

2007
2008

Nestlé Diëtetiekprijs



Nestlé HealthCare Nutrition
Hoevestein 36G, 4903 SC Oosterhout
Tel: 0162 468 488, Fax: 0162 468 483, www.nestlenutrition.com



INHOUDSOPGAVE

	Pagina
Voorwoord	4
Samenstelling van de jury	5
Marijke Timmermans Pre-operatieve energiebeperking als voorbereiding op een nierdonatie	6
Lieke van der Aa en Kelly Vedder Parenteral nutrition associated liver disease Prevention and treatment in adult and paediatric patients	8
Linda Sluijmers Het geheim van het eiwit dieet	10
Dagmar Wapperom en Kim van Leur Van Conventionele Dialyse naar Nachtelijke Thuis Hemodialyse: een verschil van dag en nacht	12
Marieke Deijs en Amy Boddé Ondervoeding in het Beatrix Kinderziekenhuis: risico-inschatting met behulp van een nieuwe vragenlijst	14
Marjolein van Dop en Jasmijn v.d. Valk COPD is levensgevaarlijk. Dieetbehandelingsprotocol voor poliklinische longrevalidatiepatiënten met COPD	16
Notities	18

VOORWOORD

Dit jaar wordt de diëtetiekprijs voor de vierentwintigste keer uitgereikt. De Nestlé (voorheen Novartis) diëtetiekprijs is in het leven geroepen wegens de belangstelling voor nieuwe ontwikkelingen en toepassingen binnen het vakgebied. En wordt ondersteund door de Nederlandse Vereniging voor Diëtisten (NVD) omdat zij hecht aan projecten van hoge kwaliteit en het stimuleren van hoogwaardig onderzoek door diëtisten.

Ook dit jaar heeft de jury de projecten met veel plezier gelezen en beoordeeld. Er zijn qua aantal een matige hoeveelheid projecten ingediend die bijna alleen klinische onderwerpen betreffen. Uiteraard hopen we altijd op een maximaal aantal inzendingen uit alle delen van het land met niet alleen onderzoek in de (academische) kliniek maar ook transmuraal en extramuraal onderzoek. Deze variatie was dit jaar matig en daarnaast is de jury van oordeel dat de gemiddelde kwaliteit van de inzendingen onder de maat was vergeleken met voorgaande jaren.

Toch was de top drie van een goede kwaliteit en ontlepen elkaar weinig. Echter, na de gewoonlijke beoordelingen, afwegingen en discussie, heeft de jury het beste project geselecteerd. Dit is het project: "Preoperatieve energiebeperking als voorbereiding op een nierdonatie" van M.J.C. Timmermans geworden. Het betreft een goed opgezet en uitgewerkt onderzoek met een vernieuwend en relevant onderwerp voor de diëtetiek.

De samenvattingen van de meeste inzendingen zijn in deze brochure samengevat. De jury wenst u veel leesplezier en ziet uit naar de inzendingen van het volgende jaar. Wij hopen op een flink aantal kwalitatief hoogwaardige projecten uit alle delen van het land. Hiervoor is de Nestlé Diëtetiekprijs ten slotte in het leven geroepen.

Namens de jury van de Nestlé Diëtetiekprijs,

Dr. Wim G. van Gemert
Chirurg
MUMC Maastricht

SAMENSTELLING VAN DE JURY

Dr. W.G. van Gemert
Chirurg
Academisch Ziekenhuis Maastricht

Prof. Dr. J.J. van Binsbergen
Huisarts en voedingskundige
Afd. Huisartsgeneeskunde UMC St. Radboud Nijmegen

Mevr. N. Doornink
Diëtist
Academisch Medisch Centrum Amsterdam

Prof. Dr. Ir. E. Kampman
Voedingsdeskundige en epidemioloog
Wageningen Universiteit en Research Centrum

Mevr. H. Jager-Wittenaar
Diëtist-onderzoeker
Universitair Medisch Centrum Groningen

Mevr. W. Remijnse
Diëtist en manager kwaliteit
Nederlandse Vereniging van Diëtisten

Dr. J.J. Schweizer
Kinderarts en gastro-enteroloog
Leids Universitair Medisch Centrum

PREOPERATIEVE ENERGIEBEPERKING ALS VOORBEREIDING OP EEN NIERDONATIE

Arnhem / Nijmegen

Marijke Timmermans

Inleiding

Al verschillende decennia staat het voedingsbeleid voor, tijdens en na de operatie in de belangstelling. Het preoperatieve voedingsbeleid richt zich op het optimaliseren van de voedingstoestand van de patiënt. De CARE-studie in het Erasmus MC geeft een geheel andere draai aan het preoperatieve voedingsbeleid. In plaats van een energieverrijking gaat de studie uit van een preoperatieve energiebeperking. De pilotstudie onderzoekt of er een effect is van een preoperatieve energiebeperking op het herstel na een nierdonatie.

