

VOEDING BIJ/TEGEN ONDERVOEDING EN DECUBITUS IN ZIEKENHUIZEN IS ÉÉN OP DE DRIE PATIËNTEN ONDERVOED EN IN VERPLEEGHUIZEN IS DIT ÉÉN OP DE VIER PATIËNTEN

V. Oostendorp*

In de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2004 is ondervoeding één van de punten geweest waarop is gescreend. De uitkomst is zorgwekkend: in ziekenhuizen is één op de drie patiënten ondervoed en in verpleeghuizen is dat één op de vier patiënten. De uitkomsten van het Amphia Ziekenhuis Breda/Oosterhout liggen met 30% binnen deze lijn.

ONDERVOEDING

Ondervoeding, een slechte voedings-toestand kan leiden tot complicaties. Hierbij is te denken aan verslechtering van het algemeen welzijn van de patiënt, veranderd gedrag (apathie, depressie), verminderde spierkracht door spieraafbraak (kans op pneumonie of dec. cordis), daling van de weerstand, minder bestand zijn tegen de effecten van therapie, verminderde absorptie van voedingsstoffen door vlokatrofie van de darmwand, meer kans op postoperatieve complicaties etc.

Daarnaast kan een slechte voedings-toestand één van de factoren zijn die decubitus kan veroorzaken.

ook de kans op decubitus. Door het ontstaan van de decubitus zijn mensen zieker, wat de inname van voedingsstoffen weer verlaagt, terwijl de behoefte en verliezen groter zijn dan voor de decubitus!

In dit artikel wordt ingegaan op preventie en behandeling van ondervoeding en over de voeding bij de preventie en behandeling van decubitus.

PROJECTGROEP AMPHIA ZIEKENHUIS

Binnen het Amphia Ziekenhuis is een projectgroep opgestart om het probleem van ondervoeding multidisciplinair en op verschillende vlakken aan te pakken. Diverse subgroepen

belangrijk onderdeel voor het selecteren van ondervoede patiënten. Zowel poliklinisch, bij opname en tijdens opname wordt de voedings-toestand van de patiënt in steeds meer ziekenhuizen gescreend. Screenen poliklinisch en direct bij opname heeft als voordeel dat voor de slecht gevoede patiënt direct aandacht is en interventie gestart kan worden.

Aandacht voor de voedingstoestand is niet alleen in het ziekenhuis belangrijk maar ook in de eerste lijn. Door extra aandacht voor dit onderwerp bij o.a. huisartsen, (wijk)verpleegkundigen en doktersassistenten zal de instroom van ondervoede patiënten in het ziekenhuis kunnen verminderen.

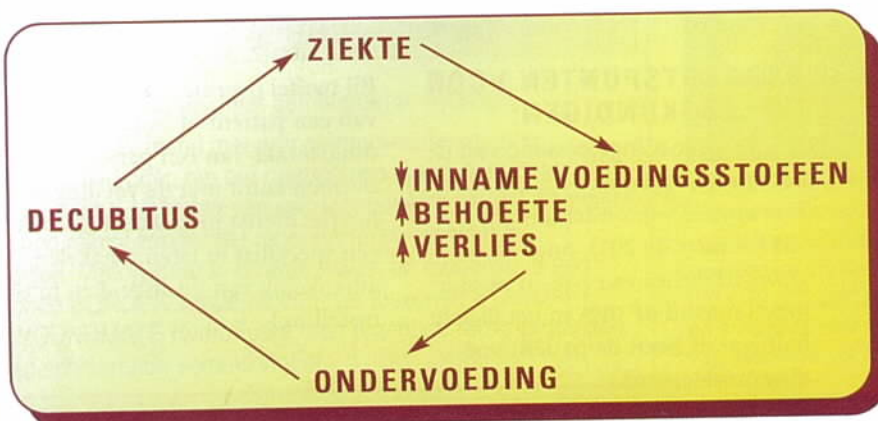
VOEDINGSADVIES BIJ DECUBITUS:

In november 2003 heeft de EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory panel) een voedingsrichtlijn opgesteld. Hiermee heeft voeding definitief zijn plekje gekregen binnen de preventie en behandeling van decubitus.

DE VOLGENDE PUNTEN ZIJN BELANGRIJK VOOR DE VOEDING BIJ DECUBITUS:

1. Verhoging van de hoeveelheid energie en eiwit
2. Aandacht voor voldoende vocht
3. Aandacht voor voldoende vitaminen en mineralen

1. Verhoging van de hoeveelheid energie en eiwit
- Decubitus kost extra energie van het lichaam. Daarnaast zijn eiwitten nodig i.v.m. eiwitverlies, extra afbraak door ziekte en als bouwstof.



