

Inaugurele rede

Diëtetiek en voedingszorg in transitie

INAUGURELE REDE DOOR PROF. DR. HARRIËT JAGER-WITTENAAR

Radboud Universiteit



Inaugurele rede prof. dr. Harriët Jager-Wittenaar



Optimale voedingszorg en dieetbehandeling zijn cruciaal bij ziekte, onder andere om ondervoeding te behandelen of liever nog: te voorkomen. Het zorgstelsel staat echter onder grote druk. Om knelpunten

in de voedingszorg rondom ondervoeding te kunnen oplossen zijn drie transities in de diëtetiek en voedingszorg nodig: 1. Een transitie van behandeling van ondervoeding naar preventie van ondervoeding; 2. Een transitie van multidisciplinaire naar interprofessionele samenwerking en 3. Een transitie van intra- of extramurale voedingszorg naar transmurale voedingszorg. In haar inaugurele rede bespreekt prof. dr. Harriët Jager-Wittenaar haar visie op deze benodigde transities en licht ze toe hoe ze haar ambities rondom de aanpak

van ondervoeding en haar ambities voor de beroepsgroep Diëtetiek wil realiseren aan de hand van de vijf onderzoeksthema's in haar leerstoel.

Harriët Jager-Wittenaar (1974) is sinds 1997 bijna 14 jaar werkzaam geweest als diëtist in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Na haar promotie aan de Rijksuniversiteit Groningen (2010) zette ze bij zowel de Hanze (2011-heden) als het UMCG (2010-2023) een onderzoeksprogramma op rondom preventie en behandeling van ondervoeding bij zieken en ouderen. Sinds 2014 is zij lector Malnutrition and Healthy Ageing aan de Hanze. Sinds 2023 is zij tevens bijzonder hoogleraar Diëtetiek en transmurale voedingszorg in het Radboudumc, een leerstoel die mogelijk is gemaakt door de Nederlandse Vereniging van Diëtisten en het Radboudumc. Daarnaast is Harriët Jager-Wittenaar als Guest Professor en Honorary Fellow verbonden aan de Vrije Universiteit Brussel.

DIËTETIEK EN VOEDINGSZORG IN TRANSITIE

Diëtetiek en voedingszorg in transitie

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Diëtetiek en transmurale voedingszorg aan de Faculteit der Medische Wetenschappen van de Radboud Universiteit en het Radboudumc op donderdag 19 september 2024

door prof. dr. Harriët Jager-Wittenaar

Opmaak en productie: Radboud Universiteit
Fotografie omslag: Theo Hafmans

© Prof. dr. Harriët Jager-Wittenaar, Nijmegen, 2024

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

Mevrouw de rector magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders, beste collega's, lieve vrienden en familie,

Vorig jaar eind juni ontving ik een mail van mijn Amerikaanse vriendin Susan DeBolt, naar aanleiding van mijn benoeming als hoogleraar. Susan, inmiddels gepensioneerd diëtist, refereerde naar een citaat uit een brief die zij ruim 30 jaar geleden had ontvangen van de toenmalige president van de diëtistenvereniging van Philadelphia. Het citaat, vertaald naar het Nederlands, was als volgt:

“Zelfs in een tijd van massaproblemen, massale veranderingen en massa-onderwijs kan één beroepsgroep een verschil maken als ze onderscheidende doelen heeft, als ze aandringt op topkwaliteit en als ze bereid is te experimenteren en te creëren.”

Ik begrijp goed waarom dit citaat Susans mantra was geworden in haar werk als diëtist.

De diëtist maakt met haar expertise rondom voeding, het menselijk lichaam en vaardigheden rondom gedragsverandering hét verschil rondom ziekte en gezondheid!

En juist op deze dag – 19 september, de Dag van de Diëtist – staan we daar jaarlijks bij stil.

Ik ben dan ook zeer verheugd dat ik mijn inaugurele rede mag uitspreken op de Dag van de Diëtist en ik vind het fantastisch dat u allen, zowel fysiek als online, hierbij aanwezig bent.

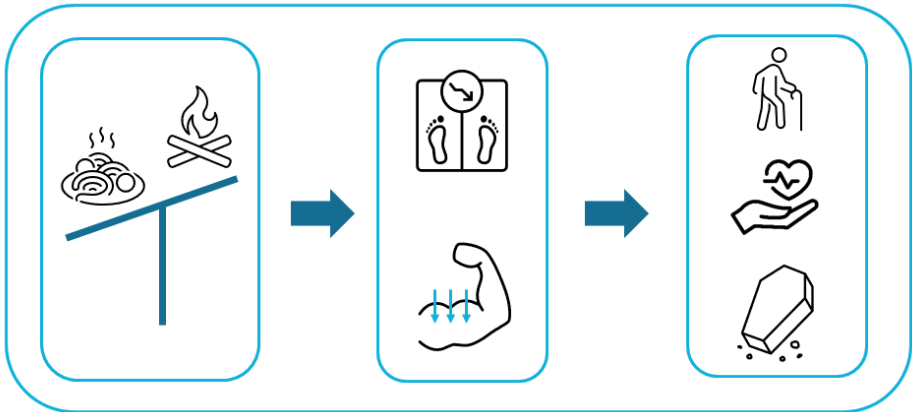
Mijn inaugurele rede volgt bijna 10 jaar na mijn lectorale rede in het kader van mijn installatie als lector Clinical Malnutrition and Healthy Ageing aan de Hanze.

Mijn lectorale rede had als titel “Van behandeling naar preventie van ondervoeding”. Die transitie is nu nog actueler en nog urgenter geworden. De druk op de zorg is onhoudbaar door vergrijzing, toenemende gezondheidsverschillen en complexere zorgvragen van patiënten, die nu vaker thuis worden behandeld. Dit alles heeft geleid tot uitdagingen in de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg, zoals beschreven in het Integraal Zorgakkoord.¹ Er is een groeiende noodzaak voor transities in de zorg, met een sterke focus op preventie om zowel gezondheids-problemen te voorkomen als complicaties bij mensen met bestaande gezondheidskwesties te vermijden, de zogenoemde zorggerelateerde preventie.² Deze veranderingen vragen echter ook om transities van de voedingszorg in brede zin en van de diëtetiek als specifieke beroepsgroep daarbinnen.

Graag neem ik u mee in hoe ik de transities in de diëtetiek en voedingszorg voor me zie en zal ik schetsen voor welke uitdagingen we daarbij staan. Daarbij zal ik tevens toelichten welke ambities ik heb met mijn leerstoel Diëtetiek en transmurale voedingszorg en hoe ik die ambities aan de hand van de onderzoeksthema's wil realiseren.

ONDERVOEDING

Vanaf het begin van mijn loopbaan heeft het tegengaan van ondervoeding mijn specifieke aandacht. Ondervoeding is een tekort of disbalans in voedingsstoffen, dat leidt tot verlies van lichaamsgewicht en spiermassa, wat vervolgens leidt tot verminderd functioneren en slechtere uitkomsten, zoals verminderde kwaliteit van leven, meer complicaties van een behandeling en grotere kans op overlijden (*Figuur 1*).³



Figuur 1. Ondervoeding

De patiënten met ondervoeding die ik als diëtist behandelde in het UMCG inspireerden mij begin jaren 2000 om onderzoek te gaan doen, vanuit mijn drive om de voedingszorg te willen verbeteren. Waar in mijn promotieonderzoek de focus lag op het in kaart brengen van het probleem ondervoeding bij patiënten met hoofd-halskanker, ging ik me daarna als lector Malnutrition and Healthy Ageing aan de Hanze vooral richten op proactieve preventie van ondervoeding bij verschillende patiëntgroepen en ouderen.

