

Herziene Zorgmodule Voeding 2026



Zorgwijzer Voeding

De Zorgwijzer Voeding bevat vijf voedingszorgprofielen die worden bepaald door de medische diagnose en/of de hulpvraag van de patiënt. Elk profiel geeft aan welk niveau van voedingszorg passend is en welke actie vereist.

Voor ieder profiel geldt dat er zo nodig een periodieke evaluatie plaatsvindt tussen patiënt/zorgverlener over de voortgang van de passende voedingszorg.

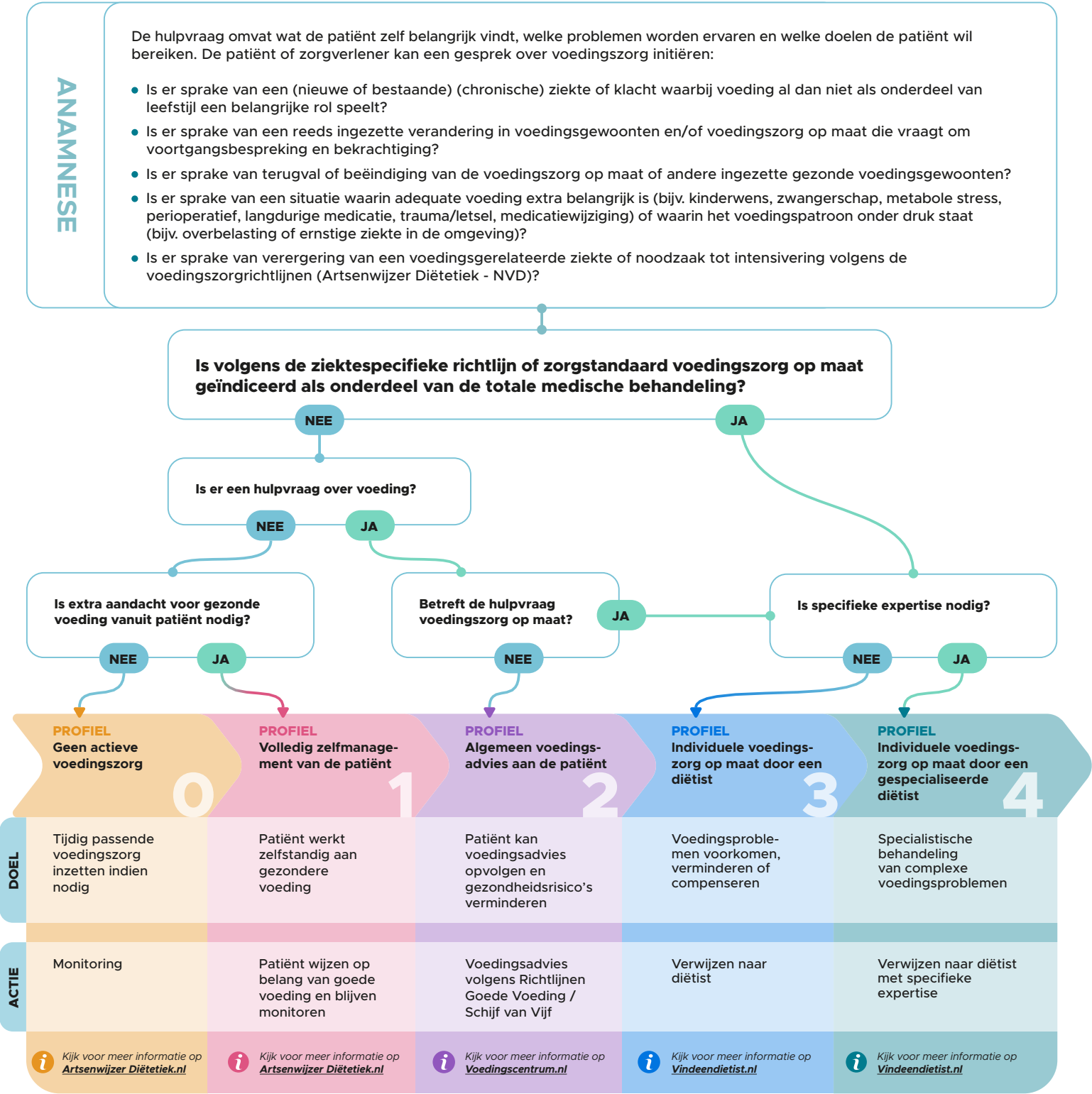
Op basis van de uitkomsten hiervan kan een patiënt in een ander profiel vallen met de daarbij te nemen actie.

De Zorgmodule Voeding gaat uit van het stepped & matched care-principe en van interprofessioneel samenwerken, waarbij zorgverleners elkaar aanvullen en samenwerken bij het opvolgen van adviezen.

De Zorgmodule Voeding gaat uit van:

- Stepped & matched care principe
- Interprofessioneel samenwerken waar van toepassing voor opvolgen adviezen, elkaar aanvullen in kennis, kunde en taken.

Voor profiel 0 tot en met 4 geldt dat er zo nodig een periodieke evaluatie plaatsvindt tussen patiënt/zorgverlener over de voortgang van de passende voedingszorg. Op basis van de uitkomsten van deze periodieke evaluatie kan een patiënt in een ander profiel vallen met de daarbij te nemen actie (Stepped & matched care principe).



Figuur 1.

1 Waar in deze Zorgmodule wordt gesproken over **dieetbehandeling** hebben we het over voedingszorg op maat door de diëtist.

2 In deze Zorgmodule wordt 'patiënt' als neutraal verzamelbegrip gebruikt; waar 'patiënt' staat kan ook 'cliënt' of 'zorgvrager' worden gelezen, en waar persoonlijke voornaamwoorden voorkomen kan 'hij/zij/die' worden gelezen.

3 De Zorgmodule Voeding is officieel opgesteld voor zorgverleners werkzaam in de zorgsector. De zorgverlener is verantwoordelijk voor het inzetten van passende voedingszorg; hulpverleners kunnen daarbij, waar passend, ondersteunen bij de uitvoering.

4 De basis van de Zorgmodule Voeding zijn de Richtlijnen goede voeding (2026) van de Gezondheidsraad en/of de praktische vertaalslag hiervan in de Schijf van Vijf zoals gepresenteerd door het Voedingscentrum.

5 Hulpverleners zijn professionals die niet onder de Wet BIG vallen, maar die wel voedingsadviezen kunnen geven op basis van de Schijf van Vijf. Zij zijn nauw verbonden met leefstijlaspecten, waaronder voeding, en werken ondersteunend aan de zorgverlener.

6 Vind een diëtist in de eigen buurt van patiënt via de website: Vind een diëtist - NVD.

7 Stepped & matched care: **Gefaseerde en afgestemde zorg**: de zorg start met de minst intensieve en minst belastende interventie (*stapgewijs*), en wordt waar nodig opgeschaald. Tegelijk wordt de zorg altijd afgestemd op de individuele zorgbehoefte, situatie en voorkeuren van de patiënt (*afgestemd*). Stepped & matched care betekent dat de zorg wordt afgestemd op zowel de medische noodzaak als de hulpvraag en voorkeuren van de patiënt.

Leeswijzer Zorgmodule Voeding

Onderstaand een overzicht van belangrijke termen met definities, die van belang zijn om te weten, voordat gestart wordt met het lezen van de Zorgmodule Voeding.

In deze Zorgmodule gebruiken we de term ‘**Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf**’ voor de Richtlijnen goede voeding en de praktische uitwerking daarvan in de Schijf van Vijf (Voedingscentrum).

De Zorgmodule Voeding is primair geschreven voor zorgverleners. Een **zorgverlener** is iemand die beroepsmatig zorg verleent en valt onder de wet BIG. Beroepen die hieronder vallen zijn: Artikel 3-, 34- en artikel 36a-beroepen. Wettelijk erkende specialismen vallen onder artikel 14. Zie hiervoor [Beroepen – BIG wet](#)

Een zorgverlener kan, waar passend (met name bij profiel 1 en 2), samenwerken met hulpverleners. Dit zijn professionals die niet onder de Wet BIG vallen, maar die wel voedingsadviezen kunnen geven op basis van de Schijf van Vijf. Zij zijn nauw verbonden met leefstijlaspecten, waaronder voeding, en werken ondersteunend aan de zorgverlener. Voorbeelden hiervan zijn: leefstijlcoaches, gewichtsconsulenten, hulpverleners mondzorg, lactatiekundigen en anderen.

Voedingszorg wordt verleend door een zorgverlener die acteert op voeding en omvat alle zorg op het gebied van het aanleren van gezond of aangepast voedingsgedrag bij de preventie en behandeling van (chronische) ziekten. Voedingszorginterventies kunnen bijvoorbeeld zijn:

- Voedingsadvies:** Algemeen advies over voeding, gericht op het inpassen van de Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf in het dagelijks leven.
- Voedingszorg op maat door de diëtist:** Een dieet is een aangepaste voeding op basis van een medische indicatie. De medische indicatie maakt een aanpassing van de voeding noodzakelijk of wenselijk. Dieetadvies/dieetbehandelingen worden opgesteld door diëtisten die hiervoor zijn opgeleid.

Als er geen medische reden aanwezig is om voeding aan te passen, dan hanteren we de term **voedingspatroon**.

In deze Zorgmodule gebruiken we de term ‘**patiënt**’ als neutraal verzamelbegrip voor iedereen die voedingszorg ontvangt, ongeacht leeftijd, zorgsetting of rol. We vermijden waar mogelijk persoonlijke voornaamwoorden. Waar disciplines of functies worden genoemd, doen we dit in neutrale, gelijkwaardige taal.

Inhoud

Hoofdstuk 1 Inleiding	6
1.1 Inleiding	6
1.2 Waarom deze Zorgmodule Voeding? (Relevantie)	6
1.2.1 Belang van goede voeding	6
1.2.2 Belang van de Zorgmodule Voeding	6
1.3 Waar richt de Zorgmodule Voeding zich niet op?	7
1.4 De Zorgmodule Voeding in relatie tot andere kwaliteitsinstrumenten	7
1.5 Uitgangspunten Zorgmodule Voeding (methode)	8
1.6 Opbouw Zorgmodule Voeding	8
 Hoofdstuk 2 - Het proces rond voedingszorg	 10
2.1 Inleiding	10
2.2 Startpunt Zorgmodule Voeding	10
2.3 Keuze profiel	10
2.4 Profielen	11
2.5 Individueel behandelplan	11
2.6 Evaluatie profiel	11
2.7 Verwijzen	11
2.8 Tot slot	12
 Hoofdstuk 3 - Voedingszorg	 14
3.1 Inleiding	14
3.2 Competenties	14
3.2.1 Opleiding, gedragscode, beroepsprofiel	14
3.2.2 Kennis van de Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf	14
3.2.3 Stimuleren gedragsverandering	14
3.2.4 Bevorderen en ondersteunen zelfmanagement	15
3.2.5 Interprofessioneel samenwerken	15
 Hoofdstuk 4 - De Profielen	 18
4.1 Inleiding	18
4.2 Profiel 0 – Geen actieve voedingszorg	18
4.3 Profiel 1 – Volledig zelfmanagement patiënt	18
4.4 Profiel 2 – Algemeen voedingsadvies	19
4.5 Profiel 3 – Individuele dieetbehandeling	19
4.6 Profiel 4 – Individuele dieetbehandeling vanuit specifieke expertise	20
 Hoofdstuk 5 Kwaliteitsindicatoren	 22
 Hoofdstuk 6 Implementatie Zorgmodule Voeding	 22
 Bijlage 1: Verantwoording van de totstandkoming	 24
1 Aanleiding en doel van de herziening	24
2 Werkwijze (AQUA) en werkgroepsproces	24
3 Knelpuntenanalyse en afbakening van scope	24
4 Uitgangsvragen en onderbouwing	24
5 Werkgroep, klankbordgroep en besluitvorming	25
6 Externe commentaarronde	25
7 Autorisatie, financiering en actualisatie	25
 Bijlage 2: De Schijf van Vijf van het Voedingscentrum	 26
 Bijlage 3: Definitielijst Zorgmodule Voeding	 28
 Bijlage 4: Referenties	 32

Hoofdstuk 1

Inleiding

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt uitgelegd wat het doel en de functie van de Zorgmodule Voeding zijn en hoe een Zorgmodule zich verhoudt tot zorgstandaarden en andere kwaliteitsinstrumenten. Daarna wordt toegelicht wat de Zorgmodule Voeding inhoudt en op welke uitgangspunten deze is gebaseerd. Ook wordt de relevantie van de Zorgmodule Voeding besproken. Tot slot wordt uitgelegd hoe de herziening van de Zorgmodule Voeding 2012 is aangepakt.

1.2 Waarom deze Zorgmodule Voeding? (Relevantie)

1.2.1 Belang van goede voeding

Voeding is essentieel voor het functioneren, herstellen en gezond blijven van het lichaam. Goede voeding levert de energie en voedingsstoffen die nodig zijn voor het lichaam om zo gezond mogelijk te blijven. Het helpt daarmee ziekten te voorkomen en is ook essentieel in de behandeling van (chronische) ziekten. Onvoldoende of juist de inname van te veel voedingsstoffen kan leiden tot ondervoeding, niet passende voeding, of overvoeding, wat de kwaliteit van leven vermindert en de zorgvraag verhoogt. Uit cijfers van het RIVM⁷ blijkt dat een ongezond voedingspatroon in Nederland verantwoordelijk is voor 8,1% van de totale

ziektelast in Nederland, wat leidt tot 12.900 sterfgevallen en €6 miljard aan zorgkosten per jaar. Minder dan de helft van de bevolking eet volgens de Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf. Ongezonde leefstijl, waaronder ongezonde voedingsinname, roken, alcoholgebruik, langdurige stress en te weinig bewegen, veroorzaakt zelfs een derde tot 40% van de ziekte last in Nederland⁸. Het verbeteren van ongezonde voedingsgewoonten verkleint het risico op (chronische) ziekten zoals hart- en vaatziekten, diabetes type 2 en obesitas en kan klachten verminderen en herstel ondersteunen.

Kortom: Goede voeding en leefstijl zijn cruciaal voor het voorkomen en beheersen van ziekten en het bevorderen van de kwaliteit van leven.

1.2.2 Belang van de Zorgmodule Voeding

De Zorgmodule Voeding biedt een helder en eenduidig kader voor voedingszorg en is bedoeld als handvat voor iedereen die in de eerste-, tweede- en derdelijnszorg betrokken is bij voedingszorg. Daarmee vormt deze module de basis voor passende voedingszorg in alle lagen van de gezondheidszorg.

De Zorgmodule Voeding richt zich op individuele preventie. Dit betekent voedingszorg bij

- Mensen met een verhoogd risico op ziekte (geïndiceerde preventie) en
- Bij mensen met een bestaande (chronische) aandoening om verergering te voorkomen (zorggerelateerde preventie).

Preventie op groepsniveau (universele en selectieve preventie) valt buiten de reikwijdte van deze Zorgmodule.

De Zorgmodule Voeding bevat vijf profielen (0 t/m 4), omdat niet iedereen dezelfde soort of intensiteit van voedingszorg nodig heeft. Mensen verschillen in gezondheidstoestand, risicofactoren, leefomgeving, gezondheidsvaardigheden, motivatie en wat in het dagelijks leven haalbaar is.

Om ervoor te zorgen dat iedereen passende voedingszorg krijgt, werkt de Zorgmodule volgens het stepped & matched care-principe (gefaseerde en afgestemde zorg). Dit betekent: starten met de minst intensieve en minst belastende ondersteuning die passend is, en waar nodig opschalen. Tegelijk wordt de aanpak afgestemd op de individuele situatie, voorkeuren en doelen. Zorgverlener en patiënt besluiten hierover samen (Samen Beslissen¹⁰).

Figuur 1 (stroomschema) helpt om het passende profiel te bepalen en maakt zichtbaar welke vervolgstap bij dat profiel hoort. Het schema wordt van boven naar beneden gelezen: (1) start met de anamnese en het verhelderen van de hulpvraag, (2) beoordeel of volgens de ziektespecifieke richtlijn of zorgstandaard een dieetbehandeling is geïndiceerd en/of er een hulpvraag is, (3) kies op basis daarvan de bijpassende interventie en profiel (0 t/m 4) en (4) voer de bijbehorende actie uit (bijv. monitoren, algemeen voedingsadvies of verwijzen voor voedingszorg op maat). Het gekozen profiel is een momentopname en wordt periodiek geëvalueerd; bij verandering in de medische situatie, hulpvraag of haalbaarheid, kan worden afgeschaald of opgeschaald. Tijdens een totale behandeling van de patiënt, kan deze patiënt dus schuiven tussen profiel 0 t/m 4.

