

PROTOCOL VOOR HET VOEDINGSMANAGEMENT VAN OBESITAS, DIABETES EN HYERTENSIE IN HET CARIBISCH GEBIED



Caribbean Food and Nutrition Institute, Jamaica
PAHO/WHO Office of Caribbean Program Co-ordination, Barbados

PROTOCOL VOOR HET VOEDINGSMANAGEMENT
VAN OBESITAS, DIABETES EN HYPERTENSIE IN
HET CARIBISCH GEBIED



CARIBBEAN FOOD AND NUTRITION INSTITUTE, JAMAICA



PAHO/WHO OFFICE OF CARIBBEAN PROGRAM
COORDINATION, BARBADOS

2004

**PROTOCOL VOOR HET
VOEDINGSMANAGEMENT VAN OBESITAS,
DIABETES EN HYPERTENSIE IN HET
CARIBISCH GEBIED**

Blank

INHOUDSOPGAVE

Lijst van schema's	iv
Lijst van bijlagen	iv
Voorwoord	v
Dankbetuigingen	vii
Inleiding	1
Doel van het Protocol	4
Overzicht van het proces van voedingsmanagement	5

HOOFDSTUK I: Het proces van voedingszorg

Het proces van de voedingszorg	8
Beoordeling	8
Schema 1: Concept-raamwerk inzake de wijze van teambenadering	9
Het beoordelingsproces	10
Overzicht van de historische gegevens	10
Gegevensverzameling	11
Het plan voor voedingszorg	14
Doelen van de voedingstherapie	14
Het uitvoeren van het plan voor voedingszorg	15
Documentatie van de zorg	20
Voortdurende zorg	21
Monitoring van de voedingszorg	22
Zelfmanagement	22
Indicaties voor verwijzing	23
Samenvatting van het proces inzake de voedingszorg	24

HOOFDSTUK II: Het voedingsmanagement van obesitas

Het voedingsmanagement van obesitas.....	28
Schema II: Cruciaal stappenplan voor het management van obesitas	30
Aanbevolen behandeling van obesitas	31
Richtlijnen ter bevordering van zelfmanagement	32

HOOFDSTUK III: Het voedingsmanagement van Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus.....	36
Het voedingsmanagement van diabetes	38
Schema III: Cruciaal stappenplan voor het management van diabetes	41
Voedingsadviezen voor type 2 Diabetes	42
Additionele aandachtspunten	42
Richtlijnen voor zelfmanagement	44

HOOFDSTUK IV: Het voedingsmanagement van Hypertensie

Hypertensie	48
Schema IV: Cruciaal stappenplan voor het management van hypertensie	50
Doelstellingen	51
Stappen inzake het voedingsmanagement van personen met hypertensie	51
Aanbevelingen voor behandeling	52
Richtlijnen voor zelfmanagement	53
BIJLAGEN	54
VERKLARENDE WOORDENLIJST	97

LIJST VAN SCHEMA'S

Schema I: Concept-raamwerk voor teambenadering	9
Schema II: Cruciaal stappenplan voor het management van obesitas	30
Schema III: Cruciaal stappenplan voor het management van diabetes	41
Schema IV: Cruciaal stappenplan voor het management van hypertensie	50

LIJST VAN BIJLAGEN

BIJLAGE I	Beoordeling van de voedingsstatus	56
BIJLAGE II	Het afnemen van een voedingsanamnese	58
BIJLAGE III	De zes voedselgroepen van het Caribisch Gebied	63
BIJLAGE IV	Het vervangingsstelsel	64
BIJLAGE V	Het bepalen van de energiebehoefte	76
BIJLAGE VI	Algemene richtlijnen voor de documentatie	78
BIJLAGE VII	Checklist voor het vastleggen van de voedingszorg	81
BIJLAGE VIII	Determinanten van de consulten	83
BIJLAGE IX	Verantwoordelijkheden van de leden van het team van gezondheidswerkers	84
BIJLAGE X	Standaardclassificatie van overgewicht bij volwassenen	87
BIJLAGE XI	Grafiek voor de Body Mass Index	90
BIJLAGE XII	Definitie en classificatie van bloedglucosegehalten	91
	Classificatie en management van de bloeddruk voor volwassenen	91
	Risico-indeling ter bepaling van de prognose inzake hypertensie	92
BIJLAGE XIII	Tips voor voedingscounseling	93
BIJLAGE XIV	Voorbeeld van een vereenvoudigd formulier voor de voedingsscreening	94
BIJLAGE XV	Enkele algemene afkortingen	95

Voorwoord

De Pan American Health Organization (PAHO) is middels de Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI) en de Caribbean Program Coordination actief om goede voedingsgewoonten in het Caribisch Gebied te promoten. Deze actie om gezonde eetgewoonten te bevorderen, heeft ervoor gezorgd dat men erkent dat hoewel een preventieve benadering van de gezondheidszorg bijzonder belangrijk is om de gezondheid in stand te houden, een juist management van aandoeningen een belangrijk onderdeel vormt van een continue gezondheidszorg.

Chronische, niet-overdraagbare voedingsgerelateerde aandoeningen zijn de voornaamste oorzaken van ziekte, invaliditeit, en vroegtijdige dood in het Caribisch Gebied. Aan de aanpak hiervan dient prioriteit te worden gegeven, terwijl het bestrijden van overdraagbare aandoeningen wordt voortgezet. De verhoogde kosten die gepaard gaan met hospitalisatie, het behandelen van complicaties, het verlies van productie en de invloed op de kwaliteit van het leven, vergen dat er meer nadruk dient te worden gelegd op de centrale rol van de voeding in de effectieve behandeling van deze aandoeningen op het niveau van de primaire gezondheidszorg.

Het voedingsmanagement bij obesitas, diabetes en hypertensie is uitgekozen als een eerste stap waarvoor er richtlijnen dienen te worden vastgesteld voor het management in de primaire gezondheidszorg, aangezien de kans groot is dat een succesvol management van deze aandoeningen een plotselinge opkomst van andere slopende chronische ziekten zou kunnen voorkomen.

Het voedingsmanagement is een kostenbesparende benadering van de gezondheidszorg. Dientengevolge dient er nauwkeurig aandacht te worden geschonken aan de rol van voeding bij het drukken van de kosten, vooral die kosten die gepaard gaan met een bepaalde medicatie, de morbiditeit, de duur van de hospitalisatie en de mortaliteit. Dit kan worden bewerkstelligd middels een adequate, praktische en effectieve voedingsinterventie op basis van wetenschappelijke feiten.

In het gehele Caribisch Gebied is er een beperkt aantal diëtisten en voedingsdeskundigen beschikbaar om te voorzien in de benodigde professionele zorg. Het protocol is ontworpen om andere leden van het team belast met de gezondheidszorg te assisteren om een standaardniveau van basis-voedingszorg te verschaffen. Desondanks behoort dit geen afbreuk te doen aan de noodzaak om het aantal voedingsdeskundigen in de regio te vergroten.

De informatie, verschaft in dit document, vertegenwoordigt richtlijnen voor het standaardiseren van de voedingszorg op een basisniveau. Het juiste gebruik van de informatie vervat in het document zal het nodig maken dat er doelen worden vastgesteld voor individuele cliënten, prioriteiten worden gesteld en voortdurend controle wordt verricht om deze doelstellingen te evalueren en aan te passen aan de gezondheidsstatus van die cliënten.

Terwijl het protocol het voedingsmanagement van obesitas, diabetes en hypertensie op het niveau van de primaire gezondheidszorg aanpakt, verschaft het basisprincipes en technieken die op andere chronische aandoeningen kunnen worden toegepast. Training in het gebruik van dit protocol is een essentiële stap bij de implementatie ervan en het is opgesteld met zowel de trainer als de trainee in gedachten.

Het protocol verschaft richtlijnen die gebruikt kunnen worden door deskundigen op het gebied van de gezondheidszorg, zoals verpleegkundigen, voedingsassistenten en diëtiste-assistenten die betrokken zijn bij het aanbieden van voedingszorg aan cliënten op het niveau van de primaire gezondheidszorg. Bij het implementeren van de aspecten van het protocol is het raadzaam dat, waar mogelijk, getracht wordt voedingsdeskundigen, diëtisten en doktoren te betrekken als lid van het managementteam. Het is van belang op te merken dat het document geen aanpassingen in het voedingspatroon voorstaat van mensen met complicaties als gevolg van diabetes en hypertensie. Die personen dienen te worden verwezen naar een deskundige op het gebied van de voedingszorg.

Dankbetuigingen

Het Caribbean Food & Nutrition Institute (CFNI) en de PAHO/WHO Office of Caribbean Program Coordination (CPC) betuigen hun dank aan en waarderen de bijdragen van de vele personen die dit Protocol hebben helpen realiseren. In dezen willen wij noemen:

- Mej. Violet Griffith, Voedingsdeskundige, verbonden aan het Ministerie van Volksgezondheid in Jamaica, die het concept van dit Protocol opstelde; en verder
- De deskundigen die hun medewerking verleenden bij de eerste vastlegging van de inhoud en de vormgeving van dit Protocol, nl.:
 - Mej. Dianne Broome, Community Nutrition Officer bij het National Nutrition Centre van het Ministerie van Volksgezondheid in Barbados;
 - Mej. Sheila Forde, ex-President van de Caribbean Association of Nutritionists and Dietitians (CANDi);
 - Mej. Theresa Regis, Assistent-voedingsdeskundige verbonden aan het Ministerie van Volksgezondheid te St. Vincent & de Grenadines;
 - Mej. Jeanine Smit, docente Voedingsleer aan de Medische Faculteit van de Universiteit van Suriname;
- Leden van de Diabetes Association of the Caribbean voor hun constructieve beoordeling en commentaar;
- De directeur en de technische staf op het CFNI voor hun enorme inbreng tijdens het opstellen van dit Protocol;
- Dr. Pauline Samuda, voedingsvoorlichter, en dhr. Godfrey Xuereb, Public Health Nutritionist, die namens het CFNI de mede-samenstellers waren;
- Dr. Beverley Barnett, als Adviseur Chronische Aandoeningen en Gezondheidsbevordering (Chronic Disease and Health Promotion Advisor), en Dr. Glenda Maynard, Adviseur Chronische Aandoeningen en Mentale Gezondheidszorg (Chronic Disease and Mental Health Advisor), die namens het Office of Caribbean Program Coordination te Barbados de mede-samenstellers waren van dit Protocol;
- Mej. Candace Simpson, PhD-studente aan de University of the West Indies, Jamaica, voor de editing van de finale versie;

- De World Diabetes Foundation voor haar financiële ondersteuning;
- Al degenen op nationaal, sub-regionaal en internationale niveaus – voedingsdeskundigen, diëtisten, artsen, verpleegkundigen en deskundige adviseurs, te veel om bij naam op te noemen – die de verschillende concepten van het Protocol bestudeerden en waardevolle op- en aanmerkingen plaatsten.

*Caribbean Food and Nutrition Institute
Jamaica*

*PAHO/WHO Office of Caribbean Program Coordination
Barbados*

Inleiding

Niet-overdraagbare aandoeningen (NOA's) hebben geleidelijk aan overdraagbare aandoeningen als de hoofdoorzaken van sterfte in het Caribisch Gebied verdrongen. Voedingsgerelateerde chronische aandoeningen, zoals obesitas, diabetes en hypertensie zijn verder de voornaamste veroorzakers van allerlei ziekten, invaliditeit, en een vroegtijdige dood in de sub-regio. Terwijl het vóórkomen en het sterftcijfer van deze aandoeningen het hoogste is onder de ouderen, is het zorgwekkend dat deze zich uitbreiden naar andere leeftijdsgroepen. Hypertensie en diabetes behoren tot de twee leidende chronische aandoeningen onder de Caribische bevolking en vormen ook de voornaamste risicofactoren voor andere aandoeningen, zoals cerebrovasculaire aandoeningen en coronaire hartziekten.

Interventies om de risicofactoren voor deze kwalen en hun complicaties te managen, zijn o.a. het overnemen van een gezonde levensstijl, waarbij regelmatige lichaamsbeweging centraal staat, het vermijden van roken en alcohol tezamen met keuzes voor gezond eten. Een intersectorale benadering die nodig is om gedragsveranderingen te faciliteren, is een belangrijke strategie in de preventie en controle van NOA's. Interventies in verschillende settings, zoals de werkplaatsen, de scholen, klinieken en ziekenhuizen, zijn cruciaal voor het succes.

De cruciale rol die de voeding speelt in de preventie van aandoeningen, de bevordering van de gezondheid en het onder controle krijgen van chronische aandoeningen, is algemeen erkend. Aangezien een ieder eet, is voedingsinterventie, oftewel het voorschrijven van een bepaald dieet, een goedkope en effectieve manier om de gezondheid te bevorderen. Met begeleiding van en aandacht voor wat er gegeten wordt, kunnen mensen hun voedings- en gezondheidsstatus verbeteren. Het is van belang om op elke leeftijd een optimale voedingsstatus te handhaven, hetgeen kan bijdragen tot het voorkómen van enkele chronische aandoeningen, minder frequente perioden van ziekten, kortere en minder dure ziekenhuisopnamen, minder complicaties en een hoger overlevingspercentage.

De last van deze aandoeningen (obesitas, diabetes en hypertensie) op de gezondheid is astronomisch. Daarmee wordt bedoeld dat de kosten uitgedrukt in verlies van productieve tijd, verloren kansen, verminderde kwaliteit van het leven en geld uitgegeven aan gezondheidszorg, aanzienlijk zijn. Veel van deze last kan echter worden voorkomen. De kosten van ziekenhuisopname en –behandeling zouden echt wel de kosten van de primaire gezondheidszorg van verschillende personen kunnen dekken, indien er effectieve preventieve managementstrategieën zouden worden toegepast. Deze houden op het niveau van de primaire gezondheidszorg o.a. in het opzetten van programma's gericht op het voorkómen,

alsook het behandelen van de voedingsgerelateerde chronische aandoeningen waar wij ons op richten.

Er is veel bewijs dat suggereert dat effectief management erg belangrijk is voor personen waarvan al geconstateerd is dat zij aan deze NOA's lijden:

- De International Obesity Task Force (IOTF) heeft gesteld dat gewichtsverlies de kans op fysieke, metabole en endocrinologische complicaties bij corpulente en obese personen vermindert.
- De Richtlijnen van 1999 van de WHO/ISH¹ hebben bevestigd dat er een positief en voortdurend verband bestaat tussen bloeddrukwaarden en de kans op ernstige hartkwalen, waaronder fatale en niet-fatale myocardinfarcten.
- De Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) heeft overtuigend vastgesteld dat het risico van de ontwikkeling en progressie van retinopathie, nefropathie en neuropathie met 50-75% wordt verminderd door een intensieve behandelingstherapie, vergeleken met de conventionele behandelingstherapie van patiënten met type 1 diabetes.
- De United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) heeft ook afdoende aangetoond dat een verbeterde controle van het bloedglucosegehalte bij patiënten met het type 2 diabetes, het risico van het ontwikkelen van retinopathie en nefropathie verkleint en mogelijk de kans op neuropathie vermindert. De UKPDS heeft ook aangetoond dat een strenge controle van de bloeddruk op duidelijke wijze een reductie geeft van beroertes, diabetes-gerelateerde sterfte, hartfalen, micro-vasculaire complicaties en visusvermindering.

Dit Protocol inzake Voedingsmanagement is bedoeld om te dienen als bronmateriaal voor personeel belast met voeding en diëten, en andere gezondheidsdeskundigen die in de setting van de primaire gezondheidszorg betrokken zijn bij het behandelen van cliënten met die chronische aandoeningen waarop wij ons richten, nl. obesitas, diabetes en hypertensie. Het is niet bedoeld als een alomvattend technisch en klinisch document, en individuele cliënten die zullen verschillen in hun persoonlijke, medische, sociale, etnische en culturele achtergronden, zullen eventueel moeten worden verwezen naar meer specialistische zorg.

Het Protocol erkent dat er een beperkt aantal voedings- en dieetdeskundigen in het Caribisch Gebied beschikbaar is. Dit Protocol is echter geen vervanging voor de professionele diensten van voedingsdeskundigen en diëtisten. Het dient een raamwerk te verschaffen voor de voedingszorg, dat de standaardzorg zal begeleiden met gebruikmaking van een reeks van basisparameters inzake de voedingszorg. Het moet dienen als een praktisch hulpmiddel waarbij, indien nodig, de cliënt tijdig verwezen wordt naar de geëigende

¹ World Health Organization/International Society of Hypertension

gezondheidsdeskundige die meer specifieke kennis, trainingsmethoden en vaardigheden bezit dan bepaalde leden van het multidisciplinair team van gezondheidswerkers.

Het document verschaft:

- Het doel en de doelstellingen van het protocol;
- Een overzicht van de chronische aandoeningen die aan de orde komen, zoals: obesitas, diabetes en hypertensie;
- Een algemeen proces inzake voedingsmanagement;
- Het voedingsmanagement voor de gespecificeerde aandoeningen;
- Indicatoren voor verwijzing.

De verwachting is dat het Protocol periodiek zal worden geëvalueerd en bijgewerkt naarmate er nieuwe wetenschappelijke informatie beschikbaar komt.

RISICOFACTOREN DIE STERK WORDEN GEASSOCIEERD MET OBESITAS, DIABETES EN HYPERTENSIE

Risicofactoren*	Obesitas	Diabetes	Hypertensie
Overmatige energieopname	▲	▲	▲
Overmatig alcoholgebruik			▲
Hoog natriumgebruik			▲
Hogere leeftijd	▲	▲	▲
Stress			▲
Een zittend bestaan leiden	▲	▲	▲
Roken			▲
Genetische factoren	▲	▲	▲
Overmatig lichaamsgewicht	▲	▲	▲
Medische geschiedenis		▲	▲

*Er kunnen ook andere risicofactoren zijn, maar die zijn niet zo sterk van invloed als de factoren die in deze tabel zijn opgenomen.

Doel Van Het Protocol

Het faciliteren van een gestandaardiseerd voedingsmanagement voor personen met geselecteerde voedingsgerelateerde chronische aandoeningen (obesitas, diabetes en hypertensie) op het niveau van de primaire gezondheidszorg in het Caribisch Gebied.

Doelstellingen:

- Het verschaffen van richtlijnen aan gezondheidsdeskundigen op het niveau van de primaire zorg inzake het voedingsmanagement van obesitas, diabetes en hypertensie.
- Het faciliteren van documentatie over het proces van voedingsmanagement en het laten doorstromen hiervan in de medische dossiers.
- Het verschaffen van een raamwerk waarin behandelingsdoelen worden vastgelegd voor het voedingsmanagement van geselecteerde chronische aandoeningen in de setting van de primaire gezondheidszorg.
- Het definiëren van het verwijzingsproces op het gebied van de voeding voor de geselecteerde NOA's.

Overzicht Van Het Proces Van Voedingsmanagement

Hoewel de indicatoren voor succes en de uitkomst zullen verschillen, zijn de principes van het voedingsmanagement van personen met chronische aandoeningen dezelfde als die voor het management van welke zaak of inrichting dan ook. Het proces van voedingsmanagement omvat:

Beoordeling – heeft betrekking op het verzamelen van informatie en het analyseren van gegevens. Zo wordt informatie (historische gegevens) over de persoon verzameld, alvorens een aanvang met de voedingsinterventie wordt gemaakt.

Planning – heeft betrekking op de interpretatie van de bevindingen van de beoordeling en het vertalen hiervan in prestatiedoelen. Dit proces geeft in grote lijnen de strategieën en de activiteiten weer, die aangewend zullen worden om deze doelen te bereiken en hoe het succes zal worden geëvalueerd. Planning omvat informatie voor de voorlichting.

Implementatie – is het daadwerkelijke proces waarmee het plan tot uitvoering wordt gebracht.

Coördinatie – heeft te maken met zowel communicatie als documentatie. Alle aspecten van de voedingszorg dienen te worden besproken met andere leden van het team belast met de gezondheidszorg om als zodanig bekrachtiging van de voedingsstrategieën door de andere teamleden te bewerkstelligen. Het bereiken van de gewenste gezondheidsuitkomsten hangt af van het integreren van de voedingszorg met andere aspecten van het medische management.

Evaluatie – is het proces van het onderzoeken van de implementatie om vast te stellen of het proces de vastgestelde doelen bereikt en de gewenste resultaten oplevert door de daadwerkelijke resultaten met de vastgestelde doelen te vergelijken. Dit heeft ook te maken met het observeren van het gedrag van de cliënt om te bepalen of hij/zij ‘ready’ is om een hoger niveau van zelfzorg te accepteren. Evaluaties kunnen onverwachte resultaten opleveren, zowel positieve als negatieve, die gebruikt kunnen worden om het plan voor de voedingszorg te verbeteren.

