

Ondervoeding verdient veel meer aandacht

De diëtist in het Tuberculosecentrum Beatrixoord neemt bij alle opgenomen patiënten deel aan de behandeling als lid van het multidisciplinair behandelteam. De auteur beschrijft haar werk en breekt een lans voor meer aandacht voor ondervoeding: juist ook in de eerste lijn.

Als diëtist en lid van het behandelteam in Beatrixoord richt je je op het signaleren en behandelen van voedingsproblemen, waarbij je rekening houdt met de diagnose(n), behandeling en individuele voorkeuren. De meeste patiënten die bij ons worden opgenomen zijn in meer of mindere mate ondervoed. Vaak hebben ze daarbij ook andere aandoeningen die om ondersteuning van een diëtist vragen, zoals diabetes mellitus, chronisch nierfalen of COPD. Maar ook slikstoornissen, gebitsproblemen en psychiatrische problemen kunnen de inname van adequate voeding bemoeilijken.

'Nutritional assessment'

Om ondervoeding vast te stellen is het bepalen van bijvoorbeeld alleen de BMI ontoereikend. Iemand kan in korte tijd als gevolg van ziekte 10 kilo zijn afgevallen en nog steeds een normale BMI hebben. Zo iemand wordt dan ten onrechte niet als risicopatiënt herkend maar kan wel beperkingen en klachten ervaren waarvoor behandeling goed mogelijk is. Idealiter zou je een risico op ondervoeding in een vroeg stadium moeten opsporen en zo voorkomen dat mensen ondervoed en functioneel beperkt raken.

Meer dan alleen BMI

Om de voedingstoestand te bepalen moet je naast de BMI dus ook vaststellen welke voedingsbehoefte een patiënt heeft, en of

de huidige inname van voeding toereikend is om die behoefte te dekken. Daarnaast is van belang te weten of de lichaamssamenstelling afwijkend is (dat wil zeggen of er sprake is van een verlaagde vetvrije massa) en of er functionele problemen zijn.

Uitgebreide informatie

Vanaf de opname begin ik informatie te verzamelen. Ik vraag de patiënt hoe het met eten gaat, wat hij of zij precies eet en of dit anders is dan voorheen. Ik informeer

naar het gewichtsverloop en welke problemen iemand eventueel ervaart bij het eten die de inname van voeding beperken. Dit kan enorm variëren. Soms vinden patiënten het Nederlandse eten niet lekker, anderen hebben last van pijn, vermoeidheid of snel vol zitten. Dit is belangrijk omdat ik mijn advies hierop kan aanpassen (bijvoorbeeld het spreiden van maaltijden of het aanpassen van hoeveelheid, samenstelling en consistentie) of kan overleggen met andere disciplines om iets aan de problemen te doen.

Het meten van de handknijpkracht (Foto: Nikita Quint)



Onderzoek

Ook breng ik in kaart hoe het staat met koorts, gebruik van steroïden, ontstekingswaarden en eventuele andere aandoeningen om de mate van metabole stress in te schatten. Dit is namelijk van invloed op het energiegebruik en de efficiëntie daarvan. Lichamelijk onderzoek geeft een idee van het verlies van spier- en vetweefsel en de vochtthuishouding. Dit helpt bij het beoordelen van de voedingstoestand. Ik gebruik hierbij het 'Patient-Generated Subjective Global Assessment' (PG-SGA©) formulier. De verpleegkundige weegt en meet de patiënt. De lichaamssamenstelling meten we met een bio-impedantiemeting. Ik bepaal de handknijpkracht en vraag naar het activiteitenpatroon. Als een patiënt ondervoed is, doen artsen en de apotheker bloedspiegelbepalingen van de medicatie omdat we vermoeden dat ondervoede patiënten een verminderd absorptievermogen hebben en daardoor mogelijk een verlaagde blootstelling aan tbc-medicatie. Maar ook om bij een verlaagde vetvrije massa juist overdosering te voorkomen.

Behandeling

Bij ondervoeding is de dieetbehandeling gericht op toename van de voedingsinname van de patiënt naar 100 procent van de eiwit- en energiebehoefte en optimalisering van de micronutriëntenstatus. Ons centrum is erop ingericht dat mensen zelf kunnen eten op het moment dat zij dit willen, waarbij er wel accenten liggen op de drie hoofdmaaltijden en drie tussenmaaltijd-rondes. Wie dat wil, kan tweemaal daags warm eten. Dit maakt het makkelijker om per maaltijd voldoende eiwitten (20-30 gram) binnen te krijgen, dit is gunstig voor de spieropbouw.

