

Nestlé Prijs voor Diëtetiek

2016
2017

Niets uit deze brochure mag worden vermenigvuldigd, mits met nadrukkelijke toestemming van de auteur(s).

INHOUDSOPGAVE

	Pagina
Voorwoord	4
Samenstelling van de jury	5
Doreen de Bruin & Lysanne Melissa Smit Gewichtsverlies, compliance en vitamine- en mineralenstatus één jaar na een bariatrische ingreep.	6
Tessa van Elsacker Afkapwaarden voor het vaststellen van anorexie bij kankerpatiënten	8
Loulou Kuipers & Fleur Pasman Het bepalen van het energieverbruik in rust bij volwassen IC-patiënten: wat is het meest betrouwbare alternatief voor de gouden standaard?	10

VOORWOORD

Heeft de behandeling die ik geef wel voldoende effect? En hoeveel invloed heb ik daar eigenlijk op? En kan ik nog evenveel effect bereiken als de patiëntenaantallen fors toenemen? Of moet ik dan toch op een andere manier gaan behandelen? Goed om te zien dat diëtisten steeds vaker gegevens verzamelen om dit soort vragen te beantwoorden. Want je effectiviteit kan afhangen van de inhoud van je advies, maar ook van de vorm waarin je die behandeling geeft, en van je vertrouwensrelatie met cliënt of patiënt.

Bij de verslagen van dit jaar vonden we hier mooie voorbeelden van. Het verslag dat de meeste indruk maakte, was een vergelijking van groepsbehandeling met individuele behandeling van patiënten na bariatrische chirurgie. De jury was van mening dat deze vergelijking voor diverse patiëntengroepen, en dus voor veel diëtisten, relevant is. Het verslag was gebaseerd op een grote groep patiënten en kort en bondig opgeschreven. De studenten vonden overigens geen verschil in het effect van de behandeling tussen de twee groepen. Dit is goed nieuws voor diëtisten die overwegen om over te gaan op groepsbehandeling. Ook in de andere beoordeelde verslagen werd kritisch geëvalueerd of de huidige behandelmethode, afkapwaarde of menukeuze wel voldoende onderbouwd was en aansloot bij de doelgroep.

Wat opviel bij de inzendingen was dat de eerste lijn onderbelicht bleef. Vier van de zeven verslagen gingen over klinische patiënten of over patiënten die na klinische behandeling werden gevolgd. Dit terwijl de meerderheid van de diëtisten in de eerste lijn werkt en daar het overgrote deel van de patiënten wordt gezien.

Bij deze dus een oproep aan diëtisten in de eerste lijn: heb je een vraag over de effectiviteit van je behandeling? Zoek de samenwerking met een hogeschool en biedt een stageplaats aan! Studenten kunnen zorgen voor een actueel overzicht van de wetenschappelijke literatuur, gegevens verzamelen en analyseren, en helpen bij het nadenken over jouw rol als diëtist. Wie weet staat jouw onderzoek dan in de volgende uitgave!

Namens de jury van de Nestlé Prijs voor Diëtetiek

Nicole M. de Roos
Voedingswetenschapper en docent
Wageningen University and Research

SAMENSTELLING VAN DE JURY

Voorzitter

Mevr. dr. ir. N.M. de Roos

Docent

**afd. Humane Voeding, Wageningen en Epidemiologie
Wageningen Universiteit**

Drs. M.E. Grasman

MDL-arts

Noordwest Ziekenhuisgroep Alkmaar-Schagen-Den Helder

Mevr. drs. H.A. ten Have

(Oncologie)diëtist

Careyn Utrecht

Mevr. dr. ir. H. Kruizenga

projectleider Ondervoeding

Stuurgroep Ondervoeding en diëtist-onderzoeker VUmc, VU Amsterdam

dr. J. Westerink

Internist-vasculair geneeskundige

Universitair Medisch Centrum Utrecht

GEWICHTSVERLIES, COMPLIANCE EN VITAMINE- EN MINERALENSTATUS ÉÉN JAAR NA EEN BARIATRISCHE INGREEP.