- **Profiel 0:** er is geen medische indicatie en geen hulpvraag; er is geen actieve voedingszorg. Wel vindt monitoring plaats door de zorgverlener.
- **Profiel 1:** zelfmanagement staat centraal; de persoon gaat zelfstandig aan de slag met betrouwbare informatie over goede voeding, met monitoring door de zorgverlener waar passend.
- **Profiel 2:** er wordt algemeen voedingsadvies gegeven (Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf), met vervolgspraken en monitoring.
- **Profiel 3:** er is een medische indicatie en/of hulpvraag voor individuele dieetbehandeling; er wordt verwezen naar een diëtist voor individuele dieetbehandeling op maat.
- **Profiel 4:** er is individuele dieetbehandeling nodig vanuit specifieke expertise; er wordt verwezen naar een diëtist met passende specialistische expertise en intensievere monitoring.

Elk profiel beschrijft welk niveau van voedingszorg passend is en welke deskundigheid daarvoor nodig is. Dit helpt te voorkomen dat mensen te weinig of juist te veel zorg krijgen, maakt keuzes en stappen inzichtelijk voor patiënten en zorgverleners, en ondersteunt het organiseren van de juiste zorg op het juiste moment.

Tot slot: De Zorgmodule Voeding maakt inzichtelijk welke profielen er zijn en wat passende voedingszorg per profiel inhoudt. Dit ondersteunt duidelijke afspraken, een herkenbare werkwijze en samenhang in de aanpak binnen het behandelteam. Voor patiënten wordt daarmee helder wanneer en hoe voedingszorg kan worden ingezet, welke rol voedingszorg kan spelen binnen het totale zorgproces en op welke momenten ondersteuning beschikbaar is.

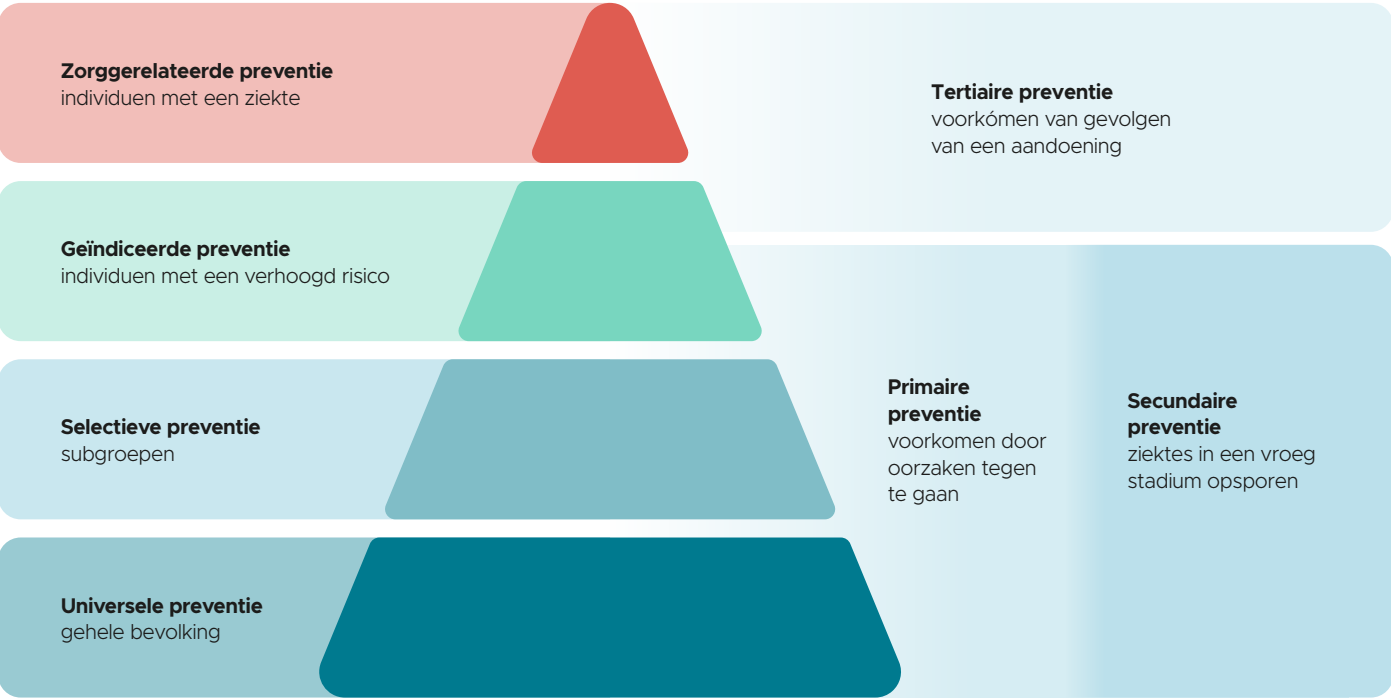
1.3 Waar richt de Zorgmodule Voeding zich niet op?

- De Zorgmodule Voeding richt zich nadrukkelijk niet op:
- **Situaties zonder medische indicatie voor aanpassing van voeding.** Waar geen medische reden bestaat om het voedingspatroon aan te passen, spreekt de module niet over voedingszorg, maar over een regulier voedingspatroon.
 - **Universele preventie.**
 - **Selectieve preventie.**
 - **Bekostiging en vergoeding van voedingszorg,** omdat dit afhankelijk is van onder meer wetgeving, polisvoorwaarden en bevoegdheden van zorgverleners.
 - **Uitzonderlijke of zeer complexe situaties.** De module is bedoeld voor meest voorkomende situaties binnen de zorg. Uitzonderlijke situaties vallen niet binnen de reikwijdte en vragen om maatwerk buiten de module om.
 - **Andere leefstijldomeinen, bijvoorbeeld bewegen, roken, alcohol, stress, slaap als op zichzelf staand thema.** Deze kunnen wel in relatie tot voeding worden besproken. Dit als onderdeel van leefstijl, maar vallen niet binnen het primaire doel van de module.
 - **Beschrijving van interventies zelf.** De Zorgmodule Voeding beschrijft geen specifieke leefstijlinterventies, methoden of programma's. De module richt zich op de voedingszorg die wordt verleend door zorgverleners in de breedste zin van het woord. Het betreft zorg waarbij leefstijl, inclusief voeding, wordt ingezet als onderdeel van passende zorg binnen de bestaande zorgstandaarden en richtlijnen. De module geeft daarmee richting aan hoe voedingszorg onderdeel is van het totale zorgproces, maar niet aan de inhoud van afzonderlijke interventies.
 - **Interventies die plaatsvinden zonder medische context en zonder betrokkenheid van een zorgverlener** vallen buiten het bereik van deze Zorgmodule. Binnen deze Zorgmodule is het startpunt altijd een medische diagnose en/of hulpvraag die wordt besproken met een zorgverlener. Waar passend (profiel 1 en 2) kan een zorgverlener de uitvoering van (onderdelen van) een voedingsinterventie laten ondersteunen door een hulpverlener met kennis van voedingszorg.

1.4 De Zorgmodule Voeding in relatie tot andere kwaliteitsinstrumenten

Chronische zorg wordt geleverd op basis van ziektespecifieke richtlijnen en zorgstandaarden¹¹. Zorgmodules beschrijven onderdelen van zorg die niet uitsluitend ziektespecifiek zijn en vaak voor meerdere ziekten relevant zijn. In dit geval voedingszorg.

Zorgmodules zijn bedoeld als een integraal onderdeel van richtlijnen en zorgstandaarden waarvoor de beschreven ziekteoverstijgende zorg relevant is. Een Zorgmodule kan toepasbaar zijn in een bepaalde fase van de ziekte, maar dezelfde Zorgmodule kan bij een andere ziekte in meerdere fasen van toepassing blijken. Ook kan een Zorgmodule soms meermalen bij één ziekte van toepassing zijn, al dan niet in verschillende fasen.



Figuur 2. De soorten preventie; aan de linkerkant de nieuwe termen en aan de rechterkant de 'oudere' terminologie⁹

1.5 Uitgangspunten Zorgmodule Voeding (methode)

De Richtlijnen goede voeding¹² zijn de basis voor voedingszorg in Nederland.

Deze richtlijnen beschrijven welke voedingsmiddelen en voedingspatronen bijdragen aan een goede gezondheid.

Het Voedingscentrum vertaalt bovengenoemde richtlijnen naar praktische adviezen in de Schijf van Vijf.

Hiermee worden de wetenschappelijke aanbevelingen begrijpelijk en toepasbaar gemaakt voor de praktijk. Deze adviezen zijn bedoeld om mensen zo gezond mogelijk te laten eten en ziekte te helpen voorkomen. In deze Zorgmodule gebruiken we hiervoor de term ‘Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf’.

De Zorgmodule Voeding is primair geschreven voor zorgverleners. Een zorgverlener is iemand die beroepsmatig zorg verleent en valt onder de wet BIG. Beroepen die hieronder vallen zijn: Artikel 3-, 34- en artikel 36a-beroepen. Wettelijk erkende specialismen vallen onder artikel 14. Zie hiervoor [Beroepen – BIG wet](#)

Een zorgverlener kan, waar passend (met name bij profiel 1 en 2), **samenwerken met hulpverleners**. Dit zijn professionals die niet onder de Wet BIG vallen, maar die wel voedingsadviezen kunnen geven op basis van de Schijf van Vijf. Zij zijn nauw verbonden met leefstijlaspecten, waaronder voeding, en werken ondersteunend aan de zorgverlener. Voorbeelden hiervan zijn: leefstijlcoaches, gewichtsconsulenten, hulpverleners mondzorg, lactatiekundigen en anderen.

Voedingszorg wordt verleend door een zorgverlener die acteert op voeding en omvat alle zorg op het gebied van het aanleren van gezond of aangepast voedingsgedrag bij de preventie en behandeling van (chronische) ziekten. Voedingszorginterventies kunnen bijvoorbeeld zijn:

- **Voedingsadvies:** Algemeen advies over voeding, gericht op het inpassen van de Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf in het dagelijks leven.
- **Dieetadvies/dieetbehandeling:** Een dieet is een aangepaste voeding op basis van een medische indicatie. De medische indicatie maakt een aanpassing van de voeding noodzakelijk of wenselijk. Dieetadviezen/-behandelingen worden opgesteld door diëtisten die hiervoor zijn opgeleid.

Als er geen medische reden aanwezig is om voeding aan te passen, dan hanteren we de term **voedingspatroon**. In deze Zorgmodule gebruiken we de term **‘patiënt’** als neutraal verzamelbegrip voor iedereen die voedingszorg ontvangt, ongeacht leeftijd, zorgsetting of rol. We vermijden waar mogelijk persoonlijke voornaamwoorden. Waar disciplines of functies worden genoemd, doen we dit in neutrale, gelijkwaardige taal.

1.6 Opbouw Zorgmodule Voeding

De oorspronkelijke Zorgmodule Voeding is gemaakt op basis van het landelijke model voor zorgstandaarden, zoals beschreven in een rapport uit maart 2010¹³.

Bij de herziening is gewerkt volgens de AQUA-richtlijn: samen met alle betrokken partijen zijn eerst de belangrijkste knelpunten geïnventariseerd en geordend. Op basis daarvan heeft de werkgroep uitgangsvragen opgesteld en beantwoord. De klankbordgroep heeft tussentijds advies gegeven en het concept is vervolgens via een externe commentaarronde voorgelegd aan stakeholders. In bijlage 1 is de verantwoording van deze herziene Zorgmodule Voeding uitgeschreven.

Het eindresultaat is deze Zorgmodule Voeding gebaseerd op de Richtlijnen goede voeding en de praktische uitwerking daarvan in de Schijf van Vijf van het Voedingscentrum, aangevuld met de praktijk- en vakinhoudelijke expertise van de werkgroep en de klankbordgroep. Dit proces heeft geleid tot de voorliggende herziene Zorgmodule Voeding (2026), die door de stuurgroep is geautoriseerd op 14-04-2026.

7 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2021). Factsheet ongezonde voeding. <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2021-07/LR012065131709Factsheet%20ongezondevoedingV5.pdf>

8 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2021). Factsheet ongezonde voeding. <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2021-07/LR012065131709Factsheet%20ongezondevoedingV5.pdf>

9 Bron: <https://www.umcnl.nl/app/uploads/2024/05/Whitepaper-Preventie.pdf>

10 Zorginstituut Nederland. (2024, 10 december). Handreiking: Samen aan de slag met passende zorg. Handreiking - Samen aan de slag met passende zorg | Zorginstituut Nederland

11 Voor de definitie van een zorgstandaard en een richtlijn, zie de definitielijst in de bijlagen.

12 Gezondheidsraad. (2025, 4 december). Richtlijnen goede voeding: Eiwitbronnen en voedingspatronen 2025. <https://www.gezondheidsraad.nl/adviesonderwerpen/voedingsrichtlijnen/richtlijnen-goede-voeding-eiwitbronnen-en-voedingspatronen-2025>

13 Coördinatieplatform Zorgstandaarden. (2010, maart). Zorgstandaarden in model: Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronisch zieken. <https://www.zorginzicht.nl/static/prozinbijlage/4a361973-19fa-4d90-bc16-4fa83858cbae-rapport-zorgstandaarden-in-model-februari-2010.pdf>

Hoofdstuk 2

Het proces rond voedingszorg

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de Zorgmodule Voeding gebruikt kan worden als onderdeel van bestaande richtlijnen en zorgstandaarden. Het beschrijft het startpunt van de Zorgmodule Voeding vanuit het perspectief van zowel de patiënt als de zorgverlener. Vervolgens wordt ingegaan op het behandelplan, de evaluatie en de eventuele afsluiting van het proces.

2.2 Startpunt Zorgmodule Voeding

De keuze voor een profiel wordt bepaald door de medische diagnose en/of de hulpvraag van de patiënt. De hulpvraag omvat wat de patiënt zelf belangrijk vindt, welke problemen worden ervaren en welke doelen de patiënt wil bereiken. De patiënt of zorgverlener kan een gesprek over voedingszorg initiëren:

- Bij een bestaande of nieuwe (chronische) ziekte of klacht, waarbij voeding al dan niet als onderdeel van leefstijl een belangrijke rol speelt. De motivatie of de mogelijkheid tot adapteren wordt periodiek gepeild. De frequentie hiervan wordt bepaald in samenspraak met de patiënt.
- Bij reeds ingezette verandering van voedingsgewoonten/dieetbehandeling om de voortgang te bespreken en positief te bekrachtigen.
- Bij terugval of beëindiging van de dieetbehandeling of andere ingezette gezonde voedingsgewoonten.
- Bij situaties waarin passende adequate voeding belangrijk is (bijvoorbeeld kinderwens, zwangerschap, metabole stresssituaties, voorbereiden op of herstel na een operatie, gebruik van langdurige medicatie, trauma, letsel, verandering van medicatie) of waarbij een passend voedingspatroon bedreigd wordt (overbelasting of ernstige ziekte bij familie of in de omgeving).
- Bij verergering van een voeding gerelateerde ziekte of noodzaak tot intensivering van de behandeling volgens de dieetbehandelingsrichtlijnen. Zie hiervoor [Artsenwijzer Diëtetiek - NVD](#)

2.3 Keuze profiel

Middels gezamenlijke besluitvorming (Samen Beslissen) wordt een passend profiel gekozen. Dit op basis van medische diagnose en/of hulpvraag. In deze Zorgmodule Voeding wordt verder niet ingegaan op Samen Beslissen. Hiervoor wordt verwezen naar de Handreiking Samen aan de slag met passende zorg. Een handreiking voor passende organisatie van zorggericht op gezamenlijke besluitvorming binnen de niet-specialistische zorg (d.d. 10-12-2024)¹⁴. Daarnaast zijn er sectorspecifieke handreikingen over Samen Beslissen, die gevolgd kunnen worden¹⁵.