Opdrachtschrijving

Verrichten van de diëtistische werkzaamheden binnen de CARE-studie en onderzoek doen om aanbevelingen te kunnen doen voor vervolgonderzoek over de uitvoering van de preoperatieve energiebeperking.

Kwantitatief onderzoek

In de eerste plaats is gekeken naar de vormgeving van het dieet. In de CARE-studie wordt de 30% energiebeperking gebaseerd op de gemiddelde inname berekend uit een driedaags voedseldagboek. Hiernaast is er de mogelijkheid het dieet te baseren op de energiebehoefte.

Om de haalbaarheid en de validiteit hiervan te onderzoeken is de berekende gemiddelde inname uit het voedseldagboek vergeleken met de energiebehoefte, berekend met de Harris & Benedict-formule. Het voedseldagboek lijkt de beste methode van nulmeting te zijn, ook omdat het inzicht geeft in het voedingspatroon van de patiënt.

Om na te gaan of patiënten die een operatie ondergaan zelf hun voeding al aanpassen is de inname van de controlegroep vóór de operatie vergeleken met wat hun gebruikelijke gemiddelde dagelijkse inname is. Het verschil in inname van zowel energie als macronutriënten is niet significant. De patiënten lijken de voedingsinname dus niet aan te passen vlak voor de operatie.

Literatuurstudie

Naast de kwantitatieve onderzoeken is een literatuurstudie gedaan naar wat het meest effectieve preoperatieve energiebeperkte dieet lijkt. Het verband is gelegd met studies naar het levensverlengende effect van een energiebeperking en studies gericht op het verminderen van insulineresistentie door een operatie.

Kwalitatief onderzoek

Om aanbevelingen voor het toekomstig diëtistische handelen te kunnen geven zijn de gegevens die de literatuurstudie opleverde over het meest effectieve dieet, in een diepte-interview bij de deelnemers aan de CARE-studie getoetst op haalbaarheid.

Conclusie

Een preoperatieve energiebeperking:

- gedurende drie dagen, gevolgd door één dag vasten;
- met een mate van 30% beperking op de gemiddelde gebruikelijke inname berekend met een voedseldagboek;
- met een samenstelling van 8-12 en% eiwitten, 20-30 en% vetten en 50-75 en% koolhydraten; lijkt ideaal als voorbereiding op een nierdonatie, zowel wat betreft haalbaarheid als effectiviteit op het herstel na de operatie.

PARENTERAL NUTRITION ASSOCIATED LIVER DISEASE. PREVENTION AND TREATMENT IN ADULT AND PAEDIATRIC PATIENTS.

Amsterdam

Lieke van der Aa en Kelly Vedder

Objective

The purpose of this study was to assess the prevalence and the contributing factors in the development of parenteral nutrition associated liver disease (PNALD) and the efficiency and sufficiency of the Academic Medical Center (AMC) / Emma Children's Hospital (ECH) nutrient policy when liver abnormalities occur in (long-term) parenteral nutrition (PN) patients.

Methods and materials

Data collection was based on findings in the literature concerning long-term PN and the development, prevention and treatment of PNALD. Retrospective analysis was performed on medical records of adult long-term PN patients (> 3 months) and paediatric PN patients receiving PN between 1 January 1997 and 1 November 2007 and who were monitored by the parenteral nutrition team in the AMC / ECH in Amsterdam.

Data were collected in the AMC / ECH and data sources consisted of electronic medical records and paper medical records. The duration of follow-up was defined as the time from the date of the start of PN and the end of follow-up (1 November 2007). The reasons for ending PN were weaning from PN, the transfer to another hospital or death of the patient.