Hoewel het onderzoek binnen mijn leerstoel in het Radboudumc een veel breder gebied beslaat dan alleen de aanpak van ondervoeding, heeft proactieve preventie van ondervoeding daarin wel een centrale rol.

KNELPUNTEN IN DE HUIDIGE VOEDINGSZORG ROND OM ONDERVOEDING

Waar staan we op dit moment? Door internationale collega's wordt de Nederlandse diëtetiek gezien als rolmodel, onder andere voor de aanpak van ondervoeding. Nederland was het eerste land waarin screening op ondervoeding bij opname in het ziekenhuis verplicht werd gesteld en ook is in ons land de diëtist een gewaardeerd gesprekspartner van medici, andere paramedici en beleidsmakers. Dat heeft niet alleen te maken met de Nederlandse assertiviteit, maar ook met het feit dat diëtisten steeds vaker onderzoek en vooral ook promotieonderzoek doen.

In 2010 was ik de 15^e diëtist in Nederland die promoveerde. Tien jaar later, in 2020, was dit aantal fors gestegen naar 55 en inmiddels zijn we de tel al kwijt. Om voedingszorg verder te optimaliseren is echter meer nodig dan academisering van de diëtetiek. Want ook in Nederland zijn er nog steeds knelpunten in de voedingszorg rondom ondervoeding en het wordt tijd dat we grotere stappen maken om die knelpunten op te lossen.

Allereerst: een groot probleem is dat ondervoeding nog steeds te laat wordt herkend, als het al wordt herkend. Uit het landelijke MONDAY-onderzoek dat we vanuit de Hanze hebben

opgezet kwam naar voren dat de helft van alle patiënten die vanwege ondervoeding in de thuissituatie wordt behandeld door de diëtist al ernstig ondervoed is bij de start van de dieetbehandeling. Dat betekent dat ondervoeding bij die patiënten te laat is ontdekt in de eerstelijns setting, of erger is geworden tijdens ziekenhuisopname, of dat de continuïteit in de voedingszorg tussen de verschillende zorgsettings, ofwel de transmurale voedingszorg, niet optimaal is.

Niet alleen zorgprofessionals merken ondervoeding niet altijd op, ook patiënten en ouderen zelf herkennen ondervoeding meestal niet. Ook u heeft vast wel eens mensen in uw omgeving horen zeggen: 'maar een paar kilo afvallen is toch niet zo erg?'.
Dat elke kilo gewichtsverlies tijdens ziekte meer dan de helft verlies van spiermassa is weten veel mensen niet. Dit was wat mij betreft ook een van de belangrijkste bevindingen uit mijn promotieonderzoek bij patiënten met hoofd-halskanker.

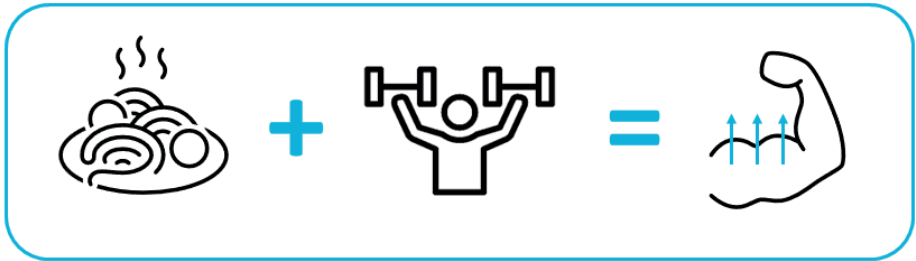
Het is dan ook niet voor niets dat de Nederlandse Vereniging van Diëtisten, de NVD, vandaag op de Dag van de Diëtist een nieuwe campagne lanceert om meer bewustzijn te creëren rondom ondervoeding en het belang van goede voedingszorg, inclusief behandeling door de diëtist daarbij te benadrukken. Ik nodig elke diëtist in Nederland uit om actief aan deze campagne bij te dragen!

De onvoldoende en late herkenning van ondervoeding heeft onder andere te maken met gebrek aan implementatie van voedingscreening in de eerste lijn. Vanuit de implementatiewetenschap weten we dat een werkwijze die bewezen effectief is bevonden gemiddeld 17 tot 20 jaar nodig heeft om zijn weg te vinden naar de dagelijkse praktijk.⁴ Implementatie van screening op ondervoeding vraagt dus specifieke aandacht. Huisartsen ervaren tijdgebrek als reden om niet te screenen, maar eenvoudige aanpassingen kunnen screening aanzienlijk makkelijker maken. Bijvoorbeeld wanneer de huisarts of praktijkondersteuner de symptomen die al worden nagevraagd om een medische diagnose te stellen worden gekoppeld aan vragen over eetgedrag.

De onvoldoende en late herkenning van ondervoeding heeft onder andere te maken met gebrek aan implementatie van voedingscreening in de eerste lijn. Vanuit de implementatiewetenschap weten we dat een werkwijze die bewezen effectief is bevonden gemiddeld 17 tot 20 jaar nodig heeft om zijn weg te vinden naar de dagelijkse praktijk.⁴ Implementatie van screening op ondervoeding vraagt dus specifieke aandacht. Huisartsen ervaren tijdgebrek als reden om niet te screenen, maar eenvoudige aanpassingen kunnen screening aanzienlijk makkelijker maken. Bijvoorbeeld wanneer de huisarts of praktijkondersteuner de symptomen die al worden nagevraagd om een medische diagnose te stellen worden gekoppeld aan vragen over eetgedrag.

Een tweede knelpunt in de huidige voedingszorg is dat voedingsinterventies, inclusief dieetbehandeling door de diëtist, vaak te laat worden gestart. Als er al wordt gescreend, worden vooral de patiënten met fors gewichtsverlies verwezen naar de diëtist. Patiënten die wel risicofactoren hebben zoals een verminderde eetlust en slikklachten, maar nog niet veel zijn afgevallen krijgen niet structureel dieetadviezen. Maar wanneer de voeding niet goed en tijdig op die klachten wordt aangepast, kunnen deze mensen alsnog ondervoed raken.

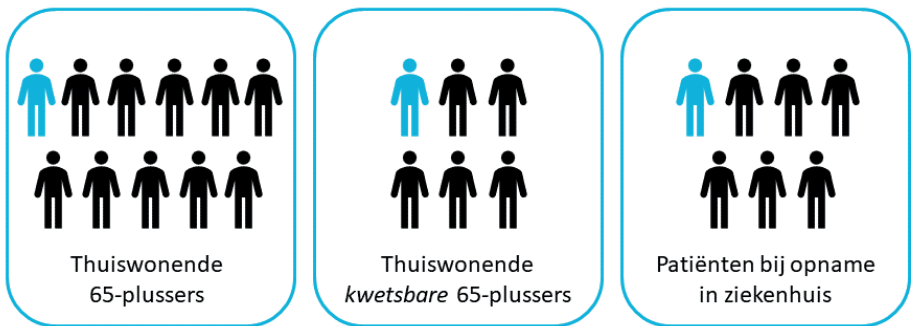
Het derde knelpunt is het gebrek aan interprofessionele samenwerking in de voedingszorg. Hoewel in de praktijk vaak wel verschillende typen professionals bij een patiënt zijn betrokken, worden voedingsinterventies nog teveel gezien als de taak van alleen de diëtist. Zo is er bijvoorbeeld vaak nog te weinig afstemming tussen de diëtist en fysiotherapeut, waardoor eiwitten in de voeding nog niet altijd optimaal worden benut om spieren op te bouwen. Daar is namelijk ook beweging en krachttraining voor nodig (Figuur 2).



