

Hongeren in het ziekenhuis

Auteur: S. van Delft

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 1996

Pagina: 44-46

Jaargang: 3

Nummer: 2

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden:

Kernwoorden: voeding ondervoeding

Literatuur: -Bleichrodt, J.P., Van Mourik, J.B. (red.) Enterale voeding; uitgeverij Universiteit Twente, Enschede, 1995. -Jonkers, C., Visser G., Wipkink, A. Zakboekje klinische voeding; De Toorts, Haarlem, 1991. -Postma, B., Wesdorp, R.I.C. Depletie of ondervoeding in het ziekenhuis. -Het recht op voeding: de beroepsgroepen aan het woord. Een schriftelijk onderzoek rond het onderwerp klinische (onder)voeding. Onderzoeksverslag van bureau Veldkamp Marktonderzoek bv, Amsterdam, 1995.

Het wekt misschien uw verbazing, maar ook in Westerse landen komt ondervoeding op tamelijk grote schaal voor. De slachtoffers: patiënten die zijn opgenomen in ziekenhuizen. Meer aandacht voor goede voeding tijdens het verblijf in het ziekenhuis is daarom noodzaak. Verpleegkundigen kunnen hierin een belangrijke rol spelen.

Langzaam begint bij verpleegkundigen en artsen het besef door te dringen dat een tamelijk hoog percentage van de opgenomen patiënten lijdt aan ondervoeding. Maar ook in 1996 zijn er nog vele artsen en verpleegkundigen die nauwelijks aandacht besteden aan het aspect (onder)voeding. De patiënt is ziek en moet zo snel mogelijk beter worden. Daarvoor heeft de moderne geneeskunde de beschikking over allerlei ingrepen, geavanceerde apparatuur, medicijnen en voorlichtingsmateriaal. Meer kunnen we toch niet doen met z'n allen? Toch wel. Al jarenlang probeert een kleine actieve groep van artsen, verpleegkundigen en diëtisten de aandacht voor de voedingstoestand van de patiënt te verbreden. Dit gebeurt vanuit de wetenschap dat een goed gevoede patiënt eerder het ziekenhuis kan verlaten en minder kans loopt op allerlei vervelende complicaties.

Kennis vergroten

Dat de aandacht voor (onder)voeding tot nu toe zo beperkt is gebleven, is voor een belangrijk deel te wijten aan de geringe aandacht die dit onderwerp krijgt tijdens de verschillende opleidingen (geneeskunde, verpleegkunde). Dit is één van de bevindingen van Bureau Veldkamp, dat recent de kennis onderzocht die gezondheidswerkers hebben over klinische ondervoeding. Het onderzoek gebeurde in opdracht van de Sectie voor voeding en metabolisme van de Vereniging van gastro-enterologen, Pharmacia bv en Nutricia bv. Het

bureau zette een enquête uit onder medewerkers in de gezondheidszorg. Uit de resultaten bleek dat de kennis van de respondenten over klinische ondervoeding op een redelijk niveau ligt. Maar dit beeld kan nogal vertekend zijn, juist omdat het een enquête betrof: mensen die meer belangstelling hebben voor het onderwerp zijn eerder geneigd het vragenformulier terug te sturen. Tegelijkertijd constateerden de onderzoekers dat er nog lang niet overal wordt gewerkt met parenterale en enterale voedingsprotocollen. Uit de enquête kwam duidelijk naar voren dat er een grote behoefte bestaat aan meer training en opleiding over het onderwerp (onder)voeding. Vooral bij artsen speelt sterk de vraag: wat te doen als eenmaal is vastgesteld dat een patiënt lijdt aan ondervoeding? Omdat een aantal instellingen geen gebruik maakt van protocollen ligt deze vraag voor de hand.