The prevalence of PNALD was assessed in the adult- and paediatric patient group and was diagnosed when total bilirubin levels exceeded the range of 20 µmol/l. When PNALD occurred, fat was totally removed from the PN mixture and patients' liver functions, duration of nutritional management and reversal of liver abnormalities were monitored. Weight development and possible nutrient deficiencies were also taken into account.

Results

83 adult patients were included in this study. PNALD occurred in 20 adults after 11 weeks on PN (median; range 1 to 51 weeks). The development of PNALD was significantly ($p < 0,05$) related to energy overload (> 40 kcal/kg per day) with a relative risk ratio of 2.4 (CI, 1.0 to 5.5). Glucose overload, fat overload and the combination of energy overload and fat overload appeared not to be significantly related to the development of PNALD.

Fat free PN was administered for 12 weeks (median; range 5 to 44 weeks). No increased values of serum glucose, creatinine and urea were seen during the treatment of fat free PN and therefore no hyperglycemia or renal failure occurred. Clinical signs for essential fatty acid deficiency (EFAD), such as dermatitis, hair loss and impaired wound healing, did not occur. After reintroduction of fat, PNALD returned in four patients.

Furthermore, 22 paediatric patients were included in this study. PNALD occurred in nine patients after eight weeks (median; range 5 to 17 weeks). The occurrence of PNALD had no relation

with the quantity of energy intake, glucose intake and fat intake compared to the requirements. However, fat overload (> 1 g/kg per day) appeared in eight out of nine patients with PNALD. Fat free PN was administered for 3.5 weeks (median; range 1 to 16 weeks). No increased values of serum glucose, creatinine and urea were seen during the treatment of fat free PN and therefore no hyperglycemia or renal failure occurred. Clinical signs for EFAD, such as dermatitis, hair loss and impaired wound healing, did not occur. After reintroduction of fat, PNALD returned in three patients.

Conclusion

This study shows that a parenteral energy intake of 40 kcal/kg per day or more is a significant contributing factor in the development of PNALD in adults. Moreover, this study shows that fat free PN prevents adult and paediatric patients from chronic liver disease and seems sufficient in providing energy- and vitamin requirements. It is possible that patients have developed EFAD, although there were no clinical signs. A biopsy procedure is needed to establish EFAD. In the light of this retrospective analysis, prospective studies need to be performed in order to gather more information concerning nutritional prevention and treatment of PNALD.

Key words

Parenteral nutrition, hepatic dysfunction, long-term parenteral nutrition, fat emulsion, parenteral nutrition associated liver disease.

HET GEHEIM VAN HET EIWIJ DIEET

Amsterdam

Linda Sluijmers

Doel

In dit onderzoek wordt de effectiviteit van het Sana Slank dieet op basis van maaltijdvervangers vergeleken met een eiwitrijk dieet met reguliere voedingsmiddelen wat betreft gewichtsreductie en het behoud van vetvrije massa.

Methoden

Middels posters en internet zijn de onderzoekspersonen verworven. Deelname was op vrijwillige basis en de personen waren vrij om te kiezen welk dieet men wilde volgen. Men kon zich inschrijven voor drie verschillende groepen.

De eerste groep was de Sana Slank groep. Zij volgde 9 weken lang een eiwitrijk ketogeen dieet met behulp van maaltijdvervangers aan de hand van het boek 'Het geheim van het eiwit dieet'. De tweede groep was de Eiwitrijke groep, zij volgde 9 weken lang een hypocalorisch eiwitrijk dieet met behulp van reguliere voedingsmiddelen met een eiwitverrijking van 27 energie % eiwit. De laatste groep volgde 9 weken lang een dieet volgens de Richtlijnen Goede voeding en fungeerde als controle groep. Voor de laatste twee groepen was de caloriereductie 750 kcal per dag ten opzichte van de individuele behoefte.

De energiebehoefte werd bepaald door middel van het rustmetabolisme te meten middels de indirecte calorimetrie. Deze uitkomst werd vermenigvuldigd met de PAL waarde welke gemeten werd aan de hand van een beweegdagboek. Met de Tanita (BIA, de Bodyscout (BIS) en de BOD POD (ADP) werd in week 0 en 9 het lichaamsgewicht en de lichaamssamenstelling bepaald. Tevens werden de middel en heupomtrek, de bloeddruk en de bloedglucose gemeten.