Figuur 2. Effecten van gecombineerde interventie met voeding en krachttraining

Ook heeft de diëtist in de eerste lijn niet dagelijks zicht op hoe het gaat met het eten en drinken van de patiënt thuis. Door andere disciplines, zoals de wijkverpleegkundige, logopedist en mondhygiënist, maar bijvoorbeeld ook buurt- en welzijnswerkers uit het sociale domein medeverantwoordelijk te maken voor het optimaliseren van de inname en voedingstoestand en onderling veel meer af te stemmen rondom de voedingszorg, kunnen nog betere resultaten van voedingsinterventies worden bereikt.

Deze drie knelpunten in de voedingszorg dragen er in belangrijke mate aan bij dat ondervoeding nog steeds veel voorkomt. Eén op de elf thuiswonende 65-plussers is ondervoed en dit aantal is nog hoger bij kwetsbare thuiswonende 65-plussers, namelijk één op de zes. Ook in ziekenhuizen is ondervoeding nog steeds een probleem, waarbij één op de zeven patiënten bij opname ondervoed is (Figuur 3).^{5,6}



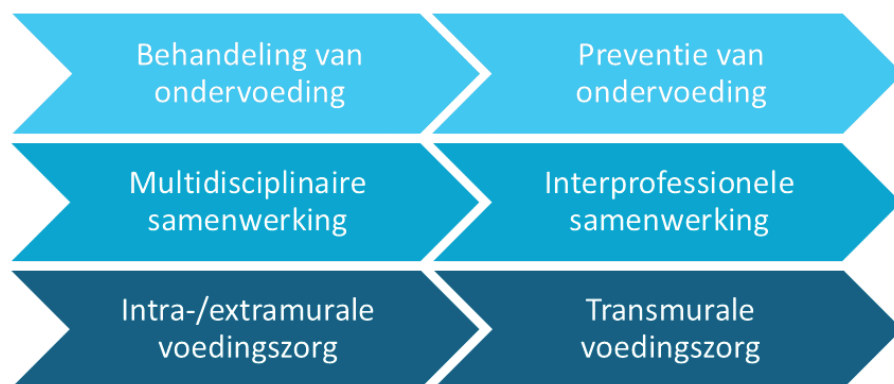
Figuur 3. Prevalentie van ondervoeding bij thuiswonende ouderen en patiënten

Wanneer we de genoemde knelpunten in de voedingszorg oplossen, kunnen we zorgen dat minder patiënten en ouderen ondervoed raken en de negatieve gevolgen van ondervoeding worden beperkt. Daarmee kunnen we niet alleen een positieve impact realiseren op de gezondheid van patiënten en ouderen, maar ook op de kwaliteit van zorg, het werkplezier van professionals en kostenbeheersing, oftewel op de zogenoemde Quadruple Aim.

Om dergelijke impact te kunnen realiseren zijn vanuit mijn visie een aantal transities nodig in de voedingszorg in brede zin, maar ook in de diëtetiek als specifieke beroepsgroep.

TRANSITIES IN DIËTETIEK EN VOEDINGSZORG

De drie benodigde transities zijn: 1. Een transitie van behandeling van ondervoeding naar preventie van ondervoeding; 2. Een transitie van multidisciplinaire naar interprofessionele samenwerking en 3. Een transitie van intra- of extramurale voedingszorg naar transmurale voedingszorg (Figuur 4).



Figuur 4. Benodigde transities in de diëtetiek en voedingszorg

Deze drie transities licht ik graag toe, te beginnen met de transitie van behandeling van ondervoeding naar preventie van ondervoeding.

Preventie heeft landelijk, regionaal en lokaal volop de aandacht: preventie wordt genoemd in het Nationaal Preventieakkoord⁷, het Kader Passende Zorg⁸, het Integraal Zorgakkoord¹, het Gezond en Actief Leven Akkoord, oftewel het GALA⁹ en in de Visie eerstelijnszorg 2030.¹⁰ Ook is preventie in het Radboudumc één van de zes strategische thema's, en uiteraard is preventie ook expliciet als thema opgenomen in de geüpdate landelijke Kennisagenda Diëtetiek van de NVD.¹¹

De rol van gezonde voeding bij preventie van chronische aandoeningen wordt in de landelijke akkoorden goed onderkend. Echter, helaas heeft preventie *van ondervoeding* nog te weinig aandacht in deze landelijke akkoorden. Van alle rapporten is het GALA het enige rapport waarin überhaupt iets is afgesproken over ondervoeding. Daar ben ik uiteraard heel blij mee, maar wat mij betreft mag het allemaal wel ambitieuzer, waarbij ik liever had gezien dat in het GALA ook op preventie van ondervoeding wordt ingezet.

Preventie van ondervoeding vraagt om het tijdig herkennen van risicofactoren die ondervoed kunnen veroorzaken. Vanuit Groningen hebben we daar tien jaar geleden al belangrijke eerste stappen in gezet. Vanuit de samenwerking tussen de Hanze en het UMCG hebben we in 2014 de PG-SGA Short Form samen met de ontwikkelaar van het instrument,

dr. Faith Ottery, als screeningsinstrument beschikbaar gemaakt in zowel de Nederlandse als internationale setting.¹² PG-SGA staat voor Patient-Generated Subjective Global Assessment. Doordat het grootste deel van de screeningsitems in de PG-SGA Short Form betrekking heeft op klachten die de voedingsinname bemoeilijken, zoals de eerder genoemde slikklachten, smaakveranderingen en verminderde eetlust, kan met het navragen van deze risicofactoren een proactief screeningsbeleid worden gevoerd, om juist in een vroeg stadium te kunnen ingrijpen.

Het Radboudumc was een early adopter van de PG-SGA en heeft ook de volledige versie van dit instrument als eerste ziekenhuis in Nederland opgenomen in het elektronisch patiëntendossier. Maar zowel in Nederland als wereldwijd is het screeningsbeleid wat mij betreft nog steeds teveel reactief in plaats van proactief. De huidige roep om passende en efficiënte zorg geeft ons nu wel het momentum om door te pakken. Mijn collega-hoogleraar Diëtetiek van de Wageningen Universiteit, prof. dr. Marian de van der Schueren en ik hebben daartoe 2 jaar geleden de handen ineen geslagen en hebben internationaal een oproep gedaan om een nieuw licht te werpen op voedings-screening. Onderbouwd met onderzoeksresultaten uit onze beide onderzoeksgroepen hebben we bepleit dat preventie van ondervoeding nodig is, door meer in te zetten op herkenning en behandeling van risicofactoren voor ondervoeding. Vervolgens zijn we vorig jaar samen met onze senior onderzoekers dr. Martine Sealy van de Hanze en dr. Elke Naumann van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen een grootschalig internationaal project gestart binnen het Global Leadership Initiative on Malnutrition, oftewel GLIM.

Onze eerste belangrijke mijlpaal, die we vorige week op het internationale ESPEN congres hebben gepresenteerd, is de ontwikkeling van een wereldwijde consensusdefinitie voor het begrip 'risico op ondervoeding' met een versie voor professionals en een lekenversie, waarbij de definitie focust op het herkennen van risicofactoren voor ondervoeding (Figuur 5).

