

Goed observeren = ondervoeding voorkomen

Auteur: H. Ausems

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 1996

Pagina: 37-43

Jaargang: 3

Nummer: 10

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden:

Kernwoorden: voeding ondervoeding

Literatuur: 1. Bleichrodt, R.P. en J.B. van Mourik; Enterale voeding. Uitgeverij Universiteit Twente. Enschede, 1995 2. Jonkers, C., G. Visser en A. Wipkink; Zakboekje klinische voeding. De Toorts, Haarlem. 1991 3. Checklist voedingstoestand in de thuiszorg. Nutricia, Zoetermeer, 1993 4. Wesdorp, R.I.C.; Ondervoeding in het ziekenhuis, zorg voor de toekomst (inaugurele rede), Vrije Universiteit. Amsterdam. 1989

In de Verenigde Staten wordt zestig procent van alle patiënten gescreend op hun voedingstoestand. Klinische ondervoeding komt ook in Nederlandse instellingen regelmatig voor, maar hier wordt bij opname nog nauwelijks gescreend. Dat houdt in dat verpleegkundigen alert moeten zijn op gewichtsverlies en verlies van eetlust bij patiënten die niet automatisch in aanmerking komen voor voedingsadvies of -bewaking. Voedingsdeskundigen die betrokken waren bij de ontwikkeling van een Nederlandse checklist voedingstoestand, schetsen situaties waarin deze checklist gebruikt kan worden.

Een verpleegkundig 'timmermansoog'

Voor patiënten met verhoogde voedingsbehoefte of voedingsproblemen bestaan protocollen waarmee de voedselinname en het gewicht gericht worden bewaakt. Bij patiënten met aids, anorexia nervosa, brandwonden of cystic fibrosis zal de behandelaar gespitst zijn op (dreigende) ondervoeding en op voorhand een vorm van voedingstherapie of -bewaking regelen. Bij de iets te zware patiënt die zoetjesaan kilo na kilo inlevert omdat infecties of chemotherapie de stofwisseling verstoren, kan het risico op ondervoeding minder snel worden onderkend. Dat geldt eveneens voor ouderen met een redelijk gewicht die stilletjes afglijden naar een 'muizenhapjes'-eetpatroon. Bij een vermoeden van voedingsdepletie geeft een checklist waarin gewicht, ziektebeeld, uiterlijk, gedrag en voedselinname worden nagevraagd, snel een indicatie van eventuele risico's. Het is dan ook jammer dat er tot dusver nog geen harde afspraken zijn over situaties waarin een dergelijke checklist in ieder geval ingevuld moet worden. Het globaal beoordelen of het nodig lijkt een checklist voedingstoestand in te vullen, of het onderwerp bij de behandelend arts aan te snijden, gebeurt nu vaak op het verpleegkundig 'timmermansoog'. En gelukkig kan observeren, naast nawegen en navragen, inderdaad al veel informatie over een voedingstoestand geven.

Risicofactoren die tot depletie kunnen leiden:

ongewenst gewichtsverlies door

- * verminderde eetlust/verminderd eetvermogen
- * verhoogde voedingsbehoefte door ziekte en/of therapie
- * abnormaal verlies aan voedingsstoffen door ziekte.

Ondervoeding

Ondervoeding kan ontstaan door katabole invloeden van ziekte in combinatie met beperkte voedselinname, beperkte voedselopname of een verhoogde voedingsbehoefte. Een acute vorm van depletie kan zich in enkele dagen of weken ontwikkelen en wordt meestal veroorzaakt door acuut ernstig ziekzijn of een grote ingreep. De patiënt hoeft dan nog niet sterk vermagerd te zijn maar toont wel vaak oedeem. De chronische vorm ontstaat door maanden of jaren te weinig voedingsstoffen opnemen. Deze vorm is vaak het gevolg van een lichte katabolie als gevolg van een chronische ziekte en/of een te beperkte voedselopname. Deze patiënt zal wel sterk zijn vermagerd.

Een combinatie van de chronische en acute vorm is vaak het gevolg van een onbehandeld chronische vorm van depletie die als gevolg van een acute ziekte of ingreep tot extra uitputting leidt. Deze patiënt is vermagerd en kan oedeem vertonen.

De uiterlijke symptomen zijn dan ook deels verschillend.