Amsterdam

Doreen de Bruin & Lysanne Melissa Smit

Achtergrond:

In 2015 had 50,3% van de mensen ouder dan 20 jaar in Nederland overgewicht. Tevens had 13,6% van de Nederlanders een Body Mass Index boven de 30 kg/m². Bariatrische chirurgie is één van de medische hulpmiddelen tegen (morbide) obesitas. De MC Groep verricht, als één van de Centres of Excellence, circa 1.400 bariatrische ingrepen per jaar. Eind 2015 heeft bij het MC Slotervaart een efficiëntieslag plaatsgevonden binnen het bariatrisch traject. Dit bestond uit het aanbieden van diëtistische groepsbegeleiding, naast individuele begeleiding bij een diëtist bij de follow-up 16 weken na de operatie. Het probleem van de toenemende wachtlijst zal hiermee naar verwachting worden gereduceerd. De verandering van diëtistische begeleiding heeft echter mogelijk invloed op het gewichtsverlies, de compliance en vitamine- en mineralenstatus van de patiënt.

Doel:

Het doel is in kaart brengen van het verschil in het gewichtsverlies (absoluut en procentueel), de compliance en de vitamine- en mineralenstatus tussen de patiënten die groepsbegeleiding hebben gekregen en de patiënten die individueel begeleid zijn één jaar na een bariatrische ingreep.

Methode:

Eén jaar na de ingreep was het gemiddelde gewichtsverlies ten opzichte van het startgewicht van de individueel begeleide groep 34,4% tegen 32,8% bij de patiënten met groepsbegeleiding ($P=0,25$). Ten opzichte van het preoperatieve gewicht was er een gewichtsafname te zien van 29,6% bij de individueel begeleide patiënten en 28,6% bij de patiënten die groepsbegeleiding kregen ($P=0,547$). 71,2% van de individueel begeleide patiënten en 72,1% van de patiënten met groepsbegeleiding behaalde de eiwitbehoefte ($P=0,913$). Er was geen significant verschil gevonden bij het aantal eetmomenten (5,68 tegen 5,71). Dit geldt eveneens voor afleiding tijdens eetmomenten (51,9% tegen 64,7%) en het gescheiden houden van eten en drinken ($P=0,866$). 73,1% ($n=38$) van de individueel begeleide patiënten deed aan lichaamsbeweging ($3,49 \pm 1,95$

dagen/week) tegen 72,1% (n=49) van de patiënten met groepsbegeleiding ($3,72 \pm 1,90$). De NNGB werd behaald door 25% (n=13) van de individueel begeleide patiënten en 25% (n=17) van de patiënten met groepsbegeleiding ($P=1$). Van de individueel begeleide patiënten die een multivitaminesupplement gebruikte voldeed 90,2% aan de ADH tegen 87,5% bij de groepsbegeleide patiënten. Gemiddeld gezien was er geen sprake van vitaminedeficiënties bij beide groepen.

Conclusie:

Er is één jaar na een bariatrische ingreep geen significant verschil gevonden in gewichtsverlies, compliance en vitamine- en mineralenstatus tussen de patiënten met groepsbegeleiding en de patiënten met individuele begeleiding bij de dieetinterventie 16 weken postoperatief.

Trefwoorden:

Bariatric, groepsbegeleiding, individuele begeleiding, gewicht, vitamine, compliance.

AFKAPWAARDEN VOOR HET VASTSTELLEN VAN ANOREXIE BIJ KANKERPATIËNTEN

Den Haag

Tessa van Elsacker

Inleiding:

Anorexie, het verlies van eetlust, is een veelvoorkomend symptoom bij kanker en is geassocieerd met een verminderde voedselinname, cachexie, een verhoogde morbiditeit en mortaliteit en een verminderde kwaliteit van leven. Meetinstrumenten die worden aanbevolen om anorexie vast te stellen zijn de 'Anorexia/Cachexia Subscale' (A/CS) van de 'Functional Assessment of Anorexia/Cachexia Therapy (FAACT) questionnaire' (FAACTA/CS) en de 'Visual Analog Scale' (VAS) voor eetlust. Gevalideerde afkapwaarden ontbreken echter en er is nog niet eerder onderzocht hoe de gezonde populatie scoort op deze meetinstrumenten. Door het afnemen van de FAACT-A/CS en de VAS voor eetlust bij gezonde volwassenen ontstaat een beter beeld in hoeverre de scores van kankerpatiënten afwijken van de scores van de gezonde populatie. Deze studie had als doel het bepalen van de optimale afkapwaarden voor de FAACT-A/CS en de VAS voor eetlust voor het vaststellen van anorexie bij kankerpatiënten gebaseerd op de scores van de gezonde volwassenen.