Samen wordt gekeken welke rol voedingszorg heeft, wat het eventuele voedingsprobleem is en wat de zorgvraag en/of voedingszorgbehoefte is. Onderliggende richtlijnen en zorgstandaarden verwijzen naar deze Zorgmodule m.b.t. juiste voedingszorg en kunnen ook nog specifieke

aanvullende voedingsaanbevelingen geven. Relevante aanvullende parameters die van invloed kunnen zijn op de keuze van het profiel in deze Zorgmodule Voeding kunnen zijn (niet geprioriteerd en niet uitputtend):

- Familiegeschiedenis (voorkomen van welvaartsziekten zoals bijvoorbeeld obesitas, vruchtbaarheidsproblematiek, DM2, COPD en Hart- en vaatziekten);
- Cultuur;
- Medicijngebruik (effecten op smaak, deficiënties, overgewicht, eetlust);
- Leefstijl: gekenmerkt door BRAVO factoren: Beweging, Roken, Alcohol (en andere verslavende middelen), Voeding en Ontspanning (slaap en chronische stress). Daarnaast is zingeving een belangrijke beïnvloedende factor;
- Mondgezondheid (kauwen, slikcomfort, gebitsproblematiek, pijn). Dit kan van invloed zijn op de haalbaarheid van voedingsadviezen en op de variatie en kwaliteit van de voeding;
- Bereidheid (motivatie) en in staat zijn de leefstijl te veranderen;
- Psychosociale omstandigheden en omgevingsfactoren;
- Lichamelijke of geestelijke beperkingen waardoor de patiënt passende ondersteuning nodig heeft aangaande het benodigde voedingsadvies dan wel een dieetbehandeling;
- Kennis van de patiënt t.a.v. (on)gezonde leefstijl – voeding in het bijzonder-, consequenties daarvan en de mogelijkheden voor behandeling;
- Patiëntveiligheid (in hoeverre levert verandering van leefstijl – voeding in het bijzonder- risico's op in relatie tot de ziekte);
- Overige ziekten, risicofactoren en gezondheidsproblemen;
- Gezondheidsvaardigheden (vaardigheden om informatie over gezondheid te kunnen lezen, begrijpen, toepassen en handhaven);
- Kennis van voedingsmiddelen (voedingssamenstelling, etiket lezen, productkennis);
- Voedingsgedrag op hoofdlijnen.

Op basis van de verzamelde gegevens maken de patiënt en de zorgverlener samen een keuze voor het juiste profiel. Om dit gesprek te structureren en de patiënt te ondersteunen in het nemen van een gezamenlijke beslissing, kan gebruik worden gemaakt van de methode Drie Goede Vragen¹⁶. Samen Beslissen en het gebruik van de Drie Goede Vragen ondersteunt de patiënt om de eigen hulpvraag te formuleren en helpt de zorgverlener om hierop aan te sluiten.

Tijdens het gesprek wordt gekeken naar zowel de persoonlijke zorgbehoefte van de patiënt als naar de zorgbehoefte vanuit het zorgperspectief. Als de zorgbehoefte complexer is, kan dit een indicatie zijn voor een hoger profiel. In overleg kan ook voor een lager profiel worden gekozen. De patiënt is een volwaardige partner in het zorgproces en kan, op basis van de informatie van en in overleg met de zorgverlener en eventuele familie of naasten, zelf meebeslissen over het te volgen proces. Daarbij is het belangrijk om, in het kader van Samen Beslissen, als zorgverlener informatie te geven over de verschillende profielen en de noodzaak van de profielen te bespreken. Als de patiënt niet (meer) in staat is om deze verantwoordelijkheid te nemen, wordt er afgestemd met de familie, naasten en/of het interprofessioneel zorgteam.

De keuze voor een profiel wordt altijd gemaakt op basis van het stepped & matched care-principe en in overleg met de patiënt (Samen Beslissen). Dit betekent dat de behandeling, indien mogelijk, begint met de minst ingrijpende en minst kostbare behandeling. Zwaardere zorg wordt alleen ingezet als dat nodig is, passend bij de medische diagnose en persoonlijke zorgbehoefte.

2.4 Profielen

In de Zorgmodule Voeding wordt uitgegaan van verschillende niveaus van zorg (stepped & matched care), omdat niet voor iedere persoon eenzelfde invulling van de voedingszorg volstaat of noodzakelijk is. De Zorgmodule Voeding onderscheidt vijf profielen, te weten:

Profiel 0: geen actieve voedingszorg

Profiel 1: volledig zelfmanagement van de patiënt

Profiel 2: algemeen voedingsadvies aan de patiënt

Profiel 3: individuele dieetbehandeling

Profiel 4: individuele dieetbehandeling vanuit aanvullende expertise

De profielen zijn toepasbaar in de eerste-, tweede- en derdelijnszorg. Afhankelijk van de medische situatie, hulpvraag en motivatie kan elk profiel, inclusief volledig zelfmanagement van de patiënt, passend zijn binnen iedere zorglijn.

2.5 Individueel behandelplan

De zorgverlener die de juiste competenties heeft om voedingszorg te bieden volgens het gekozen profiel, stelt samen met de patiënt een behandelplan op. Dit behandelplan, ook wel zorgplan genoemd, is een elektronisch of schriftelijk document waarin alle afspraken over de zorg voor de patiënt worden vastgelegd. Het behandelplan vormt de basis voor de zorg die wordt verleend. Ook leefstijlaspecten, waaronder voeding, is hierin een belangrijk onderdeel, waarvoor deze voorliggende Zorgmodule Voeding een handvat biedt.

Het behandelplan volgt de veranderende gezondheidsproblemen, behoeften en levensfase van de patiënt en deze Zorgmodule Voeding helpt hierin om aansluiting op passende voedingszorg te vinden via de verschillende zorgprofielen. Dit betekent dat het behandelplan eenvoudig en kort kan zijn als de problemen en behoeften van de patiënt eenvoudig zijn, en uitgebreid als de problemen complexer zijn.

2.6 Evaluatie profiel

Bij de start van de voedingszorginterventie, als onderdeel van het totale individuele behandelplan, worden afspraken gemaakt over de evaluatie van de voortgang. Tijdens deze evaluatie bespreken de zorgverlener en de patiënt of het gekozen profiel het gewenste resultaat heeft opgeleverd. Wanneer de voedingsbehandeling succesvol is, kan worden besloten dat een minder intensief profiel beter aansluit bij de actuele situatie of dat voedingszorg niet meer nodig is.

Wanneer de voedingsbehandeling onvoldoende effect heeft, wordt volgens het stepped & matched care principe bekeken welke aanpassing nodig is: soms volstaat intensivering van de begeleiding binnen hetzelfde profiel, en soms is opschaling naar een ander (hoger) profiel met bijbehorende acties aangewezen. Terugkoppeling aan de hoofdbehandelaar maakt hiervan onderdeel uit. Indien de hoofdbehandelaar een (huis)arts is, wordt de Richtlijn Informatie uitwisseling tussen (huis)arts en paramedicus (HASP paramedicus¹⁷) gevolgd.

Monitoring van de totale behandeling

Monitoring is een vast onderdeel van elk profiel. Dit omvat voornamelijk de evaluatie van de totale voedingszorg; ook andere leefstijlaspecten die samen met voeding invloed hebben op gezondheid, gedrag en behandelresultaten zijn belangrijk om aandacht te geven (zoals bewegen, roken, alcohol en ontspanning). De verantwoordelijkheid voor de monitoring van deze totale behandeling ligt bij de zorgverlener die binnen de betreffende zorglijn of situatie eindverantwoordelijk is voor de zorg van de patiënt (hoofdbehandelaar).

2.7 Verwijzen

Zorgverleners met een BIG artikel 3 registratie¹⁸ kunnen patiënten digitaal of schriftelijk doorverwijzen naar een andere zorgverlener. De verwijzing bevat minimaal de gegevens zoals vastgelegd in de HASP¹⁹ en HASP-paramedicus richtlijn (NHG 2020)²⁰. Het doel van deze richtlijn is om vast te leggen:

- Op welke momenten gegevens over een patiënt informatie worden uitgewisseld en
 - Welke gegevens worden uitgewisseld.
- Praktijkvoorbeeld uit de richtlijn HASP-paramedicus: een diëtist is zeer gebaat bij informatie over de medicatie vanwege de mogelijke invloed op eetlust of voedseltolerantie.

Van belang is dat er vervolgens periodiek terugrapportage plaatsvindt, om zo de hoofdbehandelaar te blijven informeren over de voortgang van de ingezette behandeling.

Naast een verwijzing door een zorgverlener (profiel 3 en 4) kan de patiënt in Nederland ook rechtstreeks een afspraak maken met een diëtist (**Directe Toegankelijkheid Diëtetiek (DTD)**). Dit betekent dat patiënten zonder verwijzing contact kunnen opnemen met een diëtist. Ook bij directe toegankelijkheid blijft afstemming met de (huis)arts of andere hoofdbehandelaar waar nodig belangrijk; met toestemming van de patiënt vindt informatie-uitwisseling en terugrapportage plaats volgens de HASP/HASP paramedicus richtlijn.

2.8 Tot slot

Het is aan te raden om in zorgstandaarden op termijn duidelijk aan te geven welke patiënten het beste passen bij welk profiel.

Het stroomschema (Figuur 1) behorende bij de Zorgmodule Voeding is van toepassing op de meeste patiënten met een (chronische) ziekte of klacht. De Zorgmodule Voeding is uitdrukkelijk niet bedoeld voor uitzonderlijke situaties. Zorg zal altijd op maat geleverd worden, ook voedingszorg. Specifieke problemen vragen om een gerichte aanpak. Uitzonderingen zijn altijd mogelijk, zelfs voor patiënten waarvoor de Zorgmodule Voeding wel van toepassing is. Er kan altijd beredeneerd en in het patiëntendossier genoteerd afgeweken worden van de richtlijn/standaard/Zorgmodule.

14 Zorginstituut Nederland. (2024, 10 december). Handreiking: Samen aan de slag met passende zorg. <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2024/12/10/handreiking-samen-aan-de-slag-met-passende-zorg>.

15 Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (2022, 1 juli). Kadernotitie Samen Beslissen. https://www.venvn.nl/media/jpif3nto/kadernotitie-samen-beslissen_versie-2.pdf en De medisch specialist. (z.d.). Samen Beslissen. <https://demedischspecialist.nl/themas/thema/samen-beslissen-O> (Geraadpleegd op 26 maart 2026).

16 Zorg voor Beter. (z.d.). 3 Goede Vragen methode. <https://www.zorgvoorbeter.nl/tips-tools/tools/3-goede-vragen-methode> (Geraadpleegd op 25 februari 2026)

17 Nederlands Huisartsen Genootschap. (2020). Richtlijn informatie-uitwisseling tussen arts en paramedicus (HASP-paramedicus). 07_richtlijn_informatie-uitwisseling_tussen_arts_en_paramedicus_richtlijn_hasp-paramedicus.pdf

18 BIG-register. (z.d.). Registratie. <https://www.bigregister.nl/registratie> (Geraadpleegd op 16 januari 2025)

19 Nederlands Huisartsen Genootschap. (2020). HASP 2.0. Richtlijn informatie-uitwisseling tussen arts en medisch specialist (2020). Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts en specialist

20 Nederlands Huisartsen Genootschap. (2022). Richtlijn informatie-uitwisseling tussen arts en paramedicus (HASP-paramedicus). <https://www.nhg.org/wp-content/uploads/2022/10/richtlijninformatie-uitwisselingtussenartsenparamedicus2022.pdf>

Hoofdstuk 3

Voedingszorg

3.1 Inleiding

Voordat de verschillende profielen worden beschreven, lichten we eerst toe welke competenties nodig zijn om goede voedingszorg te kunnen bieden. Een competentie bestaat uit een combinatie van kennis, vaardigheden en houding die nodig is om een taak goed uit te voeren. In hoofdstuk 4 worden de profielen uitgewerkt, inclusief de aanvullende competenties die daarbij horen.

3.2 Competenties

Voedingszorg start met het verhelderen van de hulpvraag van de patiënt: wat wil de patiënt bereiken, welke problemen worden ervaren, welke leefomstandigheden spelen een rol en wat is haalbaar. De medische diagnose wordt gecombineerd met deze hulpvraag om tot een passende voedingszorginterventie te komen.

De competenties om passende voedingszorg te kunnen bieden behorend bij de 4 profielen zijn:

- Kennis van Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf: wat zijn de basisadviezen en waar is informatie te vinden (www.voedingscentrum.nl) (profiel 1 & 2 – deze kennis dient elke zorgverlener te hebben).
- Kennis van bestaan van dieetbehandelingsrichtlijnen: wanneer is een dieetbehandeling aan de orde – hiervoor kan gebruik gemaakt worden van website “[Artsenwijzer Diëtetiek - NVD](#)” (profiel 1 & 2 - deze kennis dient elke zorgverlener te hebben).
- Kennis en kunde om dieetbehandeling te kunnen/mogen inzetten (profiel 3 & 4 - een afgeronde erkende diëtetiek opleiding is hiervoor noodzakelijk).

3.2.1 Opleiding, gedragscode, beroepsprofiel

De zorgverlener die voedingszorg verleent heeft een afgeronde opleiding vallend binnen de wet BIG; zie figuur 3 hieronder. Als de beroepsgroep niet in de [Wet BIG](#) is opgenomen, dient er vanuit de betreffende beroepsvereniging een beroeps- of competentieprofiel opgesteld te zijn en een landelijk, onafhankelijk, kwaliteitsregister te worden ingericht. Elke zorgverlener werkt volgens de beroepscode en het beroeps- of competentieprofiel van de betreffende beroepsgroep. Daarnaast handelt de zorgverlener binnen de grenzen van de eigen vakbekwaamheid en verwijst door naar een andere gekwalificeerde zorgverlener wanneer nodig.

Artikel 3-beroepen hebben een beschermde beroepstitel en vallen onder het medisch tuchtrecht. Denk hierbij aan bijvoorbeeld een apotheker, arts, tandarts, fysiotherapeut, psychotherapeut en verpleegkundige.

Artikel 34 beroepen hebben een wettelijk beschermde opleidingstitel en kunnen zich niet registreren in het BIG-register. Denk hierbij bijvoorbeeld aan apothekersassistenten, ergotherapeuten, diëtisten, logopedisten, oefen-therapeuten Cesar/Mensendieck, mondhygiënisten en verzorgenden in de individuele gezondheidszorg (VIG'er).

Artikel 36a beroepen hebben een wettelijk beschermde opleidingstitel en kunnen zich (binnenkort) tijdelijk registreren in het BIG-register. Ze vallen onder het tuchtrecht en mogen voorbehouden handelingen uitvoeren. Deze beroepen hebben een tijdelijk zelfstandige bevoegdheid. Een voorbeeld hiervan is de verpleegkundig specialist.

Onder de **artikel 14 beroepen** vallen de wettelijk erkende specialismen. De specialismen zijn gesorteerd op hun aanspreektitel. Achter de aanspreektitel wordt het formele specialisme genoemd. Enkele voorbeelden hiervan zijn ziekenhuisapotheker, openbaar apotheker, internist, huisarts, specialist ouderengeneeskunde, revalidatiearts, sportarts.

3.2.2 Kennis van de Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf

Een zorgverlener die voedingszorg verleent, volgt de Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf. Deze richtlijnen zijn gebaseerd op wetenschappelijke inzichten van de Gezondheidsraad en helpen mensen om gezond te eten. Zorgverleners beschikken over deze kennis en/of weten waar ze de juiste informatie kunnen vinden om patiënten goed te kunnen adviseren. Hierbij is het belangrijk dat informatie aansluit bij de behoeften en voorkeuren van de patiënt, wat kan bijdragen aan een betere acceptatie en effectiviteit van de adviezen.

Waar passend (met name bij profiel 1 en 2) kunnen zorgverleners samenwerken met of verwijzen naar **hulpverleners**²¹. Hulpverleners kunnen ondersteunen bij het vertalen van algemene voedingsadviezen naar het dagelijks leven (bijvoorbeeld het plannen van maaltijden, boodschappen doen of het volhouden van nieuwe gewoonten), aanvullend op de begeleiding door de zorgverlener. In bijlage 2 van deze Zorgmodule is een overzicht opgenomen van informatie die in mei 2025 te vinden was op de website van het Voedingscentrum. De informatie en tools van het Voedingscentrum zijn kosteloos beschikbaar, wat ze toegankelijk maakt voor zowel patiënten als zorgverleners en hulpverleners.

3.2.3 Stimuleren gedragsverandering

Gedragsverandering vraagt aandacht voor motivatie én mogelijkheden. Onderstaand wordt kort toegelicht hoe een zorgverlener hiermee rekening kan houden.