Het is opvallend dat in veel ziekenhuizen niet standaard de voedingstoestand wordt vastgesteld en dat ook niet standaard het gewichtsverloop wordt bijgehouden. Bij de opname wordt een patiënt zelden gewogen. Eveneens komt het ook maar sporadisch voor dat de patiënt wordt gevraagd of hij in de periode voor de opname opvallend veel is afgevallen. Dat geeft te denken. Immers, een goed gevoede patiënt heeft minder last van complicaties tijdens de behandeling, terwijl het aantal complicaties en sterfgevallen beduidend hoger ligt dan bij patiënten die lijden aan ondervoeding.

Hongeren met ziekte

Ondervoeding in het ziekenhuis komt vaak voor. Verschillende (*) onderzoeken hebben aangetoond dat bij opname gemiddeld één op de vier patiënten ondervoed is en dit getal loopt zelfs op tot drie op de vier na een opnameduur van twee weken. Deze vorm van ondervoeding, klinische depletie, is vaak moeilijk te herkennen. Een magere patiënt hoeft niet per se aan ondervoeding te lijden, terwijl voor een dik iemand lang niet altijd geldt dat deze goed gevoed is. In dit laatste geval wordt vaak te laat opgemerkt dat de patiënt sterk afvalt. Naast de hulpverleners hebben ook de patiënten zelf vaak niet in de gaten dat ze ondervoed raken.

Bij klinische depletie is vrijwel altijd sprake van een combinatie van een verminderde voedselinname en een verhoogd metabolisme. Men spreekt hierbij ook wel over 'hongeren met ziekte'. De ziekte zorgt vaak voor een verminderde eetlust. Tegelijkertijd zou de patiënt eigenlijk meer voedingsstoffen binnen moeten krijgen dan normaal, omdat door de verhoogde stofwisseling ook de behoefte aan voeding stijgt.

Het verblijf in het ziekenhuis is bepaald geen stimulans voor het voldoende innemen van voedsel. De veranderde omgeving, het ziekenhuiseten dat lang niet iedereen erg smakelijk vindt: het zijn geen stimulerende factoren voor een goede voedselinname. Daarnaast moet een patiënt vaak dagen achtereen nuchter blijven voor allerlei diagnostische onderzoeken, terwijl ze door die onderzoeken ook nogal eens maaltijden mislopen. Behandelingen zoals chemotherapie en bestralingen zorgen eveneens voor een verslechtering van de voedingstoestand door anorexie en diarree.

Multidisciplinair

Het is zowel de taak van artsen, diëtisten als verpleegkundigen alert te zijn op eventuele ondervoedingsverschijnselen bij de patiënt. Maar in nog maar in heel weinig ziekenhuizen bestaan protocollen om ondervoeding te herkennen en te bestrijden. Hierdoor gebeurt het tot nu toe heel vaak dat niemand deze taak op zich neemt. Er is een aantal schrijnende gevallen

bekend van patiënten die doodziek het ziekenhuis verlieten, simpelweg omdat ze in ernstige staat van ondervoeding verkeerden, die door niemand als zodanig werd herkend. Bij de controle op eventuele ondervoedingsverschijnselen spelen zowel de artsen als de verpleegkundigen een grote rol. Omdat u als verpleegkundige het meest met de patiënt te maken hebt, bent u de aangewezen persoon om opvallende wijzigingen in de toestand van de patiënt te signaleren.

Uw rol als verpleegkundige

Eén van de eenvoudigste manieren om na te gaan of een patiënt risico loopt op ondervoeding, is het regelmatig wegen van die patiënt. Het is opvallend dat dit maar op heel weinig plaatsen gebeurt. Ook is het van belang te weten of de patiënt recent veel gewicht heeft verloren. Hierbij geldt als standaard regel dat een gewichtsverlies van meer dan tien procent in een periode van zes maanden een aanwijzing vormt voor ondervoeding. Bewezen is dat sterk gewichtsverlies de orgaanfuncties aantast, de (wond)genezing vertraagt, de weerstand vermindert (met een verhoogde kans op infecties) waardoor uiteindelijk het verblijf in het ziekenhuis langer duurt. Daarom zouden verpleegkundigen eigenlijk standaard tijdens de anamnese de patiënt moeten wegen en na moeten vragen of er in de periode voorafgaand aan de opname sprake is geweest van gewichtsverlies.

