

Het signaleren van een slechte voedingstoestand

Ondervoeding: wat zijn jouw blinde vlekken?

tekst:
Henry Mostert (Vilans,
projectleider Zorg
voor Beter, Verbeter-
traject Eten en
Drinken), Frank
Hermans
illustratie:
Bernet Ragetti

Ondervoeding. We weten allemaal dat het belangrijk is, maar er echt bij stilstaan doen we niet vaak. Te druk, geen interesse. En dat is jammer, want je redt er levens mee. Daarom een paar confronterende vragen. Ben jij als verpleegkundige in staat om ondervoeding aan te pakken?

Casus

Meneer Klaassen (73) kon prima zelf zijn boontjes doppen. Tot een paar weken geleden. Na een recente dikke darmoperatie is hij slechter ter been; sinds vorige week is hij drie keer gevallen. De buikwond geneest ook niet naar behoren. Hij reageert laconiek, het zal de leeftijd wel wezen. Wijkverpleegkundige Diny vraagt meneer Klaassen op de weegschaal te gaan staan. Ze gelooft haar ogen niet: vier kilo afgevallen zonder dat ze dat aan hem heeft kunnen zien.

Niet elke verpleegkundige is even bedreven in het signaleren van ondervoeding. Daarom: vier vragen om je blinde vlekken bloot te leggen.¹

Vraag 1: In hoeverre stellen wij in onze organisatie bij de start van de zorg de voedingssituatie en het risico op ondervoeding aan de orde?

Of je nou werkt in de thuiszorg of in een verpleeghuis, zorg rond ondervoeding staat of valt met goede onderlinge afspraken tussen de zorgverleners. En dat is meteen een moeilijke, want slechts de helft van de instellingen voor langdurige zorg kent een protocol voor preventie en behandeling van ondervoeding.² Dit betekent niet dat niets aan ondervoeding wordt gedaan, wel dat het herkennen van ondervoeding nog geen structurele plek inneemt. Maar zonder goede afstemming weet je niet of je collega misschien al met het wegen aan de slag is gegaan. Daarom: laat herkenning van ondervoeding niet afhangen van de toevallige omstandigheden van de dag. Zorg er bijvoorbeeld voor dat gewichtsbepaling zo snel mogelijk standaard wordt opgenomen in de anamnese. Trek hier zo nodig zelf over aan de bel bij het volgende overleg.

Vraag 2: Ken ik het gewichtsverloop van mijn patiënten goed genoeg?

Metten is weten, dus zorg vanaf dag 1 voor objectieve maatstaven. Een goede anamnese zonder gewicht en lengte bestaat eenvoudig niet. Met het opnamegewicht kun je het gewichtsverloop van de cliënt nauwgezet volgen en dus makkelijker zicht houden op mogelijke ondervoeding. Deze kennis is vooral bij de start van de zorg belangrijk, omdat de kans op ondervoeding dan groot is. De conditie van een thuiszorgcliënt die zojuist is ontslagen uit een ziekenhuis, is vaak niet optimaal. Dat geldt ook voor cliënten die de overgang maken

Misselijkheid en braken

Er zijn veel geneesmiddelen die misselijkheid, braken en een verminderde voedselopname als bijwerking hebben. Enkele beruchte veroorzakers van maagdarmklachten volgens apothekersorganisatie KNMP:

1. Opioiden ofwel sterke pijnstillers op opiumbasis (bv Fortral®, Palfium®, Dipidolor®, morfine, MS Contin®). Mogelijke bijwerking: vertraagde maagontlediging.
2. NSAID's (naproxen, ibuprofen, diclofenac). Bijwerking: maagpijn, maagulcus en gastritis.
3. Antibiotica. Mogelijke bijwerkingen: maagulcus en gastritis.
4. Cytostatica. Mogelijke bijwerkingen: chemische ontregeling van het braakcentrum en/of de maag.
5. Serotonineremmers (Prozac®, Seroxat®, Flavix®). Mogelijke bijwerking: chemische ontregeling van het braakcentrum en/of de maag.
6. IJzerpreparaten (ferrofumaraat). Mogelijke bijwerking: chemische ontregeling van het braakcentrum en/of de maag.

Van elkaar leren

Onderdeel van het programma *Zorg voor Beter* is het Verbetertraject *Eten en Drinken*, dat als doel heeft ondervoeding tegen te gaan. Dit initiatief van het ministerie van VWS richt zich op kwaliteitsverbetering in de langdurige zorg, waaronder verpleeg- en verzorgingshuizen, en de thuiszorg. In Verbetertrajecten werken teams van verschillende zorginstellingen samen aan verbetering. Kennisinstituut Vilans* biedt met andere instituten en experts gerichte ondersteuning bij het invoeren van veranderingen. De kennis die de teams opdoen, wordt op grote schaal verspreid. Met *best practices* helpen de teams ook andere instellingen bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Uitgebreide info: www.zorgvoorbeter.nl > goede voorbeelden > eten-en-drinken.