3.2.3.1 Motivatie

Motivational Interviewing (MI)²² is een gespreksstijl die hierbij kan helpen. MI is een directe, maar respectvolle manier van communiceren waarbij de zorgverlener de patiënt ondersteunt bij het onderzoeken en versterken van de eigen motivatie voor verandering. De methode richt zich niet op overtuigen, maar op het uitlokken wat voor de patiënt belangrijk is. Dit vergroot de kans dat gezonde keuzes – zoals het volgen van voedingsadviezen – duurzaam worden toegepast. MI helpt zorgverleners bovendien om een inschatting te kunnen maken in welke fase van gedragsverandering de patiënt zich bevindt, zodat de ondersteuning hierop afgestemd kan worden.

Daarnaast zijn er momenten waarop patiënten extra ontvankelijk zijn voor verandering. Dit noemen we ‘**teachable moments**’. Dit zijn natuurlijke momenten waarop een patiënt tijdelijk meer openstaat voor het aanpassen van gedrag, bijvoorbeeld rond een operatie, bij veranderingen in medicatie of wanneer iemand op een wachtlijst staat voor zorg. Door juist op deze momenten het gesprek over voeding en leefstijl te voeren, kan de zorgverlener de motivatie en het vertrouwen van de patiënt versterken. Voor meer uitleg en praktische handvatten over teachable moments wordt verwezen naar de handreikingen van de Coalitie Leefstijl in de Zorg²³.

3.2.3.2 Mogelijkheden

Naast motivatie is het ook belangrijk om te kijken naar de Fysieke mogelijkheden van de patiënt. Voor een deel van de doelgroep zijn dagelijkse handelingen zoals boodschappen doen, het openen van verpakkingen, koken of het tillen van pannen niet vanzelfsprekend. Deze beperkingen kunnen van invloed zijn op het voedingsgedrag en de haalbaarheid van voedingsadviezen. Hierdoor kan iemand bijvoorbeeld kiezen voor magnetronmaaltijden of minder gezonde, maar praktisch haalbare opties.

Een andere factor die de voedselinname kan bemoeilijken is mondproblematiek: kauwproblemen, mondpijn of slechte gebitsstatus.

Zorgverleners in de eerste-, tweede- en derdelijnszorg hebben de taak om bij de keuze voor het profiel rekening te houden met bovengenoemde praktische en fysieke grenzen. Het beoordelen van wat een patiënt wél en niet zelfstandig kan, maakt onderdeel uit van een passende behandeling, waarbij voeding een integraal onderdeel vormt binnen de totale leefstijlbenadering (BRAVO factoren-zie 2.3). Hierbij is het essentieel om fysiek beperkte patiënten te ondersteunen bij realistische stappen die aansluiten bij hun mogelijkheden, bijvoorbeeld via hulpmiddelen, alternatieve bereidingstechnieken of samenwerking met andere disciplines. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de fysiotherapeut of de ergotherapeut.

Door rekening te houden met zowel motivatie als fysieke uitvoerbaarheid, sluiten zorgverleners beter aan bij de dagelijkse leefwereld van de patiënt en wordt de kans op duurzame gedragsverandering groter.

3.2.4 Bevorderen en ondersteunen zelfmanagement

Zelfmanagement bij ziekte is het vermogen van mensen om hun ziekte, aandoening of beperking optimaal in hun leven te integreren, inclusief de juiste behandelingen. Dit betekent dat zij kunnen omgaan met de symptomen, de behandeling (inclusief eventuele leefstijlveranderingen, waaronder voeding) en de lichamelijke, sociale en emotionele gevolgen van hun ziekte of aandoening. Zelfmanagement is een dynamisch proces waarbij mensen zelf kunnen kiezen in hoeverre zij de regie over hun leven willen houden en hoe zij de beschikbare zorg willen inzetten. Het doel is om een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven te bereiken of te behouden, waarbij het leven centraal staat en niet de ziekte.

Voor mensen met risicofactoren en (chronische) ziekten is het vaak wenselijk, dan wel noodzakelijk, om hun voedingsgedrag en andere leefstijlgerelateerde gedragingen aan te passen. Voedingszorg richt zich daarom op het bevorderen en ondersteunen van zelfmanagement. Dit stelt de patiënt in staat om de gevolgen van de ziekte te beperken en de ziekte met de voor hen passende behandelingen in hun leven te integreren, wat de kwaliteit van leven verhoogt. De ondersteuning richt zich op het versterken van de gezondheidsvaardigheden, het vertrouwen in eigen kunnen, en het bieden van een methodische aanpak om persoonlijke doelen te realiseren. Kennis en vaardigheden op medisch-technisch gebied spelen hierbij een belangrijke rol.

De patiënt en zorgverlener hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid en werken samen om zelfmanagement mogelijk te maken. De patiënt heeft de mogelijkheid om de regie te nemen in het eigen zorgproces en eigen doelen te stellen, waarbij wordt uitgegaan van de kracht van de patiënt. Een voorwaarde voor goed zelfmanagement is dat zowel de patiënt als de zorgverlener voldoende kennis en kunde hebben om zelfmanagement toe te passen.

Aandacht voor gezondheidsvaardigheden

Bij een deel van de patiënten spelen beperkte gezondheidsvaardigheden een belangrijke rol bij het begrijpen, toepassen en volhouden van voedingsadviezen. Zorgverleners kunnen zelfmanagement juist in deze situaties bevorderen door informatie eenvoudig, gestructureerd en stapsgewijs aan te bieden, aan te sluiten bij het dagelijks functioneren van de patiënt en gebruik te maken van methoden zoals de terugvraagmethode. Voor praktische ondersteuning kunnen zorgverleners gebruikmaken van bestaande handreikingen, waaronder de *Handreiking Aandacht voor zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden*²⁴ en de informatie op de themapagina Gezondheidsvaardigheden van Zorg voor Beter²⁵ of de themapagina van Pharos²⁶. Pharos is een landelijk expertisecentrum en draagt bij aan het terugdringen van grote gezondheidsverschillen.

3.2.5 Interprofessioneel samenwerken

Deze Zorgmodule is toepasbaar in de eerste-, tweede- en derdelijnszorg. In iedere laag van de zorg vervult de betrokken zorgverlener een eigen rol bij het signaleren, bespreken en behandelen van voedingszorgvragen. In de eerstelijnszorg is de huisarts vaak het eerste aanspreekpunt en fungeert als poortwachter. In de tweedelijnszorg nemen medisch specialisten deze rol over, en in de derdelijnszorg is vaak sprake van hooggespecialiseerde behandeling. Ongeacht de plek waar de patiënt zich bevindt, is voedingszorg een belangrijk onderdeel van passende zorg.

Samenwerken binnen en tussen deze lijnen is noodzakelijk om goede voedingszorg te leveren. Zorgverleners uit verschillende disciplines brengen ieder hun eigen kennis en expertise in om tot een samenhangend advies en behandelplan te komen. Daarbij worden doelen en vervolgstappen in gezamenlijke besluitvorming (Samen Beslissen) afgestemd op de medische situatie, de hulpvraag en wat voor de patiënt haalbaar en wenselijk is.

Daarnaast maakt iedere patiënt deel uit van een eigen sociaal netwerk, zoals familie, mantelzorgers, vrienden of andere naasten. Dit netwerk kan – als de patiënt dat wil – een belangrijke rol spelen bij het toepassen van voedingsadviezen in het dagelijks leven. Wanneer gewenst en passend wordt daarom ook met dit informele netwerk samengewerkt als onderdeel van netwerkzorg.

Waar passend (met name bij profiel 1 en 2) kan de zorgverlener samenwerken met of verwijzen naar hulpverleners, die ondersteunen bij het praktisch toepassen en volhouden van de Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf.

Binnen het interprofessionele team levert iedere zorgverlener vanuit de eigen professionele rol een bijdrage aan een gezamenlijk doel, op basis van een gezamenlijk behandelplan. Dit is net een stap verder dan een multidisciplinaire samenwerking waarin professionals vanuit hun eigen vakgebied naast elkaar werken aan een zorgvraag.

Wanneer aanvullende deskundigheid nodig is, bijvoorbeeld op het gebied van motiverende gespreksvoering, zelfmanagementondersteuning of medicatie in relatie tot voeding, is het zaak dat deze deskundigheid wordt toegevoegd. Zo ontstaat een geïntegreerde en afgestemde aanpak die bijdraagt aan effectieve en passende voedingszorg.

- 21** Hulpverleners zijn professionals die niet onder de Wet BIG vallen, maar die wel voedingsadviezen kunnen geven op basis van de Schijf van Vijf. Zij zijn nauw verbonden met leefstijlaspecten, waaronder voeding, en werken ondersteunend aan de zorgverlener.
- 22** Voor meer informatie over deze methode zie: HAN University of Applied Sciences. (z.d.). Veranderen door handelen (document over motiverende gespreksvoering). <https://www.han.nl/over-de-han/organisatie/academies/academie-paramedische-studies/incompany-maatwerk/motiverende-gespreksvoering-basis/veranderendoorhandelen.pdf> (Geraadpleegd op 15 november 2025) of Movisie. (z.d.). Methodebeschrijving: Motiverende gespreksvoering. <https://www.movisie.nl/sites/default/files/2018-03/Methodebeschrijving-motiverende-gespreksvoering.pdf> (Geraadpleegd op 15 november 2025)
- 23** Coalitie Leefstijl in de Zorg. (z.d.). Het benutten van teachable moments. <https://leefstijlcoalitie.nl/het-benutten-van-teachable-moments/> (Geraadpleegd op 15 november 2025)
- 24** Zorg voor Beter. (z.d.). Handreiking Aandacht voor zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden. <https://www.zorgvoorbeter.nl/tips-tools/tools/handreiking-aandacht-zelfmanagement-gezondheidsvaardigheden> (Geraadpleegd op 15 november 2025)
- 25** Zorg voor Beter. (z.d.). Gezondheidsvaardigheden. <https://www.zorgvoorbeter.nl/kennisbundel-zelfmanagement/gezondheidsvaardigheden> (Geraadpleegd op 15 november 2025)
- 26** Pharos. (z.d.). Gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid. <https://www.pharos.nl/thema/laaggeletterdheid-gezondheidsvaardigheden/> (Geraadpleegd op 15 november 2025)

Hoofdstuk 4 - De Profielen

4.1 Inleiding

Wetenschappelijk onderbouwde voedingsrichtlijnen zorgen er niet automatisch voor dat mensen gezonder gaan eten. Het is belangrijk om deze adviezen in het dagelijks leven toe te passen. In dit hoofdstuk worden verschillende profielen beschreven. Aan de hand van deze profielen kunnen zorgverleners inzien welke voedingszorg de patiënt nodig heeft en hoe deze te realiseren zijn gedurende de totale zorgbehandeling. Figuur 1 (stroomschema) biedt hiervoor een handig handvat. Deze profielen zijn trapsgewijs opgebouwd; laagdrempelige voedingszorg als het kan, intensievere en complexere voedingszorg indien nodig. Naarmate het profiel hoger wordt, zijn specifieke competenties vereist. Deze competenties bepalen vervolgens welke zorgverlener passend is om de benodigde voedingszorg te kunnen geven. Binnen een totale zorgbehandeling (eerste-, tweede- en derdelijnszorg), kan de patiënt op verschillende momenten lichtere of zwaardere voedingszorg nodig hebben en daarmee in verschillende profielen vallen – het schuiven van het ene naar het andere profiel. Alle profielen kunnen van toepassing zijn in de eerste-, tweede- en derdelijnszorg, afhankelijk van waar de patiënt op dat moment onder behandeling is.



4.2 Profiel 0 – Geen actieve voedingszorg

Indicatie

Tijdens een consult stelt de zorgverlener vast dat er op dit moment geen medische indicatie is om het voedingspatroon aan te passen op basis van de gepresenteerde klacht of (chronische) ziekte (zie figuur 1). Ook is er geen hulpvraag van de patiënt. In dat geval is geen actieve voedingszorg nodig. Het kan voorkomen dat eerder wél voedingszorg geïndiceerd was (stepped & matched care), maar dat er nu geen actieve voedingszorgvraag meer is.

Daarnaast kan het voorkomen dat er wél een medische indicatie is voor voedingszorg, maar dat de patiënt op dit moment geen ondersteuning of behandeling wenst. Ook dan wordt geen actieve voedingszorg ingezet en valt de patiënt binnen dit profiel. De zorgverlener blijft de situatie volgen en bespreekt op passende momenten opnieuw de mogelijkheden, wensen en haalbaarheid, passend binnen de zorgcontext waarin de patiënt zich bevindt.

Let op: dit is altijd een momentopname. De zorgverlener kan op een later moment opnieuw beoordelen of er een medische indicatie bestaat, of dat de hulpvraag en motivatie van de patiënt is veranderd. Dit geldt voor alle zorglijnen; in elke lijn blijft het uitgangspunt dat de zorg wordt afgestemd op de actuele situatie van de patiënt (passende zorg). Kijk voor meer informatie op de [Artsenwijzer Diëtetiek - NVD](#).



4.3 Profiel 1 – Volledig zelfmanagement patiënt

Indicatie

Profiel 1 is van toepassing voor patiënten waarbij voedingszorg geen direct onderdeel vormt van de totale zorg (behandeling). Goede voedingszorg is echter voor iedereen van belang. In dit profiel wordt daarom de relatie tussen goede voedingszorg en gezondheid altijd benadrukt.

Ook binnen specialistische zorg (tweede- en derdelijn) kan het voorkomen dat voedingszorg geen essentieel onderdeel vormt van de totale behandeling en dat de patiënt, na een gesprek over voedingszorg, zelfstandig verder kan (profiel 1). De zorgverlener benadrukt hierbij de relatie tussen goede voeding en gezondheid en verwijst naar betrouwbare informatiebronnen voor gezond voedingsgedrag. Kijk voor meer informatie op de [Artsenwijzer Diëtetiek - NVD](#).

Voorbeeld stepped & matched care: wanneer een patiënt succesvol is behandeld binnen profiel 2, kan na evaluatie worden overgestapt naar een minder intensief profiel (profiel 1), waarin de nadruk ligt op volledig zelfmanagement.

Inhoud profiel 1

Na een gesprek over voedingszorg hebben de patiënt en zorgverlener samen vastgesteld dat de patiënt in staat is om zelfstandig risicofactoren, waaronder ongezonde voeding, te beperken. In dit profiel wordt geen actieve voedingszorg door zorgverleners ingezet. De patiënt gaat zelfstandig aan de slag met het aanpassen en optimaliseren van voedingsgedrag, gebruikmakend van betrouwbare informatiebronnen gebaseerd op de Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf.

De zorgverlener kan de patiënt ondersteunen bij volledig zelfmanagement door te verwijzen naar betrouwbare informatie en digitale hulpmiddelen gebaseerd op de Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf (zie bijlage 2). Ook kan de zorgverlener samenwerken met of verwijzen naar hulpverleners²⁷, die ondersteunen bij het praktisch toepassen en volhouden van de Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf.

Specifieke competenties zorgverleners profiel 1

Kennis van Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf: wat zijn de basisadviezen en waar is betrouwbare informatie te vinden (www.voedingscentrum.nl).

Kennis van bestaan van dieetbehandelingsrichtlijnen: wanneer is een dieetbehandeling aan de orde – hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de website “[Artsenwijzer Diëtetiek - NVD](#)”.

Betrokken zorgverleners profiel 1

Alle zorgverleners kunnen betrokken zijn. De bovengenoemde expertise valt binnen de competenties van iedere zorgverlener; een gezonde leefstijl, waaronder voeding volgens de Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf, is onderdeel van passende patiëntenzorg.

In dit profiel, gaat de patiënt in principe zelfstandig aan de slag met de informatie gebaseerd op de Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf. Wel kan de zorgverlener verwijzen naar hulpverleners, die ondersteunen bij het praktisch toepassen en volhouden van de Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf. De patiënt kan ook zelf ondersteuning zoeken bij anderen, niet zijnde een zorgverlener. Denk bijvoorbeeld familie of vrienden of hulpverleners.

Wanneer sprake is van een ziektespecifieke voedingsvraag, of wanneer de voedingsvraag de grenzen overstijgt van het alleen verwijzen naar betrouwbare informatie en digitale hulpmiddelen gebaseerd op de Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf (zie bijlage 2), verschuift de benodigde voedingszorg naar zorgprofiel 2 of 3 incl. de te nemen acties die daarbij horen (zie ook figuur 1).