Methode:

De FAACT-A/CS en de VAS voor eetlust zijn afgenomen bij gezonde, zelfstandig wonende respondenten tussen de 18 en 75 jaar. De metingen zijn op verschillende openbare plaatsen en bij verschillende verenigingen in Noord-Brabant en Zuid-Holland afgenomen. De spreiding van de scores op de FAACT-A/CS en de VAS voor eetlust is weergegeven in percentielen. De samenhang tussen leeftijd en eetlust en tussen geslacht en eetlust is respectievelijk bepaald door middel van de Spearman's correlatiecoëfficiënt rho en de associatiemaat Eta. De afkapwaarden voor de FAACT-A/CS en de VAS voor eetlust zijn vastgesteld op het 10e percentiel van de scores van de gezonde populatie.

Resultaten:

291 respondenten ($38,6 \pm 17,4$ jaar; 43,9% man) zijn geïncludeerd. De mediaanscore op de FAACT-A/CS was 40 (IQR 36–42; spreiding 30) punten en 83 (IQR 69–92; spreiding 80) punten op de VAS voor eetlust. De Spearman's rangcorrelatie toonde geen verband tussen leeftijd en de scores op de FAACT-A/CS ($\rho=0,029$; $p=0,624$) en de VAS voor eetlust ($\rho=0,117$; $p=0,051$). Uit de associatiemaat Eta bleek dat er geen verband was tussen geslacht en de scores op de FAACT-A/CS ($\text{Eta}=0,231$) en de VAS voor eetlust ($\text{Eta}=0,106$). Op basis van het 10e percentiel van de totale gezonde populatie was de optimale afkapwaarde voor de FAACT-A/CS ≤ 33 en voor de VAS voor eetlust ≤ 54 .

Conclusie en discussie:

Voor het vaststellen van anorexie bij kankerpatiënten worden, op basis van de scores van de gezonde populatie, afkapwaarden van ≤ 33 voor de FAACT-A/CS en ≤ 54 voor de VAS voor eetlust aanbevolen. Deze afkapwaarden verschillen van de eerder voorgestelde afkapwaarden; ≤ 24 , ≤ 30 en ≤ 37 voor de FAACT-A/CS en < 50 en < 70 voor de VAS voor eetlust. Vervolgonderzoek met deskundige statistische expertise is noodzakelijk om te bepalen welke afkapwaarden het meest valide zijn. Tot dan is het aanbevolen om in de beroepspraktijk de afkapwaarden van deze studie te combineren met de afkapwaarden van ≤ 37 voor de FAACT-A/CS en < 70 voor de VAS voor eetlust (≤ 33 FAACT-A/CS, ≤ 54 VAS voor eetlust = anorexie; ≤ 37 FAACT-A/CS, ≤ 70 VAS voor eetlust = risico op anorexie). Anorexie kan zo voortijdig worden gediagnosticeerd en worden behandeld door de diëtist.

HET BEPALEN VAN HET ENERGIEVERBRUIK IN RUST BIJ VOLWASSEN IC-PATIËNTEN: WAT IS HET MEEST BETROUWBARE ALTERNATIEF VOOR DE GOUDEN STANDAARD?