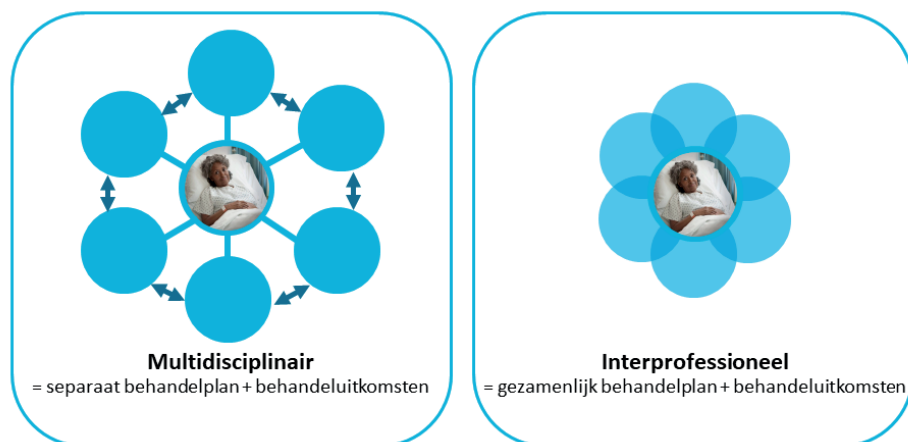


Figuur 5. Wereldwijde conceptuele definitie risico op ondervoeding

Als tweede stap zijn we nu consensus aan het creëren over hoe risico op ondervoeding gemeten moet worden. We verwachten dat dit GLIM-project een significante impact zal hebben op de dagelijkse praktijk, doordat we aanbevelingen voor voedingsscreening gaan opstellen die in internationale richtlijnen zullen worden geïntegreerd, en daarmee ook nationale richtlijnen zullen beïnvloeden. Oftewel, we zullen Alice in Nutritionland begeleiden, zoals we recent met ons vieren in een overzichtsartikel hebben toegelicht.¹³

De tweede transitie die vanuit mijn perspectief nodig is om de knelpunten in de voedingszorg rondom ondervoeding op te lossen, is de transitie van multidisciplinaire samenwerking naar interprofessionele samenwerking. Deze stap is nodig omdat effectieve voedingszorg meer vraagt dan alleen dieetbehandeling door de diëtist.

Bij interprofessionele samenwerking wordt gewerkt vanuit een gezamenlijk behandelplan, waarbij sprake is van een gedeelde verantwoordelijkheid en onderlinge afhankelijkheid tussen professionals, evenals duidelijkheid van rollen en doelen.^{14,15} Ook wordt de patiënt en zijn sociale netwerk actief betrokken bij het zorgproces, voor zover mogelijk en gewenst door de patiënt zelf (*Figuur 6*).



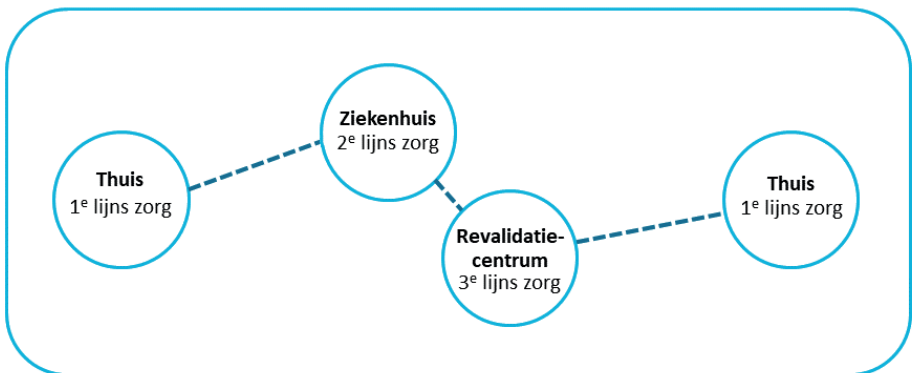
Figuur 6. Multidisciplinaire versus interprofessionele samenwerking

Dit zijn ook wensen en behoeften van ouderen, die promovendi Sandra Boxum en Sabien van Exter samen met postdoc dr. Jan-Jaap Reinders met behulp van interviews hebben vastgesteld in het project InterGAIN. Binnen dit ZonMw-project onderzoeken we de haalbaarheid en resultaten van interprofessionele samenwerking rondom ondervoeding en sarcopenie (aandoeningen die beide worden gekenmerkt door verminderde spierstatus) bij thuiswonende ouderen.

Daarbij kijken we onder andere naar resultaten in relatie tot de eerder genoemde Quadruple Aim-uitkomsten gezondheid, kwaliteit van zorg, werkplezier en kostenbeheersing.

InterGAIN is een inspirerende onderzoekssamenwerking tussen veel verschillende partners, waarbij vanuit het Radboudumc zowel de afdeling Diëtetiek als IQ Health zijn betrokken, met de leerstoel Paramedische Wetenschappen van prof. dr. Philip van der Wees.

En dan de derde transitie: van intra- of extramurale voedingszorg naar transmurale voedingszorg. De medische zorg thuis en in het ziekenhuis zijn de afgelopen jaren steeds meer in het verlengde van elkaar komen te liggen, nu de ziekenhuisopname vaak nog maar een relatief kort deel van de patiëntreis is. Dit heeft ook consequenties voor de voedingszorg. Of liever gezegd: dit biedt kansen, namelijk om de voedingstoestand juist in de thuissituatie van de patiënt te verbeteren, waarmee invulling kan worden gegeven aan ‘juiste zorg op de juiste plek’ zoals beschreven in het kader Passende zorg en het Integraal Zorgakkoord.^{1,8} Binnen de transmurale voedingszorg is aandacht voor voeding gedurende de hele patiëntreis essentieel voor het voorkomen van complicaties en het bevorderen van herstel (Figuur 7).



Figuur 7. Voorbeeld van een transmurale patiëntreis

Patiënten moeten gestimuleerd worden om voedingskeuzes te maken die passen bij hun behandeldoelen en voorkeuren, ondanks de actuele uitdaging om over te schakelen naar een meer plantaardig voedingspatroon. Dit is uitdagend omdat plantaardige eiwitten vaak een lagere kwaliteit hebben, wat het moeilijker maakt om aan de verhoogde eiwitbehoefte tijdens ziekte te voldoen.

Op dit moment zijn de eerste, tweede en derde lijn nog teveel verschillende werelden die elkaar onvoldoende kennen en weten te vinden en waar verwachtingen van elkaar niet altijd helder zijn, waardoor overdracht van voedingszorg en kwaliteit van de transmurale voedingszorg nog niet optimaal is. Vanuit de samenwerking met eerstelijnsdiëtisten weet ik dat er bijvoorbeeld nog handelingsverlegenheid is om patiënten met complexe aandoeningen te behandelen. Ook is er nog handelingsverlegenheid rondom het starten van sondevoeding in de thuissituatie, zoals we hebben geleerd uit het MONDAY-onderzoek.

Om de diëtistische zorg efficiënt en betaalbaar te houden is het echter nodig dat hoogcomplexere diëtistische zorg ook vaker in de eerste lijn plaatsvindt. Gelukkig worden daar vanuit de praktijk en ook met ondersteuning vanuit de NVD al mooie en belangrijke stappen in gezet. De regionalisatie en organisatiegraad in de regio is volop in ontwikkeling. Maar de transmurale voedingszorg kent nog een belangrijke uitdaging, namelijk de huidige financieringsstructuur. Uit een recent Nivel-rapport blijkt dat één op de tien patiënten met onbedoeld gewichtsverlies of ondervoeding meer zorg van de diëtist nodig heeft dan de drie uur die wordt vergoed vanuit de basisverzekering.¹⁶

AMBITIES

Zojuist heb ik u mijn visie geschetst op de benodigde transitie die we binnen de voedingszorg en de diëtetiek dienen te realiseren om ondervoeding nog beter te kunnen terugdringen. Betekent dit dat het op dit moment dan helemaal niet goed gaat met de voedingszorg en diëtetiek in Nederland?