Bij chronische ondervoeding is sprake van:

- * ondergewicht
- * spierkrachtverlies
- * droge, dunne bleke huid/verminderde huidtugor
- * koude extremiteiten
- * verdwijnen van de eetlust
- * snel moe

Bij acute ondervoeding is sprake van:

- * normaal gewicht of overgewicht
- * spierkrachtverlies
- * huidveranderingen (verminderde pigmentatie)
- * snelle blaarvorming na gering trauma/decubitus
- * oedemen
- * dun, slap, futloos haar
- * snel moe
- * zieke indruk
- * ontvankelijk voor infecties.

Wegen is noodzakelijk

Voor een goede controle op de voedingszorg bestaan vuistregels die in iedere verpleegsituatie bruikbaar zijn. Van patiënten die niet standaard in aanmerking komen voor voedingsadvies of -bewaking, worden bij opname, intake of controle vaak alleen lengte en gewicht genoteerd. Het nawegen van volwassen patiënten is niet gebruikelijk. Gewichtsverlies is echter een

belangrijke parameter voor een (dreigende) slechte voedingstoestand. Een ongewenst gewichtsverlies van drie kilo in een maand of zes kilo in zes maanden, kan een veeg teken zijn. Het navragen van een vorig gewicht en het op de weegschaal controleren van het huidige gewicht, is de beste manier om gewichtsverlies te registreren. Als een patiënt dan kilo's kwijt blijkt te zijn, is wekelijks wegen een simpele en efficiënte manier om het gewicht te bewaken. Herma Hollander is als diëtist verbonden aan de afdeling heelkunde van het Academisch Ziekenhuis Leiden en tevens lid van de Voedingsgroep. De Voedingsgroep is onder andere verantwoordelijk voor het opstellen van instructies en protocollen en is actief bezig met de vroegtijdige onderkenning van ondervoede patiënten.

Hollander: „Het verschil tussen het huidige en het vorige gewicht is een belangrijke parameter. Goed navragen of iemand, bijvoorbeeld voor een ingreep, bewust wat is afgevallen of echt gewicht heeft verloren, is dan ook essentieel. En omdat veel mensen hun gewicht vaak niet precies kennen, is nawegen net zo essentieel. Is iemand drie kilo of meer binnen een maand afgevallen, of zes kilo of meer in de afgelopen zes maanden, dan kan er risico op depletie ontstaan. Als katabole effecten leiden tot snel gewichtsverlies, wordt namelijk niet alleen vet verbrand, maar worden ook spiermassa en eiwitreserves aangesproken. Komt een dergelijke patiënt dan voor een chirurgische ingreep of chemotherapie, dan mist hij op voorhand al reserves. Reserves die je op de een of andere manier gericht moet gaan aanvullen omdat een ingreep of therapie opnieuw extra energie zal vergen.”

De checklist als controle op het 'timmermansoog'

Het lijstje risicovolle ziektebeelden (zie kader) zegt veel, maar niet alles. Zo geeft aids een groot risico op ondervoeding, maar een aids-patiënt hoeft niet per definitie in een slechte voedingstoestand te zijn. Bij het globaal inschatten van een voedingstoestand gaat het om een klinisch totaalbeeld waarbij uiterlijk en het (eet)gedrag van de patiënt van belang zijn. Een patiënt die gewicht kwijt is, maar die na een ingreep weer snel de bril opzet om zicht op de wereld te krijgen, is er waarschijnlijk beter aan toe dan de patiënt die er uitgeblust uitziet, slecht eet en geen aandacht heeft voor de omgeving.

Een checklist kan deze algemene indruk nader specificeren. Bij argwaan moet de gehele checklist nauwkeurig worden afgelopen. Dit vergt slechts een minuut of vijf. Scoort de patiënt dan positief op twee onderdelen, dan is het zinnig de bepaling na een week opnieuw uit te voeren. Scoort een patiënt op drie onderdelen, dan vergt voeding extra aandacht en zal aan de hand van het verpleegprotocol beslist worden welke stappen nodig zijn. Als een patiënt op meer dan drie onderdelen scoort, kan er sprake zijn van een slechte voedingstoestand en is voedingsconsult noodzakelijk.