Patiënten kunnen met een keuzeformulier aangeven wat ze graag willen eten. Bij mensen die moeite hebben met de Nederlandse taal gebruiken we beeldmateriaal, naast een telefonische tolk. Soms helpen medepatiënten die dezelfde taal spreken.

Coachen en stimuleren

De voedingsassistenten en verpleegkundigen verstrekken voorgeschreven bijvoeding of sondevoeding als dit nodig is. Daarbij hebben ze ook een coachende rol. Ze kunnen de patiënt bijvoorbeeld meerdere malen per dag aanmoedigen om ondanks

misselijkheid toch regelmatig kleine maaltijden te gebruiken. De arts kan bekijken of de medicatie kan worden aangepast zodat een patiënt minder last heeft van misselijkheid.

Herstel van ondervoeding is onlosmakelijk verbonden met beweging. Naast inname van adequate voeding volgen patiënten ook een individueel trainingsplan bij de fysiotherapeut, voor de opbouw van spie-

BIJ ONDERVOEDING BEPALEN WE BLOEDSPIEGELS VAN DE MEDICATIE

ren is voeding alleen namelijk niet genoeg. Ter ondersteuning van het individuele behandelplan worden ook andere voedingsgerelateerde activiteiten georganiseerd. Zoals koken, boodschappen doen en samen eten, omdat het gezellig is en ook omdat we zo kunnen beoordelen hoe het thuis zal gaan.

Naar huis

Als het ontslag nadert, bespreek ik vaak ook het eten in de thuissituatie. Soms schrijf ik drinkvoeding voor na ontslag, maar meestal is dit niet meer nodig. Vaak vinden mensen het fijn dat er veel aandacht is voor voeding en zijn ze gemotiveerd om hun voedingstoestand te verbeteren. Maar ik heb ook wel eens een briefje gehad met daarop de tekst: 'Ik wil niet dat er nog iemand met mij over eten praat.' Die eerlijkheid kan ik wel waarderen.

Andere disciplines

Het multidisciplinair overleg is een wekelijks overlegmoment waarin we bezien of er bij de behandeling ook discipline overstijgende problemen zijn. Dat kan over een voedingsprobleem gaan. Het plaatsen van een PEG-sonde (percutane endoscopische gastrostomie) kan een bespreekpunt zijn of het in consult vragen van een andere discipline. Nog niet zo lang geleden hadden we bijvoorbeeld een patiënt die geen functionele slikproblemen had maar wel slikangst. De logopedist heeft toen op advies van de psychiater veel kunnen bereiken met oefeningen waardoor de patiënt weer is gaan

Patiëntervaring: herstel van voedingstoestand en conditie vergt maatwerk

Een oudere vrouw wordt bij ons opgenomen na een allergische reactie op de medicatie in de thuissituatie. Bij binnenkomst constateren we een gewichtsverlies van 12 procent in vier maanden. Extreme vermoeidheid, pijn en een gebrek aan eetlust spelen haar parten. Ze heeft moeite met zelfstandig douchen en aankleden. De BMI is normaal, ondanks het gewichtsverlies. Bij het meten van de handknijpkracht scoort zij ver onder de P10.

Bij ouderen zien we regelmatig dat ze al vóór ze ziek werden een verlaagde vetvrije massa hadden, en een verminderde functie, soms in combinatie met overgewicht. Daardoor belanden ze in een vicieuze cirkel want boodschappen doen en koken wordt dan ook steeds lastiger. Vervolgens nemen door de ziekte en bijkomende ondervoeding de vetvrije massa en de functionaliteit nog verder af. Het kost tijd en moeite om dit weer op te bouwen maar het kan vaak wel.

Smoothies en shakes

In dit geval geeft de patiënte aan dat ze het eten in het ziekenhuis niet lekker vindt en ook niet goed kan aangeven wat ze dan wel zou willen eten. Samen zoeken we naar andere mogelijkheden. Bijvoorbeeld vloeibare voedingsmiddelen met een hoge voedingswaarde zoals smoothies en shakes om aan haar voedingsbehoefte te voldoen. Tegelijk met het instellen op medicatie stelt de fysiotherapeut een behandelplan op om spiermassa en conditie op te bouwen. Om zoveel mogelijk profijt van de training te hebben, adviseer ik haar om rondom de training een eiwitrijk voedingsmiddel met bij voorkeur ongeveer 20 gram eiwit te gebruiken.