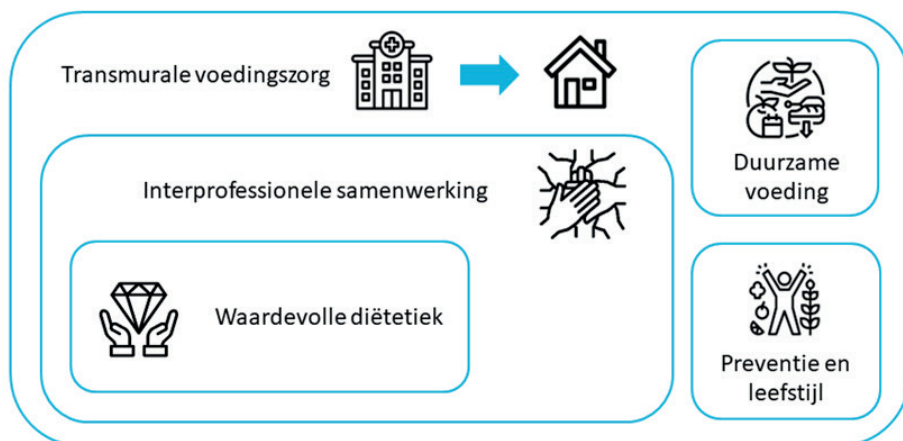
Om u gerust te stellen, in het Gronings zouden we kunnen zeggen: “'t kon minder”, wat in het Nijmeegs wordt verwoord als “we hebb'n niks te nuilen”. Zoals u merkt, ik heb nog wat te oefenen met het Nijmeegse accent. Maar naast kritisch op mijn Nijmeegse accent ben ik ook kritisch op de voedingszorg; er is altijd ruimte voor verbetering. En vanuit mijn leerstoel zal ik invulling geven aan de verbeterpunten, vanuit de ambitie om de prevalentie van ondervoeding bij patiënten en ouderen terug te dringen.

Ik heb echter ook een ambitie voor de beroepsgroep diëtetiek. Vanuit mijn leerstoel wil ik de diëtetiek nog verder academiseren, profileren en positioneren, zowel binnen het Radboudumc, als daarbuiten in de verschillende zorgsettings, landelijk en internationaal. Ik vind het belangrijk dat de diëtist haar onderzoekende houding versterkt en dat elke diëtist bijdraagt aan het vertalen van wetenschappelijk kennis naar de dagelijkse praktijk en andersom: dat knelpunten die in de praktijk worden gesignaleerd zich ook vertalen naar onderzoek en innovaties. Ik wil diëtisten uit alle zorgsettings dan ook inspireren en stimuleren om daarin een nog actievere rol in te nemen. En ik nodig alle diëtisten graag uit voor samenwerking in onderzoek!

Mocht u overigens op basis van deze afbeelding de indruk krijgen dat ik alleen vrouwen wil inspireren, dan kan ik u hierbij gerust stellen: hoewel de meeste diëtisten nog steeds vrouw zijn, wil ik uiteraard elke diëtist inspireren!

ONDERZOEKSTHEMA'S

Dan de vraag: 'Hoe wil ik dat allemaal gaan doen?'. Binnen de onderzoeksgroep rondom mijn leerstoel Diëtetiek en transmurale voedingszorg in het Radboudumc doen we onderzoek aan de hand van vijf thema's, die onderling met elkaar verbonden zijn. Waardevolle diëtetiek is de basis voor Interprofessionele samenwerking en Transmurale voedingszorg omvat interprofessionele voedingszorg, inclusief de diëtistische zorg, in de hele transmurale keten. En ook bij Duurzame voeding en Preventie en leefstijl zijn interprofessionele samenwerking en continuïteit in alle zorgsettings belangrijke aspecten (*Figuur 8*).



Figuur 8. Onderzoeksthema's binnen de leerstoel Diëtetiek en transmurale voedingszorg

De ambities die ik heb met mijn leerstoel zal ik realiseren aan de hand van deze thema's, waarbij ik zelf focus op de thema's Waardevolle diëtetiek, Interprofessionele samenwerking en Transmurale voedingszorg, en waarbij dr. Manon van den Berg, themaleider Voeding in het Radboudumc, focust op de thema's Duurzame voeding en Preventie en leefstijl.

Waardevolle diëtetiek



Allereerst het thema Waardevolle diëtetiek. De basis van waardevolle diëtetiek is evidence-based diëtetiek. Ik vind het echter belangrijk dat we verder kijken dan wetenschappelijke onderbouwing voor effectiviteit van diëtistische interventies. Een wetenschappelijk effectief bewezen dieetbehandeling is alleen relevant als deze aansluit bij de wensen en behoeften van de individuele patiënt.

De term 'waardevolle diëtetiek' is afgeleid van 'waardevolle zorg'.

Hoewel landelijk nog vaak de term 'waardegedreven zorg' wordt gebruikt, sluit ik me graag aan bij de visie van de werkgroep in het Radboudumc die zich over het concept waardegedreven zorg heeft gebogen.

Gebaseerd op de werkdefinitie van waardevolle zorg zoals opgesteld door deze werkgroep,¹⁷ stel ik voor waardevolle diëtetiek te beschrijven als: persoonsgerichte, respectvolle, empathische en kwalitatief hoogstaande diëtistische zorg, die zowel in het zorgproces als in uitkomsten aantoonbaar bijdraagt aan de voedingstoestand en daarmee de gezondheid of de kwaliteit van leven van mensen, gegeven hun ziekte en hun context; die bijdraagt aan de oplossing van maatschappelijke opgaven rond gezondheid en welzijn, en daarbij bijdraagt aan het professionele welzijn van diëtisten.

De term 'waardevolle' in plaats van 'waardegedreven' zorg spreekt mij zeer aan, omdat binnen het concept waardevolle zorg eerst bij de patiënt wordt uitgevraagd wat hij of zij belangrijk vindt, terwijl de waarden bij het concept waardegedreven zorg al min of meer vaststaan.

In samenwerking met het interprofessionele research program Value-based networked care in het Radboudumc, waarin methoden worden ontwikkeld om kernwaarden van patiënten meetbaar te maken, wil ik de meerwaarde van diëtistische zorg in relatie tot kernwaarden van de patiënt evalueren en de diëtistische zorg in de verschillende zorgsettings waar nodig meer waardevol maken. Ook wil ik specifiek onderzoeken of preventie van ondervoeding meerwaarde heeft voor gezondheid en kwaliteit van leven van de patiënt en bijdraagt aan kostenbeheersing binnen de transmurale patiëntreis.

Binnen mijn hele onderzoeksprogramma zal practice-based onderzoek een belangrijke rol spelen, waarbij diëtisten zelf onderzoeksgegevens in de dagelijkse praktijk verzamelen, die vervolgens worden geanalyseerd om wetenschappelijke onderzoeksvragen te beantwoorden.

Een voorbeeld van practice-based onderzoek dat we met Andrea den Boeft en dr. Heidi Zweers vanuit de Diëtetiek en prof. dr. Marc Vervloet van de afdeling Nefrologie in het Radboudumc aan het opzetten zijn, is het onderzoek waarin we bij patiënten met nierziekten willen bepalen hoe de voedingstoestand tijdens de dieetbehandeling verloopt en wat de relatie is tussen ondervoeding en het verloop in de nierfunctie.