Het managen van NOA's vereist een effectieve allocatie en een effectief gebruik van de hulpbronnen. Het gezondheidsteam dat voedingszorg aanbiedt, moet zijn aandacht concentreren op zijn managementvaardigheden om succesvolle resultaten te bereiken. Hulpbronnen zoals tijd, informatie, geld en materialen moeten allemaal zorgvuldig beheerd worden om een effectief en efficiënt gebruik hiervan te garanderen t.b.v. de patiënten.

HOOFDSTUK I

Het Proces Van De Voedingszorg

Blanco pagina

Het Proces Van De Voedingszorg

Een juiste voedingszorg is onlosmakelijk verbonden met het succesvolle management van obesitas, diabetes en hypertensie. Het naleven van de principes inzake de planning van voeding en maaltijden blijft echter een van de grootste uitdagingen. Het concept-raamwerk in Schema I identificeert de stappen die noodzakelijk zijn voor een succesvol management.

Beoordeling

Een belangrijke stap bij het op gang brengen van voedingszorg is het evalueren van de voedingsstatus van het individu. Er moet voor elke persoon die lijdt aan obesitas, diabetes of hypertensie en die zich voor de eerste zorg aanmeldt, een voedingsbeoordeling worden gemaakt. Een voedingsbeoordeling is een belangrijk hulpmiddel voor het identificeren van bestaande of potentiële problemen en het identificeren van cliënten die een uitgebreidere screening moeten ondergaan.

De beoordeling genereert de informatie die nodig is voor een allesomvattende aanpak van de voedingsinterventie. Sommige parameters zullen elke keer als de persoon zich aanmeldt voor zorg, moeten worden beoordeeld. Deze parameters zijn o.a. gewicht, bloeddruk, hoeveelheid eten en bloedglucose (alleen voor diabeten). Bij het definiëren van de mate van voedingsinterventie voor de specifieke aandoeningen is een totaal overzicht van historische gegevens van belang. Dit zal het raamwerk vormen voor alle problemen en/of ziekten, waarop er gefocust moet worden als onderdeel van het proces van voedingsinterventie.

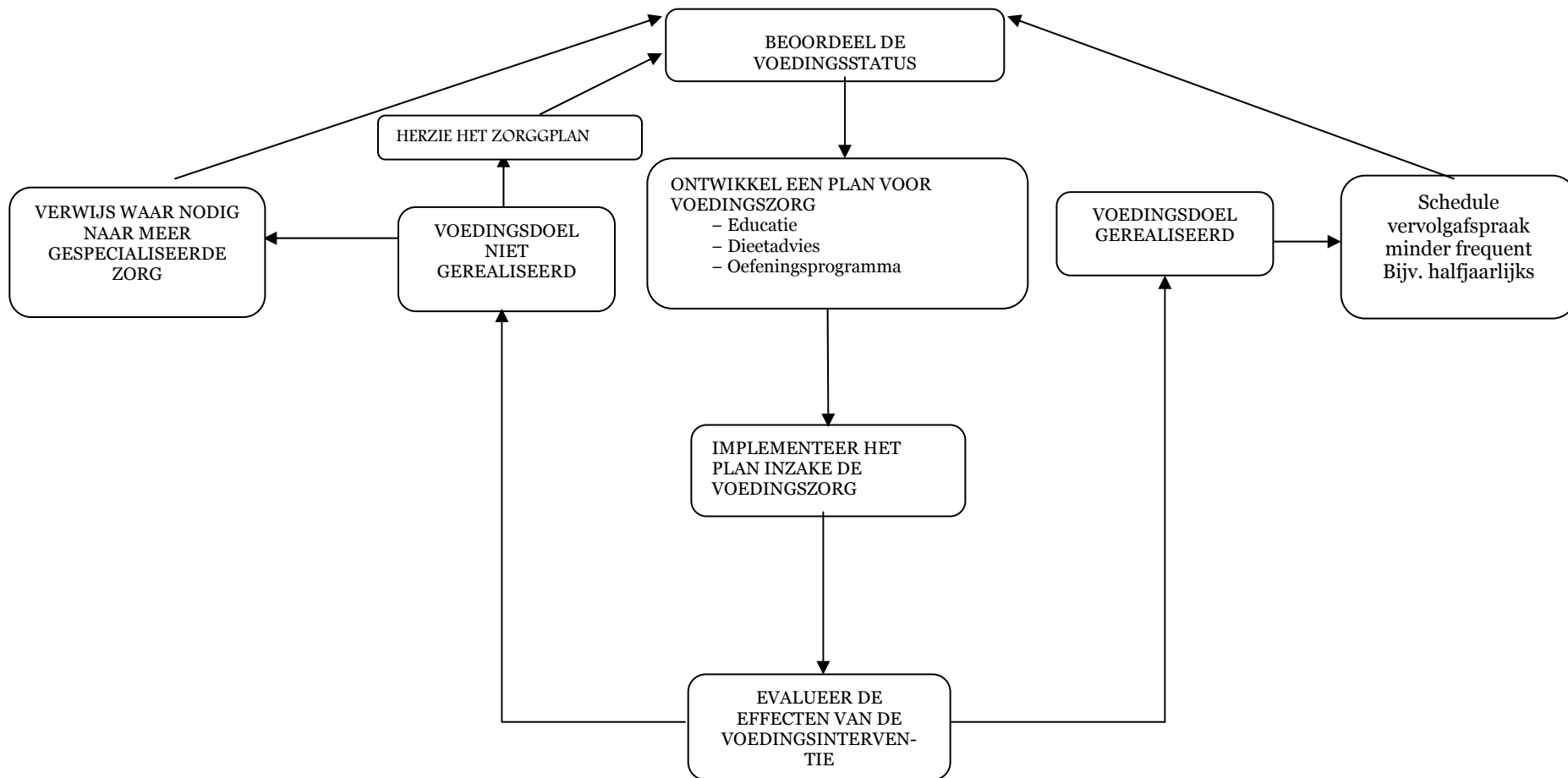
Indicatoren van voedingsrisico's

Deze indicatoren zijn onder andere:

1. Voedselopname, – kwaliteit en/of hoeveelheid;
2. Verlaagde absorptie van voedingsstoffen;
3. Verminderd gebruik van voedingsstoffen;
4. Verhoogd verlies van voedingsstoffen;
5. Verhoogde behoefte aan voedingsstoffen.

SCHEMA I

EEN CONCEPT-RAAMWERK VOOR DE TEAMBENADERING



Het Beoordelingsproces

Het beoordelingsproces is het systematische proces van het verzamelen van objectieve informatie over de cliënt, zijn/haar leefomgeving en het ondersteuningsstelsel. De resultaten van de beoordeling geven soms een inzicht in enkele van de uitdagingen waarmee de cliënt eventueel geconfronteerd wordt en de middelen die beschikbaar zijn om deze het hoofd te kunnen bieden. Deze zijn o.a.:

1. Overzicht van de historische gegevens
2. Zorgvuldige gegevensverzameling
 - Antropometrisch
 - Biochemisch
 - Klinisch
 - Eetgewoonten
3. Vaststelling van de mate van lichamelijke activiteit
4. Beoordeling van de mogelijkheid en de bereidheid van de cliënt om in een zorgplan te participeren
5. Beoordeling van het ondersteuningsnetwerk van de cliënt – thuis en in zijn naaste leefomgeving
6. Interpretatie van de gegevens
7. Gebruik van de gegevens om de juiste zorg te verschaffen.

Overzicht Van De Historische Gegevens

De historische gegevens zullen een inzicht verschaffen in alle relevante ziekten of omstandigheden in het verleden die een directe of indirecte invloed zouden kunnen hebben op de tegenwoordige voedingsbehoeften en de gezondheidsstatus van de cliënt.

Belangrijke historische gegevens die bestudeerd moeten worden, zijn o.a.:

Medische Geschiedenis – Onderzoek de gezondheidsfactoren en/of familiegeschiedenis die van invloed zouden kunnen zijn op de voedingsstatus van de cliënt.

- **Geneesmiddelengeschiedenis** – Bestudeer de medicatie (met of zonder recept verkrijgbaar), de voedingssupplementen, en illegale drugs die de voedingsstatus kunnen aantasten.
- **Socio-economische geschiedenis** – Onderzoek de omgevings-, persoonlijke, de religieuze, sociale en economische factoren die van invloed kunnen zijn op de beschikbaarheid van voedsel, het eetgedrag, de voedselopname en de voedingsbehoeften alsook de dieetinterventie.
- **Dieetgeschiedenis** – identificeer de mogelijke voedingsonevenwichtigheden en eetgewoonten.

De bronnen waar aan deze informatie gekomen kan worden, zijn o.a. medische dossiers, gezinsleden en/of andere van belang zijnde personen, en de cliënt.

Gegevensverzameling

Dit is een belangrijke fase van de beoordeling en betreft verschillende parameters die hieronder in detail zullen worden aangegeven. (Bijlage I verschaft een formulier dat kan worden gebruikt als leidraad om de gegevens voor de beoordelingsfase te verzamelen).

A. Antropometrische gegevens

Hiermee wordt bedoeld het meten van de lichaamsomvang, het gewicht en de verhoudingen. Deze gegevens zijn niet van indringende aard en worden als ondersteuning gebruikt bij het evalueren van de voedingsstatus, het nagaan van de effecten van voedingsinterventie en bij het verschaffen van informatie over de lichaamsvoorraad aan vet en spieren. Antropometrische metingen omvatten o.a.:

- Lengte en gewicht
- Middel-, heup- en armomtrek

Voornoemde informatie wordt dan gebruikt om de indicatoren van de voedingsstatus te berekenen.

(i) Lengte

De lengte is de waarde die het vaakst verkeerd wordt weergegeven. Het is nuttig om de lengte tot op de centimeter vast te stellen middels standaardmetingen in de kliniek met gebruikmaking van een stadiometer of een andere betrouwbare methode.

De meting van de lengte moet worden vastgelegd als resultaat van het basisonderzoek dat wordt uitgevoerd op alle cliënten die zich voor zorg aanmelden.

De meting van de lengte is nuttig om het navolgende te berekenen:

- Het juiste gewicht voor de lengte
- Het bepalen van de BMI (Body Mass Index oftewel Quetelet-index)
- De Basal Energy Expenditure (BEE) (Basaalmetabolisme)

(ii) Gewicht

Het gewicht is een gevoelige indicator van de voedingsstatus. De Body Mass Index (BMI), een standaard die een mathematisch verband legt tussen lengte in m² en gewicht in kg, wordt vaak gebruikt om het gezondheidsrisico vast te stellen (BMI = gewicht in kg/lengte in meters²). Zie bijlagen X en XI.

(iii) Middel-heup-ratio

De middel-heup-ratio is een manier om te meten waar het lichaamsvet is opgeslagen. Het is een indirecte indicator van intra-abdominaal vet. Een hoge middel-heup-ratio wijst op een verhoogd risico van gezondheidsproblemen die gerelateerd zijn aan obesitas.

De middel-heup-ratio wordt berekend door de gemeten middelomtrek te delen door de gemeten heupomtrek.

$$\frac{W}{H} = \text{middel-t.o.v.-heup ratio (WHR)}$$

Risico-indicatoren

Vrouwen: WHR groter dan 0.85*

Mannen: WHR groter dan 1.0*

(iv) Middelomtrek

De omvang van de taille is een indicator van intra-abdominaal vet en is een goede indicator van abdominaal vet. Een hoge middelomtrek wordt geassocieerd met een verhoogd risico voor het type 2 diabetes, een hoog cholesterolgehalte, een hoge bloeddruk en hart- en vaatziekten.

Risicoindicatoren

Mannen: Middelomtrek groter dan of gelijk aan 102cm*

Vrouwen: Middelomtrek groter dan of gelijk aan 88cm*

B. Biochemische gegevens

- Bloedsuikergehalte
- HbA_{1c}
- Bloedlipiden
- Serumproteïne
- Serumkreatinine
- Serumkalium
- Serumnatrium
- Urineketonen

C. Klinische gegevens

- Indicaties en symptomen van de aandoening(en);
- Informatie inzake de diagnose en de behandeling;
- Problemen m.b.t. de opname van voedsel, bijv. bij het kauwen en slikken;
- Gastroïntestinale problemen;
- Bloeddruk.

*Obesity preventing and managing the global epidemic (Obesitas: het voorkomen en managen van de wereldwijde epidemie). Rapport van een WHO-onderzoek. WHO Technical Reports series 894 (1999: Genève, Zwitserland).

D. Gegevens inzake de eetgewoonten

Het verkrijgen van een accurate voedingsanamnese is een belangrijke component van het beoordelingsproces en vormt een onderdeel van de algehele voedingsgeschiedenis. De eetgeschiedenis verschaft waardevolle informatie over het vroegere en het huidige eetgedrag van de cliënt. De details hierover worden gepresenteerd in Bijlage II.

Het Plan Voor De Voedingszorg

DOELEN VAN DE VOEDINGSTHERAPIE

- Het handhaven van bijna normale bloedglucosegehalten door de voedselopname met insuline of orale medicamenten en door lichamelijke beweging in balans te houden;
- Het verschaffen van voldoende calorieën om voor volwassenen een redelijk gewicht te bereiken en te handhaven, een normale groeisnelheid en ontwikkeling bij kinderen en adolescenten, een verhoogde metabole behoefte tijdens zwangerschap en de lactatieperiode of herstel van katabole aandoeningen;
- Het beheersen van de bloeddruk;
- Het bereiken van optimale bloedlipidenwaarden;
- Het voorkómen, uitstellen of behandelen van acute insuline-gerelateerde complicaties, zoals hypoglycaemie, kortdurende ziekten en bewegingsgerelateerde problemen;
- Het voorkómen, uitstellen of behandelen van lange-termijncomplicaties van obesitas, diabetes of hypertensie. In dezen kunnen o.a. genoemd worden nieraandoeningen, neuropathie en hart- en vaatziekten;
- Het verbeteren van de gezondheid middels optimale voeding.

Ontwikkel het zorgplan

De aanbevelingen inzake voeding die geïntegreerd zijn in het algehele managementplan voor de cliënt, zijn gebaseerd op:

- Beoordeling van de voeding;
- Gewenste behandelingsresultaten;
- Wijziging levensstijl, inclusief eetgewoonten.

Een belangrijke component van het proces van voedingszorg is het meten en het vastleggen van de resultaten. Een evaluatie van de medische, klinische, biochemische, educatieve en psychologische resultaten verschaft informatie over de effectiviteit van voedingstherapie in het algehele managementplan.

De voedingsbehoeften van de cliënt op de korte en de lange termijn dienen duidelijk te zijn geïdentificeerd in een actieplan op basis van de bevindingen van de beoordeling. Het plan voor voedingszorg dient in grote lijnen het volgende weer te geven:

- Doelstellingen om tegemoet te komen aan de behoefte aan voeding en voorlichting daarover
- De inhoud van de counselingssessies;
- Een termijn om de doelstellingen te behalen.

De voedingsvereisten van het individu, de bronnen en de strategieën om hieraan te voldoen, moeten in overweging worden genomen. Het plan dient te worden besproken met de cliënt en zijn/haar gezin. Het uiteindelijke plan moet worden vastgesteld in overleg met de andere leden van het team belast met de gezondheidszorg. Tracht bij het ontwikkelen van het plan de ondersteuning te verkrijgen van de gezondheidswerkers in de voeding en diëtetiek. Er dienen dan counselingssessies te worden gepland om instructies te geven en aanbevelingen te doen aan de cliënt. Als gevolg van het aanpakken van het zorgplan en het dieet, alsmede door de evaluatie van het inzicht van de cliënt en de reacties op het plan, kan het counselingproces verschillende sessies beslaan.

HET UITVOEREN VAN HET PLAN VOOR VOEDINGSZORG

Het opstellen van een dieetadvies

Met het het opstellen van een dieetadvies wordt bedoeld het samenstellen van een (van de gebruikelijke voeding) afwijkende voeding rekening houdend met individuele en groepsvoorkeuren, culturele gewoonten, gezondheidsstatus en socio-economische factoren met als doel het bereiken van specifieke doelstellingen. Het is een interactief proces tussen de cliënt en de zorgverlener.

Het opstellen van een dieetadvies is een richtpunt bij het management van obesitas, diabetes en hypertensie. Het proces vereist een inbreng van de cliënt, op het financiële, religieuze en culturele vlak.

Het doel van dieetadvies

- Het controleren van het gewicht, de bloeddruk en/of de bloedglucose;
- Het garanderen dat de juiste soorten en hoeveelheden voedsel worden genuttigd;
- Het controleren van de specifieke voedingsstoffen die passen bij de aandoening waarop men zich richt;
- Het verbeteren van de algehele kwaliteit van het leven.

De principes waarop het dieetadvies berusten zijn o.a.:

- **Evenwichtig dieet** – Het verschaffen van de juiste hoeveelheden van alle essentiële voedingsstoffen, energie en vezels om de gezondheid te handhaven, terwijl elke verandering van voedingsstoffen nodig voor die aandoening wordt ingebouwd.
- **Caloriecontrole** – Het beheersen van de energieopname zonder te veel of te weinig te eten.
- **Concentratie van voedingsstoffen** – Het kiezen van voedsel dat een goede verscheidenheid aan voedingsstoffen biedt tegenover een kleine hoeveelheid calorieën.
- **Afwisseling en Balans** – Het selecteren van voedingsmiddelen uit elk van de voedselgroepen in verhouding tot elkaar om als zodanig voedingsrisico's te voorkómen.
- **Individualiteit** – Het gebruikmaken van de informatie van de beoordeling om te voldoen aan de individuele behoeften.
- **Flexibiliteit** – Cliënten toestaan om voedingsmiddelen binnen een praktische en creatieve setting te kiezen. Te strakke dieetadviezen zijn niet bevorderlijk voor de naleving hiervan.

Het ontwikkelen van een dieetadvies

Het dieetadvies moet worden aangepast aan de behoeften van het individu, terwijl de aandoening toch wordt aangepakt. Er zijn vele mogelijkheden voor het opstellen van een dieetadvies, maar in het algemeen wordt in het Caribisch Gebied het vervingingssysteem gebruikt. Met vervangen wordt bedoeld dat een standaardportie of verstrekkingseenheid van een bepaald soort voedingsmiddel in de plaats kan worden gegeten van een ander soort voedingsmiddel dat dezelfde voedingsstoffen en energie bevat. (zie Bijlage III).

Het dieetadvies dient periodiek te worden geëvalueerd en indien nodig te worden gewijzigd om de doelen van een verbeterde beheersing van de aandoening te bewerkstelligen, alsook een algemene goede gezondheid.

Het bepalen van de energiebehoefte van het individu

N.B.: Het is raadzaam om gezondheidswerkers in de voeding en diëtetiek te vragen om deze taak op zich te nemen (zie Bijlage V).

1. Bepaal de huidige voedselopname en het huidige eetpatroon door de cliënt te laten opnoemen wat en hoeveel hij/zij de afgelopen 24 uur gegeten en gedronken heeft (de '24-hour recall'). Bepaal van de gebruikelijke voeding de energetische waarde: Categorieer de gebruikelijke voedselopname naar standaardporties en voedingsmiddelen die bij elke maaltijd en elk tussendoortje geconsumeerd zijn. Vertaal dit in calorieën middels gebruikmaking van de standaardporties van elk voedingsmiddel.
2. Bepaal de energiebehoefte op basis van leeftijd, geslacht, lengte, gewicht en het activiteitsniveau (zie Bijlage V).
3. Trek calorieën af, indien gewichtsverlies gewenst is. Over het algemeen kunnen er 500 of 1000 kcal per dag worden afgetrokken van de huidige opname om een gewichtsafname van 0,5-1,0 kg per week te bewerkstelligen.

Bereken van de gebruikelijke voeding de voedingswaarde in voedingsstoffen (vertaal de standaardporties in grammen koolhydraten, proteïnen en vetten) en bepaal de percentages van de totale calorieën die door elke macro-voedingsstof worden bijgedragen.

Grammen koolhydraten x 4 x 100

Totaal aantal calorieën

Grammen proteïnen x 4 x 100

Totaal aantal calorieën

Grammen vet x 9 x 100

Totaal aantal calorieën

4. Pas zonedig de standaardporties aan om de gewenste percentages voor elke macrovoedingsstof te bereiken.

5. Verspreid de voedingsmiddelen, uitgedrukt in standaardporties, over de hoofdmaaltijden en tussendoortjes op basis van het gebruikelijke eetpatroon, de activiteit, de medicamenten en de gewenste dieetwijziging.

Het uitvoeren van het Plan voor Voedingszorg houdt zowel het verstrekken van het juiste dieetadvies als de voorlichting in. Dit proces omvat vervolgspraken om tijdig een groeiend inzicht, een grotere motivatie en een betere naleving te garanderen.