4.4 Profiel 2 – Algemeen voedingsadvies

Indicatie

Profiel 2 is van toepassing voor patiënten met risicofactoren en/of ziekten waarbij algemeen voedingsadvies een onderdeel van de totale (zorg)behandeling is. Het gaat hierbij niet alleen om de behandeling van de risicofactoren of ziekte zelf, maar ook om de algemene gezondheid.

Ook binnen specialistische zorg (tweede- en derdelijn) kan het voorkomen dat een algemeen voedingsadvies onderdeel is van de behandeling, bijvoorbeeld wanneer voeding een rol speelt bij het verminderen van risico's, het ondersteunen van herstel of het bespreken van leefstijl als prognostische factor.

Voorbeeld stepped en matched care: Dit profiel is ook geschikt voor patiënten waarbij profiel 1 niet het gewenste resultaat heeft opgeleverd, of voor patiënten uit profiel 3 die succesvol zijn behandeld en, na evaluatie, minder intensieve voedingszorg nodig hebben.

Inhoud profiel 2

In dit profiel staat algemeen voedingsadvies centraal. De zorgverlener helpt de patiënt om te begrijpen waarom het belangrijk is om het voedingsgedrag te veranderen en geeft de patiënt een algemeen voedingsadvies op basis van de Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf als onderdeel van een gezonde leefstijl. Samen bespreken ze hoe de algemene voedingsadviezen in het dagelijks leven kunnen worden toegepast. Wijs de patiënt op mogelijke professionele ondersteuning hierbij van hulpverleners²⁸.

Voedingsadvies maakt deel uit van een gezonde leefstijl en is daarmee onderdeel van passende patiëntenzorg. De afspraken worden vastgelegd in het behandelplan van de patiënt.

Specifieke competenties zorgverleners profiel 2

Kennis van Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf: wat zijn de basisadviezen en waar is betrouwbare informatie te vinden (www.voedingscentrum.nl).

Kennis van bestaan van dieetbehandelingsrichtlijnen: wanneer is een dieetbehandeling aan de orde – hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de website “[Artsenwijzer Diëtetiek - NVD](#)”.

Wanneer sprake is van een ziektespecifieke voedingsvraag, of wanneer de voedingsvraag de grenzen van een algemeen voedingsadvies overstijgt, verschuift de benodigde voedingszorg naar zorgprofiel 3 inclusief de te nemen acties die daarbij horen (zie ook figuur 1).

Betrokken zorgverleners profiel 2

Alle zorgverleners kunnen betrokken zijn. De bovengenoemde expertise valt binnen de competenties van iedere zorgverlener; een gezonde leefstijl, waaronder voeding volgens de Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf, is onderdeel van passende patiëntenzorg.

Hulpverleners nauw verbonden met leefstijlaspecten, waaronder voeding, kunnen ook ingezet worden om de patiënt te ondersteunen bij het algemene voedingsadvies.



4.5 Profiel 3 – Individuele dieetbehandeling

Indicatie

Profiel 3 is van toepassing voor patiënten met risicofactoren en ziekten waarbij een individuele dieetbehandeling volgens de geldende onderliggende (ziekt-specifieke) richtlijn een essentieel onderdeel is van de totale (zorg)behandeling. Dit profiel gaat verder dan de algemene voedingsadviezen binnen profiel 2 en omvat een op maat gemaakte aanpassing van de voedingszorg op basis van een medische indicatie (zie figuur 1). Een individuele dieetbehandeling kan in de eerste-, tweede- en derdelijnszorg worden ingezet. Afhankelijk van de medische situatie, complexiteit van de zorgvraag en de behandeldoelen, kan het zijn dat een patiënt in een specialistische setting (tweede of derde lijn) onder behandeling is, maar dat de uitvoering of voortzetting van de benodigde dieetbehandeling in de eerste lijn plaatsvindt. De enige zorgverlener die een dieetbehandeling kan/mag geven is de diëtist (zie competenties); deze zorgverlener sluit dan ook aan binnen de betreffende zorglijn en werkt samen met de betrokken zorgverleners.

Voorbeeld stepped & matched care: wanneer profiel 2 niet het gewenste resultaat heeft opgeleverd, of wanneer een patiënt binnen profiel 4 succesvol is behandeld en lichtere voedingszorg passend is, kan gezamenlijk worden gekozen voor een ander voedingszorgprofiel, bijvoorbeeld profiel 3.

Inhoud profiel 3

Een dieetbehandeling is aangepaste voedingszorg op basis van een medische indicatie, in combinatie met de hulpvraag van de patiënt. Op basis van de geldende dieetbehandelingsrichtlijn wordt een dieetbehandeling ingezet die is afgestemd op wat voor de patiënt belangrijk is, rekening houdend met evt. ervaren problemen en de doelstelling(en) van de patiënt. Het doel van een dieetbehandeling is om problemen die samenhangen met voeding(szorg) te voorkomen, te verminderen of op te lossen en zo de totale medische behandeling optimaal te ondersteunen.

Een dieetbehandeling kan ingrijpend zijn. Het veranderen van het gebruikelijke eetpatroon vraagt begrip, begeleiding en aandacht voor motivatie, cultuur en opvattingen, beperkingen en leefomstandigheden. Om de dieetbehandeling uitvoerbaar te laten zijn, wordt rekening gehouden met de dagelijkse situatie van de patiënt. Daarnaast wordt – waar relevant – de afstemming tussen voeding(szorg) en medicatie meegenomen. Denk bijvoorbeeld aan kaliumsparende diuretica of insulinegebruik. De benodigde zorgverlener in dit zorgprofiel levert hierbij maatwerk.

De diëtist bepaalt samen met de patiënt welke dieetbehandeling passend en haalbaar is (Samen Beslissen) op basis van de geldende dieetbehandelingsrichtlijn. Wanneer meerdere zorgverleners betrokken zijn, wordt de dieetbehandeling opgenomen in het behandelplan en worden interprofessionele doelen afgestemd binnen het volledige behandelteam. De diëtist stelt de dieetbehandeling vast en werkt samen met andere zorgverleners om de afgesproken doelen te realiseren.

Bij patiënten met (verdenking op) slikstoornissen werkt de diëtist bijvoorbeeld samen met de logopedist. De logopedist onderzoekt de slikfunctie en adviseert over veilige voedsel- en vloeistofconsistenties op basis van de internationaal gebruikte IDDSI standaard. De dieetbehandeling sluit hierop aan door een passend dieet op te stellen dat zowel de vereiste consistentie als de voedingsbehoefte dekt. Deze samenwerking is essentieel om ondervoeding, aspiratie en andere complicaties te voorkomen.

De dieetbehandeling maakt onderdeel uit van het totale behandelplan dat wordt opgesteld en uitgevoerd binnen een interprofessioneel team. Binnen dit team wordt de voedingszorg afgestemd op de totale behandeling, waarbij iedere betrokken zorgverlener vanuit de eigen expertise bijdraagt aan veilige, haalbare en effectieve ondersteuning volgens het stepped & matched care-principe.

Specifieke competenties profiel 3

Een door de wetgever erkende opleiding zoals vastgesteld in artikel 34 van de Wet BIG.

Betrokken zorgverleners profiel 3

De diëtist.

De voedingszorg binnen dit zorgprofiel wordt verleend door een diëtist met een paramedische opleiding zoals vastgesteld in artikel 34 van de Wet BIG. De diëtist werkt vanuit de CANMEDS rollen en conform de aanvullende kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) staat deze diëtist bovendien als kwaliteitsgeregistreerd ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP)²⁹. Deze geregistreerde zorgverleners beschikken over de basiskennis en -vaardigheden die nodig zijn voor het bieden van optimale voedingszorg bij de meest voorkomende ziektebeelden die bijdragen aan de huidige ziektebelasting. Zij handelen volgens het door de beroepsorganisatie vastgestelde diëtist-paramedicus beroepsprofiel³⁰, de beroepscode, op basis van modules binnen medische richtlijnen en ze volgen dieetbehandelingsrichtlijnen³¹.

De diëtist werkt planmatig en systematisch aan de hand van een beroepseigen stappenplan om bepaalde doelen te bereiken. Dit methodisch handelen bestaat in het algemeen uit de volgende stappen: aanmelding, screening, anamnese, onderzoek, diëtetische diagnose, vaststellen van behandel doel/behandelplan, behandeling, evaluatie, afsluiting van de behandeling.

Wanneer een patiënt goed geïnformeerd is en betrokken is bij de besluitvorming rond de behandeling, heeft een dieetbehandeling de beste kans van slagen. Persoonlijke behoeftes, levensovertuigingen en voorkeuren zijn dan gehoord en het behandelplan sluit optimaal aan bij de leefstijl, leefomgeving en sociaaleconomische positie van de patiënt. Dit vormt tevens de basis om een patiënt in staat te stellen zelf aan de slag te gaan. Via het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) of via de website ‘Vind een diëtist – NVD’³², kunnen patiënten en zorgverleners de diëtisten vinden die werken binnen voedingszorgprofiel 3. Het genoemde register toont welke diëtisten kwaliteitsgeregistreerd zijn; zorgverzekeraars en werkgevers kunnen deze registratie verplicht stellen voor vergoeding of tewerkstelling. Het register draagt bij aan de zichtbaarheid van de kwaliteit van diëtisten en is openbaar toegankelijk.



4.6 Profiel 4 – Individuele dieetbehandeling vanuit specifieke expertise

Indicatie

Profiel 4 is toepasbaar voor patiënten met risicofactoren of ziekten waarbij een individuele dieetbehandeling vanuit aanvullende expertise noodzakelijk is als essentieel onderdeel van de totale (zorg)behandeling, volgens de geldende onderliggende ziektespecifieke richtlijn. Het gaat hierbij om situaties met een hoge mate van complexiteit, urgentie of risico, waarbij nauwkeurige afstemming van voedingszorg onmisbaar is. Ook kan het gaan om een specifieke doelgroep, bijvoorbeeld kinderen of gehandicapten. In sommige gevallen vormt dieetbehandeling (bijvoorbeeld bij metabole aandoeningen of ernstige voedselallergieën) zelfs de enige of primaire behandeling. De keuze voor profiel 4 wordt gemaakt op basis van zowel de medische indicatie als de hulpvraag van de patiënt. Hierbij wordt gekeken naar de mate waarin de patiënt ondersteuning nodig heeft om de adviezen veilig, haalbaar en duurzaam toe te passen binnen het dagelijks leven.

Onderscheid profiel 3 en 4

Profiel 3 richt zich op individuele dieetbehandeling, uitgevoerd door een diëtist met de basiscompetenties die horen bij een paramedische opleiding (artikel 34 van de Wet BIG), in combinatie met de hulpvraag van de patiënt. De diëtist beschikt over actuele vakkennis en voldoet aan de geldende (aanvullende) kwaliteitseisen, waaronder registratie-eisen zoals vastgelegd in het Kwaliteitsregister Paramedici. **Profiel 4 wordt ingezet wanneer:**

- de zorgvraag complexer is door ernstige ziekte, comorbiditeit of behandeling
- gespecialiseerde dieetkennis, vaardigheden of diagnostiek vereist zijn, bijvoorbeeld bij specifieke doelgroepen al dan niet in combinatie met comorbiditeiten
- de kans op complicaties groter is en behandeling nauwkeurige monitoring vraagt
- de dieetbehandeling een directe invloed heeft op medische uitkomsten en veiligheid
- standaard dieetbehandeling onvoldoende blijkt en opschaling noodzakelijk is

Profiel 4 wordt toegepast binnen de eerste-, tweede- en derdelijnszorg, waarbij de intensiteit en expertiseniveau toenemen naarmate de zorglijn (eerste, tweede of derdelijnszorg) specialistischer is. De behandeling wordt

uitgevoerd door een diëtist met aanvullende specifieke deskundigheid passend bij het ziektebeeld, specifieke omstandigheden of risicoprofiel. Binnen *stepped & matched care* kan worden opgeschaald naar profiel 4 wanneer behandeling binnen profiel 3 niet voldoende resultaat oplevert, of wanneer de zorgbehoefte van de patiënt toeneemt.

Inhoud profiel 4

Binnen dit profiel is in de meeste gevallen sprake van langdurige en intensieve begeleiding voor patiënten bij wie een gespecialiseerde dieetbehandeling noodzakelijk is. Dit is het geval wanneer de complexiteit van de ziekte, de behandeling of de individuele situatie vraagt om nauwkeurige afstemming van voedingszorg. De noodzaak kan voortkomen uit medische factoren, zoals ernstige comorbiditeit of een hoog risico op complicaties (als het dieetbehandelplan niet adequaat wordt gevolgd), maar ook uit psychosociale omstandigheden, waaronder cognitieve beperkingen, waardoor het opvolgen van adviezen extra expertise en ondersteuning vereist. Maar ook kan het gaan om specifieke doelgroepen zoals kinderen of gehandicapten of ouderen met complexe aandoeningen of in de laatste levensfase.

Voor sommige patiënten vormt dieetbehandeling, zoals bij metabole aandoeningen of ernstige voedselallergieën, zelfs de enige of primaire behandeling. Voor deze patiënten is tijdige en adequate aanpassing van de voeding(szorg) zeer urgent. De begeleiding wordt uitgevoerd door een diëtist met aanvullende expertise passend bij het betreffende ziektebeeld of risicoprofiel.

De dieetbehandeling maakt onderdeel uit van het totale behandelplan dat wordt opgesteld en uitgevoerd binnen een interprofessioneel team. Binnen dit team wordt de voedingszorg afgestemd op de totale behandeling, waarbij iedere betrokken zorgverlener vanuit de eigen expertise bijdraagt aan veilige, haalbare en effectieve ondersteuning volgens het stepped & matched care-principe.

Specifieke competenties profiel 4

Een door de wetgever erkende opleiding zoals vastgesteld in artikel 34 van de Wet BIG met daarbij aantoonbare, aanvullende specifieke expertise passend bij het betreffende ziektebeeld of risicoprofiel. De deskundigheid is aantoonbaar middels een aantekening in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Betrokken zorgverleners profiel 4

De diëtist met aantoonbare specifieke expertise.

De zorg binnen dit profiel wordt uitgevoerd door een diëtist met een door de wetgever erkende opleiding zoals beschreven in artikel 34 van de Wet BIG. Conform de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) staat deze diëtist geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). Wanneer de voedingszorgvraag complex wordt door ziekte, behandeling of bijwerkingen van medicatie, is het noodzakelijk dat de diëtist beschikt over aantoonbare aanvullende expertise, die aansluit bij het betreffende ziektebeeld of risicoprofiel.

Patiënten en zorgverleners kunnen diëtisten die werkzaam zijn binnen voedingszorgprofiel 4 vinden via de website ‘Vind een diëtist’ van de NVD³³. Op deze pagina staan ook door diëtisten opgegeven aandachtsgebieden vermeld. Binnen het KP zijn diëtisten met specifieke deskundigheid in enige mate beschreven via een zogenaamde aantekening. Daarnaast beschikt de NVD over landelijke kennisnetwerken en expertgroepen waarin expertise wordt geborgd en gedeeld binnen het vakgebied. Samen geven zij vorm aan borging van specifieke deskundigheid in enige vorm en mate.

- ²⁷ Hulpverleners zijn professionals die niet onder de Wet BIG vallen, maar die wel voedingsadviezen kunnen geven op basis van de Schijf van Vijf. Zij zijn nauw verbonden met leefstijlaspecten, waaronder voeding, en werken ondersteunend aan de zorgverlener.
- ²⁸ Hulpverleners zijn professionals die niet onder de Wet BIG vallen, maar die wel voedingsadviezen kunnen geven op basis van de Schijf van Vijf. Zij zijn nauw verbonden met leefstijlaspecten, waaronder voeding, en werken ondersteunend aan de zorgverlener.
- ²⁹ Kwaliteitsregister Paramedici. (z.d.). Kwaliteitsregister Paramedici. <https://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl/> (Geraadpleegd op 10 maart 2025)
- ³⁰ Nederlandse Vereniging van Diëtisten. (z.d.). Beroepsprofiel. <https://nvdietist.nl/informatie/beroepsprofiel/> (Geraadpleegd op 10 maart 2025)
- ³¹ <https://www.dieetbehandelingsrichtlijnen.nl>. Dieetbehandelingsrichtlijnen.nl. (z.d.). Dieetbehandelingsrichtlijnen. <https://www.dieetbehandelingsrichtlijnen.nl/> (Geraadpleegd op 10 maart 2026)
- ³² Vind een diëtist - NVD. Nederlandse Vereniging van Diëtisten. (z.d.). Vind een diëtist. <https://nvdietist.nl/vind-een-dietist/> (Geraadpleegd op 10 maart 2026)
- ³³ Nederlandse Vereniging van Diëtisten. (z.d.). Vind een diëtist. <https://nvdietist.nl/vind-een-dietist/> (Geraadpleegd op 10 maart 2026) en Nederlandse Vereniging van Diëtisten. (z.d.). Landelijke kennisnetwerken & expertgroepen. <https://nvdietist.nl/informatie/landelijke-netwerken/> (Geraadpleegd op 10 april 2025)

Hoofdstuk 5

Kwaliteits-indicatoren

De Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf bevatten geen kwaliteitsindicatoren waarmee op patiëntniveau de mate van gezonde voeding of een gezonde inname worden vastgesteld. Indicatoren die specifiek zijn voor een ziekte of diagnose vallen buiten de scope van deze Zorgmodule Voeding.