Het practice-based onderzoek zal ik aanvullen met fundamenteel onderzoek. Vanuit mijn visie zal de diëtetiek zich niet alleen moeten richten op praktijkgericht onderzoek en de toepassingskant, maar zullen we ook zelf moeten bijdragen aan het begrijpen van de mechanismen die voedingsstoornissen zoals ondervoeding veroorzaken en de mechanismen die dieetinterventies waardevol maken. Kennis op dat vlak geeft de mogelijkheid om dieetbehandelingen in de toekomst verder te kunnen personaliseren.

Zo beogen we in het voorgestelde project GUTNUTS, dat dr. Shirley Muñoz binnen het Europese Marie Curie Postdoctoral Fellowship programma heeft ingediend, eerste stappen te zetten om de relatie tussen het microbioom en ondervoeding bij patiënten met de ziekte van Parkinson te ontrafelen. Het microbioom is de verzameling van alle micro-organismen die het menselijk lichaam bevolken en de totale set aan genen die deze micro-organismen gezamenlijk hebben. In dit project bundelen we krachten vanuit de afdeling Diëtetiek, de afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten met dr. Geert Wanten, de afdeling Neurologie met prof. dr. Bas Bloem, dr. Nienke de Vries en dr. Elbrich Postma, en de groep van prof. dr. Lydia Afman van de Wageningen Universiteit.

Een ander type fundamenteel onderzoek is het onderzoek waarin we met behulp van zogenoemde conversatie-analyse willen begrijpen hoe gesprekstechnieken van de diëtist de effectiviteit van de dieetbehandeling beïnvloeden. Aan het onderzoek dat mijn Hanze-promovenda Alyanne Barkmeijer in samenwerking met prof. dr. Hedwig te Molder van de Vrije Universiteit Amsterdam en dr. Joyce Lamerichs van de Hogeschool Windesheim

momenteel doet bij patiënten met ondervoeding in de eerste lijn wil ik graag vervolg geven bij andere patiëntgroepen en in andere zorgsettings.

Hiertoe gaat bijna gepromoveerd diëtist-onderzoeker Annemiek van Wegberg in het Radboudumc met hulp van een studente van de Hanze starten met het verzamelen van data bij patiënten met metabole ziekten. Vervolgens gaan we in samenwerking met studenten van de groep van prof. dr. Hedwig te Molder kijken naar interactiepatronen in de gesprekken met behulp van conversatie-analyse. Dit onderzoek is uniek binnen de diëtetiek, ook internationaal, omdat het de effectiviteit van dieetbehandelingen anders benadert dan met de gebruikelijke focus op effecten van voedingsstoffen op de voedingstoestand. Met dit onderzoek willen we ook handvatten geven voor doorontwikkeling van het skills-onderwijs binnen de opleidingen Voeding en Diëtetiek.

Interprofessionele samenwerking



Dan het tweede onderzoeksthema: Interprofessionele samenwerking. Binnen dit thema wil ik de samenwerking tussen diëtisten en andere bij de voedingszorg betrokken professionals verder optimaliseren en evalueren. Daarbij zal ik onder andere expliciet de interprofessionele identiteit van diëtisten onderzoeken. Interprofessionele identiteit verwijst naar de manier waarop individuen zich identificeren en verbonden voelen met verschillende beroepen of disciplines binnen de gezondheidszorg

of een ander werkveld. Het is bekend dat interprofessionele identiteit een voorspeller is van interprofessioneel samenwerkingsgedrag.¹⁸

In onze eerste verkenning naar de interprofessionele identiteit van Nederlandse diëtisten en fysiotherapeuten in relatie tot behandeling van ondervoeding en sarcopenie bleek dat diëtisten net als fysiotherapeuten best een sterke interprofessionele identiteit hebben, maar dat die van diëtisten wel lager is dan die van fysiotherapeuten.¹⁹

In dit online survey onderzoek konden we interprofessionele identiteit echter niet relateren aan gedrag in de praktijk. Dat gaan we wel doen in het project InterGAIN, waarmee we verdiepende inzichten zullen verkrijgen over de factoren die daadwerkelijk interprofessionele samenwerking in de eerste lijn beïnvloeden.

Binnen het thema interprofessionele samenwerking zijn we ook aan het verkennen hoe we de voedingsinname en voedingstoestand van patiënten die zijn opgenomen op de IC in het Radboudumc en de relatie met lange termijn uitkomsten in kaart kunnen brengen. Samen met prof. dr. Mark van den Boogaard, hoogleraar Verplegingswetenschap Acute en Intensive Care, willen we daarbij ook kijken naar de rol van de verpleegkundige in de voedingszorg bij patiënten tijdens en na IC-verblijf.

Naast interprofessionele samenwerking binnen het zorgdomein wil ik me met mijn onderzoek ook richten op interprofessionele samenwerking tussen het zorgdomein en sociale domein, en het publieke gezondheidsdomein. In samenwerking met onder andere professor Gerdine Fransen-Kuppens van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid

(oftewel AMPHI, een samenwerkingsverband tussen meerdere GGD-en, gemeenten en de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc), met sociaal werkers van Sterker en met studenten en docent-onderzoekers van onder andere de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen gaan we hiertoe een eerste stap maken, door het bewustzijn van ouderen rondom ondervoeding te onderzoeken bij ouderen van verschillende sociaal-economische achtergronden.

Daarnaast gaan we in samenwerking met de Preventiehub in Nijmegen en de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen ook onderzoek in co-creatie met ouderen uitvoeren. Bijvoorbeeld in de Nijmeegse wijk Lindenholt, waar we gezamenlijk met oudere bewoners gaan werken aan een beter bewustzijn en herkenning van ondervoeding en de onderliggende risicofactoren.

Transmurale voedingszorg



Dan het derde onderzoeksthema: transmurale voedingszorg. Vanuit dit thema wil ik de continuïteit van de voedingszorg, inclusief de diëtistische behandeling, tijdens de hele transmurale patiëntreis optimaliseren. Daarbij zullen verschillende aspecten worden geadresseerd, van transmurale screening, diagnostiek en monitoring, tot substitutie van voedingszorg. Met substitutie van voedingszorg wordt onder andere het verplaatsen van zorg vanuit de ziekenhuissetting naar de eerstelijnssetting bedoeld,

om meer efficiënte en betaalbare voedingszorg dichterbij huis van de patiënt te kunnen bieden. Vanzelfsprekend zal hiertoe ook worden samengewerkt met het landelijke PAR-EL-consortium, dat wordt geleid door prof. dr. Philip van der Wees.

Om optimale transmurale voedingszorg te kunnen bieden is accurate en tijdige diagnostiek van voedingsstoornissen zoals ondervoeding en sarcopenie met behulp van nutritional assessment cruciaal. Vanuit het landelijke OPTIMISE-consortium, een onderzoekssamenwerking tussen diëtisten uit de eerste, tweede en derde lijn, patiëntvertegenwoordigers en onderzoekers, willen we daartoe kennisvragen rondom nutritional assessment zoals beschreven in de landelijke Kennisagenda Diëtetiek beantwoorden.

Duurzame voeding



Het vierde onderzoeksthema is Duurzame voeding. Het Radboudumc is actief betrokken bij de verschuiving naar een meer plantaardig voedingspatroon die is ingezet vanwege de klimaatcrisis. Het Radboudumc is al sinds 2015 partner in de Green Deal Duurzame Zorg,²⁰⁻²² waarin vanuit de Rijksoverheid afspraken zijn gemaakt met de zorgsector, overheden, verzekeraars en bedrijven om deze eiwittransitie te realiseren. De onderzoekslijn Duurzame voeding is dan ook al vóór de start van mijn leerstoel geïnitieerd.