Verraderlijke voedingsveranderingen

Als vuistregel bij de checklist voedingstoestand geldt als redenen tot zorg: drie dagen niet of nauwelijks voedsel innemen of zeven dagen minder voedsel innemen dan normaal. Het is een regel waar natuurlijk ook uitzonderingen op te bedenken zijn. Want goed gevoede, jonge mensen die accuut binnenkomen, kunnen na een ingreep best drie dagen met alleen vocht toe. Maar de jonge sportman die na een ongeval binnenkomt met diverse fracturen, een miltruptuur en een concussie, kan door een dergelijk multitrauma snel in een slechte voedingstoestand belanden. En dat geldt ook voor de goed doorvoede jonge vrouw die wordt opgenomen met een appendix, maar na de ingreep door complicaties niet goed aan het eten

komt.

Hollander: „Wij geven hier in het AZL patiënten die acuut binnenkomen met een niet levensbedreigende aandoening, maar wel in een goede voedingstoestand verkeren, meestal drie tot vijf dagen alleen vocht. Want enterale of parenterale voedingstherapie kost niet alleen geld, maar brengt ook risico's met zich mee. Sondevoeding is efficiënt, maar kan voor patiënten belastend zijn. Parenterale voeding is een belasting voor vaten en brengt het risico van ontstekingen met zich mee. Voor een jong ongevalsslachtoffer met multitrauma bij wie sprake is van een acute, verhoogde behoefte gaat die regel natuurlijk niet op. Want die verhoogde behoefte moet snel ondervangen worden. En de patiënt met een pancreastumor die straks na een ingreep een week niet kan eten, zal soms al voor de ingreep, en in ieder geval meteen na de ingreep, sondevoeding of parenterale voeding nodig hebben. Bij deze patiënten ligt voedingsadvies ook voor de hand. Bij een stevige jonge vrouw die na een simpele appendix misselijk blijft, af en toe wat braakt en zo niet goed aan het eten komt, wordt dat vaak overgeslagen. Terwijl ook bij iemand die op het oog best een paar kilo kan missen, ongewenste gewichtsafname herstelproblemen kan geven. Het alarmbelletje moet rinkelen als iemand na een ingreep het blad iedere dag vrijwel onaangeroerd terugstuurt. Tijdens ochtendrondes wordt altijd naar darmwerking en eetlust gevraagd, maar je hebt patiënten die dan glashard volhouden dat het eten 'best goed' gaat terwijl ze in werkelijkheid met lange tanden een halve boterham wegwerken. Gericht vragen hoeveel iemand eet, bijvoorbeeld: 'wat hebt u vandaag en gisteren precies gegeten?' biedt veel minder ontsnappingsmogelijkheid. Als iemand dan vertelt dat hij niet meer wegstrijkt dan een halve boterham en 's middags wat puree of vla, en daarbij zegt dat dit al een aantal dagen zo gaat, is er reden om alert te zijn en de patiënt te wegen. Als het gewicht dan lager ligt dan het opgegeven gewicht bij opname, is het verstandig de checklist af te vragen. Aan de hand hiervan kan dan beslist worden of een consult bij de diëtist nodig is. Iemand die al gewicht kwijt is en uit zichzelf niet goed gaat eten, heeft vaak bijvoeding nodig. Met bijvoeden wachten tot een patiënt echt veel gewicht kwijt is, is bepaald niet zinvol."

Wees alert op ondervoeding bij:

- * aids
- * alcoholisme
- * anorexia nervosa
- * brandwonden
- * copd/cara
- * chemotherapie
- * colitis ulcerosa
- * ziekte van Crohn
- * cystic fibrosis
- * decubitus
- * dementie
- * operaties/postoperatief
- * ouderdom (>75 jaar)
- * chronische pancreatitis
- * ziekte van Parkinson
- * pijn
- * radiotherapie
- * reumatische aandoeningen
- * slikproblemen

- * ulcus cruris
- * eenzaamheid
- * depressie
- * handicaps (verstandelijk)
- * hartziekten
- * infectieziekten
- * kanker
- * leverziekten
- * longziekten
- * nierziekten
- * niet kunnen eten/dri-nken