Deze Zorgmodule vormt de basis voor passende voedingszorg binnen ziektespecifieke kwaliteitsinstrumenten, zoals richtlijnen, zorgstandaarden of protocollen. Eventuele kwaliteitsindicatoren zijn in deze documenten te vinden.

Hoofdstuk 6

Implementatie Zorgmodule Voeding

De **Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)** is verantwoordelijk voor de landelijke implementatie van de Zorgmodule Voeding. Als opdrachtgever en autoriserende partij bewaakt de NVD dat de inhoud van deze Zorgmodule correct en eenduidig wordt toegepast binnen de dagelijkse praktijk van zorgverlenerszorgverleners.

- De NVD ondersteunt de implementatie door:
- Het beschikbaar stellen van materialen, toelichtingen en praktische handreikingen;
 - Het afstemmen met beroepsverenigingen, zorgorganisaties, patiëntenorganisaties en verwijzers;
 - Het bevorderen van scholing en kennisdeling rondom de Zorgmodule Voeding;
 - Het periodiek evalueren en actualiseren van de Zorgmodule Voeding in samenwerking met stakeholders;
 - Het stimuleren van toepassing van de profielen in alle zorglijnen (eerste-, tweede- en derdelijnszorg).

Door deze rol draagt de NVD bij aan uniforme, hoogwaardige en goed ingebedde voedingszorg als onderdeel van de totale patiëntenzorg.

Deze zorgmodule is tot stand gekomen met behulp van:

Deelnemers stuurgroep

- prof. dr. ir. Edith Feskens. Hoogleraar Voedingswetenschappen, Wageningen University & Research (WUR).
- prof. dr. Harriët Jager. Bijzonder hoogleraar Diëtetiek en transmurale voedingszorg, Radboudumc.
- Jacqueline den Otter. Bestuurslid Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), teamleider diëtetiek OLVG.
- drs. Bianca Rootsaert. Directeur, Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD).
- dr. Maaike de Vries. Raad van bestuur, Nieuw Unicum.

De Stuurgroep is door het NVD-bestuur gemandateerd om de herziene Zorgmodule Voeding (2026) te autoriseren.

Deelnemers werkgroep

- dr. Debbie ten Cate. Vicevoorzitter afdeling Geriatrie en Gerontologie, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
- Maya Gnoth, MSc. Adviseur patiëntbelang, Patiëntenfederatie Nederland.
- Herma ten Have, MSc. Diëtist, Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD).
- Ine Kuilder. Praktijkondersteuner, Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners en Praktijkverpleegkundigen (NVvPO).
- Gea Koopman. Diëtist, Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD).
- drs. Lisette van de Laar. Teamcoördinator programma preventie, huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).
- Tom van Loenhout. Cardioloog, voorzitter Alliantie Voeding in de Zorg (tot oktober 2025).
- Marjo Peters, MA. Diëtist, Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD).
- dr. Maarten Soeters. Internist-endocrinoloog, Nederlandse Internisten Vereniging (NIV).

Deelnemers klankbordgroep

- Nadia Angenent. Zorgverzekeraars Nederland (ZN).
- Judith Bouten. Landelijk Overleg Opleidingen Voeding & Diëtetiek (LOOVD).
- Sione Brugman/Daphne van der Loo. Beroepsvereniging Leefstijl Coaches Nederland (BLCN).
- Sacha Bruno. Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF).
- Sonja Evers. Vereniging van Oefentherapeuten (VvO).
- Jacolien de Haan. Ergotherapie Nederland (EN).
- Vanessa Hollaar. Nederlandse Vereniging voor Mondhygiënist (NVM).
- Wendy Jacobs, Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD).
- Nancy Janssen. Diabetesvereniging Nederland (DVN).
- Petra Meerkerk. Landelijke Huisartsenvereniging (LHV).
- Peter Mourad. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP).
- Patricia te Pas-van der Laag. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).
- Michelle van Roost. Beroepsvereniging Gewichtsconsulent Nederland (BGN).
- Jos Schols. Verenso.
- Marije Verwijs. Voedingscentrum.
- Lieke Visser. Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK).
- Jolien Vijzelaar. Nederlandse Vereniging van Nierpatiënten (NVN).
- Renate Winkels. Alliantie Voeding in de Zorg.
- Myrthe van Zon. Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).
- Ilona Zuurmond. Arts en Leefstijl.

Opdrachtgever: Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)

Projectondersteuning

- dr. Karen Freijer, BSc. Voorzitter werk- en klankbordgroep; diëtist/voedingskundige, persoonlijke titel.
- Inge van den Hoek. Projectondersteuning (1 juli tot en met 30 oktober 2025).
- drs. Cindy Koolhaas. Projectleider.
- ir. Marieke Plas. Richtlijnadviseur (september 2024 tot en met 15 maart 2025).

Financiering: ZonMw.

Bijlage 1: Verantwoording van de totstandkoming

In deze bijlage wordt de verantwoording van het herzieningsproces van de Zorgmodule Voeding (2026) beschreven: de aanleiding, uitgangsvragen, werkwijze van de werkgroep, de rol van de klankbordgroep, de opzet van de commentaarronde en de wijze waarop commentaar is verwerkt.

1 Aanleiding en doel van de herziening

De Zorgmodule Voeding uit 2012 is herzien om aan te sluiten bij actuele inzichten en ontwikkelingen in zorg en maatschappij, en om de toepasbaarheid in de dagelijkse praktijk te vergroten. Vanuit praktijk en stakeholders is aangegeven dat er behoefte is aan (1) meer eenduidigheid in terminologie en definities, (2) een helderder startpunt en stroomschema voor inzet van passende voedingszorg, en (3) een duidelijkere afbakening tussen algemeen voedingsadvies, dieetbehandeling en een dieetbehandeling vanuit aanvullende expertise. Het doel van de herziening is om zorgverleners (en waar passend hulpverleners) een praktisch en eenduidig kader te bieden voor passende voedingszorg op het juiste moment, met herkenbare profielen en bijbehorende competenties.

2 Werkwijze (AQUA) en werkgroepsproces

Bij de herziening is gewerkt volgens de **AQUA leidraad**, waardoor het ontwikkelproces transparant is opgezet en navolgbaar is vastgelegd. Het herzieningsproces vond plaats van **september 2024 tot en met april 2026** en omvatte het inventariseren van knelpunten, het formuleren en prioriteren van uitgangsvragen, het uitwerken van conceptteksten op basis van literatuur/bronmateriaal en praktijkexpertise, tussentijdse afstemming met de klankbordgroep, een externe commentaarronde onder stakeholders en de verwerking van commentaar tot een definitieve versie. Omdat het hier gaat om een **Zorgmodule** (en niet om een richtlijn, zorgstandaard of kwaliteitsstandaard), is de AQUA leidraad **waar passend** gevolgd en zijn onderdelen die specifiek bedoeld zijn voor richtlijnontwikkeling niet toegepast. De inhoudelijke basis wordt gevormd door de **Richtlijnen goede voeding** van de Gezondheidsraad en de (Richtlijnen) Schijf van Vijf van het Voedingscentrum; waar mogelijk is aanvullend (systematisch) literatuuronderzoek uitgevoerd, met name gericht op het onderbouwen van **cijfermatige gegevens**.

3 Knelpuntenanalyse en afbakening van scope

Interviews

Patiëntenparticipatie heeft plaatsgevonden binnen de knelpunteninventarisatie. In dit kader zijn vijftien patiënten geïnterviewd. Deze patiënten zijn geworven via ‘Zoek een patiënt’ van de Patiëntenfederatie. In de selectie is onder meer gevarieerd op opleidingsniveau en woonomgeving (bijvoorbeeld stad en platteland). Daarnaast is gezocht naar patiënten die voedingszorg hebben ontvangen op

meerdere niveaus zoals beschreven in de (destijds) geldende Zorgmodule Voeding. Verder hebben patiëntvertegenwoordigers van drie verschillende patiëntenverenigingen deelgenomen aan de invitational conference.

Naast patiënteninput is tijdens de knelpuntenanalyse input opgehaald bij verschillende beroepsgroepen. Hiervoor zijn vragenlijsten uitgezet onder huisartsen, paramedici, medisch specialisten, verpleegkundigen, leefstijlcoaches en gewichtsconsulenten. Aanvullend zijn zorgverleners geïnterviewd, waaronder een praktijkondersteuner, huisarts, medisch specialist en paramedici. De knelpuntenanalyse is gestart met een vragenlijst onder leden van de NVD en ketenpartners. De opbrengsten uit vragenlijsten en interviews zijn vervolgens gebundeld en besproken tijdens een invitational conference op **16 januari 2025**, waar de belangrijkste knelpunten zijn aangescherpt en geprioriteerd als basis voor het vervolg van de herziening.

Invitational conference

In het kader van de knelpuntenanalyse is een invitational conference georganiseerd waarin vanuit een brede groep stakeholders (incl. patiëntvertegenwoordigers) is geïnventariseerd welke knelpunten en prioriteiten er leven rond de Zorgmodule Voeding (2012) en de gewenste actualisatie. De opbrengsten uit deze bijeenkomst zijn geordend in hoofdthema's en gebruikt als basis voor het formuleren en prioriteren van concept uitgangsvragen voor de herziening. De invitational conference leverde met name input op over (1) maatwerk en aandacht voor de persoonlijke situatie, (2) behoefte aan duidelijke uitleg en praktische tools, (3) benodigde competenties voor gedragsaspecten en gedragsverandering, (4) zichtbaarheid en positionering van de expertise van de diëtist, (5) tijdige verwijzing en goede overdracht/continuïteit van zorg, (6) samenwerking tussen professionals en (7) rollen, verantwoordelijkheden en criteria voor indeling in zorgprofielen. Een belangrijk knelpunt betrof daarnaast de eenheid van taal (definities en terminologie) en de herkenbaarheid van rollen en verantwoordelijkheden bij het geven van algemene voedingsadviezen versus het inzetten van dieetbehandeling. Op basis van deze knelpunten is tevens de scope aangescherpt: de Zorgmodule beschrijft geen bekostiging/vergoeding en geen afzonderlijke interventies of programma's, maar biedt een kader voor passende voedingszorg binnen de context van richtlijnen en zorgstandaarden.

Verwerking van opbrengst

De uitkomsten zijn vastgelegd in een raamwerk en vervolgens uitgewerkt naar concept uitgangsvragen. De werkgroep heeft deze concept uitgangsvragen besproken, aangevuld waar nodig en vastgesteld als vertrekpunt voor het verdere uitwerkings- en schrijfproces.

4 Uitgangsvragen en onderbouwing

De werkgroep heeft op basis van de knelpuntenanalyse uitgangsvragen opgesteld en uitgewerkt. Deze uitgangsvragen waren:

1. Welke ontwikkelingen sinds 2012 zijn van belang om mee te nemen bij de herziening van de voedingszorgprofielen zoals beschreven in de Zorgmodule Voeding 2012?
2. Wanneer is het, vanuit zowel patiëntenperspectief als zorgverleners- en hulpverlenersperspectief, wenselijk dat er aandacht is voor voedingszorg?
3. Welke competenties hebben zorgverleners nodig om voedingszorg te kunnen aanbieden?

4. Bij welk voedingszorgprofiel zijn welke zorgverleners aan zet?
5. Welke websites/organisaties geven betrouwbare en bruikbare informatie en tools met betrekking tot de Richtlijnen Goede Voeding/Schijf van Vijf (of meer) om patiënten naar te verwijzen?
6. Wat hebben zorgverleners nodig om persoonsgerichte voedingszorg (inclusief gedragsverandering) te kunnen leveren?
7. Welke informatie heeft een diëtist nodig bij verwijzing naar voedingszorgprofiel 3 of 4, en welke informatie verwacht de verwijzer terug van de diëtist (voedingszorgprofiel 3 en 4)?

5 Werkgroep, klankbordgroep en besluitvorming

De herziening is uitgevoerd door een multidisciplinaire werkgroep met vertegenwoordiging van relevante beroepsgroepen en het patiëntenperspectief. De werkgroep was verantwoordelijk voor het opstellen van uitgangsvragen, samen met de richtlijnadviseur uitwerken van conceptteksten en het verwerken van ontvangen commentaar tot een herleidbaar eindconcept.

De klankbordgroep functioneerde als adviserend orgaan: zij leverde tussentijds inhoudelijke feedback op conceptteksten, toetste de herkenbaarheid en bruikbaarheid voor de praktijk en signaleerde mogelijke knelpunten bij implementatie. De samenstelling van werkgroep en klankbordgroep is opgenomen in dit document (zie de deelnemerslijsten). De projectondersteuning vond plaats vanuit de NVD.

6 Externe commentaarronde

Het concept van de herziene Zorgmodule Voeding is via een externe commentaarronde voorgelegd aan stakeholders (periode: 08-01-2026 t/m 20-02-2026). Commentaar is verzameld, gebundeld en waar nodig geclusterd in hoofdthema's (inhoud, terminologie/definities, toepasbaarheid en implementatie). De werkgroep heeft per opmerking beoordeeld of aanpassing nodig was, en heeft wijzigingen doorgevoerd waar dit de kwaliteit, consistentie of uitvoerbaarheid versterkte. Waar opmerkingen niet zijn overgenomen, is dit gemotiveerd vanuit de scope en het doel van de Zorgmodule. Na verwerking is (waar passend) teruggekoppeld welke hoofdpunten zijn verwerkt.

7 Autorisatie, financiering en actualisatie

Opdrachtgever en autoriserende partij is de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD). De herziening is gefinancierd door ZonMw. Na afronding van de commentaarronde en verwerking van commentaar is de definitieve versie ter autorisatie voorgelegd aan de Stuurgroep Herziening Zorgmodule Voeding. Deze stuurgroep is door het bestuur van de NVD gemandateerd om de herziene Zorgmodule Voeding te autoriseren. (Autorisatiedatum: 14-04-2026).

Omdat (wetenschappelijke) voedingsrichtlijnen periodiek worden geactualiseerd, wordt de Zorgmodule Voeding herzien wanneer relevante updates in de Richtlijnen goede voeding (publicaties in 2025) en/of de praktische uitwerking daarvan in de Schijf van Vijf, daartoe aanleiding geven, of wanneer ontwikkelingen in de zorgpraktijk daarom vragen.

Bijlage 2: De Schijf van Vijf van het Voedingscentrum

Het Voedingscentrum biedt betrouwbare informatie voor zowel burgers als patiënten, zorgverleners, hulpverleners en andere professionals. Deze informatie en hulpmiddelen zijn te vinden op de website van het Voedingscentrum. Onderstaand voorbeelden van beschikbare informatie

- [Gezond en duurzaam eten met de Schijf van Vijf | Voedingscentrum](#); op deze pagina vind je informatie over:
 - Wat de Schijf van Vijf is.
 - Wat er wel en niet in de Schijf van Vijf staat
 - Wat gezond en duurzaam eten inhoudt
 - Hiernaast biedt de website tips, recepten en een nieuwsbrief voor iedereen die op zoek is naar informatie over goede voeding. Patiënten kunnen zelf via het Voedingscentrum informatie ophalen over voeding.
- [Zwanger en kind | Voedingscentrum](#). Hier vind je informatie over gezond zwanger zijn en voeding voor kinderen die je als ouder zelf kunt raadplegen.
- [AfvalLEN | Voedingscentrum](#). Hier vind je informatie over gezond en verantwoord afvalLEN. Patiënten kunnen met deze informatie zelf aan de slag.
- [50+](#). Hier vind je informatie over fit en vitaal voor 50+
- [70+](#). Hier vind je informatie over fit en vitaal voor 70+
- [Vegetarisch eten](#). Hier vind je informatie over eten zonder vlees volgens de Schijf van Vijf.
- [Veganistisch eten](#). Hier vind je informatie over veganistisch eten volgens de Schijf van Vijf.
- [Apps en tools van het Voedingscentrum | Voedingscentrum](#). Deze gratis hulpmiddelen helpen bij het kiezen voor gezond, veilig en duurzaam eten.