Na verloop van tijd wil ze proberen zelf te koken in onze afdelingskeuken. Dit bevalt haar goed en doet haar eetlust en energie ook weer toenemen. Na een aantal maanden bij ons opgenomen te zijn geweest, kan mevrouw weer zelfstandig naar huis.

eten en drinken. Een ander voorbeeld van onze multidisciplinaire aanpak is de 'prehabilitatie' voorafgaand aan een operatie. Het is bekend dat patiënten die ondervoed een operatie ondergaan slechtere klinische uitkomsten hebben. Zodra bekend is dat een van onze patiënten een operatie zal ondergaan, starten wij dus met het intensiever optimaliseren van voedingstoestand en fysieke conditie. Zo proberen we de patiënt de benodigde reservecapaciteit te laten opbouwen om daarmee hopelijk postoperatieve complicaties te voorkomen. Dit betekent intensieve voedingszorg, training en bijvoorbeeld ook gesprekken met maatschappelijk werk ter ondersteuning.

Kennis bevorderen en delen

In ons centrum vinden we het belangrijk om niet alleen goede zorg te verlenen maar deze zorg ook te evalueren en dit te koppelen aan wetenschappelijk onderzoek en deze kennis te delen. We willen weten wat de effecten zijn van de ziekte en de behandeling op de gezondheid van mensen in zijn geheel, dus zowel op geestelijk als lichamelijk vlak. Persoonlijk haal ik het meeste plezier uit een focus op verbeteringen van de zorg. Ik ben bijvoorbeeld geïnteresseerd in hoe de lichaamssamenstelling van onze patiënten verandert tijdens de behandeling, in de ontwikkelingen in de hoeveelheid spier- en

vetweefsel maar ook in de kwaliteit van het weefsel en de functionaliteit ervan. We blijven zoeken naar geschikte methoden om dit goed te kunnen meten.

De relatie tussen ondervoeding en medi-

SPOOR ONDERVOEDING

ZO VROEG MOGELIJK OP

catiespiegels vind ik een erg interessant onderwerp, zeker bij groepen als kinderen, zwangeren en ouderen vanwege de mogelijk grotere verschillen in lichaamssamenstelling waardoor de blootstelling aan medicatie anders kan zijn dan je op grond van alleen het gewicht verwacht.

Screen standaard op ondervoeding

Waar het voor mij uiteindelijk om gaat, is dat je patiënten kunt helpen hun leven weer op te pakken in een zo optimaal mogelijke conditie. Het mooiste zou natuurlijk zijn wanneer patiënten met (risico op) ondervoeding zo vroeg mogelijk worden opgespoord. Zo kan functionaliteit behouden blijven waardoor ze sneller zullen herstellen en minder kans lopen op het niet slagen van de behandeling. Ik zou daarom willen pleiten voor het invoeren van standaard screening op ondervoeding, juist ook in de eerste lijn: hier valt nog veel winst te behalen. ■



Bij het bereiden van een maaltijd

(Foto: Patricia Filgueira)

BERICHTEN

Amsterdam

Vanaf 1 oktober 2018 werkt **Vera Teepe** niet meer als sociaal verpleegkundige bij de afdeling tbc-bestrijding van de GGD Amsterdam. **Marinella Vermaas** vervult sinds 4 oktober de ontstane vacature.

Eindhoven

Sinds 1 september 2018 werken **Pascal Wielders**, **Jacques Creemers** en **Roland van Balkom** als longarts binnen de

afdeling tbc-bestrijding van de GGD Brabant-Zuidoost.

Tilburg

Laura Nederhof werkt vanaf 1 oktober 2018 niet meer als sociaal verpleegkundige bij de afdeling tbc-bestrijding van de GGD Hart voor Brabant. Sinds 1 december vervult **Marleen Henskens** de ontstane vacature.

Utrecht

Ineke van Haften heeft met ingang van 1 oktober 2018 afscheid genomen als longarts bij de tbc-afdeling van de GGD Regio Utrecht, vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd.

Venlo

Vanaf 1 november is het tbc-team van de GGD Limburg Noord uitgebreid met sociaal verpleegkundige **Ellen Faessen**.