Voedingszorg thuis

In de thuiszorg is het merendeel van de patiënten op leeftijd. En zichtbare signalen van depletie als koude handen, dun, futloos haar of een bleke huid zeggen natuurlijk niet meer zoveel bij iemand die een eind in de zeventig bent. De vuistregel dat ongewenst gewichtsverlies altijd een veeg teken is, gaat bij ouderen echter net zo hard op. Ziek zijn, in combinatie met oud zijn, kan leiden tot fors gewichtsverlies. En ook hier is het die 'te zware' patiënt die ongemerkt onder-voed kan raken omdat het gewichtsverlies soms als 'gunstig' wordt beoordeeld. Daarnaast lopen ook mensen met een caloriebeperkt dieet of een dieet bij een verhoogd cholesterolgehalte, risico's als bijkomende klachten voor een verhoogde voedings-behoefte gaan zorgen. Het voorgeschreven dieet kan dan tot tekorten leiden.

Risico's

Risico's op depletie bij ouderen worden gevormd door ongewenst gewichtsverlies door:

- * verwaarlozing
- * verval van krachten
- * (chemo)therapie
- * onverantwoord dieet
- * verhoogde energiebehoefte door bijvoorbeeld decubitus of stoma

Gebrek aan eetlust en/of verhoogde behoefte

Door bezuinigingen op de thuiszorg is het regelmatige contact met ouderen die zich nog redelijk kunnen redden, weggevallen. Het is geen uitzondering dat de wijkverpleegkundige nu ouderen aantreft die nauwelijks meer een veer voor hun mond weg kunnen blazen. Sander Rijksbaron is als diëtist verbonden aan de Stichting Amsterdams Kruiswerk. In oktober organiseert de stichting een symposium waarin de voedingstoestand van patiënten binnen de thuiszorg centraal staat.

Rijksbaron: „Depletie is een redelijk groot probleem bij een deel van onze patiënten. Naast veel oude mensen hebben we natuurlijk ook jongere patiënten in zorg, maar die mankeren dan wel het een ander. Op dit moment is onduidelijk wanneer de wijkverpleegkundige een diëtist moet inschakelen. Het invoeren van een checklist voedingstoestand binnen de thuiszorg is daarom geen overbodige luxe. Want een gebrek aan eetlust, een verhoogde voedingsbehoefte

of moeite hebben met het organiseren van maaltijden, is vaak in een vroeg stadium met eenvoudige maatregelen op te vangen. Je kunt dus beter niet wachten tot iemand nog maar een halve boterham, een aardappel en een bakje vla naar binnen krijgt. Alleenstaanden die thuis op krachten moeten komen na een ingreep of therapie, hebben vaak niet de fut om te koken of om goed voor zichzelf te zorgen. Ze brengen het vaak ook niet op om er iedere dag even uit te gaan. Weinig eetlust en weinig afleiding en beweging brengt ze dan in een neergaande spiraal. Een andere duidelijke risicogroep binnen de thuiszorg zijn ouderen die wel degelijk goed eten, maar door een verhoogde behoefte ongemerkt tekorten krijgen. Iemand met diabetes die decubitus krijgt, kan tekorten ontwikkelen die de genezing vertragen. Zo kan ook iemand met een verhoogd cholesterolgehalte na een ingreep blijven kwakkelen omdat het voorgeschreven dieet in deze situatie onvoldoende energie levert. We zien soms copd-patiënten die de energie van een topsporter gebruiken om te kunnen ademen, terwijl de benauwdheid het eten steeds moeilijker maakt. In al die situaties moet de voedingsbehoefte worden doorgerekend en kan er ook gezocht worden naar haalbare en betaalbare 'happen' die mensen op krachten kunnen houden. Want verrijkte voeding is duur en als mensen dan alleen wao of aow hebben, en geen kinderen die bijspringen, hebben ze een probleem."

Als het met wat bijvoeden (net) niet lukt

Het zorgen voor maaltijdservice en het aandragen van suggesties die broodmaaltijden en tussendoortjes aantrekkelijk maken, helpen vaak al een herstellende patiënt weer aan het eten te krijgen. Als huis-, tuin- en keukenadviezen na een week niet aanslaan, en een patiënt bijvoorbeeld weer is afgevallen, is het raadzaam de diëtist in te schakelen. Deze zal meestal eerst proberen de normale voeding met volle zuivelproducten, extra brood, beleg en tussendoortjes aan te vullen.