Let tijdens de anamnese ook op een aantal uiterlijke verschijnselen van de patiënt, die mogelijk kunnen wijzen op een slechte voedingstoestand. Let tijdens deze klinische observatie speciaal op:

- de conditie van de huid: is deze droog, schilferig, bleek en/of zijn er veel blauwe plekken te zien?;
- het haar (dof);
- de handdruk: is deze opvallend slap?;
- het algehele vóórkomen van de patiënt: is deze apathisch, moe, passief?

Zeker wanneer de patiënt meer van deze kenmerken vertoont, eventueel gekoppeld aan recent gewichtsverlies, is het zaak de alarmklok te luiden. De arts kan vervolgens verschillende (bloed)onderzoeken laten doen, ter ondersteuning van de observatie dat de patiënt lijdt aan ondervoeding.

Hoe langer de opname duurt, des te groter de kans dat de patiënt in een slechte voedingstoestand komt te verkeren. Blijf de patiënten tijdens hun verblijf in het ziekenhuis daarom goed in de gaten houden.

- Eten zij regelmatig?
- Schieten er niet te veel maaltijden bij in doordat zij net op de verkeerde momenten naar de röntgenafdeling moeten?
- Hoe vaak moeten zij nuchter blijven voor therapeutische onderzoeken?
- En, heel effectief: kijk na het eten regelmatig onder de deksel van het maaltijdblad om na te gaan wat de patiënt werkelijk heeft gegeten. Mensen die ernstig ziek zijn, vinden het vaak niet zo erg een maaltijd over te slaan. Vaak hebben ze toch al geen zin in eten. Terwijl ze feitelijk juist een grotere behoefte hebben aan allerlei voedingsstoffen!

Totaalbeeld

Om een totaalbeeld te krijgen over de voedingstoestand van de patiënt is meer nodig dan alleen een klinische observatie en het nagaan wat de patiënt precies binnenkrijgt. Het 'Zakboekje Klinische Voeding' van Jonkers, Visser en Wipkink (1991) geeft een aantal zeer praktische handreikingen voor het bepalen van de voedingstoestand van de patiënt. Hierbij vormen onder andere de voedingsanamnese, de beoordeling van het gewichtsverlies, de triceps huidplooi meting, de bepaling van eiwitten in het bloed, de stikstofbalans en de bepaling van het totaal lymfocyten aantal belangrijke parameters voor het bepalen van de voedingstoestand. Hieronder vindt u een kort overzicht van deze parameters die een hoog risico kunnen vormen voor een slechte voedingstoestand:

- Voedingsanamnese: < 70 % van de gebruikelijk inname
- Medische anamnese: hypermetabool/acute ziekte verminderde resorptiecapaciteit, verhoogd verlies
- Gewichtsbepaling: > 10% gewichtsverlies
- Huidplooi meting: armomtrek < 15 cm, triceps < 7,5 cm
- Eiwitten in het bloed
- Albumine: < 28 g/L
- Transferrine: < 1,5 g/L
- Pre-albumine: < 0,1 g/L
- RBP: < 30 mg/L
- N-uitscheiding: > 15 g/dag
- creatinine/lengte-index: < 60%
- Tot. lymfocyten aantal: < 1500 mm³
- Huidtesten: anergie

