

Ondervoeding ook hier een probleem

Een groot aantal patiënten in Nederlandse ziekenhuizen lijdt aan ondervoeding.

Bij goed diagnostiseren vertoont 25 tot 45% van de bijna 50.000 patiënten de lichamelijke kenmerken die in hongerend Afrika gewoon zijn: een gewichtsverlies van 10 procent of meer en een structureel tekort aan eiwitten en witte bloedlichaampjes.

Interview met prof. dr. R.I.C. Wesdorp, chirurg ziekenhuis Vrije Universiteit te Amsterdam

door Pieter den Hollander.
Eerder verschenen in Algemeen Dagblad, 22-2-1989.

Daardoor is de kans op complicaties na zware operaties en andere ingrijpende behandelingen bij deze patiënten beduidend groter, zegt prof. dr. R.I.C. Wesdorp, chirurg in het academisch ziekenhuis van de Vrije Universiteit in Amsterdam.

Alarmerend

In een aantal gevallen is de ondervoeding zo ernstig dat het de dood tot gevolg kan hebben. Wesdorp doet deze alarmerende mededelingen in zijn inaugurele rede als hoogleraar aan de medische faculteit van de VU.

Volgens hem is de ondervoeding meestal het gevolg van de ziekte waaraan de patiënt lijdt; bij opname in het ziekenhuis wordt die ondervoeding vrijwel nooit herkend. Extra maatregelen om de conditie weer op peil te brengen, blijven daarom uit.

Onderschat

Dat klinkt ongelooflijk.

Wesdorp: 'Ja, bij ondervoeding denken wij aan stervende kinderen en bejaarden in de hongergebieden. Vrijwel niemand realiseert zich dat je de beide klassieke vormen van ondervoeding, marasmus en kwashiorkor genaamd, ook in de veilige westerse ziekenhuizen aantreft.'

De meeste artsen en verpleegkundigen herkennen deze aandoeningen helemaal niet of onderschatten de gevolgen ervan, aldus Wesdorp. Maar als ze er op letten, zouden ze bij 25 tot 45 procent van hun patiënten ondervoeding aantreffen, zo is uit Amerikaanse studies gebleken. In Nederland is daarnaar nooit onderzoek verricht.

Opleidingen

Waarom niet?

Wesdorp: 'De medische opleidingen gaan geheel aan dit verschijnsel voorbij. Er worden geen colleges over voeding gegeven en de aandacht voor dit belangrijke onderdeel van de gezondheidszorg is nul. We zijn een spruitjesvolk zonder eetcultuur dat zich

absoluut niet bewust is van de veranderde stofwisseling als gevolg van ernstige ziekten.'

Daarom wordt bij de opname van patiënten met kanker, maag- en darmstoornissen, zware infecties en andere ernstige aandoeningen nauwelijks gecontroleerd op mogelijk verlies van gewicht, eiwitten en witte bloedlichaampjes, zo signaleert Wesdorp.

Mensen met dergelijke aandoeningen blijken vaak al maanden onvoldoende te eten, omdat ze het voedsel niet verdragen. In het ziekenhuis volgt dan tot overmaat van ramp een periode van gedwongen vasten in verband met allerlei specialistisch onderzoek.

Wat is het gevolg?

Wesdorp: 'Zo is de ondervoede patiënt meer vatbaar voor infectie. Zijn cel-immuniteit neemt af, wonden genezen minder goed, de longfunctie kan gestoord raken, ademhalingspijpen verzwakken, de darmfunctie verslechtert en zelfs de hartfunctie kan verminderen.'

'Het gevolg is dus dat een patiënt onder dergelijke omstandigheden meer risico loopt om dood te gaan. Uit onderzoek in het buitenland is gebleken dat patiënten met een lichaamsverlies van 5 kilo of meer een vijf tot tien maal zo groot overlijdensrisico hebben.'

Tests

Is ondervoeding herkenbaar en is er iets aan te doen?

Wesdorp: 'Het probleem is dat lang niet iedere magere patiënt slecht gevoed is en dat niet iedere dikke patiënt goed gevoed hoeft te zijn. Er moeten dus snelle, eenvoudige tests worden uitgevoerd die binnen 24 uur uitsluitsel geven. Deze technieken zijn voorhanden.'