- Maak gebruik van gegevens van het beoordelingsproces om voedingsstoffen en calorieën te verschaffen om te voldoen aan de behoeften van de cliënt, en begeleid de keuze van voedsel van de cliënt en de bereidingstechnieken.
- Betrek de cliënt en het gezin bij het vaststellen van de doelen;
- Zorg ervoor dat het zorgplan goed past binnen het algehele managementplan voor de cliënt;
- Ontwikkel strategieën om de doelen te bereiken;
- Begeleid de cliënt en andere van belang zijnde personen;
- Verwijs waar nodig naar andere leden van het team van gezondheidswerkers.

Evalueer de Voedingszorg

De evaluatie houdt gewoonlijk in een vaststelling van de efficiëntie en doelmatigheid van de interventie en dient met regelmatige tussenpozen te worden gedaan, waarbij de frequentie afhangt van de status van de cliënt. Alle strategieën die werden geïmplementeerd, moeten worden geëvalueerd. De voedingsstatus van de cliënt kan veranderen naarmate zijn of haar status verandert.

De participatie van de cliënt bij het ontwikkelen van het plan en zijn/haar bereidheid om dit na te leven, zullen van invloed zijn of de doelen al dan niet worden bereikt. Het is mogelijk dat er meer flexibiliteit zal worden vereist, en verschillende strategieën en technieken zijn misschien nodig om de gewenste resultaten te boeken. Het plan moet eventueel ook herzien worden, omdat de cliënt korte-termijndoelen heeft bereikt en klaar is om naar het volgende niveau te gaan of omdat zijn/haar socio-economische situatie is veranderd. De evaluatie wordt gewoonlijk gedaan middels vervolgspraken en omvat de volgende activiteiten:

- Beoordeel de vorderingen van de cliënt opnieuw;
- Herzie het zorgplan of ontwikkel waar nodig nieuwe plannen;

- Implementeer interventies;
- Monitor de vorderingen.

Verwachte resultaten van voedingszorg

- Verbeterde voedingsstatus;
- Verbeterde opname van voedsel en voedingsstoffen;
- Verhoogde kennis;
- Positieve gedragsverandering;
- Verbeterde laboratoriumwaarden, gewicht, bloeddruk;
- Verlaging van de risicofactor;
- Voorkoming of afremming van complicaties;
- Mogelijkheid om beschikbare gemeenschapsmiddelen te identificeren en toegang daartoe te verkrijgen;
- Vermindering van de ziekenhuisopnames;
- Verbeterd zelfmanagement;
- Verbeterde kwaliteit van het leven.

Teneinde de hierboven aangegeven resultaten te bereiken dient men:

- de cliënt, de gezinsleden (waaronder ook broers en zusters) en verzorgers in alle discussies over het management te betrekken.
- de aanpak van de voedingszorg te individualiseren.
- cultureel juiste informatie en voorlichtingsmateriaal te verschaffen.
- de cliënt te betrekken in de ontwikkeling van realistische plannen, waarin opgenomen een variëteit aan voedingsmiddelen waarvan men houdt, en die beschikbaar zijn en passen binnen zijn/haar schema en zelfzorg-regime.
- vervolfbezoeken en wijzigingen van de doelen, indien nodig, te faciliteren.

- voortdurende voorlichting, evaluatie, ondersteuning en dialoog te plannen om acceptatie en naleving te bevorderen.
- algemene informatie te geven over de chronische aandoening waarop men zich richt - de risicofactoren, de prognose, de behandeling en de bijwerkingen.
- met voorstellen te komen over werkbare strategieën voor een positief gedrag en de overname van een gezonde levensstijl.

Documentatie Van De Zorg

Er zijn specifieke factoren die dienen te worden opgenomen in de documentatie en die informatie vastleggen van het beoordelingsproces. Documentatie is een belangrijk onderdeel van het Proces van Voedingszorg. Alle interventies van voedingszorg waaronder ook de eerste voedingsbeoordeling, moeten in de medische dossiers van de cliënt worden vastgelegd. De medische file is een wettig document waarin de medische geschiedenis, de beoordeling en de diagnose van de cliënt worden vastgelegd (zie Bijlage VI voor details).

De documentatie van de zorg dient continu te zijn en dient om:

- een file van het proces van voedingszorg op te zetten.
- een sterk professioneel communicatienetwerk te behouden om alle leden van het team belast met de gezondheidszorg te informeren over de status en de plannen van de cliënt en acties die ondernomen worden.
- een raamwerk en/of indicatie te verschaffen voor interventie, herbeoordeling of vervolgbehandeling door andere gezondheidswerkers.
- continuïteit van de zorg te faciliteren en als zodanig bijdragen aan de accuratesse en een betere kwaliteit van het management.
- een referentiepunt te verschaffen voor het evalueren van de invloed van de medische voedingstherapie op medische en klinische resultaten en de kwaliteit van het leven van de cliënt door de beoordeling te koppelen aan doelen, interventie en strategieën.
- gegevens te verschaffen om kosten-baten en rentabiliteit van medische voedingstherapie vast te stellen.
- informatie te verschaffen over doorverwijzing naar andere diensten.

De voedingsinformatie die dient te worden gedocumenteerd is o.a.:

- Evaluatie van het huidige dieet;
- Gegevens inzake de beoordeling van voedingsstoffen;
- De geplande medische voedingstherapie;
- Counseling en voorlichting;
- Acceptatie en tolerantieniveau;
- Eetlust;
- Geplande follow-up;
- Verwijzingen;
- Reactie op de therapie;
- Alle gegevens die van belang zijn voor de gezondheids-/voedingsstatus van de cliënt.

Voortdurende Zorg

Voortdurende zorg is een essentiële component van het management en biedt de gelegenheid voor evaluatie en herbeoordeling. Vervolgbehandeling faciliteert het bewerkstelligen van gedragsverandering. Een effectieve voedingszorg vereist meer dan slechts één consult. De consulten bieden de gelegenheid om vooruitgang te behouden en de condities te controleren, de problemen te bekijken, het effect van behandeling te observeren en het managementplan en de interventiestrategieën waar nodig opnieuw te ontwerpen. Vervolgconsulten kunnen helpen de motivatie te verschaffen om te slagen alsook om een goede relatie met de cliënt tot stand te brengen en voorlichtingsboodschappen te ondersteunen.

Frequentie van de consulten

Cliënten die beginnen met een voedingstherapie kunnen in eerste instantie wekelijkse consulten nodig hebben totdat er sprake is van een redelijke vooruitgang. Naarmate de doelen worden bereikt en er verbetering is in het management, kunnen de consulten minder frequent worden. Indien de doelen niet worden bereikt, dient het managementplan te worden herzien en de doelen opnieuw geëvalueerd (zie Schema I).

De frequentie van de consulten kan worden beïnvloed door elk der volgende aspecten: de mate van obesitas; de ernst van de hypertensie; het soort diabetes; veranderingen in het behandelingsregime; en de mate van acceptatie.

Bijlage VIII verschaft de details van de determinanten van de consulten.

De navolgende tabel geeft een uiteenzetting van de soort zorg die moet worden verleend bij specifieke consulten.

Monitoring Van De Voedingszorg

Activiteit	Frequentie van de behandeling	
	Eerste consult	Vervolgbehandeling
Lichamelijk onderzoek	▲	Jaarlijks
Gewicht	▲	Maandelijks of elk regelmatig consult
Bloeddruk	▲	Elk regelmatig consult
Andere gelijktijdig optredende afwijkingen	▲	Elk regelmatig consult
Laboratorium	▲	Elk kwartaal – vaker indien er complicaties zijn
Nuchtere en/of 2 hr pp bloedglucose	▲	1. Elk kwartaal Indien de behandeling verandert of indien de cliënt de doelen niet haalt 2. Tweemaal per jaar indien stabiel
Nuchtere lipidenwaarden		Jaarlijks, tenzij abnormaal
Micro-albuminurie	▲	Halfjaarlijks

Zelfmanagement

Het doel van zelfmanagement is de cliënten te helpen om verantwoordelijkheid te dragen voor het dagelijkse management en de controle van hun gezondheidscondities. De cliënten dienen daarom te worden voorzien van de ter zake relevante kennis en vaardigheden. Het

trainen van de cliënt in zelfmanagement is een belangrijke strategie om die niveaus van voedingszorg te bereiken die tot een verbeterde gezondheid zullen leiden.

Training in zelfmanagement dient niet alleen te worden afgestemd op de specifieke gezondheidsconditie van de cliënt, maar ook op zijn levensomstandigheden en de mate van bereidwilligheid om zich aan de voedselvoorschriften te houden.

Verwijzingen

Een belangrijk aspect van het voedingsmanagement van cliënten in de primaire gezondheidszorg is het herkennen van de noodzaak voor een tijdige verwijzing naar specialistische zorg. Er is een actief gezondheidsteam nodig om zorg te verlenen aan een cliënt met chronische aandoeningen (Bijlage IX geeft een uiteenzetting van de verantwoordelijkheden van leden van het gezondheidsteam belast met de voedingszorg van de cliënten). De onderstaande tabel verschaft richtlijnen voor het verwijzen van cliënten naar specifieke leden van het gezondheidsteam.

Indicaties Voor Het Verwijzen Naar Leden Van Het Gezondheidszorgteam

Indicator	Teamlid naar wie de cliënt dient te worden verwezen
Ontwikkeling dieetadvies	Voedingsdeskundige/Diëtist
Bijkomende ziekten	Arts/ Wijkverpleegkundige
Heroptredende hypoglycaemie	Arts/Wijkverpleegkundige
Slecht zelfmanagement	Managementteam
Infecties	Arts/Verpleegkundige/Wijkverpleegkundige
Slechte eetlust of de cliënt eet niet	Arts/Voedingsdeskundige/Diëtiste
Braken	Arts/Verpleegkundige/Wijkverpleegkundige
Cliënten van wie de medicijnen op zijn	Arts/verpleegkundige/Wijkverpleegkundige
Cliënten die aangeven dat zij problemen hebben met het volgen van een bepaalde behandelingswijze die valt buiten uw competentie of ervaring	Dokter, Verpleegkundige, Gezinsleden, Voedingsdeskundige/diëtist
Cliënten die problemen hebben om behandelingsdoelen te handhaven, bijv. een acceptabele bloeddruk of een acceptabel bloedsuikergehalte of gewicht	Arts/Voedingsdeskundige/Diëtist/ Wijkverpleegkundige

Indicator	Teamlid naar wie de cliënt dient te worden verwezen
Verandering van behandeling, bijv. van een dieet tot orale antidiabetica (OAD) of een verandering naar insuline	Voedingsdeskundige/Diëtist Verpleegkundige/Wijkverpleegkundige Arts/Apotheeker

Samenvatting Van Het Proces Van Voedingszorg

<i>Activiteit</i>	<i>Consult</i>	<i>Obesitas</i>	<i>Diabetes</i>	<i>Hypertensie</i>
Voedingsbeoordeling	eerste (indien nodig bij een volgend consult)	▲	▲	▲
Laboratoriumevaluatie	Eerste en dan periodiek, zoals aangegeven	▲	▲	▲
Bestudering medische geschiedenis	Alle	▲	▲	▲
Vaststellen van behandelingsdoelen	Eerste (en dan opnieuw bekijken indien nodig)	▲	▲	▲
Ontwikkel een zorgplan	Eerste	▲	▲	▲
Implementeer	Alle	▲	▲	▲
Stel korte-termijndoelen vast	Eerste	▲	▲	▲
Plan voor vervolgbehandeling	Eerste, regelmatig	▲	▲	▲
Evalueer vorderingen/resultaten	Alle vervolgsconsulten	▲	▲	▲
Indien de doelen worden bereikt: <ul style="list-style-type: none"> • Bekrachtig de goede punten; • Frequentie van de consulten kan worden verminderd, afhankelijk van de mate waarin de doelen worden bereikt 	Indien de doelen niet worden bereikt: <ul style="list-style-type: none"> • beoordeel opnieuw/moedig cliënt aan • herzie het managementplan 			
Documenteer	Alle	▲	▲	▲

Blanco pagina

HOOFDSTUK II

Het Voedingsmanagement Van Obesitas

Blanco pagina (page)

Het Voedingsmanagement Van Obesitas

Een effectief gewichtsmanagement omvat een zorgvuldig evenwicht tussen de opname van voedingsstoffen, lichaamsbeweging, gedragsverandering en een positieve houding t.o.v. het bereiken van het juiste lichaamsgewicht. Het algemene doel dient gericht te zijn op het bewerkstelligen van een goede gezondheid. Dezelfde eet- en bewegingsgewoonten die een gezonde levensstijl ondersteunen, bewerkstelligen vaak het juiste lichaamsgewicht.

Tijdens het gewichtsverlies is er ongeveer 20 kcal/kg (10 kcal/lb) van het huidige gewicht nodig om mager lichaamssweefsel te behouden, terwijl men vet verliest. Normaliter wordt een gewichtsverlies van 0,5-1kg per week aanbevolen. Teneinde de gewenste gewichtsvermindering te behalen die kan worden gehandhaafd, wordt een vermindering van 500 kcals/per dag van de huidige energieopname aanbevolen. Aan het einde van de ene week zou dit een vermindering van 3500 kcal inhouden, hetgeen vertaald wordt naar 0,5 kg vet. Gewoonlijk duurt het drie maanden om de daadwerkelijke effecten van deze interventie te kunnen zien.

Er zijn vele factoren die obesitas veroorzaken. Metabole, genetische, milieugebonden, culturele, sociologische, psychologische en bepaalde gedragsfactoren bieden enige uitleg, maar de volledige oorzaak blijft onbekend. Enkele belangrijke factoren die bijdragen tot obesitas zijn o.a. de hoeveelheid eten, een zittende levensstijl en veranderingen in het dieet, in het bijzonder een verhoogde opname van vet en enkelvoudige suikers. Er is sprake van een grotere consumptie van geraffineerd en voorbewerkt voedsel en ‘fast food’ (snelle snacks, eten “uit de muur”), terwijl het gebruik van inheems voedsel, zoals aardvruchten, erwten, bonen, groenten en vruchten geen gelijke tred hebben gehouden. Obesitas ontstaat wanneer er meer voedselenergie wordt geconsumeerd dan verbrand wordt over een bepaalde tijdsperiode.

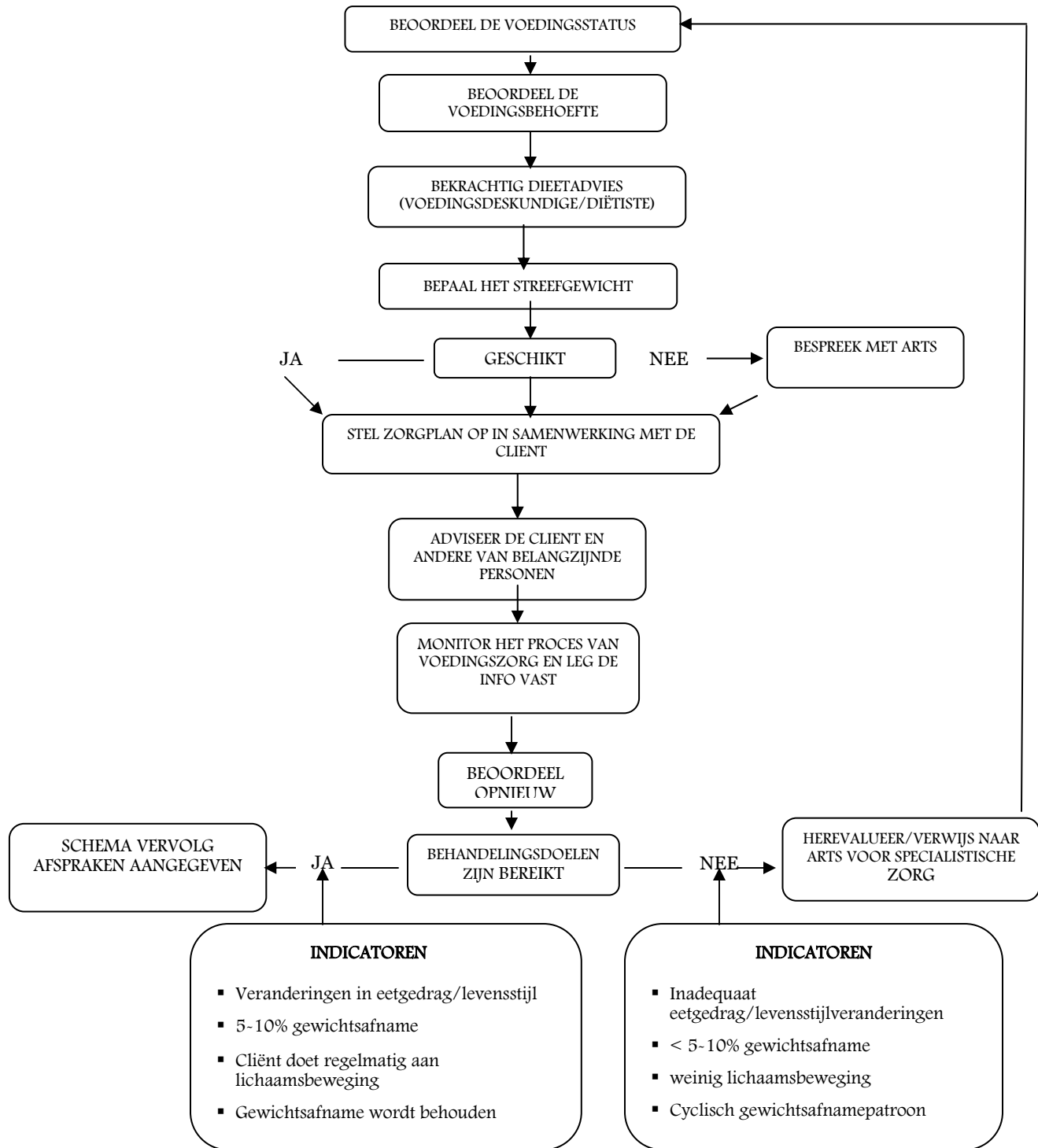
Normaliter is het niet gemakkelijk voor een obese persoon om gewicht te verliezen. Verder is er slechts een klein percentage van degenen die gewicht verliezen, in staat om het gewichtsverlies te behouden. Er zijn geen consistente criteria die het soort personen dat met succes gewicht verliest, kan categoriseren.

De doelstellingen van het voedingsmanagement van obesitas zijn om:

1. Een gezond lichaamsgewicht te behalen en te behouden.
2. Optimale voedingszorg te verschaffen middels een qua voedingsstoffen gebalanceerd dieet met minder calorieën dat een gezond gewichtsverlies van 0.5-1kg per week zal bewerkstelligen.
3. Complicaties te voorkomen en onder controle te houden, zoals hoge bloeddruk, diabetes, hartaandoeningen en een verhoogd urinezuurgehalte.
4. Een ongezond eetgedrag te vermijden en te corrigeren.

Schema II geeft een uiteenzetting van het cruciale stappenplan voor het voedingsmanagement van personen die lijden aan overgewicht en obesitas.

SCHEMA II: CRUCIAAL STAPPENPLAN VOOR HET VOEDINGSMANAGEMENT VAN OBESITAS



Aanbevolen Behandeling Voor Obesitas

1. Stel de mate van obesitas vast, alsook de specifieke interventiebehoeften van de cliënt, bijv. verhoogde bloedlipiden. Zie voor classificatie van overgewicht en obesitas, Bijlagen X en XI.
2. Stel realistische doelen vast. Help de cliënt bij het vaststellen van zijn/haar eigen korte, middellange en lange-termijndoelen. Een realistisch doel is een verlies van 5-10% van het eerste lichaamsgewicht met een tempo van 0,5-1 kg per week. Er bestaat geen tovervoedsel dat gewichtsverlies zal veroorzaken en zal handhaven.
3. Verdeel de calorieën over ongeveer zes maaltijden per dag, met inbegrip van de snacks (de ‘tussendoortjes’) om teveel eten te voorkomen. Ingeval dit niet mogelijk is, werk dan binnen de schema’s of activiteiten van de cliënt.
4. Zorg voor adequate vloeistoffen om de uitscheiding te bevorderen en wel tenminste 8 glazen water per dag.
5. Ingeval er sprake is van het vasthouden van vocht, verminder dan de opname van natrium.
6. Verhoog het vezelgehalte van het dieet om langer kauwen te bevorderen, meer massa te creëren en verzadiging te verhogen. Neem ook vezelrijk voedsel zoals vruchten, groente en peulvruchten op in het dieet.
7. Verlaag de opname van calorierijk voedsel zoals vetten (9 Kcal/g) en alcohol (7 Kcal/g). Beveel in het dieet calorie-arme alternatieven aan i.p.v. calorierijk voedsel.
8. Vermijd strenge dieetrestricties, aangezien calorie-arme diëten kunnen leiden tot een verminderd Resting Energy Expenditure (REE), oftewel rustmetabolisme, en de snelheid van gewichtsverlies kunnen aantasten. Een calorieopname van minder dan 1200 kcalorieën heeft een strenge klinische supervisie.
9. Maak een planning van vervolgafspraken om de vorderingen te monitoren, alsook van het gewicht, met gebruikmaking van dezelfde weegschaal.
10. Stimuleer regelmatige lichaamsbeweging volgens de aanbevelingen van de dokter en de voorkeuren van de cliënt als onderdeel van het plan voor gewichtsafname.
11. Zorg ervoor dat de voedingscounseling duidelijk afgestemd is op het individu.