Als patiënten onvoldoende (kunnen) eten, is het tekort aan voedingsstoffen aan te vullen met energie/eiwitrijke drinkvoeding of -pudding. Energierijke poeders kunnen ook aan soep, saus, ragout, puree of salade worden toegevoegd. Een probleem is dat energierijke producten in de thuiszorg slechts bij indicaties als passage- en stofwisselingsstoornissen worden vergoed. Daarom is het zo belangrijk dat wijkverpleegkundigen in een vroeg stadium waarschuwen en niet pas als een patiënt al fors is afgevallen.

Casus

Mevrouw Avink (70) is herstellend van een bypass en krijgt driemaal per week douchehulp. Ze volgt al een aantal jaren een dieet in verband met een verhoogd cholesterolgehalte en is rond de operatie zo'n acht kilo afgevallen. Ze oogt redelijk, maar haar conditie is minder goed. Ze is futloos en haar eetlust is ook slecht. Ze zit veel en kijkt televisie. Haar drie kinderen proberen geregeld te komen, maar wonen ver weg en hebben hun werk en hun gezin. De checklist laat zien dat mevrouw 's morgens en 's middags alleen een boterham met magere kaas eet. Ze drinkt wel twee glazen halfvolle melk per dag en neemt wat koekjes bij de koffie. Als de kinderen er niet zijn, eet ze 's avonds ook alleen een boterham of warmt ze een kliekje op van de vorige dag. De wijkverpleegkundige meldt haar bij Tafeltje-dekje. Mevrouw heeft dit eerst afgewezen, omdat het 'niet lekker en duur' zou zijn, maar ziet nu wel dat zelf koken er voorlopig niet inzit. Haar kinderen wordt gevraagd broodsoorten als krentenbrood en zachte broodjes in kleine porties in te vriezen voor het ontbijt van hun moeder. Hierop neemt ze wat extra kaas. Ze wordt ook gestimuleerd om eens naar de markt te lopen om daar wat

lekkers te halen als de kinderen komen. Na vier weken is mevrouw Avink bijna een kilo aangekomen en eet ze regelmatig en voldoende.

Casus

Meneer Broekhuis (72) heeft al jaren diabetes. Hij is niet-insuline-afhankelijk en zijn vrouw verzorgt hem goed. Hij heeft een licht overgewicht maar houdt zich aan het dieet. De wijkverpleging wordt ingeschakeld voor decubitusverzorging. Omdat mevrouw Broekhuis zich nog uitstekend kan redden in de keuken, vraagt de verpleegkundige in eerste instantie niet naar voedingsveranderingen. De wond geneest echter slecht en dan gaat ook opvallen dat meneer Broekhuis afgevallen moet zijn. Zijn broeken slobberen. Hij is ook minder fit en minder vriendelijk. De diëtist constateert een gewichtsafname van van 85 kilo naar 76 kilo. Het dagelijks menu is goed samengesteld, alleen ontoereikend geworden door de verhoogde behoefte. Wat aanvullingen vangen deze behoefte op en meneer knapt nu ook zienderogen op. Afsproken wordt dat zijn vrouw en hij zelf zijn gewicht wekelijks bijhouden en dat zij eenmaal per maand contact opnemen met de diëtist van het kruiswerk. Hij krijgt het advies meteen langs te komen als zijn gewicht gaat dalen.

Als eten martelen wordt

Als het eten erg moeilijk wordt omdat een patiënt nauwelijks eetlust of ernstige slikproblemen heeft, heeft sondevoeding de voorkeur. Want als eten martelen wordt, schiet het zijn doel voorbij. Het kan echter even duren voor patiënten kunnen aanvaarden dat gewoon eten niet meer haalbaar is. Sander Rijksbaron: „Ik herinner me een vrij jonge vrouw met een gemetastaseerde mammacarcinoom die door de chemotherapie heel moeilijk kon eten. Omdat ze nog zoveel plannen had, hebben we eerst een halfvloeibaar menu gemaakt met verrijkte milkshakes omdat ze daarvan hield. Verrijkte milkshakes, soep, vla en vruchtensappen leveren makkelijke calorieën. Na een week bleek de opname absoluut onvoldoende. Omdat het in huis een komen en gaan van hulpverleners was, heb ik via de wijkverpleegkundige sondevoeding geadviseerd. Eerst wees de patiënte dit fel af, maar toen het 'gewoon' eten steeds meer frustratie ging geven omdat ze nauwelijks iets wegreeg, werd het acceptabel. De sondevoeding kreeg ze 's nachts waardoor ze haar energie overdag voor andere zaken kon gebruiken. Maar wanneer je als diëtist pas wordt ingeschakeld als een patiënt al ernstig ondervoed is, heb je niet meer de kans om mensen rustig naar een dergelijke beslissing te laten toegroeien.”