Vanuit de Diëtetiek doen we in samenwerking met de artsen dr. Philip de Reuver, dr. Marjolijn Duijvestein, dr. Hugo Touw en dr. Dienneke van Asselt van respectievelijk de afdelingen

Heelkunde, Maag- Darm- en Leverziekten, Intensive Care en Geriatrie, onderzoek naar implementatie van een meer plantaardig voedingspatroon in de praktijk. Op dit moment hebben we namelijk nog onvoldoende handvatten hoe we deze transitie naar een meer plantaardig voedingspatroon het beste bij patiënten kunnen realiseren en hebben we nog onvoldoende kennis over de lange termijn effecten van deze transitie bij patiënten. Met het onderzoek binnen het thema Duurzame voeding willen we dan ook patiënten empoweren om een verschuiving naar een meer plantaardig voedingspatroon te kunnen realiseren, zonder dat dit ten koste gaat van de voedingstoestand van de patiënt.

Preventie en leefstijl



Tot slot het vijfde onderzoeksthema, Preventie en leefstijl, een thema waarin de Diëtetiek van het Radboudumc vanuit het themaleiderschap Voeding ook al een aantal jaren actief is. Terwijl preventie van ondervoeding specifiek onderdeel is van de onderzoeksthema's Waardevolle diëtetiek, Interprofessionele samenwerking en Transmurale voedingszorg, richt het onderzoeksthema Preventie en leefstijl zich in brede zin op zorggerelateerde preventie, om met goede voeding verslechtering, complicaties en beperkingen bij mensen die al gezondheidsproblemen hebben te voorkomen.

Vanuit de samenwerking met prof. dr. Pim Assendelft van Eerstelijngeneeskunde en de Preventiehub wordt daarbij onder andere effectiviteit van strategieën onderzocht om het belang van voeding en leefstijl en de rol van toekomstige artsen in het kader van zorggerelateerde preventie onderdeel te maken van het zorgproces.

De Diëtetiek heeft ook een belangrijke rol in het onderwijs over voeding binnen de curricula van Geneeskunde en Biomedische wetenschappen, zowel in het Radboudumc, als landelijk, waarbij dr. Manon van den Berg bijvoorbeeld in opdracht van de Coalitie Leefstijl in de Zorg de landelijke leerdoelen over voeding voor het Geneeskunde onderwijs opstelt.

TOT SLOT

Geachte aanwezigen, ik heb u zojuist mijn visie geschetst op de benodigde transitie in de voedingszorg en de diëtetiek en heb u meegenomen in mijn onderzoeksambities.

Met mijn leerstoel Diëtetiek en transmurale voedingszorg wil ik waardevolle transmurale en interprofessionele voedingszorg realiseren en de diëtetiek in de verschillende zorgsettings verder academiseren, profileren en positioneren. Dat wil ik doen in nauwe samenwerking met patiënten en ouderen, diëtisten en andere professionals uit de praktijk, en met studenten en docenten uit het onderwijs.

Daarbij wil ik dat de meerwaarde van de diëtist nog sterker blijkt uit verbeterde gezondheidsuitkomsten, betere kwaliteit van zorg, verhoogd werkplezier en kostenbeheersing, oftewel, ik wil een significante impact op de gezondheidszorg realiseren.

DANKWOORD

Het is voor mij een grote eer dat ik deze leerstoel, die is ingesteld door de NVD, met ondersteuning van het Centrum voor Buik en Bekken van het Radboudumc, mag bekleden. Zowel de NVD, in het bijzonder directeur Bianca Rootsaert en alle NVD-leden, als de afdelingen Maag-, Darm en Leverziekten en Diëtetiek, Heelkunde, Gynaecologie en Urologie en het Centrum voor Buik en Bekken van het Radboudumc wil ik dan ook heel hartelijk bedanken voor het mogelijk maken van deze leerstoel.

De Raad van Bestuur van het Radboudumc, het College van Bestuur van de Radboud Universiteit en de leden van de benoemingsadviescommissie wil ik heel hartelijk bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen om deze leerstoel te bekleden.

Aan het instellen van de leerstoel in het Radboudumc hebben veel mensen een bijdrage geleverd. Helaas kan ik niet iedereen bij naam noemen, maar bij de rol van een aantal mensen wil ik graag expliciet stilstaan.

Te beginnen met de afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten.

Marjo Peters (teammanager Diëtetiek en Darmfalen), professor Joost Drenth (voormalig afdelingshoofd van de afdeling), dr. Dirk de Jong (huidig afdelingshoofd) en dr. Mariëlle Ouwens (voormalig bedrijfsleider van de afdeling), ik wil jullie heel hartelijk bedanken voor jullie vooruitstrevende visie en alle inspanningen om de leerstoel mogelijk te maken en deze door te ontwikkelen. Vanaf dag één voel ik jullie vertrouwen in mij, waar ik erg dankbaar voor ben en maakt dat ik me sinds de start als een vis in het water voel in het Radboudumc. Marjo, ook wil ik je bedanken voor jouw strategische helikopterview, verbindende kracht en daadkracht.

Daarnaast veel dank aan dr. Manon van den Berg, alle overige diëtisten en de collega's van het secretariaat Diëtetiek van het Radboudumc. Ik waardeer de fijne samenwerking zeer en ik kijk er naar uit om onze onderzoeksambities vanuit de afdeling Diëtetiek in de toekomst gezamenlijk te realiseren.

Prof. dr. Philip van der Wees, graag wil ik jou heel hartelijk bedanken voor al je inspanningen om de leerstoel mogelijk te maken, maar ook voor je persoonlijke support en verbindende kracht. Je hebt in het Radboudumc een hele mooie infrastructuur neergezet om het paramedisch onderzoek te versterken en positioneren, en het is een eer om de derde paramedische leerstoel in het Radboudumc naast jou en prof. dr. Maud Graff, hoogleraar Ergotherapie, te mogen vervullen.

Ook prof. dr. Maud Graff wil ik graag bedanken voor het warme welkom. Ik kijk er naar uit om de fijne samenwerking die we binnen het PAREL-project zijn gestart voort te zetten als directe collega's in het Radboudumc.

Alle senior onderzoekers van de paramedische onderzoeksgroep en de collega's van Verplegingswetenschappen in het Radboudumc wil ik graag bedanken voor de collegialiteit en fijne team spirit.

Ondertussen ziet u een foto van mij die ik uiteraard niet zelf heb kunnen maken. Graag bedank ik de pedel, mr. Nico Bouwman, niet alleen voor zijn verborgen talent als fotograaf, maar ook voor de geweldige organisatie in de aanloop naar deze dag, samen met zijn team.

In mijn ontwikkeling van diëtist tot lector en daarna hoogleraar heb ik veel support en inspiratie ervaren van veel mensen, waarvan ik een aantal graag ook expliciet wil benoemen. Allereerst em. prof. dr. Jan Roodenburg, mijn eerste promotor tijdens mijn promotieonderzoek en inmiddels mijn Brother in Science. Jan, ik ben je zeer dankbaar voor je continue mentorship en vertrouwen in mij, zowel tijdens mijn promotie als in de periode erna. Je bent voor mij een rolmodel als begeleider.

Em. prof. dr. Pieter Dijkstra, ik denk nog regelmatig terug aan de tijd waarin je mij als dagelijks begeleider en promotor tijdens mijn promotieonderzoek de fijne kneepjes van het onderzoeksvak leerde; veel dank voor de fijne wijze waarop je dat deed en het fijne contact dat we altijd hebben gehouden.