12. Controleer obese personen die stoppen met roken nauwkeurig. De neiging bestaat om in gewicht toe te nemen door een verhoogde calorieopname vanwege de drang naar zoetheid. Het is eventueel noodzakelijk om de opname met 100-200 calorieën per dag te verlagen, alleen maar om op gewicht te blijven.
13. Stimuleer de cliënt om in een praatgroep te participeren en faciliteer de betrokkenheid van het gezin.
14. Stimuleer de cliënt om de opname van vloeistoffen dagelijks vast te leggen om zodoende de vermindering van calorieën middels vloeistoffen te verifiëren.

Richtlijnen Ter Bevordering Van Zelfmanagement

1. Ontwikkel met de inbreng van de cliënt een programma voor gewichtsafname. Dit kan misschien tijd in beslag nemen, aangezien gewichtsafname een langzaam proces is.
2. Geef begeleiding aan de cliënt inzake het in stand houden van een goed dieet. Geef tips hoe voedsel uit te kiezen dat minder calorieën bevat, hoe het eten te bereiden en de porties te controleren, en hoe buitenshuis te eten.
3. Stimuleer veranderingen in het eetgedrag en de algemene levensstijl om het gewichtsverlies te vergemakkelijken. Deze zijn o.a.:
 - Het bijhouden van een voedingsdagboek waarin opgenomen voedselkeuzen en situaties die ongezond eten stimuleren. Dit is nuttig om aanzetters (de zg. ‘triggers’) en bronnen van overtollige calorieën te identificeren;
 - Het op maandbasis controleren en vastleggen van het lichaamsgewicht;
 - Het participeren in een matige lichaamsbeweging voor de meeste dagen van de week voor tenminste 1 uur per dag;
 - Het vermijden van situaties die kunnen bijdragen tot teveel eten en het bediscussiëren van de ‘triggers’ met de zorgverlener;
 - Het veranderen van de tijden waarop er maaltijden worden genuttigd;
 - Het verminderen van de grootte van de porties;
 - Langzaam eten;
 - Het gebruiken van kleinere borden en bestek;
 - Het kiezen van verschillend voedsel en verschillende bereidingswijzen;
 - Het vervangen van calorierijk voedsel met calorie-arme alternatieven;
 - Het goed kauwen van het eten.

4. Stimuleer aerobic-oefeningen om het energie-verbruik te verhogen.
5. Raad te strenge diëten af die kunnen leiden tot een gewichtsafname- of een gewichtstoenamepatroon dat de cliënt zou kunnen demotiveren en gewichtsverlies zou kunnen bemoeilijken.
6. Stimuleer het lezen van etiketten en labels, zodat de cliënten in staat zijn de juiste keuzen te maken waarbij voedsel met buitensporig veel calorieën wordt vermeden.
7. Stel voor om zoetstof zonder calorieën te gebruiken als bruikbare vervanging voor suiker.

LICHAAMSBEWEGING

Regelmatige lichaamsbeweging is een heel belangrijk onderdeel van welk programma dan ook om gewichtsafname te bevorderen en is een aanvulling op dieetmaatregelen. Hoewel beweging niet noodzakelijkerwijs leidt tot gewichtsafname, wordt het lichaamsvet minder en de basale stofwisselingssnelheid verhoogd tijdens en na de bewegingsactiviteiten. Mensen zijn veel eerder geneigd te bewegen indien de activiteit plezierig is. Het soort, de duur en de frequentie van de activiteit dient te worden afgestemd op de mogelijkheden en de gezondheidsstatus van het individu, en zou o.a. zwemmen, snelwandelen, trimmen en het spelen van o.a. voetbal en cricket kunnen inhouden. Het samen met vrienden en familie doen aan lichaamsbeweging dient ook gestimuleerd te worden.

HOOFDSTUK III

Het Voedingsmanagement Van Diabetes Mellitus

Blanco pagina

Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus is een metabole stofwisselingsstoornis die zich kenmerkt door een verhoogd bloedglucosegehalte als gevolg van een afwijking in de uitscheiding en/of opname van insuline. De aandoening ontwikkelt zich wanneer er geen insuline is, de insuline niet in adequate hoeveelheden wordt uitgescheiden of er een verminderd weefselrespons is (m.a.w. de insuline wordt niet op de juiste wijze gebruikt door de betreffende weefsels). Er kan ook sprake zijn van een combinatie van deze factoren. Als gevolg hiervan kan het lichaam de macro-voedingsstoffen (koolhydraten, vetten en eiwitten) niet op de normale wijze metaboliseren om glucose om te zetten in energie. De glucose hoopt zich op in het bloed en komt in de urine terecht. Dit kan leiden tot verschillende complicaties waaronder lange-termijnschade, disfunctie en op den duur zelfs het stoppen met functioneren van verschillende organen zoals bijv. de ogen, de nieren, de zenuwen, het hart en de bloedvaten.

Verschiedende symptomen kunnen wijzen op de aanwezigheid van hyperglycaemia (verhoogde bloedglucose). Deze zijn o.a. frequent urineren, veel dorst, gewichtsafname, soms een sterker hongergevoel, vertroebeld zicht, jeuk en vatbaarheid voor bepaalde infecties. Bij kinderen kan er sprake zijn van groeistoornissen. Sommige mensen hebben geen last van deze symptomen en wordt de diagnose bij toeval vastgesteld tijdens medische onderzoeken of wanneer zij voor een andere kwaal naar medische hulp zoeken. Er gaan enkele acute levensbedreigende consequenties gepaard met diabetes. Hyperglycaemie (hoge bloedsuikerspiegel) wordt geassocieerd met ketoacidosis of het non-ketotisch hyperosmolair syndroom. Beide kunnen leiden tot een coma.

SOORTEN DIABETES

Diabetes mellitus kan worden onderverdeeld in drie hoofdcategorieën: Type 1, Type 2 en zwangerschapsdiabetes.

Type 1

Type 1 diabetes is het gevolg van een auto-immune vernietiging van bèta-cellen van de pancreas. De snelheid waarin de bèta-cellen vernietigd worden, verschilt van persoon tot persoon en kan soms behoorlijk snel gaan bij voornamelijk zuigelingen en kinderen en langzamer bij volwassenen. Type 1 diabetes komt vaker voor bij jongeren, maar kan zich op elke leeftijd voordoen. Er is weinig of geen insuline-uitscheiding en daarom zijn degenen die lijden aan dit type diabetes afhankelijk van externe insulinebronnen om te overleven. Cliënten met type 1 diabetes hebben een verhoogde neiging voor het opstapelen van ketonlichamen (ketoacidosis) en lopen een verhoogd risico op het ontwikkelen van

complicaties aan de haarvaten (microvasculair) en aan de grote bloedvaten (macrovasculair). Bij sommige cliënten, vooral kinderen, kan er bij de diagnose de aanwezigheid van ketoacidosis worden gesteld. Bèta-celvernietiging is genetisch bepaald en ook gerelateerd aan sommige milieufactoren die niet duidelijk gedefinieerd zijn. Cliënten met type 1 diabetes zijn zelden obees, maar de aanwezigheid van obesitas is niet onverenigbaar met de aandoening. Van sommige vormen van type 1 diabetes is de oorzaak niet bekend.

Type 2

Type 2 diabetes verwijst naar een conditie die zich kenmerkt door insulineresistentie en een relatief in plaats van een absoluut insulinetekort. De meeste mensen met dit type diabetes hebben geen behandeling met insuline nodig om te overleven, maar sommigen hebben eventueel korte-termijn insulinetherapie nodig om de aandoening te stabiliseren vooral in perioden van stress, zwangerschap en operatie. Voor vele mensen met Type 2 diabetes (vooral voor degenen die last hebben van overgewicht) zijn dieet en lichaamsbeweging om gewicht te verliezen de voornaamste therapiemethoden. Men moet alleen overgaan tot het toedienen van medicamenten ingeval deze maatregelen niet de gewenste resultaten opleveren. Om en bij 90-95% van alle mensen met diabetes hebben type 2 en het komt vaker voor onder volwassenen. Onlangs is bij een aantal kinderen vastgesteld dat ze type 2 diabetes hebben. Deze kinderen lijden normaliter aan obesitas.

Hyperglycaemia ontwikkelt zich geleidelijkaan en wordt soms pas na jaren ontdekt. De specifieke oorzaken zijn niet bekend, maar er vindt geen auto-immune vernietiging van bèta-cellen plaats. Personen met type 2 diabetes ontwikkelen gewoonlijk geen ketoacidosis, maar lopen een verhoogd risico van macrovasculaire en microvasculaire complicaties. Overgewicht, leeftijd, gebrek aan lichaamsbeweging en genetische aanleg verhogen de kans op het ontwikkelen van type 2 diabetes. Het komt vaker voor bij vrouwen die een voorgeschiedenis hebben van zwangerschapsdiabetes. Gewichtsafname en/of farmacologische behandeling van hyperglycaemia kan de insulineresistentie verbeteren.

Zwangerschapsdiabetes

Deze wordt gedefinieerd als een vorm van glucose-intolerantie die begint of het eerst herkend wordt tijdens de zwangerschap. Vooral vrouwen die uitgesproken obees zijn, een voorgeschiedenis van zwangerschapsdiabetes of glycosurie of een duidelijke familiegeschiedenis van diabetes hebben, zijn hier vatbaar voor.

Diagnose van Diabetes Mellitus

De criteria inzake de diagnose voor diabetes zijn op grond van standaardisatie inmiddels herzien. De nieuwe criteria die zijn voorgesteld door de World Health Organization (WHO) Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (2000), geven drie manieren om de diagnose van deze ziekte vast te stellen.

Criteria voor de diagnose van diabetes mellitus

1. Symptomen van diabetes plus een willekeurig ('random') plasma glucose >200 mg/dl (11.1 mmol/L). 'Willekeurig' wordt gedefinieerd als op welk moment van de dag dan ook zonder rekening te houden met de tijd vanaf de laatste maaltijd. De klassieke symptomen van diabetes zijn o.a. polyuria, polydipsia, en onverklaarbare gewichtsafname

of
2. "Nuchtere" Plasma Glucose (FPG) >126 mg/dl (7.0 mmol/L). 'Nuchter' wordt gedefinieerd als geen calorieopname gedurende minimaal 8 uren.

of
3. 2-hr PG ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/L) tijdens een Orale Glucosetolerantietest (OGTT). De test dient te worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van de WHO, waarbij gebruik wordt gemaakt van een glucosebelasting die het equivalent van 75g watervrije glucose opgelost in water, bevat.

Elke test moet op een volgende dag middels een van de drie methoden worden bevestigd.

Het Voedingsmanagement Van Diabetes

Voedingstherapie vormt een integraal onderdeel van een succesvol diabetesmanagement en is nog steeds een van de meest uitdagende aspecten van de gezondheidszorg vanwege de complexiteit van de voedingsvraagstukken. De inbreng van de cliënt bij het ontwikkelen van interventies is uitermate belangrijk om te garanderen dat het plan geschikt is voor de levensstijl en de culturele tradities of de gewoonten van het individu. Alle voedingsstoffen spelen een belangrijke rol bij het beheersbaar houden van diabetes. Matiging van voedselopname is gewoonlijk de belangrijkste factor. Schema III geeft een overzicht van het voedingsmanagement voor Diabetes.

De belangrijkste doelen van de therapie zijn 1) het bereiken van metabole controle en 2) het voorkomen of het vertragen van de micro- en macro-vasculaire complicaties van diabetes. De algemene therapie voor diabetes omvat o.a.:

- Voorlichting;
- Voedingstherapie;
- Lichamelijke activiteit en – oefening;
- Controle van de bloedglucose;
- Gedragsverandering en zelfzorg;
- Management van de medicatie (indien vereist).

Doelstellingen van de Voedingstherapie voor Personen met Diabetes

1. Het bereiken en het handhaven van een bijna normaal bloedglucosegehalte:
 - Nuchter – 80-120 mg/dL (4.4-6.7 mmol/l);
 - 2 Hr.pp – 100-180 mg/dL (5.6-10 mmol/l);
 - Bedtijd – 100-140 mg/dL (5.6–7.8 mmol/l);
 - HbA_{1C} – <7%.
2. Het verschaffen van een dieet dat de noodzakelijke voedingsstoffen bevat:
 - Een gestructureerd, individueel dieetadvies ;
 - Regelmatige maaltijden;
 - Tussendoortjes naar gelang die nodig zijn om de piek aan insulineproductie en lichaams oefening in evenwicht te houden;
 - Is afgestemd op de individuele behoeften;
 - Evenwichtige spreiding van calorieën♦;
 - Koolhydraten 50-60%
 - Toegevoegde suikers 10%
 - Eiwitten 15-20%
 - Totaal vet <30%
 - Verzadigd vet <10%
3. Het bereiken en het behouden van een gezond lichaamsgewicht;
4. Het voorkomen en minimaliseren van complicaties;

♦ CFNI Recommended Dietary Allowances for the Caribbean (Aanbevolen Dieet voor het Caribisch Gebied): Rapport van de ‘Committee of the Experts group on Caribbean Food and Nutrition Surveillance Systems’. Herzien in 1993

5. Het verschaffen van de juiste voedingstherapie:
 - Beoordeling van de voeding
 - Het stellen van doelen
 - Voedingsinterventie
 - Controle
 - Evaluatie
6. Het faciliteren van de normale groei en ontwikkeling bij kinderen en adolescenten:
7. Het faciliteren van een gezond verloop van de zwangerschap voor zwangere vrouwen met diabetes;
8. Het integreren van geplande activiteiten;
9. Het handhaven van de gewenste bloedlipiden.

Voedingstherapie voor mensen met type 1 diabetes moet een individueel dieetadvies inhouden op basis van de normale voedselopname gekoppeld aan **lichaamsbeweging** en **het insulinerégime**. Voor degenen met een conventionele insulinetherapie moet men ervoor zorgen dat er consistentie is voor wat betreft de timing en de hoeveelheid voedsel die wordt genuttigd en de tijd en de werking van de gebruikte insuline. De cliënten moeten leren dat zij hun bloedsuikerspiegels moeten controleren en hun insuline indien nodig, moeten aanpassen.

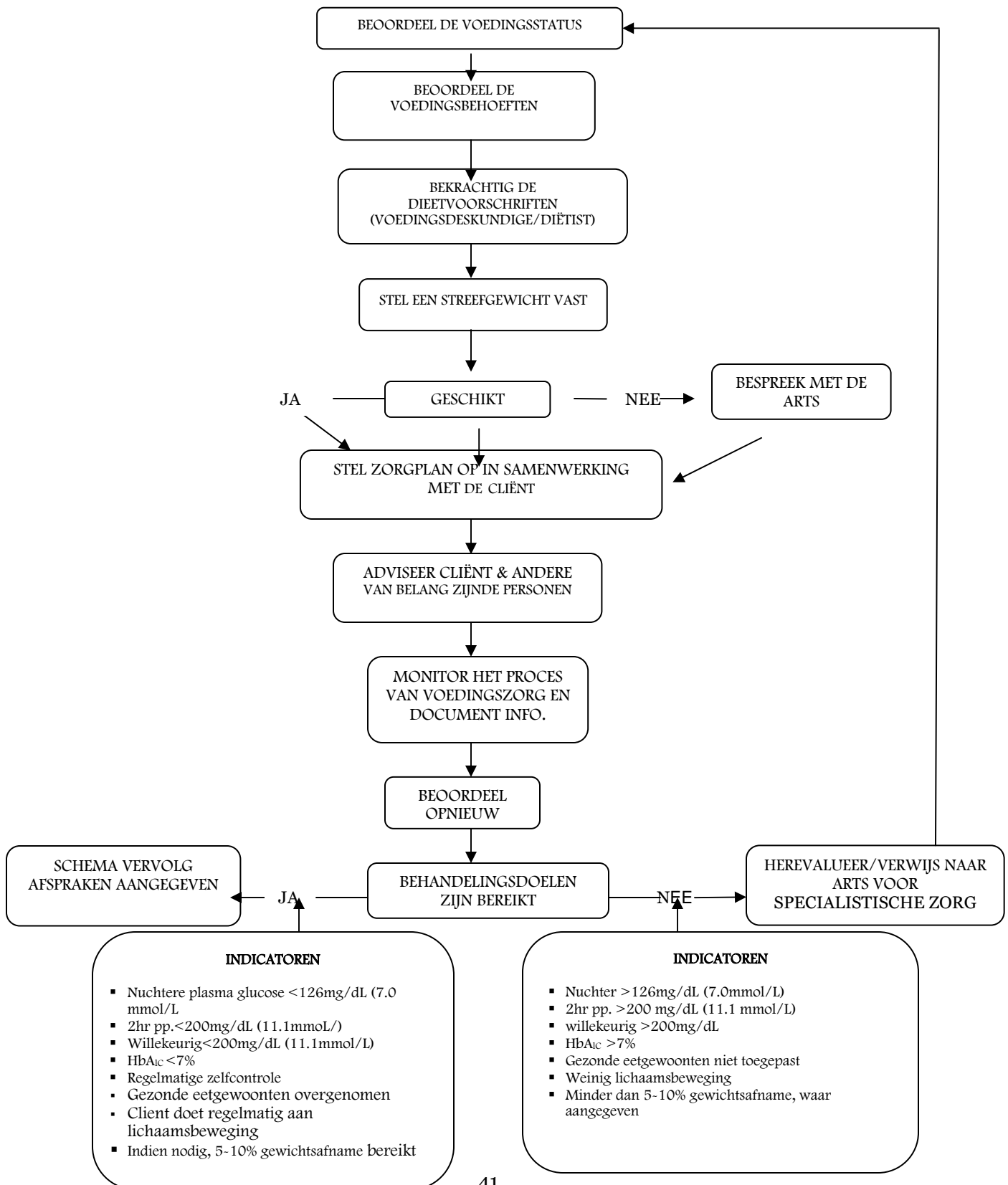
Het doel van de voedingstherapie bij type 2 diabetes is om de glucose, de lipiden en de bloedsuiker onder controle te krijgen. Vele mensen met type 2 diabetes zijn te zwaar, waardoor een dieet om gewicht te verliezen normaliter de bloedglucosecontrole op de korte termijn verbetert. Voor de lange-termijncontrole kunnen er naast afname van het lichaamsgewicht, verschillende strategieën worden geïmplementeerd om een bijna normale controle te bereiken en te handhaven. Voedingsadviezen moeten zijn gebaseerd op een voedzaam dieet, bepaald middels een individuele beoordeling met een verlaging van vetten, vooral verzadigde vetten, en met verhoogde lichamelijke activiteiten.

Aanbevelingen voor Lichamelijke Activiteit

De voordelen van lichamelijke activiteit zijn het grootst in een vroeg stadium van de aandoening. Desalniettemin wordt regelmatige lichamelijke activiteit gestimuleerd bij alle mensen met diabetes. In het algemeen moet men de mensen met diabetes vragen om:

- Een nauwkeurige medische evaluatie te ondergaan alvorens van start te gaan met een inspanningsregime.
- Dagelijks aerobische lichamelijke oefeningen te doen.
- Tijdens en na de oefeningen zorgvuldige aandacht te besteden aan de hydratiestatus.