Overgewicht door sondevoeding

Patiënten die sondevoeding gebruiken, komen daar in het algemeen wat van aan. Patiënten die jaar na jaar van sondevoeding afhankelijk zijn, kunnen er veel te zwaar van worden. Zo'n overgewicht kan een extra belasting voor patiënt en verzorgers gaan geven. In verpleeghuizen is de voedingszorg zo ingebed dat op het moment dat een patiënt aankomt, de sondevoeding wordt aangepast. Als patiënten thuis worden verzorgd, komt het voor dat de familie zelf probeert de sondevoeding te verdunnen. Het aanlengen met water zal echter de kwaliteit van de voeding aantasten. Aangepaste sondevoeding die voldoende vitaminen en mineralen, maar

minder calorieën bevat, kan zorgen voor wat gewenst gewichtsverlies zonder dat er tekorten optreden.

Voeding en verpleeghuis

Voeding is een eerste levensbehoefte. In verpleeghuizen zijn sommige bewoners echter bewust bezig met het afscheid, terwijl anderen zich niet of nauwelijks meer bewust zijn van het leven. Met een aanspreekbare patiënt valt te overleggen over een bepaalde vorm van voedingstherapie, terwijl dit bij demente ouderen veelal een illussie is. In zo'n geval moeten behandelaars en verzorgers zorgvuldig afwegen wat voor een bewoner het beste lijkt.

Alert zijn op energieverlies

Bij oudere mensen kan de voedingsinname goed zijn, terwijl hun gewicht en hun conditie door verhoogde behoefte of energieverlies toch snel achteruitgaat. Daarom is regelmatig wegen ook in verpleeghuizen belangrijk. Mariska Rinkel heeft als diëtist onder andere ervaring opgedaan in verpleeghuis De Wittenberg in Amsterdam. „Bij ouderen moet je altijd naar het geheel kijken”, stelt Rinkel. „Ik heb weleens iemand gehad die 's morgens en 's avonds drie boterhammen at, 's middags alles lekker opat, haar toetje at en toch ontzettend veel afviel. De verzorging gaf aan dat 'mevrouw heel goed at' en dan is het moeilijk te geloven dat er toch tekorten kunnen ontstaan. Tot we erachter kwamen dat deze mevrouw een verhoogde behoefte had omdat ze als het ware topsport bedreef. Want ze liep werkelijk de hele dag. Als je op patiënten let, kun je vaak in één oogopslag aan te wijde kleding, of een horlogebandje dat om een pols zwalkt, zien dat mensen afgevallen zijn. Vooral bij demente ouderen met bewegingsdrang kan het hard gaan, net als bij mensen met een degeneratieve spierziekte die slikproblemen krijgen. Alleen is het bij een mollige oude dame die in een maand van 80 naar 72 kilo gaat, soms best moeilijk te verkopen dat bijvoeding noodzakelijk is. Want die mevrouw gaat er beter uitzien. De tekorten aan vitaminen, mineralen en eiwitten die ontstaan als je in een dergelijk tempo afvalt, zie je niet. Als mensen gaan afvallen, proberen we in eerste instantie zes keer per dag een eenvoudige, verrijkte maaltijd aan te bieden. We zoeken naar producten die mensen graag eten zoals pap met boter en suiker, krentenbrood of broodjes met dubbel beleg, slaatjes, fruitcocktail. Als de inname onvoldoende blijft, proberen we met energierijke drinkvoedingen aan de energiebehoefte te voldoen. Bij bewoners die om welke reden dan ook zo verzwakt zijn dat slikken een probleem wordt, kan dat ook onvoldoende werken. Die raken toch aangewezen op sondevoeding. Dan is alleen de vraag: bewijs je een patiënt wel altijd zo'n grote dienst door alles uit de kast te halen? Op welk moment moet je als team accepteren dat iemand van sondevoeding wel 'opknapt', maar dat dit opknappen zo relatief is, en de sondevoeding zo belastend, dat drinkvoeding en vruchtensap misschien toch betere keuzen zijn. Wanneer moet je accepteren dat een bewoner, al dan niet bewust, niet meer wil of kan opknappen. Dat blijven hele moeilijke discussies als een patiënt zich daar niet meer over kan uitspreken.”

