

KETEN VAN ZORG VOOR COPD PATIËNTEN

Het Academisch Ziekenhuis in Maastricht heeft chronische aandoeningen als speerpunt van beleid gekozen. Er is een zorgketen voor elke fase van een ziekte.

Voeding speelt een belangrijke rol in de behandeling van chronische patiënten.

Anderhalf jaar geleden veranderde astmacentrum Hornerheide in Centrum voor Integrale Revalidatie Orgaanfalen (CIRO Horn). Hier worden patiënten met chronische longaandoeningen gerevalideerd. Sinds vorig jaar wordt de zorg langs twee wegen uitgebreid namelijk naar andere centra en naar andere aandoeningen.

“Chronische aandoeningen komen steeds vaker voor,” vertelt Wouters, “daarom heeft het Academisch Ziekenhuis in Maastricht (azM) deze aandoeningen als speerpunt van beleid gekozen. We gaan uit van een concept voor ‘integrated care’. Dat is een zorgketen voor elke fase van een ziekte. De zorgbehoefte bij chronische patiënten bleek moeilijk in te vullen met alleen eerste en tweede lijnszorg. Sinds langere tijd vindt longrevalidatie plaats in astmacentrum Hornerheide. Het concept van revalidatie blijkt echter ook bij andere chronische ziekten toepasbaar. Reuma, gewrichtsaandoeningen, darmaandoeningen, obesitas en diabetes veroorzaken namelijk vergelijkbare beperkingen en handicaps.”

Het azM en CIRO Horn werken samen aan een netwerkstructuur voor revalidatie. Op dit ogenblik zijn decentrale revalidatiefaciliteiten gecreëerd, behalve in CIRO Horn, ook het azM in Maastricht, het Maxima Medisch Centrum locatie Veldhoven en het St. Jansgasthuis in Weert (de satellietcentra). Alleen in CIRO Horn kan klinisch gerevalideerd worden. Dit centrum begon als behandelcentrum voor tuberculose en ontwikkelde zich later tot een astmacentrum. Bij een centrum als CIRO Horn zien medewerkers een grote

groep patiënten met hetzelfde ziektebeeld. Veelal hebben patiënten meerdere aandoeningen tegelijkertijd. Dit is in Horn goed te behandelen. Weling: “De kennisontwikkeling op dat gebied is groot en we werken in een multidisciplinaire setting. Heel vaak zie je in de eerste lijn dat er monodisciplinair gewerkt wordt. Hier zijn diëtist, medewerker gedragstherapie, creatief therapeut, maatschappelijk werker, ergotherapeut, verpleging, fysiotherapie en



Clarie Weling: “Voeding is een belangrijk onderdeel van de behandeling. Hoe eerder we ingrijpen, hoe langer patiënten daarvan de vruchten plukken.”

Prof. dr. E.F.M. Wouters is afdelingshoofd Longziekten van het Academisch Ziekenhuis Maastricht en tevens directeur-bestuurder van het Centrum voor Chronische Ziekten. Vanuit die functie is hij bestuurder bij CIRO-Horn. C. Weling, diëtist bij Proteion zorgcentra Midden Limburg, werkt in CIRO-Horn.

bewegingstherapie betrokken. Dat is een groot voordeel.” En niet alleen voor de medewerkers is er voordeel. Weling: “Ook patiënten leren veel van elkaar. Door onderling contact merken ze dat zij niet de enigen zijn die worstelen met dagelijkse problemen. Hierdoor verbetert de levenskwaliteit.” Door de huidige netwerkstructuur kunnen zij bovendien gemakkelijker dichtbij huis revalideren.

VASTSTELLEN

“Eerst vindt op een dag een intake plaats in het azM. Daarna volgt een ‘assessment’-periode van vier dagen, waarin de patiënt alle behandelaars te zien krijgt”, vervolgt Wouters zijn verhaal. “Behandelaars kijken waarin de patiënt beperkt wordt: hoe is de voedingstoestand, is er sprake van osteoporose en hoe is de spierfunctie? Vervolgens wordt een behandelprogramma opgesteld afhankelijk van de bevindingen. Een niet-klinisch revalidatieprogramma kan ook in een van de satellietcentra (een van de zorgcentra van Proteion) plaatsvinden. Daar komt alleen een geselecteerde groep patiënten terecht. Het is een vrij uniek model van netwerkstructuren. Behandelaars van de satellietcentra blijven in contact met CIRO Horn. Na de behandeling wordt direct een evaluatie teruggekoppeld.”