SCHEMA III: CRUCIAAL STAPPENPLAN VOOR HET VOEDINGSMANAGEMENT VAN DIABETES MELLITUS



Voedingsadviezen Voor Type 2 Diabetes

1. Beoordeel de voedingsanamnese en de lichamelijke activiteit.
2. Bepaal de juiste energiebehoefte op basis van lengte, gewicht, leeftijd, geslacht, lichaamsbeweging.
3. Verdeel de calorieën op de juiste wijze.
4. Rooster de maaltijden op de juiste wijze in, waarbij de tijden waarop de maaltijden genuttigd worden elke dag dezelfde moeten zijn.
5. Zorg voor drie (3) hoofdmaaltijden per dag met waar nodig tussendoortjes om de piekwerking van de insuline en de lichamelijke activiteit in evenwicht te houden.
6. Bevorder de opname van complexe (vezelrijke) koolhydraten zoals koren, bruine rijst, jamsi, groene banaan, cassave en andere aardvruchten.
7. Beperk de opname van enkelvoudige suikers. Ongeveer 5-10% van de totale hoeveelheid calorieën mag worden opgenomen als enkelvoudige suikers.
8. Controleer de opname van zout. Zoutopname dient te worden beperkt tot maximaal 6 g (1 theelepel) per dag. Indien er ook sprake is van hypertensie, zijn er eventueel strengere beperkingen noodzakelijk.
9. Adviseer minder gebakken voedsel en voedsel met een hoog vetgehalte, cholesterol en verzadigde vetten. De totale vetopname moet minder zijn dan 30% van de totale hoeveelheid calorieën.

Additionele Aandachtspunten

A. De obese met diabetes

1. Verricht een voedingsbeoordeling om de voedingsstatus en het dieetvoorschrift te bepalen.
2. Ontwikkel een zorgplan waarin de managementprocedure wordt uiteengezet.
3. Bepaal de BMI en de noodzakelijke afname van het lichaamsgewicht.

4. Stel met inbreng van de cliënt een streefgewicht vast voor de korte - en de lange termijn (zie de procedure voor het bereiken van gewichtsafname en het bepalen van de energiebehoeften in het onderdeel over obesitas).
5. Ontwikkel met inbreng van de cliënt een dieetadvies voor gewichtsafname. De koolhydratencomponent moet over de gehele dag worden verspreid.
6. Begeleid de cliënt en andere van belang zijnde personen.
7. Stel veranderingen voor inzake het gedrag en de levensstijl van de cliënt.
8. Plan regelmatige lichaamsbeweging als onderdeel van het plan op basis van de aanbevelingen van de dokter.
9. Controleer de vorderingen op het punt van:
 - Gewicht;
 - Mate van naleving van het dieet;
 - Begrip en inzicht van de cliënt;
 - Additionele behoeften;
 - Behandelingsdoelen;
 - Bloedsuikerspiegels;
 - Bloedlipiden – cholesterol, triglyceriden;
 - Bloeddruk;
 - Nierfuncties;
10. Leg de zorg vast in de medische dossiers van de cliënt.
11. Plan vervolgafspraken zoals aangegeven.
12. Verwijs indien nodig naar additionele of gespecialiseerde zorg.
13. Indien er na drie maandelijke consulten nog geen verbetering optreedt in het bloedglucosegehalte, kunnen er hypoglycaemische medicamenten (OAD) worden voorgeschreven.

B. Diabetes bij reeds bestaande zwangerschap

Er zal enige herevaluatie moeten worden verricht en enkele wijzigingen moeten worden aangebracht in het management van cliënten met diabetes die zwanger raken. Het doel van het dieet is de juiste gewichtstoename te bewerkstelligen of controlemaatregelen aangepast aan de leeftijd, waardoor de zwangerschap goed verloopt. Normaliter wordt een totale gewichtstoename van ongeveer 11.8 kg aanbevolen. Er moet sprake zijn van een toename van ongeveer 0,9–1,8 kg tijdens de eerste drie maanden en daarna niet meer dan 1 kg per twee weken. Het is belangrijk om de bloedglucosespiegels, de urineketonen, de eetlust en het gewicht te controleren en gedurende de hele zwangerschap het dieetadvies zodanig aan te passen, dat de gewenste resultaten bereikt worden.

C. Zwangerschapsdiabetes

Zwangerschapsdiabetes is een type diabetes dat voorkomt bij vrouwen die voor zover men weet, niet eerder diabetes hadden. Zwangerschapsdiabetes neemt normaliter af tijdens de eerste periode na de bevalling, maar kan zich weer voordoen bij volgende zwangerschappen. Vrouwen die zwangerschapsdiabetes hebben gehad, lopen een groter risico om later in hun leven type 2 diabetes te ontwikkelen. Factoren die betrekking hebben op diabetes tijdens zwangerschap, zijn ook van toepassing op zwangerschapsdiabetes.

Richtlijnen Voor Het Zelfmanagement

Het onder controle houden van diabetes berust voornamelijk bij het individu en in hoeverre zij/hij in staat is de uitdagingen om te leven met diabetes aan te kunnen. Een belangrijk instrument in dezen is voorlichting. Cliënten die begrijpen wat zij moeten doen en waarom ze dat moeten doen zijn eerder gemotiveerd om te participeren bij het bereiken en het handhaven van goede gezondheidsresultaten. De volgende richtlijnen zijn nuttig om de cliënt te helpen bij zijn/haar zelfmanagement:

1. Zorg ervoor dat de cliënt begrijpt wat diabetes is, welke types er zijn en wat de symptomen zijn, alsook de oorzaken en het management van:
 - a) hypoglycaemie
 - b) hyperglycaemie
 - c) ketoacidosis
2. Bespreek de rol van het dieet, de medicatie en de lichamelijke activiteit bij het onder controle houden van diabetes.

3. Benadruk de rol van de monitoring van de bloedglucose en het gebruik van de resultaten.
4. Leg uit onder welke condities lichamelijke oefening af te raden is.
5. Train de cliënten om complicaties te ontdekken en te behandelen.
6. Bespreek hoe en waar ze toegang kunnen hebben tot informatie en tot de bronpersonen binnen de gemeenschap.
7. Leer hen de informatie over voedingsstoffen op etiketten te lezen en de ingrediënten te herkennen die suiker of koolhydraten bevatten.
8. Leg hen uit hoe met het dieet om te springen onder bepaalde omstandigheden, zoals op reis, tijdens feestjes, bij het buitenshuis eten en tijdens ziekte.
9. Illustreer het gebruik van voedsel en voedselgroepen en hun gebruik bij het formuleren van dieetadviezen .
10. Leg het belang van zelfzorg uit om optimale resultaten te kunnen behalen.

HOOFDSTUK IV

Het Voedingsmanagement Van Hypertensie

Blanco pagina

Hypertensie

Hypertensie is een groot gezondheidsprobleem dat voorkomt bij een hoog percentage van de volwassen bevolking in de meeste Caribische landen. Het risico van hart- en vaatcomplicaties en orgaanbeschadiging bij personen met een hoge bloeddruk wordt verhoogd wanneer andere risicofactoren zoals roken, obesitas, verhoogd cholesterolgehalte en diabetes ook aanwezig zijn. Indien hypertensie onbehandeld blijft, kan dit leiden tot een aantal problemen, zoals een beroerte, congestieve hartfalen, nieraandoeningen en myocardinfarcten.

HET STELLEN VAN DE DIAGNOSE

De diagnose moet worden gesteld door een dokter, een medisch expert of een ervaren verpleegkundige.

1. Indien de eerste systolische waarde (bovendruk) tussen 120 en 139 is en/of de diastolische waarde (onderdruk) 80-89 mmHg, en er geen sprake is van eind-orgaanschade (zie Bijlage XII, Tabel 3), zijn herhaalde BP-metingen gedurende zes maanden noodzakelijk. In dit geval is de diagnose **pre-hypertensie**.
2. Indien de eerste diastolische waarde tussen 90-100 mmHg is en er is geen bewijs van eind-orgaanschade, zijn herhaalde BP-metingen gedurende drie maanden noodzakelijk. De diagnose van hoge bloeddruk in deze groep wordt gesteld door een aanhoudende systolische waarde van ≥ 140 mmHg of een diastolische waarde van ≥ 90 mmHg (**Stadium 1**).
3. Indien de eerste BP-metingen $\geq 160/100$ mmHg zijn (**Stadium 2**) en er is geen bewijs eind-orgaanschade, dienen de BP-metingen nog tenminste eenmaal binnen een maand te worden herhaald. Een diagnose van hypertensie wordt gesteld indien de BP steeds $\geq 140/90$ mmHg is.
4. Indien de eerste metingen $\geq 180/110$ mmHg zijn (**Stadium 3**) en er is geen bewijs van eind-orgaanschade, dient de patiënt binnen een week opnieuw onderzocht te worden. In sommige gevallen moet er een aanvang met therapie worden gemaakt indien de risicobeoordeling dit rechtvaardigt. (Zie Bijlage XII, Tabel 3).
5. Labiele hypertensie zal een fluctuatie tonen van de BP van normaal tot Stadium 1 of hogere hypertensiewaarden. Patiënten met deze vorm van hypertensie dienen regelmatig gecontroleerd te worden. Indien de diastolische waarden boven 90 mmHg aanhouden, is dit normaliter een aanwijzing van gevestigde hypertensie.
6. De diagnose kan worden gesteld op basis van een enkele diastolische druk van >100 mmHg, **indien er bewijs is van orgaanweefselbeschadiging**. De patiënt dient te worden geclassificeerd als hypertensief met specifieke orgaanweefselziekte; het

risiconiveau dient te worden beoordeeld (zie Bijlage XII, Tabel 3) en er dient een aanvang met de behandeling te worden gemaakt.

7. De diagnose voor geïsoleerde systolische hypertensie wordt gesteld bij een gemiddelde van vier metingen van ≥ 140 mmHg bij twee gelegenheden, met een diastolische BP van <90 mmHg (JNC 7 criteria). Geïsoleerde systole dient met tussenpozen nauwkeurig te worden gerevalueerd.
8. "Witte-jassenhypertensie" kan zich voordoen bij patiënten wiens BP alleen hoog is bij de dokter, maar verder niet. Een witte-jasseneffect kan de BP in een patiënt met hypertensie verder verhogen.
9. Een ambulante 24-uursbloeddrukmeting is aanbevolen (ABPM) voor de evaluatie van Witte-jassenhypertensie of het Witte-jasseneffect of voor de evaluatie van patiënten met resistente hypertensie, d.w.z. hypertensie die niet onder controle kan worden gebracht door drievoudige therapie.

DE BEHANDELING

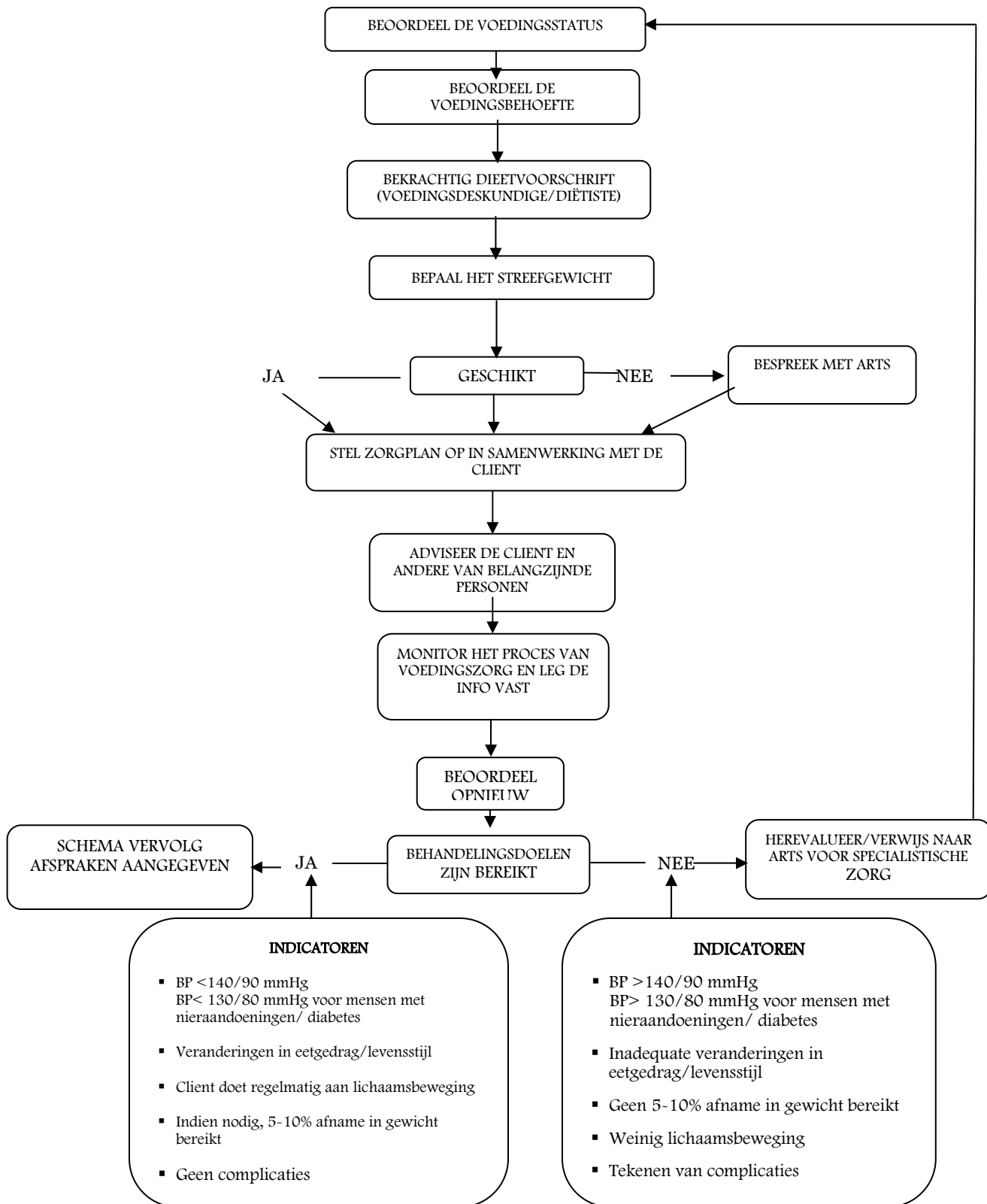
Het is van belang om hypertensie op effectieve wijze aan te pakken om zodoende maximale verlaging van de totale gezondheidsrisico's op ziekte en sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten, cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit te bewerkstelligen. Alle risicofactoren en co-morbide condities moeten worden geïdentificeerd en behandeld. Deze zijn o.a. roken, overgewicht, hypercholesterolaemie, diabetes en andere klinische condities.

Een allesomvattende voedingsbeoordeling en een evaluatie van historische en laboratoriumgegevens zullen een goede indicatie zijn van de behoefte aan voedingsinterventie. Laboratoriumgegevens dienen o.a. in te houden het bepalen van het haemoglobinegehalte, serumnatrium, kalium, kreatinine, nuchtere bloedglucose en lipidenprofiel. Urineonderzoek dient microscopie en analyse voor bloed en eiwitten te omvatten.

Tenzij de hypertensie alarmerend is, dienen er in eerste instantie veranderingen in de levensstijl te worden aangebracht die de hoeksteen vormen van behandeling van hoge bloeddruk in alle stadia. Deze zijn o.a. gewichtsafname bij te zware of obese mensen, regelmatige lichaamsbeweging, vermindering van het zoutgehalte in het eten en verminderde consumptie van cafeïne en alcohol. Indien deze veranderingen niet leiden tot het bereiken van de behandelingsdoelen of indien er tekenen zijn van orgaanweefselbeschadiging, dient er medicatie te worden toegevoegd aan het behandelingsregime.

Hypertensie is zowel een oorzaak als een gevolg van nieraandoeningen. Bij hypertensiepatiënten met type 1 of type 2 diabetes die micro-albuminurie hebben of klinische albuminurie, moet behandeling worden ingezet om de progressie van albuminurie naar bewezen nefropathie te vertragen. Zulke personen dienen te worden verwezen naar medische specialisten en voedingsdeskundigen.

SCHEMA IV: CRUCIAAL STAPPENPLAN VOOR HET VOEDINGSMANAGEMENT VAN HYPERTENSIE



Doelstellingen

1. Het brengen van de bloeddruk op een veilig niveau om schade aan de ‘target’ organen te voorkomen, bijv. het hart, de nieren, de hersenen, waardoor de kans op congestieve hartfalen, nieraandoeningen en beroertes wordt verminderd.
2. Afname in gewicht bij de cliënt die te zwaar of obees is.
3. Verminder overmatig opname van natrium, alcohol en cafeïne.
4. Verhoog de opname van kalium en calcium.
5. Geef de cliënt voorlichting inzake de rol van voeding bij het voorkómen en onder controle houden van hypertensie.
6. Adviseer een dieet dat alle noodzakelijke voedingsstoffen bevat, waarbij de voedselopname in evenwicht is met de lichamelijke activiteiten om zodoende optimale resultaten te behalen.
7. Pak de aanwezige risicofactoren aan, zoals het roken van sigaretten.

Stappen Inzake Het Voedingsmanagement Van Mensen Met Hypertensie

1. Stel met inbreng van de cliënt de behandelingsdoelen vast;
2. Stel een voedingsplan op;
3. Geef de benodigde zorg;
4. Evalueer de zorg;
5. Corrigeer indien nodig het voedingsplan;
6. Beoordeel de voedingsstatus opnieuw;
7. Geef de noodzakelijke nazorg;
8. Leg informatie vast in de medische dossiers.

Aanbevelingen Voor Behandeling

1. Verricht een grondige evaluatie van de klinische geschiedenis en het lichamelijk onderzoek om de factoren die eventueel van invloed kunnen zijn op het bloeddrukgehalte te identificeren.
2. Stel de ernst van de hypertensie vast en de specifieke interventiebehoeften van de patiënten, bijv. verminderde opname van natrium, gewichtsafname, verhoogde opname van kalium, noodzaak om bloedlipiden te verminderen.
3. Bepaal de energie-/voedingsbehoeften om, indien nodig, gewichtsafname mogelijk te maken (**zie het hoofdstuk over Obesitas**).
4. Controleer de bloeddruk, evenals het programma over het gewichtsmanagement en de laboratoriumwaarden.
5. Verschaf een dieet dat uitgebalanceerd is qua voedingsstoffen met een verscheidenheid aan voedingsmiddelen uit alle voedselgroepen om te voldoen aan het individueel dieetvoorschrift.
6. Monitor de opname van natrium. Voor alle cliënten op diureticum, is een dieet dat 2g natrium per dag bevat voldoende. Een normaal dieet van 2-4 g natrium per dag is normaliter een praktische richtlijn, maar moet nauwkeurig gecontroleerd worden om te voldoen aan de individuele behoeften van de cliënt.
7. Beperk de consumptie van cafeïne en alcoholische dranken. Cafeïnevrije dranken kunnen dranken met cafeïne vervangen.
8. Verander het gedrag, zodat gezonde levensstijlgewoonten worden toegepast.
9. Incorporeer een programma voor regelmatige lichaamsbeweging met goedkeuring van de dokter.

Richtlijnen Voor Het Zelfmanagement

1. Bespreek hypertensie, haar oorzaken, de risicofactoren en de complicaties.
2. Leg de rol van goede voeding uit binnen de context van de bestrijding van hypertensie.
3. Leer de mensen om de etiketten op de verpakking van voedingswaren te lezen. Dit zal voorkomen dat zij overmatig natrium in het dieet gebruiken.
4. Stimuleer de cliënten om in plaats van zout smaakmakers zoals kruiden en specerijen te gebruiken. Adviseer hen om het eten eerst te proeven alvorens zout toe te voegen en te vermijden om zout toe te voegen, nadat het eten gekookt is.
5. Leg de rol van voedselopname en lichaamsbeweging uit in het bereiken van gewichtsafname en het verlagen van de bloeddruk.
6. Bespreek de bronnen van cafeïne, zoals koffie, coladrinkjes, thee en chocola.
7. Let uit dat het tijd in beslag neemt om de resultaten van voedingsinterventie te zien, zodat de patiënten geduldiger zullen moeten zijn en niet meteen resultaten moeten verwachten.
8. Bespreek de mogelijke effecten van natrium op de bloeddruk.
9. Bespreek de rol van zelfcontrole, waarbij de informatie wordt vastgelegd en gebruikt om het management van hypertensie te verbeteren.