*De nieuwe naam waaronder NIZW Zorg, KITZZ en KBOH samen verder gaan.

naar een verpleeghuis en thuis al niet meer in goede doen waren. Tip: schrijf alvast in de agenda wanneer opnieuw de weegschaal voor de dag gehaald moet worden. Die vervolgstap wordt nogal eens vergeten. Vraag bovendien altijd of de cliënt de laatste tijd is afgevallen of minder trek heeft. Ga bij twijfel altijd op onderzoek uit, uiteraard samen met je cliënt. Sommige cliënten vragen om extra alertheid. Bijvoorbeeld bij een verhoogde voedingsbehoefte vanwege ziektes als kanker of aids, chemo- of brandwondtherapie of abnormale verliezen zoals bij operatiewonden of braken. Andere hoogrisicopatiënten zijn die met bloedziekten, aandoeningen aan de spijsverteringsorganen en dementerenden.

Vraag 3: Ben ik competent voor de vereiste begeleiding?

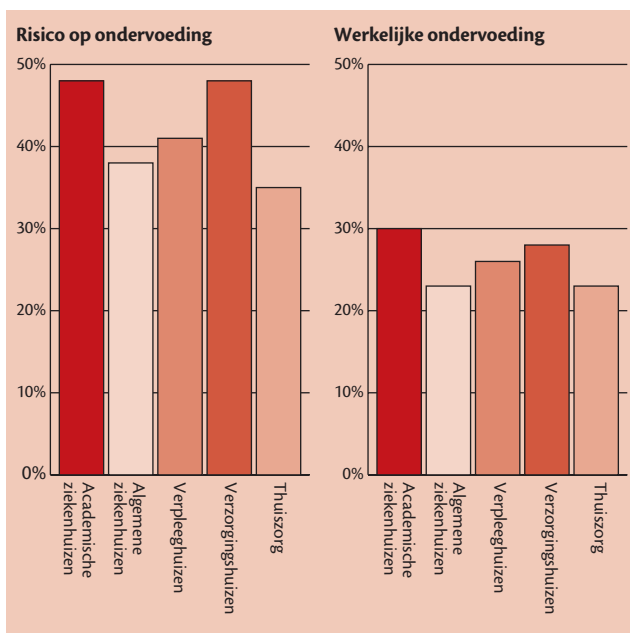
Is er daadwerkelijk sprake van ondervoeding of een risico daarop, dan is het aan de verpleegkundige om te bekijken hoe verder te handelen. Probeer allereerst zelf te ontdekken wat de verminderde voedselinname veroorzaakt. Heeft de cliënt:

- last van zijn gebit?
- een andere smaakbeleving?
- last van misselijkheid door medicijnen?
- genoeg hulp bij het eten en drinken?

Is hij bedlegerig en is dat een aanwijzing voor een onderliggende ziekte? Stel jezelf de vraag: ben ik de geschikte persoon om nader onderzoek te doen naar de onderliggende oorzaken van de ondervoeding, of is het beter anderen in te schakelen? Weet jij welke voedingsinterventie wijs is: meer eten, tussendoortjes, drinkvoeding? Raadpleeg bij de geringste twijfel altijd een andere hulpverlener (logopediste bij ernstige slikklachten, tandarts of mondhygiënist bij gebitsproblemen). Serieuze dieetadviezen zijn voorbehouden aan een diëtist. Raadpleeg de arts bij medicijnen die eetlust remmen en/of misselijkheid veroorzaken (zie kader).

Vraag 4: Weet ik of mijn cliënten de maaltijden eten zoals zij dit het liefst doen?

Sfeer is belangrijk bij de maaltijd. Vooral als het hongergevoel het laat afweten, zoals bij ziekte of ouderdom. En juist dan is elk onsje extra welkom. Recent onderzoek in verpleeghuizen laat zien dat negen op de tien bewoners het liefst gezamenlijk eten.³ Ook is aangetoond dat het verbeteren van de sfeer en het opdienen van de maaltijd in schalen de kans op ondervoeding aanzienlijk verlaagt. Zo stelde onderzoeker Kristel Nijs een wetenschappelijk verantwoorde lijst samen van ele- →



Ondervoeding in Nederland

Bron: Halfens RM, Meijers J e.a. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Negende jaarlijkse meting 2006, Universiteit Maastricht. In Vlaanderen wordt nog gewerkt aan wetenschappelijk onderbouwde cijfers rond ondervoeding.

menten die zorgen voor een optimale sfeer tijdens de gezamenlijke warme maaltijd in een huiskamer:

- een ongestoorde eetomgeving die voldoet aan wensen van bewoners: eten van echte borden in plaats van een drievakbord, schalen en tafellaken op tafel, volledig bestek;
- zoveel mogelijk keuze die past bij de bewoners: meerdere menu's, bewoners kunnen zitten waar ze willen, indien gewenst is er een moment van stilte voor de maaltijd;
- het personeel kan echt aandacht hebben voor de bewoners: hetzelfde personeel blijft aanwezig gedurende de hele maaltijd en is er actief bij betrokken, deelt medicatie niet uit tijdens, maar voor de maaltijd;
- de maaltijd is een vast sociaal moment: pas eten als iedereen zit, bewoners worden niet gestoord tijdens de maaltijd, tijdens het eten is de ruimte afgesloten voor familie en andere disciplines.⁴