Voor professionals is er specifieke betrouwbare informatie van het Voedingscentrum:

- [Schijf van Vijf voor professionals | Voedingscentrum](#); Op de pagina vind je informatie over:
 - De basisprincipes van de Schijf van Vijf en hoe je deze kunt toepassen in je voorlichting
 - Achtergrondinformatie en handvatten voor het omgaan met diversiteit en het verkleinen van gezondheidsverschillen
 - Richtlijnen en materialen zoals folders, posters, apps en boeken
 - Video's en factsheets over gezond en duurzaam eten
 - Daarnaast biedt het Voedingscentrum professionele diensten aan om vragen van professionals over voeding te beantwoorden
- [Richtlijnen Schijf van Vijf | Voedingscentrum](#) Hier vind je een praktische vertaling van de Richtlijnen Goede Voeding van de Gezondheidsraad, aangevuld met specifieke adviezen voor voldoende energie en voedingsstoffen. Op de pagina kun je de Richtlijnen Schijf van Vijf doorbladeren of downloaden.
- [Voedingsvoorlichting in de huisartsenpraktijk](#) Op deze pagina vind je informatie, materialen en nascholingen die je als huisarts, praktijkondersteuner of andere zorgverlener kunt gebruiken om patiënten met een aandoening, allergie of andere gezondheidsklacht te helpen hun voedingspatroon aan te passen.

- [Diversiteit in de praktijk: voedingsadviezen voor iedereen | Voedingscentrum](#). De pagina behandelt verschillende onderwerpen zoals informatie over de rol van chronische stress, etnische gezondheidsverschillen etc. Daarnaast biedt deze pagina hulpmiddelen zoals uitleg over de terugvraagmethode, tips voor het uitvragen van eetgewoonten en eettradities en tips voor het praten over gewicht.

- Dan zijn er nog tips die vanuit het Voedingscentrum worden meegegeven m.b.t. omgaan met verleidingen -> [Hoe ga ik om met verleidingen? | Voedingscentrum](#). Hierbij wordt ingegaan op de volgende thema's: als je huis gezonder inrichten, verleidingen buitenshuis weerstaan en eten met anderen.

- Vanuit het Voedingscentrum zijn er verschillende tools die ingezet kunnen worden om patiënten te ondersteunen bij het veranderen van hun eetpatroon. Alle actuele tools zijn te vinden via: [Materialen en tools Schijf van Vijf | Voedingscentrum](#). Op deze pagina vind je voorlichtingsmaterialen en tools specifiek voor in de spreekkamer.

Ook Thuisarts biedt laagdrempelig informatie over goede voeding; [Ik wil gezond eten | Thuisarts.nl](#). De informatie op Thuisarts is gebaseerd op informatie van het Voedingscentrum.

Bijlage 3: Definitielijst Zorgmodule Voeding

Begrip	Definitie	Bron
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). De Wet BIG geeft regels voor beroepen in de gezondheidszorg en beschermt patiënten tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen.	Wat betekent BIG in de ‘Wet BIG’? BIG-register Wet- en regelgeving BIG-register
Behandelplan	Het behandelplan, ook wel zorgplan of zorgleefplan genoemd, dat wordt gemaakt heeft als doel de gezondheidstoestand van de patiënt te verbeteren. Een behandelplan is gebaseerd op de medische diagnose en persoonlijke zorgbehoefte van de patiënt. Het behandelplan beschrijft onder andere de zorgvraag, de oorzaken van de ervaren beperkingen, de medische en persoonlijke behandeldoelen van de patiënt, de behandelinterventies, het verwachte effect, de intensiteit van de behandeling en de evaluatiemomenten.	https://nvdietist.nl/app/uploads/2024/07/NVD-richtlijn-Dietistische-dossiervoering-2023-Verantwoording.pdf
BRAVO	Beweging, Roken, Alcohol (en andere verslavende middelen), Voeding en Ontspanning (stress, slaap) + zingeving. Dit zijn de basisfactoren van leefstijl.	Coalitie leefstijl in de zorg / Leefstijl kennisvragen
Competenties	Met competenties bedoelen we een combinatie van kennis, vaardigheden en houding die nodig zijn om taken goed te kunnen uitvoeren.	Zorgmodule Voeding 2012
Derdelijnszorg	Derdelijnszorg is hoogcomplexere en gespecialiseerde zorg die meestal in academische ziekenhuizen wordt geleverd of bij gespecialiseerde klinieken of expertisecentra. Het richt zich op complexe, zeldzame of ernstige aandoeningen die zeer specifieke expertise vereisen. Voorbeelden zijn onderzoek naar zeldzame ziekten of complexe chirurgische ingrepen, zoals transplantatiechirurgie, zeldzame ziekten of brandwondencentra.	Eerste-, tweede- en derdelijnszorg: Hoe werkt het zorgsysteem? - Enurse.nl
Dieetadvies/ dieetbehandeling	Een dieet is een aangepaste voeding op basis van een medische indicatie. De medische indicatie maakt een aanpassing van de voeding noodzakelijk of wenselijk. Dieetbehandelingen worden opgesteld door diëtisten die hiervoor zijn opgeleid.	Zorgmodule Voeding 2012/ Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen (2023).
Directe Toegankelijkheid Diëtiek (DTD)	Sinds augustus 2011 is de diëtist direct toegankelijk, dit betekent dat een patiënt zonder verwijzing van een arts of specialist naar een diëtist kan gaan met vragen over voeding(szorg) en diëten. Dit heet Directe Toegankelijkheid Diëtiek (DTD).	Eerste-, tweede- en derdelijnszorg: Hoe werkt het zorgsysteem? - Enurse.nl
Eerstelijnszorg	Eerstelijnszorg is zorg waarbij je zonder verwijzing terecht kunt. Denk aan de huisarts, tandarts, fysiotherapeut, wijkverpleegkundige, apotheker of maatschappelijk werk. Het is laagdrempelig en bedoeld om gezondheidsproblemen vroeg op te vangen, de continuïteit in de wijk te organiseren en voorkomen dat mensen doorverwezen moeten worden naar specialistische zorg.	Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen (2023).
Geïndiceerde preventie	Geïndiceerde preventie is de zorg die erop gericht is het ontstaan van ziekte te voorkomen bij een individu met een verhoogd risico op die ziekte. Kenmerk van deze fase is dat de patiënt zoveel mogelijk begeleid wordt naar zelfmanagement.	Richtlijnen goede voeding - eiwitbronnen en voedingspatronen 2025 Rapport Rijksoverheid.nl
Gezonde voeding/ goede voeding	Gebalanceerde voeding(szorg) volgens de Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf.	
Hulpverleners	Dit zijn professionals die niet onder de Wet BIG vallen, maar die wel voedingsadviezen kunnen geven op basis van de Schijf van Vijf. Zij zijn nauw verbonden met leefstijlaspecten, waaronder voeding, en werken ondersteunend aan de zorgverlener. Voorbeelden hiervan zijn: leefstijlcoaches, gewichtsconsulenten, hulpverleners mondzorg, lactatiekundigen en anderen.	International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI). IDDSI Framework. Beschikbaar via: https://iddsi.org
IDDSI	Het International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) is een wereldwijd gebruikte, gestandaardiseerde indeling voor de consistentie van eten en drinken bij mensen met slikstoornissen. Het model bestaat uit niveaus (0–7) die duidelijk beschrijven hoe dik vloeistoffen zijn en welke textuur voeding heeft. De IDDSI consistenties helpen zorgverleners om op uniforme wijze veilige voedings- en vloeistofconsistenties te adviseren, met als doel verslikken, aspiratie en ondervoeding te voorkomen.	Handboek interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn. Van Zaalen, Deckers & Schuman, 2018.

Begrip	Definitie	Bron
Interprofessioneel samenwerken	Een samenwerkingsvorm waarbij meerdere professionals met verschillende professionele achtergronden zorg, begeleiding en/of ondersteuning aanbieden aan patiënten. In dit proces worden patiënten en hun informeel netwerk - als men dit wil en er op dat moment toe in staat is – actief betrokken bij het hele proces van signalering, diagnostiek, keuze van behandeling, behandeling zelf, monitoring, nazorg en evaluatie om de hoogste kwaliteit van zorg, begeleiding en/of ondersteuning te leveren binnen verschillende contexten. In de literatuur worden veel verschillende termen gebruikt, zoals multidisciplinair, multiprofessioneel, interdisciplinair en interprofessioneel. Vaak worden de termen door elkaar gebruikt en verliezen de woorden hun betekenis. Wij kiezen binnen deze Zorgmodule Voeding voor de term interprofessioneel samenwerken.	Handboek interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn. Van Zaalen, Deckers & Schuman, 2018.
Kwaliteitsregister Paramedici	Het Kwaliteitsregister Paramedici is op 1 juli 2000 gestart en opgericht op initiatief van verschillende paramedische beroepsverenigingen. De stichting Kwaliteitsregister Paramedici is een onafhankelijke netwerkorganisatie waarin de paramedische beroepsgroepen samenwerken. Het Kwaliteitsregister Paramedici realiseert de kwaliteitsregistratie voor negen paramedische beroepsgroepen. Dat zijn: ergotherapeuten, diëtisten, huidtherapeuten, logopedisten, MBB’ers, oefentherapeuten, optometristen, orthoptisten en podotherapeuten. Deze beroepen vallen onder de Wet BIG, artikel 34. Inmiddels zijn ruim 40.000 paramedici geregistreerd.	Kwaliteitscriteria 2025 - 2030 - NVD en Over KP Kwaliteitsregister Paramedici
Kwaliteitsgeregistreerd	Als een paramedicus in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) kwaliteitsgeregistreerd staat, dan weet je zeker dat deze zorgverlener zijn beroep mag uitoefenen en zijn deskundigheid op peil houdt. Dat is niet alleen voor jou en je gezondheid belangrijke informatie, maar ook voor de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars vergoeden soms alleen als een paramedicus in het KP-register staat.	‘Als je kwaliteitsgeregistreerd staat maak je het verschil’ Kwaliteitsregister Paramedici / Kwaliteitsregister Kwaliteitsregister Paramedici
Kwaliteitsstandaard	Een kwaliteitsstandaard is een verzameling van richtlijnen, zorgstandaarden en zorgmodules die beschrijven wat goede zorg is voor een specifiek zorgproces of een deel daarvan volgens de definitie van de term “professionele standaard” zoals beschreven in de Zorgverzekeringswet. Het beschrijft goede zorg vanuit het perspectief van de patiënt en is gebaseerd op de zorgvraag van patiënten. Het bevat een duidelijke beschrijving van de zorginhoud en de organisatie van het zorgproces, inclusief richtlijnen voor het proces van ‘Samen Beslissen’. Patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars werken samen aan de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard en voldoet aan de criteria van het Toetsingskader van het Zorginstituut Nederland.	Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen (2023).
Kwaliteit van leven	Kwaliteit van leven gaat over hoe iemand zijn lichamelijke, mentale en sociale functioneren zelf ervaart. Hier gaat het om kwaliteit van leven in relatie tot gezondheid of ziekte vanuit het perspectief van de patiënt/cliënt, ook wel de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven genoemd.	Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen (2023).
Leefstijl	Zie BRAVO.	Coalitie leefstijl in de zorg / Leefstijl kennisvragen
Ondervoeding	Ondervoeding is een acute of chronische toestand waarbij een tekort of disbalans van energie, eiwit en andere voedingsstoffen leidt tot meetbare, nadelige effecten op lichaamssamenstelling, functioneren en klinische resultaten.	ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Cederholm et al. 2016.
Ongezonde voeding	Niet gebalanceerde voeding(szorg) volgens de Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf.	

Begrip	Definitie	Bron
Preventie	Er zijn vier soorten preventie: universele preventie, selectieve preventie, geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie. Universele en selectieve preventie richten zich op het collectief en vallen daarmee niet binnen een zorgstandaard of richtlijn. Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie zijn op het individu gericht en beslaan daarmee de scope van een zorgstandaard en richtlijn. Samengevat: de Zorgmodule Voeding richt zich specifiek op geïndiceerde en zorggerelateerde preventie; gericht op een individu.	Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen (2023).
Richtlijn	Een richtlijn is een systematisch ontwikkeld document, gebaseerd op wetenschappelijk bewijs en klinische ervaring, dat zorgverleners en patiënten helpt bij het nemen van beslissingen over effectieve en efficiënte zorg voor een specifiek gezondheidsprobleem. De richtlijn beschrijft wat, wanneer en waarom bepaalde zorg nodig is en is, evenals een zorgstandaard, gekoppeld aan een diagnose. De richtlijn vormt de input voor een protocol waarin naast het ‘wat en wanneer’ ook het ‘hoe’ wordt beschreven.	Betekenis van richtlijnen - Richtlijnen database
Selectieve preventie	Selectieve preventie richt zich op groepen in de bevolking die een verhoogd risico op ziekte lopen. Selectieve preventie heeft tot doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke interventies en/of preventieprogramma's. De Zorgmodule Voeding richt zich niet op deze vorm van preventie.	Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen (2023).
Stepped and matched care	Gefaseerde en afgestemde zorg: de zorg start met de minst intensieve en minst belastende interventie (<i>stapgewijs</i>), en wordt waar nodig op- of afgeschaald. Tegelijk wordt de zorg altijd afgestemd op de individuele zorgbehoefte, situatie en voorkeuren van de patiënt (<i>afgestemd</i>).	Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen (2023).
Tweedelijnszorg	Tweedelijnszorg omvat specialistische zorg, waarvoor meestal een verwijzing van een eerstelijnszorgverlener nodig is. Denk daarbij aan ziekenhuisbehandelingen, gespecialiseerde ggz of revalidatiezorg. Deze zorg is vaak intensiever en vindt plaats in een ziekenhuis of gespecialiseerde kliniek. Deze behandelingen kunnen niet direct in de eerste lijn worden behandeld.	Eerste-, tweede- en derdelijnszorg: Hoe werkt het zorgsysteem? - Enurse.nl
Universele preventie	Universele preventie richt zich op de gehele bevolking. Universele preventie heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen door actief de gezondheid van de bevolking te bevorderen en beschermen. De Zorgmodule Voeding richt zich niet op deze vorm van preventie.	Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen (2023).
Voedingsadvies	Algemeen advies over voeding, gericht op het inpassen van de Richtlijnen goede voeding/Schijf van Vijf in het dagelijks leven.	Zorgmodule Voeding 2012
Voedingsgedrag	Voedingsgedrag bestaat uit meerdere gedragingen; het is het totaal van wat, wanneer, waar, met wie, waarom en hoe een persoon eet. Voedingsgedrag reikt verder dan enkel voedingskundige en gezondheidskundige aspecten van het gedrag.	Zorgmodule Voeding 2012
Voedingspatroon	Indien er geen medische redenen aanwezig zijn om voeding aan te passen, dan hanteren we de term voedingspatroon.	
Voedingszorg	Voedingszorg wordt verleend door een zorgverlener die acteert op voeding en omvat alle zorg op het gebied van het aanleren van gezond of aangepast voedingsgedrag bij de preventie en behandeling van (chronische) ziekten.	Zorgmodule Voeding 2012