BIJLAGEN

Blanco pagina

BIJLAGE I

BEOORDELING VAN DE VOEDINGSSTATUS

PERSOONLIJKE GEGEVENS

NAAM: _____ GEBOORTEDATUM _____ LEEFTIJD: _____ GESLACHT: _____
DATUM: _____ GEZONDHEIDSCENTRUM: _____ DOSSIER No: _____
Burgerlijke staat: ONG [] GEH [] WED [] GESCH [] CONC [] Godsdienst: _____

DIAGNOSE: _____
GEWIJZIGD DIEET: Nee [] Ja []
DIEETADVIES _____
LENGTE: _____ cm HUIDIG GEWICHT: _____ kg NORMAAL GEWICHT _____ kg
GEWENST GEWICHT _____ kg % IBW: _____ BMI: _____
Middelomtrek _____
RECENTE GEWICHTSVERANDERING? Nee [] Ja [] Met hoeveel kg _____ Termijn _____
Was de gewichtsafname gepland? Nee [] Ja []

SOCIALE GESCHIEDENIS

BEROEP: _____
EDUCATIE: lager [] middelbaar [] hoger beroeps/universitair []
VERMOGEN TOT LEZEN EN SCHRIJVEN: Goed [] redelijk [] zwak []
Opmerkingen: _____
LEVENSSTIJL: Werkuren: _____ Slaap/rusturen _____
Roken: _____ Alcoholgebruik: _____
Activiteiten: _____
Vrijtjidsactiviteiten: _____

HUISVESTING: Woont alleen [] Woont met gezin/familie [] Eengezinswoning [] Kamer [] Appartement []
Aantal in de huishouding: Volwassenen: _____ Kinderen: _____ Zuigelingen/peuters _____

VOEDINGSGESCHIEDENIS

VOEDSELBRON: Inkopen Tuin Donaties Verkregen door: eigen inbreng Anderen

Bedrag besteed aan eten: (ongeveer/gemiddeld):SRD _____ wekelijks/maandelijks
Wie doet de inkopen? _____

KOOKFACILITEITEN: _____

Wie kookt het meest? _____ Aantal personen in de huishouding? _____

Worden de maaltijden alleen met het gezin met vrienden genuttigd?

VOEDSELOPSLAGFACILITEITE _____

VORIGE DIETEN: (1) _____

Huismiddel Zonder recept Eigen recept Doktersrecept Duur _____
Resultaat: _____

(2) _____

Huismiddel zonder recept Doktersrecept Duur: _____

AANTAL MAALTIJDEN PER DAG: _____ Waar: _____

VOEDSEL WAAR CLIENT NIET VAN HOUDT: _____

VOEDSELINTOLERANTIE/ALLERGIEEN: _____

MAALTIJDEN DIE THUIS WORDEN GENUTTIGD: _____

MAALTIJDEN DIE BUITENSHUIS WORDEN GENUTTIGD: _____

EETLUST: Goed Redelijk Slecht

SUPPLEMENTEN/TONICUMS (soort en frequentie): _____

RECENTE ZIEKTEN: _____

LAXEERMIDDELEN (soort en frequentie): _____

STOELGANG-PATROON: _____ CONSISTENTIE: _____

VLOEISTOFOPNAME: _____

CONDITIE VAN HET GEBIT: _____

GEZICHTSVERMOGEN: _____

Laboratoriumgegevens: (dienen uit de medische files te worden gehaald)

Bloedglucose BUN Cholesterol TG Calcium Natrium
Kalium Totale Proteïne Albumine Hct

Evaluatie/Plan: _____

Geïnterviewd door: _____ Titel: _____ Datum: _____

Beoordeeld door: _____ Titel: _____ Datum: _____

BIJLAGE II

HET AFNEMEN VAN EEN VOEDINGSANAMNESE

Het verkrijgen van een nauwkeurige voedingsanamnese is een belangrijk onderdeel van het beoordelingsproces en maakt deel uit van de algemene voedingsgeschiedenis. De voedingsanamnese verschaft waardevolle informatie over het vroegere en het huidige eetgedrag van de cliënt.

Voeding – Wat de persoon normaliter eet of drinkt. De gezondheidswerker moet kundig zijn bij het verzamelen van gegevens, aangezien de cliënten vaak belangrijke informatie verzwijgen. Ze vertellen wat ze eten, maar niet wat ze allemaal drinken. Dranken kunnen namelijk een belangrijke bron van calorieën en voedingsstoffen zijn.

Anamnese – Het opslaan, analyseren, vergelijken en uitleggen van gebeurtenissen uit het verleden.

- Hoeveel maaltijden de persoon nuttigt;
- De voedselgroepen die daarbij vertegenwoordigd zijn;
- De hoeveelheid die genuttigd wordt;
- De methoden om maaltijden klaar te maken;
- De snacks die gegeten worden;
- De sociale en de familiegeschiedenis.

Het opnemen van gegevens t.b.v. een voedingsanamnese houdt in dat de cliënt geïnterviewd wordt. Het interview heeft twee doelen:

- Het helpt een relatie opbouwen tussen de cliënt en de gezondheidswerker, zodat de cliënt zijn/haar gevoelens eerlijk kan uitdrukken, zonder vrees veroordeeld te worden.
- Het genereert informatie die nodig is om een realistisch dieetadvies te ontwikkelen.

De componenten van de voedingsanamnese zijn:

- Het verzamelen van gegevens
- Het vastleggen van gegevens
- Het analyseren van gegevens
- Het integreren van de informatie om het profiel van de cliënt te ontwikkelen

Het voorbereiden van het interview:

- Verkrijg een cliëntenprofiel door de medische dossiers te bestuderen
- Plan het interview
- Vind een locatie die bevorderlijk is voor discretie, concentratie, zorg en comfort. Ingeval de cliënt het gevoel heeft dat de vertrouwelijkheid in gevaar wordt gebracht, zal hij/zij minder geneigd zijn de waarheid te vertellen.
- Vermijd zaken die de cliënt kunnen afleiden.
- Zowel de interviewer als de cliënt dienen zich op hun gemak te voelen.

Het zou ideaal zijn indien de interviewer tegenover de cliënt zit, zodat oogcontact kan worden onderhouden.

De interviewer moet een attente uitstraling hebben en dient te vermijden dat hij/zij reageert op de informatie die door de cliënt wordt verstrekt. Zowel verbale als non-verbale communicatie kan de reactie van de cliënt beïnvloeden.

VAARDIGHEDEN BIJ HET INTERVIEWEN

Deskundigen op het gebied van communicatie en counseling hebben verschillende methoden om interviews af te nemen, ontwikkeld en getest:

Verbale vaardigheden

Deze omvatten aandachtig **luisteren** en **het delen van ervaringen**

- Luisteren stelt de cliënt gerust dat hij/zij wordt gehoord. Luisterreacties omvatten oriëntatie, vragen om verduidelijking en benadrukking. Aftastende reacties zijn passief en worden beschouwd als het delen van informatie, terwijl benadrukking en vragen om verduidelijking de cliënt het gevoel geven dat hij/zij wordt gehoord en begrepen.
- Het delen van de informatie stelt de counsellor in staat zijn/haar gedachten en gevoelens te delen met de cliënten.

Non-verbale vaardigheden

- Oogcontact zonder te praten
- Een zachte aanraking

Stilte van de zijde van de zorgverlener kan de cliënt de tijd geven om zijn/haar gedachten op een rijtje te zetten. Zorg ervoor dat u het terrein van de cliënt niet binnendringt. Een zachte aanraking brengt een aanmoediging over.

Zaken die een vlotte communicatie in de weg staan

- Opdrachten geven in plaats van bespreken
- Moraliseren
- De les lezen
- Veroordelen of belachelijk maken

Het op gang brengen van het interview

- Introduceer uzelf
- Informeer de cliënt over het doel en de voordelen van het interview
- Start met het interview – gebruik open vragen die de cliënt de gelegenheid geven om zichzelf zonder vooroordelen te presenteren.

Het afsluiten van het Interview

Tegen het einde van het interview dient u de cliënt te informeren hoeveel tijd er nog over is voor de sessie en u vraagt hem/haar of er nog additionele informatie is. Nu mogen er wel gerichte vragen worden gesteld om de ontbrekende informatie te verkrijgen. Maak plannen voor een vervolgesprek.

METHODEN OM EEN VOEDINGSANAMNESE TE VERKRIJGEN

1. Wat hij/zij zich kan herinneren de afgelopen 24 uur te hebben gegeten en gedronken ('24 hour recall')

Verschaft informatie over de voedselopname gedurende de afgelopen 24 uren.

Voordelen

- Het is een snelle en gemakkelijke methode;
- De cliënt hoeft niet goed te kunnen lezen en schrijven;
- Er vindt geen beïnvloeding plaats van het normale eetpatroon van de cliënt .

Beperkingen

- De cliënt vertelt misschien niet de waarheid;
- De cliënt moet zich wel goed weten te herinneren wat te hebben gegeten en gedronken (hangt af van zijn/haar geheugen);
- De aangehaalde 24 uur geeft misschien niet het beeld van de normale opname;
- Deze methode vereist een ervaren interviewer.

2. Typische of gebruikelijke opname

Voordelen

- Betere weergave van de gebruikelijk opname dan de snelle en gemakkelijke methode van wat de cliënt zich over de afgelopen 24 uur kan herinneren.

Beperkingen

- Vereist van de cliënt dat die zich het gebruikelijke patroon kan herinneren (hangt af van zijn/haar geheugen); vereist een ervaren interviewer.

3. Voedselfrequentie

Een lijst van voedingmiddelen of voedselgroepen vanwaaruit de cliënt de frequentie kiest waarmee dat voedsel wordt genuttigd.

Voordelen

- Gemakkelijk te standaardiseren;
- Nuttig wanneer deze gebruikt wordt samen met de ‘24 hour recall’;
- Verschaft een beeld van de voedselconsumptie over een periode van tijd met een algemeen beeld van de belangrijkste voedingsstoffen;
- Beïnvloed het normale dieet niet.

Beperkingen

- Lees- en schrijfvaardigheden vereist tenzij de cliënt wordt geïnterviewd;
- Verschaft geen specifieke informatie over de hoeveelheden die geconsumeerd worden of het maaltijdenpatroon;
- De voedingsmiddelenlijst bevat misschien niet alle voedingsmiddelen die de cliënt nuttigt;
- Er is eventueel kennis van de grootte van porties vereist.

4. Voedselfile/Voedingsdagboeken

Verschaft verslagen van 3 tot 7 dagen over de daadwerkelijke voedselopname.

Voordelen

- Elimineert vergissingen van de 24-uur ‘recall’ (men hoeft geen beroep te doen op het geheugen);
- Een verslag van het soort en de hoeveelheid voedsel dat gegeten wordt en de tijd waarop.

Beperkingen

- Lees- en schrijfvaardigheden zijn vereist;
- Vereist van de cliënt dat die kennis heeft van de grootte van porties;
- Voedselopname kan worden beïnvloed en verandert daardoor tijdens de periode van de verslaglegging;
- Vereist een verslag-periode van minstens 3 dagen (waarbij één dag in het weekend moet worden meegenomen).

5. Aanvullende gegevens

Het betreft in dezen de gegevens over de algemene gezondheid en eetgewoonten van een individu. Deze omvatten:

- Woonomstandigheden;
- Mogelijkheden om voedsel te kopen;
- Dieetadvisering en bereiding;
- Gebruikelijk maaltijdenpatroon;
- Gebruik van tussendoortjes
- Plaats waar de maaltijden worden genuttigd;
- Waar hij/zij niet van houdt;
- Allergieën;
- Voormalige eetrestricties;
- Gebruik van vitamines, kruiden, voedings- en/of minerale supplementen;
- Voedsel dat men niet lust of opeens niet meer lekker vindt;
- Het gebruik van medicijnen zonder recept;
- Gewichtsveranderingen;
- Dieetinformatie (dieetgeschiedenis);
- Stoelganggewoonten;
- Mate van lichamelijke oefening en lichamelijke activiteit.

BIJLAGE III

DE ZES CARIBISCHE VOEDSELGROEPEN

1. ZETMEELRIJKE VOEDINGSMIDDELEN	2. DIERLIJKE VOEDINGSMIDDELEN	3. PEULVRUCHTEN
Brood Cassavebrood Beschuit Noedels Maïsmeel Ontbijtgranen Broodvrucht Zoete patate Aardappel Groene banaan Jams en napi Rijst Pasta	Kip Ham Lever Vis Garnalen Kaas Geitevlees Rundvlees Varkensvlees Eieren Melk Yoghurt	Amandelen Gedroogde erwten en bonen Groene erwten Witte bonen in tomatensaus Pinda Sojavlees
4. GROENTE	5. VRUCHTEN	6. VETTEN & SUBSTITUTEN
Kool Komkommer Sla Oker Tomaat Wortel Pompoen Uien Kouseband	Grapefruit Sinasappel Bacove Gujave Manja Papaja Watermeloen Appel Perzik	Margarine Advocaat Akee (Jamaicaans) Pinda Olijf Boter Olie Slasaus Varkensvet Bakvet Kokosnoot

BIJLAGE IV

HET VERVANGINGSSYSTEEM

De basisgedachte achter het vervangingsstelsel is dat voedingsmiddelen tezamen worden gegroepeerd met andere voedingsmiddelen met dezelfde voedingsstoffsamenstelling, zodat van elke lijst voedingsmiddelen onderling geruild kunnen.. Binnen elke voedsellijst is een vervanging in de beschreven verstrekkingseenheid (maat of standaardportie of standaardhoeveelheid) ongeveer gelijk aan een andere in termen van calorieën, koolhydraten, eiwitten of vet.

De vervangingslijst dient te worden gebruikt in overleg met een voedingsdeskundige, die het behandelingsplan op het individu afstemt na de voedings- en gezondheidsgeschiedenis te hebben geëvalueerd en de juiste vereiste hoeveelheid calorieën en koolhydraten berekent.

De lijst in deze bijlage is onderverdeeld in:

1. **De groep van koolhydraten:** deze omvat zetmeelrijke voedingsmiddelen, groente en fruit. Voedingsmiddelen van deze lijst kunnen onderling worden verwisseld in het dieetadvies, aangezien elke groep ruwweg dezelfde hoeveelheden calorieën en koolhydraten bevat.
2. **De groep van vlees en vleesvervangers:** deze omvat de eiwitbronnen van peulvruchten en noten alsook dierlijke voedingsmiddelen.
3. **De groep van vetten:** deze omvat de bekende vetbronnen en is onderverdeeld in een lijst van onverzadigde en verzadigde vetten.

ZETMEELRIJKE VOEDINGSMIDDELEN	MAAT/VERVANGING
Brood, rijst, en substituten voor granen	
Brood/toast, van de winkel, gesneden	½ sneetje (10 cm x 10 cm x 2 cm)
Brood/toast/ van de winkel, gesneden	1 sneetje (10 cm x 8½ cm x 1 cm)
Brood/toast, zelf gemaakt	1 dun sneetje
Brood, hard deeg	1 dun sneetje
Kadetje	½ grote

ZETMEELRIJKE VOEDINGSMIDDELEN	MAAT/VERVANGING
Brood, rijst, en substituten voor granen	
Cassavebrood	¼ klein (15 cm diameter, 1½ cm dik)
Hamburgerbroodje	½ medium
Hotdogbroodje	1 kleine
Biscuits, klein, rond, watertype	Maximaal 6 (3 cm diameter)
Beschuitjes, creamcracker-type	Maximaal 3 (5 cm diameter of in het vierkant)
Beschuitjes, saltines	Maximaal 6 (5 cm ²)
Roti, sadha-type	¼ (20½ cm diameter) gemaakt van 1 “cup” (Am. inhoudsmaat) meel
Roti, Dhalpuri (heel dun)	¼ (23 cm diameter) gemaakt van 1 “cup” meel
Ryvita/Vita Wheat	2-2½ beschuitjes
Bake/Johnny Cake (alleen gebakken)	¼ bake (gemaakt van 1 “cup” meel) 1 kleine (rond)
Rijst, gekookt	½ “cup”
Rijst en erwten, gekookt	½ “cup”
Noedels, gekookt	½ “cup”
Macaroni, gekookt	½ “cup”
Spaghetti, gekookt	½ “cup”
Korenmeelpap, medium dikte	½ “cup” (gekookt met water)
Havermoutpap medium dikte	½ “cup” (gekookt met water)
Tarwemeelpap, medium dikte	½ “cup” (gekookt met water)
Pijlwortelmeel, medium dikte	½ “cup” (gekookt met water)
Sago (foengoepalm of kranspalm), medium dikte	½ “cup” (gekookt met water)
Pijlwortelmeel/korenmeel/maïzena	2 eetlepels
Meel (droog, ongekookt): tarwe/banaan/jams, etc.	2 eetlepels

ZETMEELRIJKE VOEDINGSMIDDELEN	MAAT/VERVANGING
Brood, rijst, en substituten voor granen	
Meelballetjes gemaakt van 2 eetlepels meel/maïsmeel	Maximaal 1
koren (15 cm lang)	Maximaal ½
Koren in blik, hele korrels	Maximaal ½
Cornflakes	¾ “cup”
Weetabix	Maximaal 1
Bran (zemelen) granen zoals Bran Buds, All Bran	1/3 “cup”
Zetmeelrijke vruchten, wortelsoorten en knollen	
Broodvrucht	2 stukken (5 cm x 2½ cm) of 60 g
Cassave	1 stuk (5 cm x 3 ½ cm) of 60 g
Grote Chinese tajer	1 stukje (5 cm x 6½ cm x 1½ cm) of 60 g
Kleine Chinese tajer	1 medium of 60 g
Groene banaan/groene bacove	1 medium
Aardappel, gekookt of gebakken	1 medium of 90 g
Aardappel, puree	½ “cup”
Awara	2 medium
Banaan (rijp)	1 stuk (5 cm)
Zoete patate	1 stuk (5 cm x 6½ cm x 1½ cm) of 60 g
Pomtajer, tajersoorten	1 kleine of 60 g
Waterkastanje (Trapa natans)	6
Jams, napi	1 stuk (5 cm x 6½ cm x 1½ cm) of 60 g

PEULVRUCHTEN/NOTEN	MAAT/VERVANGING
Amandelen (niet gepeld)	10
Channa/kikkererwten	¼ “cup”
Kastanje	2-3 zaden
Dahl, medium dikte	½ “cup”
Gedroogde erwten en bonen (1 eetlepel droog) gekookt	¼ “cup”
Groene erwten, in blik	½ “cup”
Kapucijners	¼ “cup”
Gestoofde erwten	¼ “cup”
Witte bonen (in blik zonder melasse en varkensvlees)	2 eetlepels
Pinda's (gezouten of ongezouten, geroosterd of niet gedopt)	16
Cashewnoten (gezouten of ongezouten, geroosterd of niet gedopt)	7

DONKERGROENE BLADGROENTEN, GELE EN ANDERE ZETMEELRIJKE GROENTE	MAAT/VERVANGING
Groene bladgroenten en andere calorie-arme groente	
Klaroen (bitawiri, gomawiri) Bamboescheuten Kool Tajerblad Sopropo Bloemkool Selderij Bieslook/ groene kruiden Kajot Tuinkers Komkommer Kale Sla Boulanger/Aubergine Postelein Oker Pakchoi (Chinese kool) Papaja, groen Spinazie Soekwa / Poe (komkommersoort) Tomaten	Groentesoorten zoals die vermeld zijn op deze lijst kunnen, indien gewenst, rauw worden gebruikt aangezien ze niet veel energie bevatten. Indien gekookt, gebruik dan niet meer dan 1 “cup”. U kunt deze groentesoorten bij elke maaltijd gebruiken naast de ander groente die u mag eten.
Gele en andere groente	
Rode bieten	1/2 “cup”
Snijbonen	3/4 “cup”
Wortelen	1/2 “cup”
Tjap Soi (Chinese groenten)	1/2 “cup”
Gemengde groente, in blik	1/2 “cup”
Uien	1 medium of 2 kleine of 1/2 “cup”
Pompoen	1/2 “cup”
Kouseband	3/4 “cup”
Raap (knollen)	1/2 “cup”

VRUCHTEN	MAAT/VERVANGING
Citrusvruchten en sappen	
Grapefruit	½ (9 cm diameter)
Grapefruitsap, vers	½ “cup”
Grapefruitsap, in blik, zonder suiker	½ “cup”
Sinasappel	1 kleine (5 cm diameter), 1 medium; ½ grote
Sinasappelsap, in blik, zonder suiker	½ “cup”
Mandarijn	1 medium
Andere verse vruchten	
Banaan, rijp	½ medium (15 cm banaan) of 1 klein
Kasjoe, vrucht	1 grote
Kersen (West-Indische)	20
Kokoswater	¾ “cup”
Babydruif	12
Bananebacove	1 kleine
Appelbacove (kleine)	Maximaal 1
Pikin-mis finga (kleine)	2
Gujave	1 medium
Akee*/Knippa	10
Mammie-appel	½ “cup”
Manja, rijp	1 kleine
Papaja	½ “cup” in blokjes of ½ klein (solo)
Ananas, vers	1 stukje (1½ - 2 cm) dik
Ananas, sap, zonder suiker	1/3 “cup”
Ananas en sinasappelsap, gemengd, zonder suiker	1/3 “cup”
Pruimen	10 kleine of 6 medium