KWALITEIT VAN LEVEN

Door het volgen van een revalidatieprogramma verbetert de kwaliteit van leven van een patiënt aantoonbaar. De patiënt krijgt een betere Body Mass Index (BMI), meer inzicht in het ziektebeeld en weet beter wat hij wel kan en niet meer. Toename van de BMI betekent vaak ook een langere levensduur. Over de longpatiënten vertelt Clarie Weling: “Patiënten zijn vaak moe, kortademig, angstig, hebben wisselende stemmingen en zijn soms eenzaam. Ze zijn tot veel minder in staat. Dagelijkse activiteiten als boodschappen doen en hobby’s zijn behoorlijk verminderd. Door tips van onder andere verpleging en ergotherapeuten leren patiënten hiermee goed om te gaan. Tips als: ‘bekijk de inrichting van de keuken, hoe zijn de looproutes en hoe richt je de kastjes in? Een patiënt hoeft echt niet iedere dag naar de winkel. En je kunt verse sinaasappels kopen, maar je kunt ook kiezen voor sinaasappelsap uit een pak. Bij het bereiden van maaltijden kun je kijken hoe dat minder arbeidsintensief kan. Zorg er bijvoorbeeld voor dat je voor een maaltijd geen zware wandeling maakt. Dan heb je geen honger meer of ben je te moe om te eten. Dat zijn een aantal praktische tips die het leven van chronische patiënten vergemakkelijken. Patiënten leren op deze wijze beter met hun ziekte om te gaan.”

MINDER ONDERVOED

Ondervoeding bij COPD komt verhoudingsgewijs vaak voor. Bij niet-klinische patiënten blijkt 20 procent ondervoed te zijn. Bij klinische patiënten is het percentage hoger, namelijk 30-35 procent. Het gewicht kan te laag zijn door afname van spiermassa, vetmassa of beide en er kan sprake zijn van ongewenst gewichtsverlies. Weling: “Voeding is



“In het Academisch Ziekenhuis in Maastricht gaan we uit van een concept voor integrated care, een zorgketen voor elke fase van een ziekte”, aldus prof. dr. E.F.M. Wouters.

een belangrijk onderdeel van de behandeling. Patiënten die goed gevoed zijn voelen zich beter en de kwaliteit van leven is groter. Hoe eerder we ingrijpen, hoe langer patiënten daarvan de vruchten plukken.”

Weling legt uit hoe zij te werk gaat: “Bij alle patiënten wordt een voedingsanamnese afgenomen. Zo krijg ik idee hoe een patiënt gewend is te eten. Tijdens het revalidatieproces gaat een patiënt meer doen in vergelijking met de thuissituatie. Het activiteitsniveau ligt een stuk hoger en daardoor verbruikt hij meer energie. De normale voeding moet daarom worden aangepast naar een energie- en eiwitverrijkte voeding. We starten met kant-en-klare drinkvoeding als de BMI lager is dan 21 kg/m² en/of als de vetvrije massa-index (VVMI) bij vrouwen kleiner dan 15 kg/m² en bij mannen kleiner dan 16 kg/m² is. En bij een gewichtsverlies van meer dan 10 procent in een half jaar of meer dan 5 procent in een maand. Incidenteel geven we ook nachtelijke sondevoeding. Het is aan de diëtist om te kijken of ze direct start met drinkvoeding of dat ze probeert via energie- en eiwitverrijkte voeding de voedingstoestand te verbeteren.”

CONTACT COLLEGA'S

Weling is tevreden over het contact met eerste en tweede-lijns collega's. Ze vindt het heel belangrijk dat behandelaars in de eerste en tweede lijn adequaat doorverwijzen. Bij ongewenst gewichtsverlies en bij lage BMI en VVMI is direct naar de diëtist doorverwijzen essentieel. Ook andere disciplines zoals ergotherapie moeten zo snel mogelijk worden ingeschakeld. Weling: “Deze patiënten worden niet beter, alleen maar slechter. Daarom is alert reageren zo be-

langrijk. En fysiotherapeuten blijven permanent betrokken. Het is immers een chronische aandoening. De patiënt moet elke keer gestimuleerd en gemotiveerd worden.”