Casus

Mevrouw Loven (78) lijdt aan amyotrofische laterale sclerose. Ze woont al jaren in een verpleeghuis en heeft altijd op haar voeding gelet. Gezien haar conditie wil ze niet te zwaar

worden en weigert ze ontbijt en toetjes. Ze spreekt moeilijk en maakt gebruik van een communicator. Opvallend is dat ze de laatste tijd dieper wegzakt in haar elektrische rolstoel en ook de controle over de besturing steeds meer kwijtraakt. Ze rijdt regelmatig ergens tegenaan. Haar gebogen hoofdstand blijkt het slikken te bemoeilijken. Bij weging blijkt dat ze is afgevallen. De energie- en eiwitverrijkte voeding weigert ze, ze lust veel niet en wil ook veel niet. Het lukt alleen om haar wat extra melkproducten, extra vruchtensap en appelmoes bij de warme maaltijd aan te bieden. En hoewel er van optimale voeding geen sprake meer is, wordt deze keus gerespecteerd.

Casus

Mevrouw Giezen (58) heeft alzheimer. Als ze in het verpleeghuis komt wonen, is ze nog enigszins aanspreekbaar. Haar man komt vaak en neemt dan ook wat lekkers mee. Na een aantal maanden treedt er (waarschijnlijk) een epileptisch insult op. Mevrouw wordt warriger, onrustiger en haar gewicht daalt van 71 naar 61 kilo. Een jaar later verliest ze door de alsnog stijgende onrust en hijgende ademhaling die het eten hindert, vier kilo in een maand. Besloten wordt haar vloeibare voeding en gepureerde, warme maaltijden aan te bieden. Hierdoor gaat de inname omhoog en (in combinatie met medicatie die de onrust dempt) stabiliseert haar gewicht. Ze kan daarom langzaam weer op gewone voeding overschakelen. Alleen het vlees krijgt ze nog gepureerd aangeboden omdat ze geen gebit meer inheeft.

Onrust en gewichtsverlies

Onrust en het weglopen bij de maaltijden omdat blijven zitten moeilijk is, kan ook een bron van gewichtsverlies zijn. Het stimuleren te eten kan dan soms ook averechts werken omdat (ook zachte) dwang tot enorme irritaties en extra onrust kan leiden. In de Wittenberg draait daarom op de begeleidingsbehoefte afdeling een ontbijtproject. Hierbij worden alle bewoners aan een gezellig gedekte tafel gevraagd. De mensen mogen rustig in hun pyjama aanschuiven. Aan iedere tafel zit een ziekenverzorgende of voedingsassistent. En dit zien eten, in combinatie met de sfeer en de aandacht, stimuleert merkbaar, want de mensen die aan het ontbijt meedoen, eten duidelijk meer.

Calorierijke producten

- * Kant-en-klaar pap met boter en suiker
- * volle melkproducten en boter
- * roomtoetjes of roomkwark
- * appelmoes met een scheutje room
- * kadetjes en croissantjes met boter en dik beleg
- * krentenbrood of cake met boter
- * fruitcocktail of vers fruit met suiker en eventueel slagroom
- * slaatjes

Mensen met diabetes of een cholesterolbeperkt dieet mogen deze producten bij (dreigende)

depletie ook gebruiken. Het aanvullen van tekorten verdient nu prioriteit.

De checklist Voedingstoestand is door Nutrica ontwikkeld in samenwerking met verpleegkundigen en diëtisten uit de Academische ziekenhuizen van Groningen, Leiden, Nijmegen en het VU ziekenhuis te Amsterdam; het Deventer ziekenhuis en de verpleeg- en revalidatiecentra Vreugdehof en de Wittenberg in Amsterdam, de Stichting Verzorging, Verpleging Revalidatie Zoetermeer, Thuiszorg Nieuwe Waterweg-Noord te Schiedam, Kruiswerk West-Brabant te Roosendaal en het Voorlichtingsbureau voor de Voeding te Den Haag.

Hansje Ausems