VRUCHTEN	MAAT/VERVANGING
Andere verse vruchten	
Pommedeciterre	1 medium (7½ cm x 5 cm)
Granaatappel	1 kleine
Pommerak	1 medium
Sapotille	1 medium
Zuurzak, vruchtvlies	½ - ¾ “cup”
Zuurzak, sap (zonder suiker)	1/3 “cup”
Sterappel	1 medium/klein
Kaneelappel	1 kleine
Watermeloen	1 “cup” in blokjes
Geïmporteerde verse vruchten	
Appels	½ medium of 1 kleine
Druiven	14 stuks, medium
Peren	1 kleine
Vruchten in blik	
Abrikoos	2 helften
Vruchtencocktail	1/3 “cup”
Grapefruitmoten	5
Peren	2 helften
Perziken	2 helften
Ananas	1 ring of 1/3 “cup” stukken
Gedroogde vruchten	
Dadels	Maximaal 2
Vijgen, gedroogd	Maximaal 1
Pruimen	Maximaal 2 stuks, medium
Rozijnen, krenten	1½ eetlepel

DIERLIJKE VOEDINGSMIDDELEN	MAAT/VERVANGING
Magere vleessoorten en kippevlees waarvan het vel is afgehaald	
Kippevlees	1 kleine drumstick
Gesneden kippeborst	2 plakjes (3½ cm x 7½ cm)
Vlerken	1 kleine
Kippenek	2 kleine
kipperug	½
Ham, mager, dunne plakjes**	5 cm x 7½ cm
Konijn, dunne plakjes, wildvlees	4 kleine blokjes of 30 g gekookt
Lever	3½ cm x 5 cm x 1½ cm, ter grootte van een lucifersdoosje
Nieren (gestoofd)	1 eetlepel
Borst, rund, plakjes	5 cm x 7½ cm
Borst, schaap/kalf	½ kleine
Verse vis	1 klein stuk (6½ cm x 5 cm x 1½ cm)
Vliegende vis	1
Mager vlees – Vis	
Zoute vis (bakkeljauw)**	1 kleine (6½ cm x 7½ cm) of ¼ “cup” geplozen/stukjes)
Garnalen, Hele grote garnalen	5 stuks, medium
Oesters	3 stuks, medium
Mager vlees - Kaas	
Cottagecheese	2 eetlepels
Geraspte Parmezaan	2 eetlepels

DIERLIJKE VOEDINGSMIDDELEN	MAAT/VERVANGING
Matig vetgehalte – Vlees en Gevogelte	
Geitevlees (zonder been)	1 eetlepels of 4 kleine blokjes (30 g)
Rund (normaal, zonder vetrandjes, dun gesneden (1/8" dun)	6½ cm x 7½ cm (30 g)
Rund, gestoofd (zonder been)	4 kleine blokjes/1 eetlepel (30 g)
Pork chops (zonder vetrandjes)	½ klein
Matig vetgehalte – Vis: in blik en droog	
Tuna-vis, zalm, makreel**	¼ "cup"
Sardien (olie uitgelekt)	1 grote of 2 kleine
Matig vetgehalte – Eieren	
Ei (heel)	1 medium
Hoog vetgehalte	
Schapen- of lamsvlees (zonder vetrandjes)	1 eetlepels of 4 kleine blokjes (30 g)
Vlerk	1 kleine
Varkensvlees, normaal, gesneden (zonder vetrandjes)	6½ cm x 7½ cm of 30 g
Varkenskrabbetjes	30 g
Runderrib	30 g
Gehakt (normaal)	2 eetlepels
Saucijsjes**	1 kleine of ½ grote
Luncheon meats**	1 sneetje 6 cm, diameter, ½ cm dik
Boterhamworst	1 plakje
Zoutvlees (zonder vetrandjes)**	5 cm x 7½ cm
Salami	2 dunne plakjes

DIERLIJKE VOEDINGSMIDDELEN	MAAT/VERVANGING
Hoog vetgehalte	
Ossenstaart (zonder vetrandjes)	1 stuk 5 cm x 1½ cm
Cornedbeef**	30 g
Varkensstaart**	1 klein stukje
Varkenspoot**	2 stukjes 5 cm x 2½ cm
Lamsvlees in blokjes (zonder vetrandjes)**	1 kleine
Lamsvlees, dun geslijd	6½ cm x 7½ cm
Hoog vetgehalte – kaas	
Cheddar en Amerikaanse kaas**	Blokje van 2½ cm (30 g)
Magere melk en hele magere melk	
Melk, vloeibaar, mager	½ “cup”
Magere poedermelk (alvorens vloeistof toe te voegen)	2 eetlepels
Yoghurt (wit, mager)	60 g
Halfvolle Melk	
2% Melk	½ “cup”
Yoghurt gemaakt van 2 % melk	60 g
Volle Melk	
Melk, verse koeiemelk	½ “cup”
Melk, gecondenseerde volle (alvorens vloeistof toe te voegen)	¼ “cup”
Melk, volle poedermelk (alvorens vloeistof toe te voegen)	2 eetlepels
Yoghurt, witte (van volle melk)	60 g

VETTEN EN SUBSTITUTEN	MAAT VERVANGING
Onverzadigde vetten	
Margarine	1 theelepel
Advocaat	1/8 (10 cm diameter)
Akee (Jamaica)	2 zaden
Pindakaas	1 theelepel
Pinda's	Niet meer dan 10
Cashewnoten	Niet meer dan 4, gedopt
Olijven, groen**	5 kleine
Amandelen (droog geroosterd)	6 hele
Olie (koren, katoenzaad, saffloer, zonnebloem, olijf, soja, pindabonen)	1 theelepel
Slasaus, (op basis van mayonaise)	1 theelepel
Slasaus (alle soorten)**	1 eetlepel
Slasaus (calorie-arm)***	2 eetlepels
Verzadigde vetten	
Boter	1 theelepel
Varkensvet	1 theelepel
Bakvet	1 theelepel
Ghee (vloeibare boter)	1 theelepel
Doorregenspek zonder korst	Klein plakje
Baconvet**	1 theelepel
Kippenvet	1 theelepel
Gezouten varkensvlees **	Blokje van 2½ cm
Roomkaas ('cream cheese')	1 eetlepel
Koffiecreamer	4 theelepels

VETTEN EN SUBSTITUTEN	MAAT VERVANGING
Verzadigde vetten	
Olie(kokosnoot en palm)	1 theelepel
Kokosnoot (gedroogd, geraspt)	2 eetlepels

N.B.:

*Niet-Jamaicaanse Akee

**Indien er twee of meer porties worden gegeten, zouden deze voedingsmiddelen aanzienlijke hoeveelheden natrium toevoegen en zouden deze beperkt moeten zijn voor mensen die op een natriumarm-dieet zijn.

***Het gebruik van twee eetlepels van caloriearme slasaus staat vrij.

BIJLAGE V

HET BEPALEN VAN DE ENERGIEBEHOEFTE

Er worden verschillende methoden gebruikt om energiebehoeften vast te stellen. De ‘Harris Benedict Equation for Basal Energy Expenditure (BEE)’ die vaak gebruikt wordt om de minimale hoeveelheid energie (de basale energie) die het lichaam in rust nodig heeft, vast te stellen, maakt gebruik van leeftijd, lengte en gewicht.

Voor mannen geldt:

$$\text{BEE (kcal/dag)} = 66.5 + (13.8 \times W) + (5.0 \times H) - (6.8 \times A)$$

Voor vrouwen geldt:

$$\text{BEE (kcal/dag)} = 655.1 + (9.6 \times W) + (1.8 \times H) - (4.7 \times A)$$

W = Gewicht in kilogrammen H= lengte in centimeters A = leeftijd in jaren

Een andere methode om de energiebehoefte vast te stellen, is het berekenen van de Resting Energy Expenditure (REE) (Rustmetabolisme) .

Voor mannen geldt:

$$\text{REE (kcal/dag)} = 1.0 \times W \times 24$$

Voor vrouwen geldt:

$$\text{REE (kcal/dag)} = 0.95 \times W \times 24$$

BEE en REE worden vermenigvuldigd met een toeslagfactor voor lichamelijke activiteit om de totale energiebehoefte te schatten.

ENERGIEBEHOEFTELEN OP BASIS VAN GEWICHT EN ACTIVITEITENNIVEAU (kcal/kg)

	Zittend bestaan	Matig	Actief
Overgewicht	20-25	30	35
Normaal gewicht	30	35	40
Ondergewicht	30	40	45-50

Voorbeeld:

Hoeveel energie zou een man van 75 kg die 1,8 m lang is met een matig activiteitsniveau, per dag nodig hebben?

$$\text{BMI} = \frac{Wt}{Ht^2} = \frac{75}{1.8^2} = 23$$

Deze persoon behoort tot de categorie ‘normaal gewicht’ en aangezien hij een matige lichaamsbeweging heeft, is z'n dagelijkse energiebehoefte volgens de bovenstaande tabel als volgt:

Energie- vermenigvuldigingsfactor (gehaald uit de bovenstaande tabel) x W (gewicht)

Zodoende heeft hij nodig: 35 x 75 = 2.625 kcal/dag.

BIJLAGE VI

ALGEMENE RICHTLIJNEN VOOR DE DOCUMENTATIE

- De dossiers van de cliënten zijn wettige documenten. Alle registraties dienen dus in inkt (niet-uitwisbaar) te geschieden.
- Alle registraties dienen accuraat, volledig, duidelijk en beknopt te zijn.
- Indien de informatie niet wordt vastgelegd of niet te lezen is, kan er worden gesteld dat de dienstverlening niet heeft plaatsgevonden.
- Registraties dienen onmiddellijk nadat de dienst verleend is, te worden vastgelegd, of zo spoedig mogelijk daarna. Alle late registraties dienen als zodanig te worden geïdentificeerd.
- Elke pagina van het medisch dossier dient te worden geïdentificeerd door de naam en het filenummer van de cliënt. De vorm van dienstverlening (bijv. voeding, de datum en de tijd) dient te worden vastgelegd.
- Alleen standaardafkortingen mogen worden gebruikt (zie Bijlage XIV).
- Alle registraties dienen aan het einde te worden ondertekend. Onder de handtekening dienen de volledige naam, de voorletters en de functie vermeld te worden, bijv. J. Brown, RN.
- Registraties die worden gemaakt door een co-assistent dienen mede door de instructeur te worden ondertekend. Hierdoor deelt deze de verantwoordelijkheid en authenticiteit van de informatie.
- De informatie in de file dient in overeenstemming te zijn met de normen inzake vastlegging.
- De file mag nooit worden gebruikt om persoonlijke posities in twijfel te trekken of verdeeldheid te zaaien over de deskundigheid van anderen.

S – Subjectieve informatie

Informatie verschaft door de cliënt, de familie of zorgverlener. De cliënt met de geïdentificeerde chronische aandoening kan bepaalde symptomen aangeven, bijv:

- Hoofdpijn
- Overmatige dorst
- Honger
- Vaak urineren
- Duizeligheid
- Zwakte
- Reacties op de therapie
- Kennis
- Gewichtstoename of gewichtsafname
 - Significante voedingsgeschiedenis
 - Socio-economische en/of culturele informatie
 - Mate van lichaamsbeweging
 - Huidige voedselopname

O – Objectief

Objectieve, reproduceerbare informatie

Deze informatie omvat gegevens uit de medische dossiers:

- Klinische verschijnselen en symptomen van medische onderzoeken
- Biochemische gegevens – bloedglucose, lipiden, electrolytenstatus
- Diagnostisch rapport
- Behandelingsplannen
- Antropometrische gegevens – lengte, gewicht, gezond lichaamsgewicht, Body Mass Index (BMI)
- Voedingsanamnese
- Levensstijlfactoren
- Milieufactoren
- Noodzakelijk voortdurende medicijnen
- Leeftijd
- Huidig dieetvoorschrift
- Noodzakelijk voortdurende voedingsgerichte medicatie
- Gewenst gewicht/realistisch doel

A – Beoordeling

Gebruik de subjectieve en objectieve gegevens om een mening te vormen:

- Beoordeel de voedingsstatus van de cliënt, alsook de behoefte aan voedingsstoffen en calorieën als gevolg van de aandoening en/of als gevolg van de medicatie
- Beoordeel hoe adequaat de opname is
- Beoordeel de tolerantie t.o.v. het voorgeschreven dieet en zijn invloed op de eetlust, de eetgewoonten en de supplementen
- Beoordeel de geprojecteerde gewichtstoename of –afname
- Beoordeel waar nodig het inzicht en de motivatie
- Identificeer de uitdagingen en/of belemmeringen m.b.t. de uitvoering van het voedingsplan

P – Planning

Het plan geeft in grote lijnen weer de stappen die gezet moeten worden om de specifieke aandoening beheersbaar te maken. Het plan dient deel uit te maken van het alomvattende zorgplan en dient diagnostische, klinische of voorlichtingsinterventie te omvatten, evenals doorverwijzingen.

De dieetvoorschriften en het gebruik van welke supplementen dan ook dienen in het plan te zijn aangegeven.

Plan voor nazorg.

I – Implementatie

Implementatie is de actie die ondernomen wordt om het plan uit te voeren. De uitvoering kan eventueel supplementen, hulpbronnen en welke speciale hulpmiddelen dan ook die gebruikt moeten worden, inhouden.

Voorlichting aan de cliënt vormt een belangrijk onderdeel.

- Proces van voorlichting
- Proces van doorverwijzing

BIJLAGE VII

CHECKLIST VOOR HET VASTLEGGEN VAN DE VOEDINGSZORG

ONDERDELEN	JA	NEE
Opzet: Heeft u een geschikte omgeving gebruikt om de aantekeningen op te nemen? Heeft u de datum, de tijd en de handtekening vastgelegd?		
S. Heeft u informatie over de voedingsanamnese opgenomen?		
Heeft u, waar van toepassing, verklaringen van de patiënt opgenomen?		
Heeft u het dieet dat (eventueel) thuis wordt gevolgd, zoals symptomen, eetgewoonten, opgenomen?		
Heeft u eventueel verklaringen over de recente eetlust en misselijkheid opgenomen?		
Heeft u de cliënt gecheckt op problemen bij het eten, zoals bij het kauwen en het slikken.		
O. Lengte, Gewicht en IBW, ISF, MAC, MAMC, Bloeddruk, BMI		
Zijn er labgegevens?		
Is het dieetvoorschrift vastgesteld?		
Zijn er gewichtsveranderingen?		
Zijn er BMR-factoren zoals koorts, tachycardie, zweten?		
BEE, eiwit- en kcal-behoeften op basis van leeftijd, geslacht, etc?		
Calorieberekeningen of geschatte opname?		

ONDERDELEN	JA	NEE
<p>A. Acceptabel lichaamsgewicht of percentage van het normale lichaamsgewicht</p> <p>Zijn er tekortkomingen qua voedingsstoffen in het dieet zoals die is voorgeschreven?</p> <p>Is er een evaluatie van de voedingsanamnese?</p> <p>Wordt het dieet geaccepteerd of getolereerd door de cliënt?</p> <p>Begrijpt de cliënt de dieetinstructies?</p> <p>Is het dieet, zoals geschikt bevonden voor de cliënt, geverifieerd?</p> <p>Zijn er aanbevelingen inzake verwachte problemen?</p>		
<p>P. Instructies/Aanbevelingen</p> <p>Raadpleeg/verwijs naar een andere deskundige of instantie</p> <p>Verkrijg het gewicht; verkrijg de calorietellingen</p> <p>Beveel tussendoortjes of supplementen aan</p> <p>Verzoek verandering in het dieet</p> <p>Geef de doelen op de korte en de lange termijn aan.</p>		
<p>I-E Voedingsspecificatie van het vastgestelde voedingsvoorschrift of andere vastgelegde wijziging</p> <p>Zijn er folders of stencils van dieetadviezen verstrekt aan de cliënt of andere van belang zijnde personen?</p> <p>Heeft u plannen aangegeven voor voortdurende voedingszorg?</p>		

BIJLAGE VIII

DETERMINANTEN VAN DE CONSULTEN

	WEKELIJKS	MAANDELIJKS	PER KWARTAAL	HALFJAARLIJKS	JAARLIJKS
N.B. Kinderen waarbij recent de diagnose van diabetes wordt gesteld en volwassenen die insuline nodig hebben, worden normaliter opgenomen in het ziekenhuis voor de eerste zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Cliënten die een behandeling met voedingstherapie beginnen en nog niet in staat zijn om een zelfmanagement programma te volgen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cliënten met meervoudige risico's zoals welke combinatie dan ook van diabetes, obesitas, hypertensie, coronaire hartziekten en dyslipidaemie. • Beschadiging aan de nieren of tekenen van complicaties. • Cliënten op intensieve insulinothérapie. • Zwangere vrouwen • Obese-cliënten • Cliënten die onlangs ontslagen zijn uit het ziekenhuis voor diabetes, hypertensie, obesitas of gerelateerde ziekten. • Cliënten die, indien nodig, naar andere teamleden zijn verwezen voor problemen. • Cliënten met een BP systolische waarde van 160-179, en een diastolische waarde van 100-109 mmHg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle cliënten die nog geen behandelingsdoelen hebben bereikt. • Cliënten bij wie welke afwijking dan ook is geïdentificeerd; Cliënten bij wie misschien de voedings- of ziektestudie opnieuw beoordeeld moet worden; voor interventie bij kinderen met diabetes, obesitas of hypertensie • Cliënten met een hoge bloeddruk: systolische waarde 140-159, diastolische waarde 90-99 mmHg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Herevaluatie van het inzicht van de cliënt in het proces van aandoeningen. • Evaluatie van het zelfmanagement. • Evalueer het ondersteuningssysteem van de cliënt en werk dit bij. • Herbeoordeling van de voedingsstatus voor kinderen en cliënten met de eerste symptomen van complicaties. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle cliënten: uitgebreide voedingsbeoordeling. • Alle cliënten: herevaluatie van het plan voor voedingszorg

BIJLAGE IX

VERANTWOORDELIJKHEDEN VAN HET TEAM VAN GEZONDHEIDSWERKERS BELAST MET DE VOEDINGSZORG

Het belang van een teamaanpak bij de gezondheidszorg is versterkt vanwege de veelzijdige aard van vele aandoeningen. De gezamenlijke inzet, kennis, attitude en vaardigheid van het team kan een veilige en effectieve voedingszorg garanderen, in het bijzonder in het Caribisch Gebied waar er een beperkt aantal voedingsdeskundigen en diëtisten is. Teamleden leren ook over de bijdrage van andere teamleden en leren hoe de verantwoordelijkheden te delegeren en/of te verwijzen naar de meest geschikte leden van het team. Het feit dat de cliënt een zeer belangrijk teamlid is, moet niet over het hoofd worden gezien.

Hieronder volgt een overzicht van de verantwoordelijkheden van de verschillende leden van het gezondheidsteam inzake het voedingsmanagement van personen met chronische aandoeningen. De lijst dient niet als volledig te worden beschouwd.

De arts:

- Stelt de diagnose van medische problemen vast
- Voert medische procedures uit
- Coördineert en schrijft de therapie voor
- Neemt de algehele supervisie van het team op zich
- Beoordeelt de richtlijnen en het managementprotocol van de cliënt en keurt deze goed
- Verwijst cliënten naar specialistische voedingszorg.

De zelfstandig gevestigde verpleegkundige (Nurse practitioner):

- Stelt de diagnose van medische problemen vast
- Coördineert het management van de cliënten
- Verwijst cliënten naar specialistische voedingszorg.

De gezondheidswerker in de voeding:

- Neemt de verantwoordelijkheid voor voedingszorg op zich
- Beoordeelt de voedingsstatus
- Stelt de behoefte aan voedingsstoffen vast
- Beveelt de juiste diëttherapie aan

- Stelt in samenwerking met de cliënt een zorgplan op
- Geeft de cliënt instructies over het dieet en het zorgplan
- Controleert het proces van voedingszorg
- Evalueert de effectiviteit van de voedingsinterventie
- Verzorgt trainingen en zorgt voor voedingsinterventie namens de andere leden van het team van gezondheidswerkers
- Verwijst cliënten zoals aangegeven naar andere leden van het team van gezondheidswerkers
- Legt alle relevante details in de medische file van de cliënt vast

N.B.: Indien er geen getraind voedingspersoneel beschikbaar is, zullen de arts, de zelfstandig gevestigde verpleegkundige en de verpleegkundige:

- de instructies coördineren en ervoor zorgen dat alle schriftelijke informatie over het dieet en de voedingszorg wordt uitgelegd en aan de cliënt mee naar huis wordt gegeven
- basisinformatie over voeding aan de cliënt geven.

De Verpleegkundige:

- Vervult een centrale rol in de algehele zorg en communiceert met relevante leden van het gezondheidszorgteam
- Communiceert met cliënten en zorgverleners over de belangrijke aspecten van de voedingszorg en legt de procedures en het plan uit. Garandeert dat andere verpleegkundigen hun rol in de voedingszorg van de cliënt op zich nemen
- Zorgt ervoor dat alle belangrijke informatie wordt vastgelegd

De apotheker:

- Beveelt de juiste medicijntherapie aan
- Treedt op als een tussenpersoon om mogelijke interacties tussen de medicijnen en de voedingsstoffen alsook de bijwerkingen van medicaties te identificeren en het team evenals de cliënt en andere van belang zijnde personen, hiervan op de hoogte te stellen.