ZELFREDZAAMHEID

Wouters en Weling streven naar vraaggerichte zorg, de patiënt geeft aan wat hij nodig heeft. In de centra is dit ideaal echter nog niet verwezenlijkt. “Het liefst zou je het net zoals thuis willen hebben; dat de patiënt zelf een eitje kan bakken op een moment dat het hem uitkomt. Helaas zijn we in de instelling toch gebonden aan bepaalde tijden en structuren”, vertelt Weling, “Maar toch proberen we zoveel mogelijk zorg-op-maat te leveren door samen met de patiënt doelstellingen te formuleren en zo het behandelplan op te stellen. Patiënten vinden deze manier van werken prettig. Soms is motivatie en overreding nodig, want niet elke patiënt ziet direct het belang van gewichtstoename.”

Ester Goddijn

LITERATUUR

- Creutzberg E.C., Wouters E.F., Mostert R., Weling-Scheepers C.A., Schols A.M. (2003) Efficacy of nutritional supplementation therapy in depleted patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Nutrition*, 19, 120-7.
- Schols A.M., Soeters P.B., Dingemans A.M., Mostert R, Frantzen P.J., Wouters E.F. (1993) Prevalence and characteristics of nutritional depletion in patients with stable COPD eligible for pulmonary rehabilitation. *Am. Rev. Resp. Dis.*, 147 (5), 1151-6.
- Schols A.M.W.J., Broekhuizen R., Weling-Scheepers, W.A. and Wouters E.F. (2005) Body composition and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Clin. Nutr.* 2005; 82: 53-9
- CBO richtlijnen ketenzorg COPD.

INTERNET

- www.nvalt.nl, kijk onder Richtlijnen, Richtlijnen Voeding en COPD
- www.ciro-horn.nl
- www.proteion.nl

Casuïstiek

Een vrouw met verschijnselen van klinische ondervoeding als gevolg van een carcinoom

Patiëntgegevens

Partner, 1 zoon
Leeftijd: 60 jaar
Lengte: 1,63 meter
Normaal gewicht: 74 kg

Medische gegevens

Voorgeschiedenis: radiotherapie op de speekselklieren in verband met carcinoom.

Diagnose: kleincellig longcarcinoom, metastasen in bot en lever.

Behandeling: chemotherapie o.a. cisplatine, etoposide.

Oktober 2005: eerste consult diëtist

Mevrouw is gestart met chemotherapie (poliklinisch).
Gewicht 59,5 kg.
In twee maanden tijd is mevrouw 15 kg afgevallen, dus er is sprake van ernstige ondervoeding.
Gewichtsverlies: 20 procent in twee maanden.

BMI: 22,4 kg/m²

Energiebehoefte volgens Harris Et Benedict:
 $655 + (9,6 \times 59,5) + (1,85 \times 163) - (4,7 \times 60) \text{ kcal} = 655 + 571,2 + 301,6 - 282 = 1245 \text{ kcal}$;
toeslagen: 20% (in verband met gewichtsverlies) + 10% (in verband met chemotherapie) = >1620 kcal. per dag.

Het eten gaat erg slecht, drinken gaat matig. Mevrouw probeert beter te eten.

Voedingsadvies:

Energie- en eiwitverrijkte voeding, aangevuld met drie pakjes FortiCare per dag.

November 2005: tweede consult diëtist

Gewicht: 60,3 kg
Het gaat beter met mevrouw. Brood eten gaat goed, maar het warme eten gaat nog moeizaam.

Mevrouw drinkt FortiCare trouw, drie keer per dag. Het bevalt haar goed.

December 2005: derde consult diëtist

Gewicht: 60,7 kg
De chemokuur is beëindigd. Situatie blijft hetzelfde, mevrouw blijft FortiCare gebruiken.
Haar conditie is redelijk.
Het huidige beleid wordt voortgezet.

Met dank aan Aline van Kempen, afdeling Diëtetiek, Rijnstate Ziekenhuis Arnhem.