Groningen

Loulou Kuipers & Fleur Pasman

Samenvatting:

Nergens is de bepaling van het rustmetabolisme belangrijker dan op de Intensive Care (IC). De bepaling van het rustmetabolisme bij IC-patiënten dient nauwkeurig te gebeuren in verband met een individueel sterk afwijkend rustmetabolisme veroorzaakt door verschillende ziektebeelden, metabole stress, medicatie en beademing. Het rustmetabolisme kan worden bepaald op basis van indirecte calorimetrie (measured energy expenditure of MEE). Op de IC wordt de metabole monitor, een vorm van indirecte calorimetrie, gezien als gouden standaard. Bij afwezigheid van indirecte calorimetrie, maar ook naast het gebruik van indirecte calorimetrie, dient een formule te worden gebruikt voor de bepaling van het rustmetabolisme (resting energy expenditure of REE). Het Martini Ziekenhuis streeft continu naar optimale zorg volgens de nieuwste wetenschappelijke inzichten. Het ziekenhuis beschikt niet over een metabole monitor, daarom wordt de Harris & Benedict formule (1984) gebruikt voor de bepaling van het rustmetabolisme bij IC-patiënten. In Nederland zijn tot nu toe geen richtlijnen voor voeding bij IC-patiënten ontwikkeld en de Europese richtlijnen (ESPEN) zijn verouderd. Wetenschappelijk onderzoek heeft de afgelopen jaren wel plaatsgevonden. Daarom zijn de diëtisten benieuwd welke formule volstaat als betrouwbaar alternatief voor indirecte calorimetrie. Het Martini Ziekenhuis wil haar protocol, indien nodig, aanpassen aan de meest recente bevindingen. Informatie over de gebruikte methode op IC's van andere Nederlandse ziekenhuizen is eveneens waardevol, met name als het gaat om de onderbouwing en de toepasbaarheid.

Een praktijkonderzoek en een systematische literatuurstudie zijn uitgevoerd, met als doel het in kaart brengen van het meest betrouwbare alternatief voor indirecte calorimetrie en de toepasbaarheid in de praktijk. Voor het praktijkonderzoek is een vragenlijst ingevuld door 29 Nederlandse ziekenhuizen. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat de H&B formule door 76% van de ziekenhuizen wordt gebruikt. De WHO-formule wordt door 51,7% van de ziekenhuizen gebruikt, daarop volgt de aangepaste formule van Weir (34,5%). De metabole monitor wordt door 27,6% van de ziekenhuizen

gebruikt. In de literatuurstudie zijn twaalf studies geïncludeerd met een totale onderzoekspopulatie van 1534 en een gemiddelde leeftijd van 59 jaar. In iedere studie is het rustmetabolisme in kilocalorieën per dag (resting energy expenditure of REE) van één of meer formules vergeleken met het rustmetabolisme in kilocalorieën per dag gemeten met indirecte calorimetrie (measured energy expenditure of MEE). De formules die in twee of meer studies zijn getest zijn opgenomen in de vergelijking. REE-waarden werden als betrouwbaar beschouwd wanneer deze binnen $\pm 10\%$ van de MEE-waarden lagen. Uit de resultaten van de literatuurstudie blijkt dat de H&B formule (28,6%) en 25 kcal/kg/d (18,1%) de twee formules met het laagste percentage REE-waarden $\leq \pm 10\%$ van de MEE-waarden zijn. De aangepaste formule van Weir geeft het hoogste percentage REE-waarden $\leq \pm 10\%$ van de MEE-waarden (69,4%). De Penn State 2003b komt dichtbij met een percentage van 67,7%. Voor patiënten met een BMI ≥ 30 en een leeftijd van ≥ 60 jaar is de Penn State 2010 het meest betrouwbaar (70%).

Uit de resultaten wordt geconcludeerd dat indirecte calorimetrie aan de hand van een metabole monitor de gouden standaard blijft, omdat het percentage REE-waarden van de meest nauwkeurige formule in gemiddeld 30% van de onderzoekspopulatie niet binnen $\pm 10\%$ van de MEE valt. In afwezigheid van indirecte calorimetrie zijn de aangepaste formule van Weir en de Penn State 2010 de meest nauwkeurige alternatieven voor het bepalen van de REE bij IC-patiënten.



Nestlé Health Science
Hoevestein 36G, 4903 SC Oosterhout
Tel: 020 5699588
www.NestleHealthScience.nl