Wesdorp pleit er voor dat iedere ernstige patiënt bij zijn opname wordt onderzocht op zijn eetgewoonten, de veranderingen als gevolg van de ziekte en op zijn huidige conditie. Verder kunnen de mogelijkheden van vloeibare voeding via de bloedbaan beter worden uitgebuit.

Wesdorp: 'Ik pleit ervoor om een voedingsregime gedurende minstens 7 tot 10 dagen voorafgaande aan de operatie of medische

Vervolg op pagina 19, 2e kolom.

Actuele ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg

Er worden in deze tijd plannen gemaakt voor verzakelijking of commercialisering van de gezondheidszorg. Naast dat er over een aparte CAO voor de verpleging wordt gesproken, omdat het hele financieringssysteem van de sector niet bevalt.

mei 1989,
R. Phillips
(adres bij de
redactie bekend)

De tekorten aan verpleegkundigen zijn door de politiek opgelegd via financiering. Die moest bewerkstelligen dat er 11.000 ziekenhuisbedden gesloten werden zonder adequate capaciteitsvergroting van verpleeghuizen, of omvanguitbreiding van de wijkverpleging en andere 1e lijnsvoorzieningen. Het toepassen van steeds verdere klinische mogelijkheden buiten de verpleegkunde hebben de tekorten alleen nog maar doen toenemen.

De schaarste aan verpleegkundigen met kennis van klinische specialisaties is sterk toegenomen, enerzijds door het grote verloop onder goed gekwalificeerde verpleegkundigen en anderzijds door de toegenomen technische ontwikkelingen. De kwaliteitsontwikkeling en professionalisatie heeft op een te laag peil moeten draaien, mede door de te hoge werkdruk.

Zowel een aparte CAO, functiewaardering als volledige commercialisatie van de gezondheidszorg brengt geen einde aan de schaarste van deze verpleegkundigen voor tenminste de komende 5 jaar. Is het wenselijk meer aandacht te schenken aan het idee van een eigen NV, buiten de NZR en koepels, om voor juist die schaarse werknemers een aantrekkelijke werkplek te creëren? De positie aannemingsbedrijf voor klinisch verpleegkundig werk, alsook voor bijv. operatie-assistenten, managers, innovatoren in de gezondheidszorg etcetera, heeft bij commerciële zorg dempende effecten m.b.t. de schaarste-problematiek. Mogelijk zijn er voordelen te behalen naar de graad van verzakelijking voor mensen met een laag inkomen. Iedere werknemer zal omdat het om een eigen bedrijf gaat preferente aandelen hebben. Uitzending naar het buitenland geeft geen carrièreproblemen, interessant vooral omdat Nederlandse verpleegkundigen hun talen spreken! Dit kan ook effecten hebben op patiënten-import. Salariëring en andere arbeidsvoorwaarden zullen beter zijn dan in de huidige situatie, waardoor een opwaartse druk op de hele verpleegkundige sector ontstaat. De NZR zal moeten

concurreren! Aan een gezonde economie en optimale zorg mag iedereen meewerken. Men denke hierbij aan Europa 1992, wanneer onze gezondheidszorg zal moeten concurreren met de rest van Europa.

Vervolg van pagina 17

behandeling in te stellen. Langer wachten, bijvoorbeeld bij kankerpatiënten of mensen met zware infectieziekten, kan vaak niet. Wel kan het nodig blijken een aangepaste, minder zware operatie uit te voeren. Ondervoeding is soms een kwestie van leven of dood.'

Begeleiden

Hoe reageert de Nederlandse gezondheidszorg?

Wesdorp: 'Ik heb speciale voedingsteams om de ondervoede patiënten te begeleiden ingevoerd gekregen bij de universitaire ziekenhuizen van Maastricht en de VU en in het Amsterdamse Onze Lieve Vrouwe-Gasthuis. In de praktijk blijken daarmee geen onoverkomelijke extra kosten te zijn gemoeid. Maar deze aanpak zou natuurlijk op veel grotere schaal moeten worden toegepast. Ik ben bij de Ziekenfondsraad geweest om meer financiële mogelijkheden voor speciale behandelingen tegen ondervoeding bij de patiënten thuis.'

'Maar die behandelingen van 40 tot 80 gulden per dag blijken niet verzekerd te zijn. We willen wel, maar de wet biedt ons geen mogelijkheden, zegt de Ziekenfondsraad. Dat vind ik dus van de zotte. Op deze manier zal verbetering van de situatie nog jaren op zich laten wachten. Ik hoop nu wat druk op de ketel te zetten.'