Resultaten

De onderzoekspopulatie bestond uit 78 personen, 19 mannen en 59 vrouwen. De verdeling van de personen was niet gelijkwaardig. De Sana Slank groep had 18 personen, tegenover 29 personen in de Eiwitrijke groep en 31 personen in de Richtlijnen Goede Voeding groep. Tevens is de Sana Slank groep significant jonger dan de Eiwitrijke groep ($p=0,03$). Gedurende de onderzoeksperiode zijn er significante verschillen ontstaan zowel binnen als tussen de onderzoeksgroepen. De Sana Slank groep is significant meer gewicht $-8,6\pm 2,9\text{kg}$ vs $-3,9\pm 2,2\text{kg}$ ($p<0,01$), vetmassa $-7,7\pm 2,7\text{kg}$ vs $-3,3\pm 3,2\text{kg}$ ($p<0,01$) en vet% $-4,8\pm 2,5\%$ vs $-2,0\pm 3,2\%$ ($p=0,02$) verloren ten opzichte van de Eiwitrijke groep. Dit resulteerde tevens in een significant grotere afname van de BMI $-2,9\pm 1,0\text{kg/m}^2$ vs $-1,2\pm 0,8\text{kg/m}^2$ ($p<0,001$) voor de Sana Slank groep. Dit zelfde geldt voor de Sana Slank groep ten opzichte van de Richtlijnen Goede Voeding groep. Hierbij is de Sana Slank groep ook significant meer gewicht $-8,6\pm 2,9\text{kg}$ vs $-4,1\pm 2,2\text{kg}$ ($p=0,01$), vetmassa $-7,7\pm 2,7\text{kg}$ vs $-2,9\pm 2,5\text{kg}$ ($p<0,01$) en vet% $-4,8\pm 2,5\%$ vs $-1,5\pm 2,4\%$ ($p<0,001$) verloren en is de BMI significant

meer afgenomen $-2,9\pm 1,0\text{kg/m}^2$ vs $-1,4\pm 0,8\text{kg/m}^2$ ($p<0,001$). Alleen binnen de Richtlijnen Goede Voeding groep is er een significant verschil gevonden in het verlies van vetmassa $-1,2\pm 1,7\text{kg}$ ($p=0,05$). Er zijn echter geen significante verschillen gevonden tussen de onderzoeksgroepen.

Conclusie

Op korte termijn kan geconcludeerd worden dat het Sana Slank dieet effectiever is in het bevorderen van gewichtsreductie en het verlies van vetmassa dan het Eiwitrijk dieet. Er zijn echter geen verschillen waargenomen op het behoud van vetvrije massa. Nieuwe metingen over een half jaar zullen uitwijzen of men het gewichtsverlies kan behouden en of er veranderingen zijn opgetreden in de lichaamssamenstelling.

Trefwoorden

- Gewichtsreductie
- Lichaamssamenstelling
- Eiwitrijk
- Maaltijdvervangers
- Ketogeen dieet
- Voedingsbegeleiding

VAN CONVENTIONELE DIALYSE NAAR NACHTELIJKE THUIS HEMODIALYSE: EEN VERSCHIL VAN DAG EN NACHT.

Groningen

Dagmar Wapperom en Kim van Leur

Inleiding

Bij dialysepatiënten is sprake van een verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Dit heeft verschillende oorzaken waarvan ondervoeding een belangrijke is. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de overgang op nachtelijke thuishemodialyse (NTHD) voordelen heeft. De kwaliteit van leven neemt toe, patiënten hebben een vrijer dieet en een hogere Kt/V. Om te beoordelen welke invloed NTHD heeft op de voedingsinname en de voedingstoestand is dit onderzoek gestart. Hierbij tonen we de tussentijdse resultaten.

Methoden

Iedere patiënt die startte met NTHD is gevraagd aan het onderzoek mee te doen. Hierbij was de behandelmethode vijf tot zes nachten per week acht uren dialyseren op één naald. Tussen 2004 en 2007 zijn er gegevens verzameld van twintig patiënten. Van hieruit is er voorlopig verder gegaan met een onderzoeksgroep waarvan tenminste acht maanden follow-up was (N=11). Er zijn gegevens verzameld bij start, na vier en na acht maanden NTHD. De verzamelde data bestond uit eetdagboeken, laboratoriumbepalingen en antropometrische gegevens. De eetdagboeken zijn berekend in Becel. De gegevens zijn verwerkt in SPSS. Voor de statistische verwerking is gebruik gemaakt van de 'Wilcoxon signed ranks test' en de 'Spearman's rho'.

