing en verwachtingen
- Vaststellen fase van gedragsverandering en motivatie
- Navragen en beoordelen leefpatroon
- Antropometrie: lengte- en gewichtmeting, berekening BMI, gewichtsverloop en indien wenselijk/mogelijk VVMI.
- Afnemen voedingsanamnese.
- Voedingsanalyse;
- Stellen diëtistische diagnose
- Voorlichting en educatie; doelen stellen, uitleg energiebalans: verbruik versus inname, uitleg over het verbeteren van de energiebalans met een adequate inname van eiwit.
- De diëtist geeft een voedingsadvies voor de dagelijkse situatie waarin de informatie over energie en eiwit verwerkt is.
- Berekening van voeding en advies, welke indien nodig nagestuurd wordt aan patiënt.

Vervolg:

- Evaluatie van het effect van het dieet volgen(d.m.v. navraag gedrag en antropometrie; gewicht en indien wenselijk/mogelijk VVMI-meting) en ondersteunen bij gedragsverandering
- Zo nodig het dieetadvies bijstellen
- Voorlichting en educatie. Hierbij geeft de diëtist nadere informatie en instructie over meer variatie, praktische tips hoe het dieetadvies verder te implementeren in de leefstijl; het bespreken van mogelijke mythen rondom COPD en voeding, lichamelijke inspanningen en begeleiden bij gedragsveranderingen. De patiënt en diëtist bepalen welk onderwerp de meeste prioriteit heeft en in welk consult besproken zal worden.
- Rapportage naar de huisarts of behandelend arts

Eindgesprek/evaluatie:

- Evaluatie (d.m.v. navraag gedrag en antropometrie) en ondersteunen bij gedragsverandering
- Bespreken handhaven dieetadvies, eventueel verdere begeleiding middels gecombineerde leefstijlinterventie.
- Voorlichting en educatie
- Rapportage naar de huisarts of behandelend arts