Actie

Wanneer een patiënt ondervoed dreigt te raken, heeft deze een ondersteunende voedingstherapie nodig. Dit gebeurt via het toedienen van kunstmatige voeding, die (afhankelijk van de behoefte) alle voedingsstoffen bevat die de patiënt nodig heeft. Kunstmatige voeding kan zowel enteraal als parenteraal worden toegediend. Enterale voeding is alle voeding die via het maagdarmkanaal wordt toegediend en geresorbeerd. Deze vorm van toediening wordt altijd gebruikt als het maagdarmkanaal voldoende functioneert. Parenterale voeding bestaat uit voedingsstoffen in een vorm die direct in de cellen kan worden opgenomen. Afhankelijk van de verwachte duur van voeden, de energiebehoefte en de toegankelijkheid van de vaten, kan worden gekozen voor perifeer- of centraal-veneuze voeding. In de loop van dit jaar zal Nursing meer specifieke aandacht besteden aan deze vormen van kunstmatige voeding. Bovendien kunt u in één van de volgende nummers een artikel verwachten dat dieper ingaat op de diverse aspecten van klinische ondervoeding. In slechts enkele Nederlandse ziekenhuizen (twaalf!) is een voedingsteam actief, dat bestaat uit artsen, diëtisten en voedingsverpleegkundigen die allen een gespecialiseerde kennis hebben op het gebied van voeding. Deze teams hebben in de regel wel protocollen ontwikkeld voor de toediening van (par)enterale voeding. Het grote voordeel van een voedingsteam is dan ook dat risicopatiënten eerder worden opgespoord en dat zij de juiste samengestelde voeding krijgen toegediend. Het is te hopen dat er in de komende jaren steeds meer voedingsteams actief worden in de Nederlandse ziekenhuizen. Daarmee zal de opnameduur van een aantal patiënten flink bekort kunnen worden.

Geen uniek geval

De heer B. is opgenomen in het ziekenhuis met ernstige buikklachten en gebrek aan eetlust. Deze klachten heeft hij al geruime tijd, maar hij heeft nogal lang gewacht voordat hij naar de huisarts ging. In het ziekenhuis volgt een periode van onderzoek. Voor de heer B. zijn dit geen prettige dagen: de onderzoeken zijn zwaar en hij voelt zich steeds slechter. Aan eten komt hij nauwelijks toe: de maaltijden staan hem tegen. Vaak kan hij nauwelijks een hap door de keel krijgen. Dan voelt hij zich te misselijk en als hij al eet, moet hij daarna vaak overgeven. De conditie van de patiënt vermindert zienderogen. De onderzoeken wijzen uit dat hij waarschijnlijk maagkanker heeft.

Dan krijgt de heer B. bezoek van één van zijn schoonzussen. Zij is diëtist in een groot algemeen ziekenhuis, waar ze deel uitmaakt van een voedingsteam. Ze schrikt enorm van de aanblik van haar zwager: in korte tijd is hij vele kilo's kwijtgeraakt. Verbaasd en verontwaardigd wendt zij zich tot de aanwezige arts. Heeft niemand de voedingstoestand van de heer B. in de gaten gehouden? De arts reageert bedremmeld: hij moet toegeven dat hier te weinig aandacht voor is geweest en dat ook zij geschrokken zijn van de toestand waarin de patiënt zich nu bevindt. De schoonzus weet van wanten en na overleg met de arts en met een diëtiste van het ziekenhuis wordt besloten dat de heer B. tijdelijk parenterale voeding zal krijgen om aan te sterken. Hierna gaat het spoedig beter met de patiënt. Binnen enkele weken komt hij vijf kilo aan en is hij sterk genoeg om de zware operatie te ondergaan.

Helaas behoren de ervaringen als die van de heer B. nog altijd tot de realiteit van Nederlandse ziekenhuizen. Hierin komt de laatste jaren weliswaar steeds meer verandering, maar nog altijd zijn er heel wat patiënten te vinden die lijden aan ondervoeding. Vroege signalering en tijdige voedingsondersteuning kunnen heel wat problemen voorkomen.

Stef van Delft

Met dank aan: Getlin Visser, diëtist, Pharmacia B.V.