Resultaten

De onderzoeksgroep bestond uit 7 mannen en 4 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 55 jaar. Er zijn geen veranderingen gevonden in de energie-inname, de BMI en de armspieromtrek. Hoewel de mediaan van de eiwitinname uit de eetdagboeken niet is gestegen, is het toch significant toegenomen door een stijging in het derde kwartiel [0-4 maanden P= 0,050]. De PCR is toegenomen tussen zowel nul en vier maanden [van 61 naar 94,5 g eiwit/dag P= 0,009] als nul en acht maanden [van 61 naar 79,5 g eiwit/dag P= 0,013]. De mediaan van albumine veranderde niet. Wel zagen we een stijgende trend in de lage albuminewaarden (<35 g/l) [0-8 maanden P= 0,109]. Ook vonden we een stijgende trend in het totaal cholesterolgehalte [0-4 maanden P= 0,066]. Het hemoglobinegehalte is gestegen tussen zowel nul en vier maanden [van 7,1 naar 7,4 mmol/l P= 0,047] als tussen nul en acht maanden [van 7,1 naar 8,5 mmol/l P= 0,036]. Het erythropoëtinegebruik is gedaald tussen nul en vier maanden [P= 0,049] en tussen nul en acht maanden [P= 0,011]. Daarnaast is er een positieve correlatie gevonden tussen de Kt/V en de PCR [r= 0,384 | P=0,05].

Conclusie

De PCR is gestegen en er was in de eiwitinname een stijging te zien die bijna significant te noemen was. Daarnaast is het hemoglobinegehalte gestegen. De tussentijdse resultaten zijn bemoedigend, daarom is het zinvol het onderzoek voort te zetten om te kijken hoe de trends zich ontwikkelen.

ONDERVOEDING IN HET BEATRIX KINDERZIEKENHUIS:

risico-inschatting met behulp van een nieuwe vragenlijst

Groningen

Marieke Deijs en Amy Boddé

Achtergrond

De incidentie van ondervoeding bij kinderen in ziekenhuizen is erg hoog. Een slechte voedingstoestand heeft nadelige gevolgen. Het tijdig opsporen van (dreigende) ondervoeding is daarom van essentieel belang. Op dit moment is er nog geen screeningsinstrument voor kinderen beschikbaar. In het kinderziekenhuis van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is een vragenlijst ontwikkeld, waarmee beoogd wordt op een snelle manier in kaart te brengen of er bij kinderen een risico op ondervoeding bestaat dan wel of er sprake is van ondervoeding. Op dit moment wordt hiervan nog geen gebruik gemaakt, omdat deze vragenlijst niet gevalideerd is. Doel: nagaan of de vragenlijst meet waarvoor hij ontwikkeld is, namelijk (dreigende) ondervoeding.

Methode

Gedurende 6 weken zijn 264 nieuwe opnames op de kinderafdeling gemeten en gewogen. Daarnaast is de voedingsvragenlijst afgenomen. De resultaten uit de voedingsvragenlijst zijn vergeleken met de resultaten uit de antropometrie.

Resultaten

Uit de antropometrie bleek 19,7% van de kinderen ondervoed. Slechts 9,6% van deze kinderen werd als ondervoed herkend door de vragenlijst. De geobserveerde overeenstemming van de totale vragenlijst was slechts 9% 'niet gebaseerd op toeval'. Wanneer de afkapwaarden aangepast worden, wordt dit 20%. Tamelijke overeenstemming is dan het resultaat.

Conclusie

De voedingsvragenlijst is geen geschikt screeningsinstrument bij het opsporen van (dreigende) ondervoeding. Acute ondervoeding wordt beter herkend dan chronische ondervoeding.

COPD IS LEVENSGEVAARLIJK

Dieetbehandelingsprotocol voor poliklinische longrevalidatiepatiënten met COPD.