Begrip	Definitie	Bron
Zelfmanagement	Zelfmanagement is het vermogen van mensen om hun ziekte, aandoening of beperking optimaal te kunnen inpassen in hun leven. Dit betekent dat men omgaat met de symptomen, de behandeling, de lichamelijke, sociale en emotionele consequenties van hun ziekte of aandoening en met de leefstijlveranderingen waar nodig. Zelfmanagement is niet statisch: het is te allen tijde een dynamisch proces. Zelfmanagement betekent dat mensen zelf kunnen kiezen in hoeverre zij de regie over het leven in eigen hand willen houden, ofwel een deel van het zelfmanagement uit handen geeft en hoe zij mede richting willen geven aan de manier waarop de beschikbare zorg wordt ingezet. Zo kunnen zij een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven bereiken of behouden. Het leven staat hierbij centraal en niet de ziekte, aandoening of beperking. Aandacht voor zelfmanagement is binnen alle zorgsectoren belangrijk. Het is bij elke patiënt belangrijk om uit te gaan van zijn unieke situatie, levensverhaal en levensdoelen.	Richtlijn Zelfmanagementondersteuning(2023). SKILZ.
Ziektespecifieke addities	In zorgstandaarden wordt in de ziektespecifieke addities een ziektespecifieke invullingen van of aanvullingen op de inhoud van een Zorgmodule beschreven.	Zorgmodule Voeding 2012
Zorggerelateerde preventie	Zorggerelateerde preventie richt zich op individuen met een ziekte en heeft tot doel hen te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en ‘erger’ te voorkomen. De Zorgmodule Voeding richt zich op deze vorm van preventie.	Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen (2023).
Zorgmodule (generiek en ziektespecifiek)	Een Zorgmodule richt zich op specifieke ziekteoverstijgende zorg op het juiste niveau door zorgverleners met de juiste competenties. Omdat veel zorg in zorgstandaarden niet alleen ziektespecifiek is, maar ook ziekteoverstijgend, kunnen Zorgmodules worden opgenomen in zorgstandaarden. Zorgmodules beschrijven onderdelen van zorg die relevant zijn voor meerdere ziekten, zoals voeding, bewegen en stoppen met roken. Een Zorgmodule kan in verschillende fasen van een ziekte van toepassing zijn, maar ook bij een verhoogd risico op ziekte voordat die ziekte daadwerkelijk optreedt.	Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen (2023).
Zorgstandaard	Een zorgstandaard is een algemeen raamwerk voor de behandeling van mensen met een bepaalde aandoening. Het beschrijft de minimale norm voor goede zorg, zowel inhoudelijk als procesmatig, gebaseerd op richtlijnen en wetgeving. Dit maakt duidelijk wat alle betrokken partijen kunnen verwachten tijdens het behandelingstraject.	Zorgmodule Voeding 2012
Zorgverlener	Een zorgverlener is iemand die beroepsmatig zorg verleent en valt onder de wet BIG. Beroepen die hieronder vallen zijn: Artikel 3-, 34- en artikel 36a-beroepen. Wettelijk erkende specialismen vallen onder artikel 14. Zie hiervoor Beroepen – BIG wet	Beroepen – BIG wet

Bijlage 4: Referenties

- BIG-register. (z.d.). Registratie. <https://www.bigregister.nl/registratie> (Geraadpleegd op 16 januari 2025)
- BIG-register. (z.d.). Wat betekent BIG in de ‘Wet BIG’? <https://www.bigregister.nl/registratie/vraag-en-antwoord/wat-betekent-big-in-de-wet-big> (Geraadpleegd op 16 januari 2025)
- Brink, E., Van Rossum, C., Postma-Smeets, A., Stafleu, A., Wolvers, D., Van Dooren, C., Toxopeus, I., Buurma-Rethans, E., Geurts, M., & Ocké, M. (2019). Development of healthy and sustainable food-based dietary guidelines for the Netherlands. *Public Health Nutrition*, 22(13), 1–17. <https://doi.org/10.1017/S1368980019001435>
- Brink, E. J., Postma-Smeets, A., Stafleu, A., & Wolvers, D. (2016). De Schijf van Vijf (Factsheet). Voedingscentrum. <https://www.voedingscentrum.nl/Assets/Uploads/voedingscentrum/Documents/Professionals/Pers/Factsheets/Factsheet%20Schijf%20van%20Vijf.pdf>
- Busch, M. C. M., Havelaar, A. H., Kramers, P. G. N., Kromhout, D., Van Leeuwen, F. X. R., Van Leent-Loenen, H. M. J. A., Ocké, M. C., & Verkleij, H. (2004). Ons eten gemeten: Gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; Bohn Stafleu van Loghum.
- Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., Compher, C., Correia, I., Higashiguchi, T., Holst, M., Jensen, G. L., Malone, A., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Rothenberg, E., Schindler, K., Schneider, S. M., De van der Schueren, M. A. E., ... Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 36(1), 49–64. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004>
- Coalitie Leefstijl in de Zorg. (z.d.). Het benutten van teachable moments. <https://leefstijlcoalitie.nl/het-benutten-van-teachable-moments/> (Geraadpleegd op 15 november 2025)
- Coördinatieplatform Zorgstandaarden. (2010, maart). Zorgstandaarden in model: Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronisch zieken. <https://www.zorginzicht.nl/static/prozinbijlage/4a361973-19fa-4d90-bc16-4fa83858cbae-rapport-zorgstandaarden-in-model-februari-2010.pdf>
- De medisch specialist. (z.d.). Samen Beslissen. <https://demedischspecialist.nl/themas/thema/samen-beslissen-0> (Geraadpleegd op 26 maart 2026)
- Den Broeder, L., Hilderink, H., Polder, J., Staatsen, B., Dekker, L., Jansen-van Eijndt, T., Van der Lucht, F., Spijkerman, A., Van Bakel, M., Deuning, C., Kupper, N., & Couwenbergh, C. (2024). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024: Kiezen voor een gezonde toekomst (RIVM-rapport 2024-0110). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2024-0110.pdf>
- Den Broeder, L., Hilderink, H., Polder, J., Dekker, L., Jansen-van Eijndt, T., Van der Lucht, F., Spijkerman, A., Van Bakel, M., Deuning, C., Kupper, N., & Couwenbergh, C. (2025). Choosing a healthy future: Public Health Foresight Study 2024. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. <https://www.rivm.nl/publicaties/public-health-foresight-study-2024>
- Dieetbehandelingsrichtlijnen.nl. (z.d.). Dieetbehandelingsrichtlijnen. <https://www.dieetbehandelingsrichtlijnen.nl/> (Geraadpleegd op 10 maart 2026)
- Elia, M. (2003). The ‘MUST’ report: Nutritional screening of adults: A multidisciplinary responsibility. Development and use of the ‘Malnutrition Universal Screening Tool’ (‘MUST’) for adults. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). <https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must-report.pdf>
- Gezondheidsraad. (2006). Richtlijnen goede voeding 2006. <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2006/12/18/richtlijnen-goede-voeding-2006>
- Gezondheidsraad. (2011, 16 juni). Richtlijnen goede voeding ecologisch belicht. <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/2011/06/16/richtlijnen-goede-voeding-ecologisch-belicht>
- Gezondheidsraad. (2025, 4 december). Richtlijnen goede voeding: Eiwitbronnen en voedingspatronen 2025. <https://www.gezondheidsraad.nl/adviesonderwerpen/voedingsrichtlijnen/richtlijnen-goede-voeding-eiwitbronnen-en-voedingspatronen-2025>
- HAN University of Applied Sciences. (z.d.). Veranderen door handelen (document over motiverende gespreksvoering). <https://www.han.nl/over-de-han/organisatie/academies/academie-paramedische-studies/incompany-maatwerk/motiverende-gespreksvoering-basis/veranderendoorhandelen.pdf> (Geraadpleegd op 11 november 2025)
- International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. (z.d.). IDDSI Framework. <https://iddsi.org/> (Geraadpleegd op 1 februari 2025)
- Jensen, G. L., Cederholm, T., Correia, M. I. T. D., Gonzalez, M. C., Fukushima, R., Pisprasert, V., ... Barazzoni, R. (2025). GLIM consensus approach to diagnosis of malnutrition: A 5-year update. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 49(4), 414–427. <https://doi.org/10.1002/jpen.2756>
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. (2021). Beroepsprofiel fysiotherapeut. <https://www.kngf.nl/app/uploads/2024/07/kngfberoepsprofiel-fysiotherapeut2021.pdf>
- Kromhout, D., Spaaij, C. J. K., De Goede, J., & Weggemans, R. M. (2016). The 2015 Dutch food-based dietary guidelines. *European Journal of Clinical Nutrition*, 70(8), 869–878. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2016.52>
- Kruizenga, H. M., Seidell, J. C., De Vet, H. C. W., Wierdsma, N. J., & Van Bokhorst-de van der Schueren, M. A. E. (2005). Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: The short nutritional assessment questionnaire (SNAQ(c)). *Clinical Nutrition*, 24(1), 75–82. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2004.07.015>
- Kwaliteitsregister Paramedici. (z.d.). Kwaliteitsregister Paramedici. <https://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl/> (Geraadpleegd op 10 maart 2025)
- Meetinstrumentenzorg.nl. (z.d.). Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/malnutrition-universal-screening-tool/> (Geraadpleegd op 10 mei 2025)
- Meetinstrumentenzorg.nl. (z.d.). Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ). <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/short-nutritional-assessment-questionnaire/> (Geraadpleegd op 10 mei 2025)
- Movisie. (z.d.). Methodebeschrijving: Motiverende gespreksvoering. <https://www.movisie.nl/sites/default/files/2018-03/Methodebeschrijving-motiverende-gespreksvoering.pdf> (Geraadpleegd op 10 mei 2025)
- Nederlandse Patiëntenfederatie. (z.d.). Digitale Zorggids: Vijf tips die jou helpen de juiste zorg-app te vinden. <https://www.digitalezorggids.nl/vijf-tips-die-jou-helpen-de-juiste-zorg-app-te-vinden/> (Geraadpleegd op 15 november 2025)

- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2020). Richtlijn informatie-uitwisseling tussen arts en paramedicus (HASP-paramedicus). <https://www.nhg.org/wp-content/uploads/2022/10/richtlijninformatie-uitwisselingtussenartsenparamedicus2022.pdf>
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (z.d.). Juridische status van richtlijnen. <https://richtlijnen.nhg.org/juridische-status-van-richtlijnen> (Geraadpleegd op 16 januari 2025)
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (z.d.). Zorgprofielen leefstijl (roken, voeding, alcohol en bewegen). <https://www.nhg.org/praktijkvoering/leefstijl/zorgprofielen/> (Geraadpleegd op 15 november 2025)
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten. (z.d.). Artsenwijzer Diëtetiek. <https://nvdietist.nl/informatie/artsenwijzer-dietetiek/> (Geraadpleegd op 26 maart 2026)
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten. (z.d.). Beroepsprofiel. <https://nvdietist.nl/informatie/beroepsprofiel/> (Geraadpleegd op 10 maart 2025)
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten. (2021). Een visie op de diëtetiek en de diëtist in 2030. <https://nvdietist.nl/app/uploads/2022/01/NVDvisiedigitaal.pdf>
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten. (2023). NVD-richtlijn Diëtistische dossiervoering 2023: Verantwoording en toelichting. <https://nvdietist.nl/app/uploads/2024/07/NVD-richtlijn-Dietistische-dossiervoering-2023-Verantwoording.pdf>
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten. (2023, 30 oktober). Wet- en regelgeving van toepassing voor de beroepsgroep diëtisten. <https://nvdietist.nl/app/uploads/2023/10/Wet-en-regelgeving-voor-de-beroepsgroep-dietisten-30-10-2023.pdf>
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten. (2025). Waarom zou je een diëtist geloven?. <https://www.voedingsacademie.nl/wp-content/uploads/Waarom-zou-je-een-dietist-geloven2.pdf>
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten. (z.d.). Landelijke kennisnetwerken & expertgroepen. <https://nvdietist.nl/informatie/landelijke-netwerken/> (Geraadpleegd op 110 april 2025)
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten. (z.d.). Vind een diëtist. <https://nvdietist.nl/vind-een-dietist/> (Geraadpleegd op 10 maart 2026)
- NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. (2022). Preventie [Whitepaper]. <https://www.umcnl.nl/app/uploads/2024/05/Whitepaper-Preventie.pdf>
- Overheid.nl. (2022, 1 januari). Wet toetreding zorgaanbieders (BWBR0043797). <https://wetten.overheid.nl/BWBR0043797/2022-01-01>
- Pharos. (z.d.). Gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid. <https://www.pharos.nl/thema/laaggeletterdheid-gezondheidsvaardigheden/> (Geraadpleegd op 15 november 2025)
- Recht in de Zorg. (2015). De juridische status van medische protocollen en richtlijnen. <https://rechtindezorg.nl/wp-content/uploads/2015/04/De-juridische-status-van-medische-protocollen-en-richtlijnen1.pdf>
- Richtlijnendatabase. (2023, 10 juli). Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen (Initiatief: Partnerschap Overgewicht Nederland (PON)). <https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/overgewicht-en-obesitas-bij-volwassenen-en-kinderen/startpaginarichtlijn-overgewicht-en-obesitas-bij-volwassenen-en-kinderen.html>
- Richtlijnendatabase. (z.d.). Betekenis van richtlijnen. <https://richtlijnendatabase.nl/werkwijze/betekenis.html> (Geraadpleegd op 9 mei 2025)
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2021). Factsheet ongezonde voeding. <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2021-07/LR012065131709Factsheet%20ongezondevoedingV5.pdf>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2025, september). Impactvolle determinanten van gezondheid [Factsheet]. <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2025-09/Impactvolle-Determinanten-van-gezondheid-september-2025.pdf>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2023). Wat eet en drinkt Nederland? Voedselconsumptiepeiling 2019–2021. <https://www.wateetnederland.nl/>
- SKILZ. (2023, 31 oktober). Richtlijn Zelfmanagementondersteuning in de langdurige zorg. <https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/richtlijnen/zelfmanagementondersteuning>
- Staten-Generaal. (z.d.). Kamerstuk 29247, nr. 142. Officiële bekendmakingen. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29247-142.html>
- Thuisarts.nl. (z.d.). Ik wil gezond eten. <https://www.thuisarts.nl/gezond-eten/ik-wil-gezond-eten> (Geraadpleegd op 12 mei 2025)
- Toetreding zorgaanbieders. (z.d.). Algemene vragen. <https://www.toetredingzorgaanbieders.nl/hulp-en-contact/vragen-en-antwoorden/algemene-vragen> (Geraadpleegd op 12 mei 2026)
- Van Zaal, Y., Deckers, L., & Schuman, H. (2018). Handboek interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn. Uitgeverij Coutinho.
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (2022, 1 juli). Kadernotitie Samen Beslissen. https://www.venvn.nl/media/jpif3n-to/kadernotitie-samen-beslissen_versie-2.pdf
- Voedingscentrum. (2011, 12 april). Richtlijnen voedselkeuze (1e update). <https://www.voedingscentrum.nl/Assets/Uploads/voedingscentrum/Documents/Professionals/Voedselvoorlichting/01Richtlijnen%20voedselkeuze%20Voedingscentrum.pdf>
- Voedingscentrum. (z.d.). Diversiteit in de praktijk: Voedingsadviezen voor iedereen. <https://www.voedingscentrum.nl/professionals/schijf-van-vijf/diversiteit-in-de-praktijk-voedingsadviezen-voor-iedereen.aspx> (Geraadpleegd op 10 april 2025)
- Voedingscentrum. (z.d.). Gezond en duurzaam eten met de Schijf van Vijf. <https://www.voedingscentrum.nl/nl/gezond-eten-met-de-schijf-van-vijf.aspx> (Geraadpleegd op 10 januari 2025)
- Voedingscentrum. (z.d.). Richtlijnen Schijf van Vijf. <https://www.voedingscentrum.nl/professionals/schijf-van-vijf/richtlijnen-schijf-van-vijf.aspx> (Geraadpleegd op 10 januari 2025)
- Zorg voor Beter. (z.d.). 3 Goede Vragen methode. <https://www.zorgvoorbeter.nl/tips-tools/tools/3-goede-vragen-methode> (Geraadpleegd op 25 februari 2026)
- Zorg voor Beter. (z.d.). Gezondheidsvaardigheden. <https://www.zorgvoorbeter.nl/kennisbundel-zelfmanagement/gezondheidsvaardigheden> (Geraadpleegd op 15 november 2025)
- Zorg voor Beter. (z.d.). Handreiking Aandacht voor zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden. <https://www.zorgvoorbeter.nl/tips-tools/tools/handreiking-aandacht-zelfmanagement-gezondheidsvaardigheden> (Geraadpleegd op 15 november 2025)
- Zorginstituut Nederland. (2024, 10 december). Handreiking: Samen aan de slag met passende zorg. <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2024/12/10/handreiking-samen-aan-de-slag-met-passende-zorg>