In de thuiszorg zal het effect van een 'optimale maaltijdambiance' niet minder zijn. Hier gaat het vaak om alleenstaande ouderen die veel sociale contacten verloren hebben. Bespreek met de cliënt wat deze belangrijk vindt voor een gezellige maaltijd. Zijn er alternatieven voor de dagelijkse magnetronmaaltijd? Kun jij bemiddelen wanneer je cliënt graag met anderen wil eten?

Casus

Het gaat beter met meneer Klaassen. Hij is een kilo aangekomen. Wat bleek? Hij had genoeg van altijd maar alleen eten. Zijn dochter komt nu elke drie dagen bij hem aan tafel zitten. Bovendien doet hij mee met het maaltijdproject in het buurthuis. Diny zorgt ervoor dat hij voorlopig elke maand op de weegschaal staat. Voor het volgende teamoverleg heeft ze 'signaleren van ondervoeding' op de agenda gezet. ■

Met dank aan Hovannouhi Houniet, senior-voedingskundige Nutricia Nederland.

Geheugensteuntje

Er is sprake van ondervoeding als:

- de BMI lager is dan 18,5, voor mensen boven de 85: BMI lager dan 24;
- de BMI ligt tussen 18,5 en 20 (boven de 85: 24 – 29) in combinatie met drie dagen niet of nauwelijks eten of meer dan een week minder eten dan normaal;
- onbedoeld meer dan zes kg in de afgelopen zes maanden afgevallen of meer dan drie kg in de afgelopen maand.⁵

Fabel over dikke mensen

Hoe ervaren je ook bent: besef goed dat je niet met het blote oog kunt vaststellen of iemand ondervoed is. Een gezette cliënt kan ongemerkt kilo's zijn afgevallen. Een ernstige situatie, omdat niet het vet maar spiercellen als eerste worden afgebroken. Bij ziekte ontbreken de noodzakelijke bouwstoffen voor genezing.

Screening

SNAQ en MUST zijn in Nederland veelgebruikte screeningsmethodes die helpen bij het voorkomen van ondervoeding.⁶

Op de SNAQ-lijst staan drie vragen:

1. Is de patiënt de laatste zes maanden onbedoeld meer dan zes kilo afgevallen of meer dan drie kilo in de maand voor de opname?
2. Heeft de patiënt een verminderde eetlust?
3. Heeft de patiënt sondevoeding of drinkvoeding gebruikt?

De MUST-lijst is ingewikkelder: aan de hand van tabellen geef je punten voor (risico op) ondervoeding. Criteria zijn de BMI, het gewichtsverloop in de afgelopen drie tot zes maanden en het effect van acuut ziek zijn (wat is de verwachting van voedingsinname in de komende vijf dagen?). Bij een score van 2 of hoger luidt de aanbeveling: altijd de diëtist waarschuwen.

Noten en literatuur

- 1 In de herfst van 2006 vond in Ede het LVW/Nursing Thuiszorgcongres plaats, waar onder meer ondervoeding punt van aandacht was. Henry Mostert, projectleider Zorg voor Beter, Verbetertje Eten en Drinken (zie kader), gaf daarover een lezing met de invalshoek: hoe ga jij als verpleegkundige om met ondervoeding? Dit artikel is een bloemlezing. Mostert H. Hoe zwaar til jij aan zorgwekkend gewichtsverlies? Presentatie Het LVW/Nursing Thuiszorgcongres. Ede, 2006.
- 2 Halfens R, Meijers J. e.a. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Negende jaarlijkse meting 2006. Universiteit Maastricht.
- 3 Peeters J, Francke A [e.a.], Ontwikkeling eetprofielen van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen. NIVEL. Utrecht, 2006.
- 4 Nijls K. Optimizing the ambiance during mealtimes in Dutch nursing homes. Wageningen Universiteit, 2006.
- 5 www.zorgvoorbeter.nl/verbetertje/eten-en-drinken > vraag en antwoord > Eten en drinken > wanneer spreek je van ondervoeding?
- 6 SNAQ: www.zorgvoorbeter.nl > goede voorbeelden > eten en drinken > SNAQ-lijst
MUST: www.bapen.org.uk > must.

Samenvatting

Neem je als verpleegkundige je verantwoordelijkheid rond ondervoeding van patiënten? Stel jezelf daarvoor de volgende vier vragen:

- In hoeverre bekijk je bij de start van de zorg de voedings situatie en het risico op ondervoeding?
- Ken je het gewichtsverloop van je patiënt?
- Ben je competent om de vereiste begeleiding te geven?
- Weet je of je cliënten de maaltijden eten zoals zij dit het liefst doen?