Den Haag

Marjolein van Dop en Jasmijn v.d. Valk

Inleiding

In het HagaZiekenhuis kunnen COPD-patiënten deelnemen aan een poliklinisch multidisciplinair longrevalidatieprogramma. De diëtisten verzorgen twee keer een algemene dieetvoorlichting en begeleiden, zo nodig, individueel de patiënten poliklinisch. Een dieetbehandelingsprotocol voor longrevalidatiepatiënten met COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) ontbreekt, hierdoor is er geen gestructureerde behandelwijze die door elke diëtist gebruikt kan worden. Dit leidde tot de volgende probleemstelling:

De afdeling diëtietiek van het HagaZiekenhuis beschikt niet over een poliklinisch behandelingsprotocol voor longrevalidatiepatiënten met COPD, hierdoor is er geen eenduidige werkwijze is voor de diëtist.

Bij het opstellen van dit dieetbehandelingsprotocol is gebruik gemaakt van de uitkomsten van wetenschappelijke artikelen maar ook van een aantal standaarden en richtlijnen. Deze zijn gevonden op basis van een literatuuronderzoek.

Methode

In dit dieetbehandelingsprotocol worden acht verschillende categorieën longrevalidatiepatiënten onderscheiden:

- De categorie BMI $\leq 20,9$ kg/m² met een lage VVM-index wordt doorverwezen naar de diëtist. Het doel van de diëtistische behandeling is het verbeteren van het lichaamsgewicht en VVM.
- De categorie BMI $\leq 20,9$ kg/m² met een normale VVM-index wordt doorverwezen naar de diëtist. Het doel van de diëtistische behandeling is het verbeteren van het lichaamsgewicht en behoud van de VVM.
- De categorie BMI 21-24,9 kg/m² met een lage VVM-index wordt doorverwezen naar de diëtist. Het doel van de diëtistische behandeling is het behoud van het lichaamsgewicht bij GOLD stadia I en II of verhogen van het lichaamsgewicht bij GOLD stadia III en IV en het verbeteren van de VVM.
- De categorie BMI 21-24,9 kg/m² met een normale VVM-index met GOLD stadium I of II wordt niet doorverwezen naar de diëtist. Longrevalidatiepatiënten in deze categorie met GOLD stadium III of IV worden wel doorverwezen naar de diëtist. Het doel van de diëtistische behandeling gewichtstoename en behoud van VVM.
- De categorie BMI 25-29,9 kg/m² met een lage VVM-index wordt doorverwezen naar de diëtist. Het doel van de diëtistische behandeling is behoud van het lichaamsgewicht en het verhogen van de VVM.
- De categorie BMI 25-29,9 kg/m² met een normale VVM-index wordt niet doorverwezen naar de diëtist.

- De categorie BMI ≥ 30 kg/m² met een lage VVM-index wordt doorverwezen naar de diëtist. Het doel van de diëtistische behandeling is het verlagen van het lichaamsgewicht bij GOLD stadia I en II of stabiliseren van het lichaamsgewicht bij GOLD stadia III en IV en het verbeteren van de VVM.
- De categorie BMI ≥ 30 kg/m² met een normale VVM-index met GOLD stadium I of II wordt doorverwezen naar de diëtist. Het doel van de diëtistische behandeling is gewichtsafname in de vorm van VM met behoud van VVM. Bij GOLD stadia III en IV is verwijzing naar de diëtist niet aanbevolen.

Advies

Bij de categorieën longrevalidatiepatiënten die worden doorverwezen naar de diëtist gelden de onderstaande dieetadviezen:

- Gezien de lichamelijke inspanningen tijdens het revalidatieprogramma en het verhoogde rustmetabolisme is bij een aanbevolen gewichtstoename of gewichtsstabilisatie een energiebehoefte van 170-200% van de gemeten of berekende ruststofwisseling gewenst. Een uitzondering hierop zijn de categorie BMI 25-29,9 kg/m² met een lage VVM-index en de categorie ≥ 30 kg/m² met een lage VVM-index met GOLD stadia III en IV, hier wordt de energiebehoefte bepaald aan de hand van een voedingsanamnese.
- Wanneer toename van VVM gewenst is wordt een inname van 1,5 g eiwit per kg lichaamsgewicht aanbevolen. Wanneer behoud van VVM gewenst is in combinatie met gewichtstoename, is deze eiwitinname ook gewenst.
- Voor alle categorieën geldt dat er inzicht moet worden gegeven in eetgedrag en het veranderen van het voedings- en bewegingspatroon.

Bij de categorieën longrevalidatiepatiënten die niet worden doorverwezen naar de diëtist kan worden volstaan met groepsvoorlichting door de diëtist.

NOTITIES