In bovenstaand figuur is te zien dat er sprake is van een vicieuze cirkel; mensen hebben door hun ziekte vaak een verlaagde inname van voedingsstoffen (o.a. weinig eetlust, nuchter zijn voor onderzoeken, pijn, kauw- of slikklachten) terwijl de behoefte aan voedingsstoffen hoger is. Er kan extra verlies van voedingsstoffen (o.a. door wondvocht, diarree) optreden. De kans op ondervoeding neemt hierdoor toe en daarmee

pen zijn bezig om te kijken hoe de zorg omtrent de preventie en behandeling van ondervoeding binnen het ziekenhuis geoptimaliseerd kan worden. Hierbij worden o.a. het pre- en postoperatief voedingsbeleid en het weegbeleid opnieuw beoordeeld, gekeken naar mogelijkheden voor een broodbuffetwagen (patiënt kan ter plaatse de bestelling voor de broodmaaltijd doen i.p.v. een dag van tevoren) etc. Screenen is ook een

De behoefte is afhankelijk van het gewicht(sverlies), andere ziekten (een longpatiënt met decubitus heeft theoretisch een hogere behoefte aan energie en eiwit dan een patiënt met alleen een gebroken knie), bloeduitslagen, graad van de decubitus etc. waarbij uiteraard rekening houdend wordt met eventuele overige factoren zoals diabetes mellitus, nierfunctiestoornissen en hartproblemen.

Onderstaand figuur is een voorbeeld dagvoeding (vocht niet vermeld) voor een persoon van 60 kg met decubitus stadium II. Voor een ziek en/of ouder persoon zijn deze hoeveelheden al bijna niet haalbaar! Bij een zwaarder persoon en/of een hoger decubitusstadium is de voedingsbehoefte groter!

2500 ml bij graad III en IV.

Indien een patiënt koorts heeft, heftig braakt of diarree heeft, is de vochtbehoefte nog hoger.

3. Aandacht voor voldoende vitamines en mineralen

Er is nog geen consensus over welke vitamines en mineralen in welke hoeveelheden extra gegeven moeten worden. Uitgangspunt op dit moment is dat alle vitamines en mineralen in 100% van de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid in de voeding aanwezig moet zijn.

Over het toevoegen van andere voedingsstoffen zoals arginine is nog niet voldoende wetenschappelijke onderbouwing over de hoeveelheid, hoe lang de patiënt deze stoffen extra nodig zou hebben etc.

re voeding? Hoe eet de patiënt? Is het gewicht/gewichtsverloop bekend?

- Beïnvloedt ziekte, therapie of verliezen de voedingstoestand van de patiënt?
Bijvoorbeeld door diarree, braken, verliezen via wondvocht. Maar ook chemotherapie, radiotherapie of bepaalde ziekten zoals maligniteit, COPD en neurologische aandoeningen kunnen van invloed zijn op de voedingstoestand.
- Krijgt de patiënt voldoende vocht binnen? Bij mensen met een slechte voedingstoestand of minimale voedingsintake gaat de voorkeur, mits geen contra-indicatie en afhankelijk van het advies van de diëtist, uit naar volle melkproducten (energie en eiwitten) of vruchtensappen (energie en vitamine C).

Ontbijt: 3 snee brood met margarine en 2x hartig beleg + 1 glas volle melk
Lunch: 3 snee brood met margarine en 2x hartig beleg + 1 schaaltje vla
Diner: 4 aardappelen, groenten, 125 gram vlees + jus

tussendoor: 1 schaaltje vla, 1 boterham met margarine en hartig beleg, 1 glas volle melk, 2 stuks fruit

(2150 kcal/ 90 gram eiwit)

In eerste instantie zal een diëtist proberen om binnen de normale voeding de hoeveelheid energie en eiwit te verhogen, bijvoorbeeld door het gebruik van dubbel hartig beleg, extra kaas/ worst uit het vuistje, grotere portie vlees/ vis en extra melkproducten. Als het niet mogelijk is om met de normale voeding de benodigde hoeveelheden te behalen, dan wordt gebruik gemaakt van verrijkte producten zoals vla met extra voedingsstoffen, drinkvoeding of eventueel sondevoeding.

2. Aandacht voor voldoende vocht
Voor gezonde personen is de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid vocht 1500 ml (voor mensen ouder dan 65 jaar 1700 ml). Bij decubitus is het extra belangrijk om een goede vochtbalans te krijgen/ handhaven. Mede door verlies van wondvocht is de vochtbehoefte verhoogd tot 1500 - 2000 ml bij graad I en II en 2000 -

AANDACHTSPUNTEN VOOR VERPLEEGKUNDIGEN:

- Hoe is de voedingstoestand van de patiënt bij opname?
Is er sprake van ondergewicht (BMI onder de 20*), ongewenst gewichtsverlies van 5 % in de afgelopen maand of 10% in het laatste half jaar of heeft de patiënt voedingsproblemen?
- Hoe is de voedingstoestand van de patiënt tijdens opname?
Is de patiënt enkele dagen nuchter voor of na een operatie of heeft de patiënt alleen een (helder) vloeiba-

Bij twijfel over de voedingstoestand van een patiënt of indien de voedingsintake van een patiënt niet overeen komt met de voedingsbehoefte: diëtist inschakelen (of via een specialist in laten schakelen, afhankelijk van de afspraken in een instelling)

* Veronique Oostendorp, Wond- en decubitusconsulente Amphia ziekenhuis, Locatie langendijk te Breda. Lid WCS commissie diabetische voet en redactieraad WCS.

$$\text{BMI} = \frac{\text{gewicht}}{\text{lengte} \times \text{lengte}}$$

> 20: ondergewicht
20-25: normaal gewicht
> 25 overgewicht

Body Mass Index (BMI) of Quelet Index (QI)