- Geeft de cliënt voorlichting over de juiste procedures om bepaalde medicijnen in te nemen, bijv. voor of na maaltijden, of over het vermijden van bepaalde voedingsmiddelen, terwijl hij/zij de medicatie gebruikt.

De gezondheidsassistente (“Community Health Aide”)

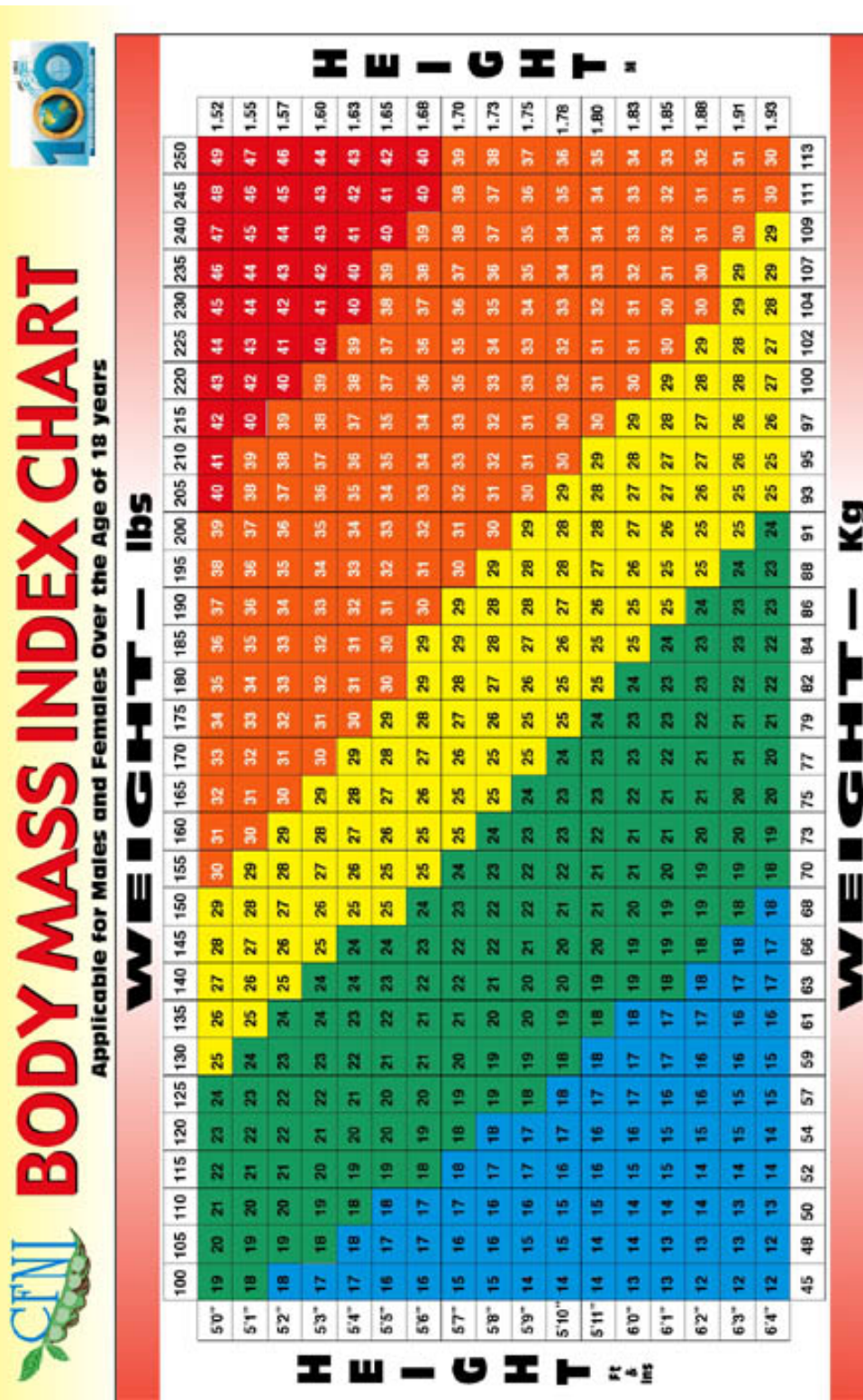
- Bezoekt de cliënten thuis
- Controleert de zelfzorg van de cliënt
- Verwijst de cliënt van het wijkcentrum naar het gezondheidscentrum

BIJLAGE X

**STANDAARDCLASSIFICATIE VAN OVERGEWICHT BIJ
VOLWASSENEN DOOR BMI (WHO)**

CLASSIFICATIE	BMI KG/M²	RISICO VAN CO-MORBIDITEITEN
Ondergewicht	<18,5	Laag
		(maar de kans op andere klinische problemen is hoger geworden)
Normale waarden	18,5–24,9	Gemiddeld
Overgewicht	≥ 25	
Pre-obesitas	25–29,9	Verhoogd
Obesitas categorie I	30,0–34,9	Matig
Obesitas categorie II	35,0–39,9	Ernstig
Obesitas categorie III	≥ 40,0	Zeer ernstig

Bron: Obesitas: het voorkómen en onder controle krijgen van de wereldwijde epidemie: rapport van een WHO-conferentie. (Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation). WHO technical report series; 89, Genève 2000



Hoe de BMI-grafieken te gebruiken

1. Neem het gewicht van de cliënt (zorg ervoor dat dit op accurate wijze geschiedt) en leg het vast.
2. Neem de lengte van de cliënt (zorg ervoor dat dit op accurate wijze geschiedt) en leg het vast.
3. Gebruik op de BMI- grafiek de koppen aan de boven- of onderkant van de kolom (de bovenste koppen geven het gewicht in "lbs" aan en de onderste koppen geven het gewicht in kilo's aan) om het gemeten gewicht te bepalen.
4. Gebruik op de BMI-grafiek de koppen aan de linker- of rechterkant van de kolom (de linkerkoppen geven de lengte in feet en inches aan en de rechterkoppen geven de lengte in meters aan) om de gemeten lengte te bepalen.
5. Met gebruikmaking van het vastgestelde gewicht en de vastgestelde lengte, zie waar de gewichtskolom en de lengterij samenkomen. Dit geeft de Body Mass Index (BMI) van de persoon aan die gemeten wordt.
6. Met gebruikmaking van de richtlijnen aan de onderkant van de BMI-grafiek, check de kleur van het vakje om de cliënt te classificeren.

Voorbeeld 1:

1. Het gewicht van de persoon is 190 lbs (86kg)
2. De lengte van de persoon is 5ft 9 inches (1.75m)
- 3-5. Het nummer in het vakje waar de gewichtskolom en de lengterij samenkomen is 28.

		lbs				
		180	185	190	195	200
Feet & inches	5'7"					
	5'8"					
	5'9"			28		
	5'10"					
	5'11"					

6. De BMI is 28 en de kleur van het vakje is geel, hetgeen wordt geassocieerd als Overgewicht

Voorbeeld 2:

1. Het gewicht van de persoon is 140 lbs (63kg)
2. De lengte van de persoon is 5ft 9 inches (1.75m)
- 3-5. Het nummer in het vakje waar de gewichtskolom en de lengterij samenkomen is 20.

		lbs				
		130	135	140	145	150
Feet & inches	5'7"					
	5'8"					
	5'9"			20		
	5'10"					
	5'11"					

6. De BMI is 20 en de kleur van het vakje is groen, hetgeen wordt geassocieerd als Gezond Gewicht.

Voorbeeld 3:

1. Het gewicht van de persoon is 240 lbs (109kg)
2. De lengte van de persoon is 5ft 9 inches (1.75m)
- 3-5. Het nummer in het vakje waar de gewichtskolom en de lengterij samenkomen is 35.

		lbs				
		230	235	240	245	250
Feet & inches	5'7"					
	5'8"					
	5'9"			35		
	5'10"					
	5'11"					

6. De BMI is 35 en de kleur van het vakje is oranje, hetgeen wordt geassocieerd als Obesitas.

BIJLAGE XII

**TABEL 1: DEFINITIE EN CLASSIFICATIE
VAN BLOEDGLUCOSEGEHALTEN**

CATEGORIE	GLUCOSEGEHALTE	
	(mg/dl)	(mmol/l)
NORMAAL	<100 (FPG) <140 (2-u na belasting OGTT)	<5.6 (FPG) <7.8 (2-u na belasting OGTT)
VERTRAAGDE NUCHTERE GLUCOSE (IFG)	≥100 /<126	>5.6/< 7.0
VERTRAAGDE GLUCOSE-TOLERANTIE (IGT)	≥140/< 200 (2-u na belasting OGTT)	≥7.8/< 11.1 (2-u na belasting OGTT)
DIABETES	≥126 (FPG) ≥200 (2-u na belasting OGTT)	≥7 ≥11.1
ZWANGERSCHAPSDIABETES	≥95 (FPG) ≥180 (1-u na belasting OGTT) ≥155 (2-u na belasting OGTT)	≥5.3 (FPG) ≥10.0 (1-u na belasting OGTT) ≥8.6 (2-u na belasting OGTT)

Bron: American Diabetes Association 2004 – Guidelines of Care

TABEL 2: CLASSIFICATIE EN MANAGEMENT VAN BLOEDDRUK BIJ VOLWASSENEN*

BP Classificatie	SBP* MMHG	DBP* MMHG	Wijziging in levensstijl	Eerste geneesmiddelen therapie	
				Zonder dringende indicatie	Met dringende indicatie
Normaal	<120	en <80	Moedig aan	Geen anti-hypertensie medicatie geïndiceerd	Geneesmiddel (en) voor dringende indicaties. ‡
Pre-hypertensie	120-139	of 80-89	Ja		
Stadium 1 Hypertensie	140-159	of 90-99	Ja	Gewoonlijk Thiazide-diuretica. Zo nodig overweeg ACEI, ARB, BB, CCB, of combinatie.	Geneesmiddel (en) voor dringende indicaties. ‡ Andere anti-hypertensie geneesmiddelen (diuretica, ACEI, ARB, BB, CCB) indien nodig
Stadium 2 Hypertensie	≥160	of ≥100	Ja	Meestal combinatie van twee geneesmiddelen † (gewoonlijk thiazide- diuretica en ACEI of ARB of BB of CCB).	
Stadium 3 Hypertensie	>180	> 110	Ja	Combinatie drie geneesmiddelen	

DBP, diastolische bloeddruk, SBP, systolische bloeddruk.

Afkortingen van de geneesmiddelen: ACEI, angiotensin converting enzyme inhibitor; ARB, angiotensin receptor blocker; BB, beta-blocker; CCB, calcium channel blocker.

* Behandeling bepaald door hoogste BP categorie

† Eerste gecombineerde therapie moet met zorg worden toegepast bij degenen die kans lopen op orthostatische hypotensie.

‡ Behandel patiënten met chronische nieraandoeningen of diabetes zodanig dat zij een BP van <130/80 mmHg bereiken.

*Bron: Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure – 7th Report 2003.
CHRC/PAHO 2004 Managing Hypertension in Primary Care in the Caribbean- Working Document*

TABEL 3: RISICO-INDELING TER BEPALING VAN DE PROGNOSE INZAKE HYPERTENSIE

Andere risicofactoren en ziektegeschiedenis	BLOEDDRUK (mmHg)		
	Stadium 1 (milde hypertensie) SBP 140-159 of DBP 90-99	Stadium 2 (matige hypertensie) SBP 160-179 of DBP 100-109	Stadium 3 (ernstige hypertensie) SBP ≥ 180 of DBP ≥ 110
1. Geen andere risicofactoren	LAAG RISICO	MED RISICO	HOOG RISICO
2. 1-2 risicofactoren	MED RISICO	MED RISICO	Z HOOG RISICO
3. 3 of meer risicofactoren of TOD ¹ of diabetes	HOOG RISICO	HOOG RISICO	Z HOOG RISICO
4. ACC ²	Z HOOG RISICO	Z HOOG RISICO	Z HOOG RISICO

²TOD = Target Organ Damage (Orgaanweefselbeschadiging)

³ACC = Associated Clinical Conditions (Gerelateerde Klinische Conditities), waaronder klinische hart- en vaatziekten en nieraandoeningen.

Bron: Aangepast op basis van de European Society of Hypertension 2003 – European Society of cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Guidelines Committee Journal of Hypertension 2003

BIJLAGE XIII

TIPS VOOR VOEDINGSCOUNSELLING

1. Luister aandachtig; geef de cliënt de kans om vrijuit te praten.
2. Vermijd handelingen die de reactie van cliënt zouden kunnen beïnvloeden, zoals knikken, fronsen, gelaatsuitdrukkingen, uitroepen, de les lezen of een autoritaire aanpak.
3. Ondersteun en kom met ideeën, doe aanbevelingen.
4. Rollenspel.
5. Gebruik een actieve leer en praktijkgerichte benadering.
6. Leer de cliënt de voedsletiketten lezen
7. Stel richtlijnen voor om die inkopen te doen die geschikt zijn voor het dieetadvies
8. Gebruik geschikt voorlichtingsmateriaal, zoals voedselmodellen, algemeen bekende huishoudmaten, videofilmmpjes, posters en stencils.
9. Gebruik voedingsmiddelen die beschikbaar zijn voor de cliënt, waar hij/zij van houdt, die qua cultuur geaccepteerd zijn en die hij/zij zich kan veroorloven.
10. Betrek waar mogelijk andere van belang zijnde personen of degenen die de maaltijden bereiden.
11. Probeer de hele familie erbij te betrekken indien kinderen worden geïnterviewd. Broers en zusters erbij kan een positief verschil uitmaken.
12. Monitor de vorderingen:
 - Opname voedingsstoffen
 - Naleving van het plan
 - Gewicht
 - Bloeddruk
 - Bloedsuiker
13. Felicitteer cliënten die positieve veranderingen hebben ondergaan, en moedig hen aan om zo door te gaan.
14. Verwijs, zoals aangegeven, naar andere teamleden.
15. Stel met de cliënten vervolgoelen vast.

BIJLAGE XIV

**VOORBEELD VAN EEN VEREENVOUDIGD FORMULIER VOOR
VOEDINGS-SCREENING**

Basis Antropometrie: Lengte: _____ Gewicht _____

Gewichtsverandering : verloor 10 lb/4.5 kg of meer gedurende de laatste 6 maanden

Dieetproblemen (kruis alles aan wat van toepassing is)

slechte eetlust

problemen met kauwen

problemen met slikken

Pijn in de mond, aan het gebit of het tandvlees

Gastroïntestinale problemen

Niet in staat voedsel te verkrijgen of klaar te maken

gebruikt meer dan 1 alcoholische drank per dag (vrouw)

gebruikt meer dan 2 alcoholische dranken per dag (man)

Leefomstandigheden (kruis alles aan wat van toepassing is)

Inkomensniveau is laag

Woont alleen

Is aan huis gebonden

Beperkte beschikking over een kooktoestel

Geen koelkast

Niveau waarop men functioneert (kruis alles aan wat van toepassing is)

Assistentie nodig om te koken

Assistentie nodig om gevoed te worden

Assistentie nodig om eten te kopen

meer dan 50% van de tijd in bed

Evaluatie: Een of meer markeringstekens kunnen een indicatie zijn van een voedingsrisico. Verwijs de patiënt voor een nadere beoordeling.

BIJLAGE XV

ENKELE ALGEMENE AFKORTINGEN

AA	Amino acid	EAA	Essential amino acid
Abd	Abdomen	ECG	Electrocardiogram
Alb	Albumin	EEG	Electroencephalogram
Amts	Amounts	EFA's	Essential fatty acids
ARF	Acute renal failure	Elim	Eliminate, elimination
ASHD	Atherosclerotic heart disease	EN	Enteral nutrition
BEE	Basal energy expenditure	ESRD	End- stage renal disease
BF	Breast feeding, breast feeder	ETOH	Ethanol/ethyl alcohol
BMR	Basal metabolic rate	Fe, Fe ⁺⁺	Iron
BP	Blood pressure	F&V	Fruits and vegetables
BS	Blood sugar	FTT	Failure to thrive
BSA	Body surface area	g	gram(s)
BUN	Blood urea nitrogen	GA	Gestational age
BW	Body weight	GA	Gestational age
c	“cup” (s)	Gest	Gestational
C	Coffee	gluc	Glucose
CA	Cancer	GTT	Glucose tolerance test
Ca ⁺⁺	Calcium	HBV	High biological value
CHD	Cardiac disease/coronary heart disease	HBW	Healthy body weight
CHF	Congestive heart failure	HDL	High-density Lipoprotein
CHI	Creatinine- height index	HbA ₁ C	Glycosylated haemoglobin level
CHO	Carbohydrate	HLP	Hyperlipoproteinemia/ hyperlipidemia
Chol	Cholesterol	HPN, HTN	Hypertension
Circum	Circumference	ht	Height
Cl, Cl ⁻	Chloride	hx	History
CNS	Central nervous system	I & O	Intake and output
CO ₂	Carbon dioxide	IBW	Ideal body weight
CVA	Cerebrovascular ¹ accident	IU	International units
Dec.	Decreased	jc	Juice
Decaf.	Decaffeinated	K K ⁺	Potassium
Def.	Deficiency	Kcal	Food calories
DM	Diabetes mellitus	Kg	Kilogram (s)
Dx	Diagnosis		

L	Litre (s)	Prot	Protein
lb	Pounds (s)	PUFA(s)	Poly unsaturated fatty acid(s)
LBM	Lean body mass	PVD	Peripheral vascular disease
LBV	Low biological value	RBC	Red blood cell count
LBW	Low birth weight	RDAs	Recommended dietary allowances
LDA	Low-density lipoprotein	REE	Resting energy expenditure
LGA	Large for gestational age	RQ	Respiratory quotient treatment
LI	Large intestine	Rx	Treatment
M	Milk	SFA	Saturated fatty acids
MAC	Mid-arm circumference	SGA	Small for gestational age
MAMC	Mid –arm muscle circumference	SIDS	Sudden infant death syndrome
MCT	Medium chain triglycerides	SOB	Shortness of breath
MI	Myocardial infarction	sub	Substitute
Mg, Mg ⁺⁺	Magnesium	Sx	Symptoms
mg	Milligrams	Theelep	Teaspoon (s)
ug	Micrograms	Tbsp	Tablespoon (s)
mm	Millimetre	TF	Tube feeding , tube -fed
MODS	Multiple organ dysfunction syndrome	TIBC	Total iron binding capacity
MUFA	Monounsaturated fatty acids	TLC	Total lymphocyte count
N&V	Nausea and vomiting	TPN	Total parenteral nutrition
N	Nitrogen	Trig	Triglyceride
Na ⁺	Sodium	TSF	Triceps skinfold
NCEP	National Cholesterol Education Programme	UTIs	Urinary tract infections
NPO	Nil per os (nothing by mouth)	UUN	Urine urea nitrogen
Oz	Ounce	WBC	White blood cell count
P	Phosphorous	SI	Small intestine
PG	Pregnant, pregnancy	WNL	Within normal limits
pp	Post Prandial	Zn	Zinc

Verklarende Woordenlijst

Auto-immuniteit – Stoornis van het afweersysteem van het lichaam waarbij antistoffen worden geproduceerd tegen bepaalde componenten of producten van het eigen weefsel, waarbij deze behandeld worden als vreemd materiaal en worden aangevallen.

Ketoacidosis – Een conditie waarbij acidose (zuurvergiftiging) gepaard gaat met ketosis zoals dit zich voordoet bij diabetes mellitus. Symptomen hiervan zijn o.a. misselijkheid, braken, gevoeligheid in de onderbuik, verwarring of coma, extreme dorst of gewichtsverlies. Deze conditie is levensbedreigend.

Ketosis – Verhoogde niveaus van ketonlichamen in het lichaamsweefsel. Ketonlichamen zijn normale producten van het vetmetabolisme en kunnen worden geoxideerd om energie te produceren. Verhoogde niveaus doen zich voor wanneer er een onevenwichtigheid is in het vetmetabolisme zoals dit zich voordoet bij diabetes mellitus en verhongering.

Microvasculair – Betreft de kleine bloedvaten (de haarvaten).

Orthostatische Hypotensie – Lage bloeddruk die zich voordoet bij sommige patiënten wanneer ze rechtop gaan staan.

Translation: Drs. P.v. Aerde - Milzink (sworn translator)
Tel. 497638/438692/0880 0610 fax. 497638 e-mail: patsy@sr.net