De ruimte die ik vanuit de afdeling MKA-Chirurgie in het UMCG kreeg om als paramedicus promotieonderzoek te doen en mijn onderzoek ook na mijn promotie binnen de afdeling voort te zetten heb ik altijd zeer gewaardeerd. Daarvoor wil ik em. prof. dr. Lambert de Bont (voormalig Afdelingshoofd van de MKA-Chirurgie) en prof. dr. Fred Spijkervet (huidig afdelingshoofd van de afdeling) heel hartelijk bedanken.

Em. prof. dr. Cees van der Schans (voormalig leading lector van ons lectoraat Healthy Ageing, Allied Health Care and Nursing aan de Hanze), dankzij jou heb ik 13 jaar geleden als jonge postdoc de overstap gemaakt naar de Hanze, waar jij me alle ruimte gaf om een onderzoeksprogramma rondom ondervoeding op te zetten en me te ontwikkelen tot lector. Ik ben je erg dankbaar voor alle kansen die je me hebt geboden, je vertrouwen in mij en je support om mijn visie te ontwikkelen en uit te dragen.

Zoals ik vertelde hebben patiënten mij geïnspireerd om onderzoek te gaan doen. Graag wil ik alle patiënten, patiëntvertegenwoordigers en ouderen die in verschillende rollen, van onderzoeksdeelnemer tot projectpartner, hebben bijgedragen aan het onderzoek heel hartelijk bedanken voor de waardevolle en inspirerende inbreng. Ik ben ook erg dankbaar dat een aantal mensen vandaag bij mijn oratie aanwezig is, hetzij fysiek of online.

Al mijn collega's in het lectoraat van de Hanze, oftewel de lectoren, senior onderzoekers, postdocs, promovendi, junior onderzoekers en ondersteuners wil ik graag bedanken voor de inspirerende interprofessionele samenwerking en de fijne werksfeer in ons Cees van der Schans-lab.

Een belangrijk onderdeel van mijn werk is het begeleiden van promovendi. Het leuke daaraan is niet alleen dat je nieuwe onderzoekers kan empoweren om zich verder te ontwikkelen, maar dat je er zelf ook van leert. Ik wil dan ook al specifiek mijn huidige en voormalige promovendi bedanken voor alle inspiratie en prettige samenwerking. Daarbij ben ik zeer trots dat dr. Martine Sealy en dr. Iris van Vliet inmiddels zelf zijn doorgegroeid tot senior onderzoeker in ons lectoraat bij de Hanze.

Onderzoek binnen het vakgebied diëtetiek kan niet zonder de samenwerking met collega-diëtisten. In mijn ruim 20-jarige loopbaan als onderzoeker heb ik mogen samenwerken met veel collega's werkzaam in de verschillende zorgsettings in de praktijk, onderzoek en onderwijs. Graag wil ik jullie allen heel hartelijk bedanken voor jullie waardevolle input en de fijne en leerzame samenwerking.

Specifiek wil ik daarbij graag prof. dr. Marian de van der Schueren bedanken. Als de twee hoogleraren Diëtetiek in Nederland trekken we waar mogelijk samen op en bundelen we onze krachten om de diëtetiek niet alleen in Nederland, maar ook internationaal nog steviger op de kaart te zetten. Dank voor de fijne samenwerking hierin.

Uiteraard ook veel dank aan mijn vrienden en familie. Ans van Stijgeren en Niki Doornink: onze vriendschap die is ontstaan als LWDO-collega's gaat alweer heel wat jaren terug. Dit keer is ons jaarlijks uitje in de zomer er helaas niet van gekomen, maar wat mij betreft halen we dat spoedig in.

De internationale samenwerking met dr. Faith Ottery, dr. Susan DeBolt en Suzanne Kasenic rondom de PG-SGA was niet alleen vakinhoudelijk inspirerend, het heeft ook geleid tot een hele mooie vriendschap. Dear Faith, Susan and Suzanne, thank you very much for your continuing inspiration and friendship.

Pap en mam, veel dank voor de liefde en alle ruimte die jullie me altijd hebben gegeven.

En tot slot: mijn lief, mijn soulmate: ik weet dat je supertrots op me bent. Heel veel dank voor al je liefde, steun en humor.

Ik heb gezegd.

REFERENTIES

1. Integraal Zorgakkoord. Samen werken aan gezonde zorg. 2022
2. <https://www.vzinfo.nl/preventie/wat-is-preventie>
3. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr* 2017;36(1):49-64
4. Bauer MS, Kirchner J. Implementation science: what is it and why should I care? *Psychiatr Res* 2020;283:112376
5. Zügül Y, van Rossum C, Visser M. Prevalence of Undernutrition in Community-Dwelling Older Adults in The Netherlands: Application of the SNAQ65+ Screening Tool and GLIM Consensus Criteria. *Nutrients* 2023;15(18):3917
6. Kruijenga H, van Keeken S, Weijs P, Bastiaanse L, Beijer S, Huisman-de Waal G, Jager-Wittenaar H, Jonkers-Schuitema C, Klos M, Remijnse-Meester W, Witteman B, Thijs A. Undernutrition screening survey in 564,063 patients: patients with a positive undernutrition screening score stay in hospital 1.4 d longer. *Am J Clin Nutr* 2016;103(4):1026-32
7. Nationaal Preventieakkoord. Naar een gezonder Nederland. 2018
8. Kader Passende Zorg. Zorginstituut Nederland. 2022
9. GALA. Gezond en Actief Leven Akkoord. 2023
10. Visie eerstelijnszorg 2030. 2024
11. Kennisagenda Diëtetiek 2024-2030. Nederlandse Vereniging van Diëtisten. 2024
12. Sealy MJ, Haß U, Ottery FD, van der Schans CP, Roodenburg JLN, Jager-Wittenaar H. Translation and Cultural Adaptation of the Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment: An Interdisciplinary Nutritional Instrument Appropriate for Dutch Cancer Patients. *Cancer Nurs* 2018;41(6):450-462
13. Jager-Wittenaar H, Sealy M, Naumann E, de van der Schueren M. Nutritional risk screening: a need to guide Alice in Nutritionland. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2024;27(5):381-386
14. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. Effective interprofessional education: Assumption, argument, and evidence. Oxford, UK: Blackwell, 2005
15. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional teamwork for health and social care. London, UK: Blackwell-Wiley, 2010
16. Van Dronkelaar C, Meijer W. Infographic. Cliënten met onbedoeld gewichtsverlies of ondervoeding bij de diëtist in 2020, 2021 en 2022. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Utrecht: Nivel, 2024
17. Boenink M, Van Engelen B, Engels Y, Hendriks M, Kremer J, Melis R, De Visser M, Van der Wees P, Westert G. Waardevolle zorg: waarden van de patiënt, de zorgprofessional en de samenleving gewogen. *Radboudumc* 2023
18. Reinders JJ, Krijnen W. Interprofessional identity and motivation towards interprofessional collaboration. *Med Educ* 2023;57(11):1068-1078

19. Reinders JJ, Hobbelen JSM, Tieland M, Weijs PJM, Jager-Wittenaar H. Interprofessional Treatment of Malnutrition and Sarcopenia by Dietitians and Physiotherapists: Exploring Attitudes, Interprofessional Identity, Facilitators, Barriers, and Occurrence. *J Multidiscip Healthc* 2022;15:1247-1260.
20. Green Deal Zorg Nederland op weg naar Duurzame Zorg. Milieu Platform Zorgsector. 2015
21. Green Deal Duurzame Zorg 2.0. Rijksoverheid. 2021
22. C-238 GREEN DEAL: Samen werken aan duurzame zorg. Rijksoverheid. 2022

