

PROFESSIONALISEREN VOEDINGSBELEID NODIG BIJ ONDERVOEDING

Klinische voedingsproblemen zijn vaak complexe problemen. Als diëtist kom je qua diagnostiek volgens Schols niet weg met een minimalistische aanpak van bijvoorbeeld alleen het gewicht meten of gewichtsverlies navragen: "Als discipline mag je dit niet accepteren. De diëtetiek in Nederland moet meer professionaliseren door evidence based handelen op basis van doelgerichte diagnostiek."

Prof.dr.ir. A.M.W.J. Schols, hoogleraar Voeding en Metabolisme van Chronische ziekten aan de Universiteit Maastricht, leidde het afgelopen jaar de discussie over een Cochrane review met betrekking tot voedingsinterventie bij ondervoeding.

Professor Annemie Schols heeft een duidelijke visie op de werkwijze van de diëtist bij klinische ondervoeding. 'Evidence based' handelen is de basis voor iedere diëtist. Helaas is dat nu nog lastig omdat er weinig 'evidence' beschikbaar is. Schols licht toe: "Er is weinig onderzoek gedaan dat voor diëtisten te vertalen is naar de dagelijkse praktijk. Bovendien is onvoldoende goed opgezet onderzoek beschikbaar naar ziektegerelateerde ondervoeding bij chronische ziekten."

BEHANDELPLAN

Bij het stellen van de diagnose moet de diëtist over het goede gereedschap beschikken. Zij moet een weegschaal gebruiken om het lichaamsgewicht te meten en een huidplooimeter of impedantiemeter om de samenstelling ervan (vetmassa, vetvrije massa) te kunnen bepalen. Ook moet de diëtist een voedingsanamnese afnemen en het lichamelijke activiteitenpatroon navragen of meten. Zo kunnen de voedselinname, het eventuele gewichtsverlies en het energieverbruik worden vastgesteld. Schols: "Ik ben absoluut niet gevoelig voor argumenten als 'het kost te veel tijd'

of 'het is onhandig'. Dit hoort gewoon bij het stellen van een professionele diagnose door de diëtist." Zij vindt dat de diagnostiek als eerste moet worden gestandaardiseerd. De diëtist kan daarvoor bepaalde handelingen uitbesteden aan de verpleging of een andere paramedische discipline, zoals het invullen van vragenlijsten en het bijhouden van voedingsdagboekjes.

Pas als diëtisten op gestandaardiseerde wijze hun diagnose stellen, kan volgens Schols worden toegewerkt naar een behandelplan in nauwe samenspraak met andere disciplines. "Wat is het primaire probleem bij deze specifieke patiënt? Wat is het doel van een eventuele voedingsinterventie: curatief, ter ondersteuning van andere therapieën of palliatief? Bestudeer kritisch de beschikbare literatuur, maar vertaal resultaten die behaald zijn met suppletie in de vorm van klinische voeding niet direct naar het gebruik van snacks als tussendoortjes in de veronderstelling dat die hetzelfde werken", betoogt Schols. "Zo mag je niet redeneren. Ik heb in principe niets tegen het gebruik van snacks, maar het effect daarvan moet eerst in goed opgezet vergelijkend wetenschappelijk onderzoek worden vergele-



Professor Annemie Schols ziet veel kansen voor diëtisten: "Voor een beter aanzien van de diëtetiek zouden diëtisten meer aan onderzoek moeten doen en meer moeten professionaliseren door 'evidence based' handelen op basis van doelgerichte diagnostiek."

ken met klinische voeding.” Als het doel van een interventie alleen gericht is op gewichtstoename door het verschaffen van meer calorieën, dan maakt het weinig uit in welke vorm je deze calorieën geeft. Maar meestal is aankomen of het gewicht stabiel houden geen doel op zich, maar een middel om een ander doel te bereiken, bijvoorbeeld de opnameduur verkorten of het herstel bespoedigen. Deze effecten zijn waarschijnlijk vooral toe te schrijven aan de gunstige invloed van extra eiwit op de spieren of van specifieke voedingsstoffen op andere lichaamsfuncties.

Sommige voedingsadviezen gericht op de preventie en behandeling van gewichtsverlies en het behoud van vetvrije massa zijn van toepassing op chronische ziekten in het algemeen, terwijl andere adviezen ziektespecifiek zijn. Voor patiënten met hartfalen is bijvoorbeeld strikt genomen geen behandeling beschikbaar; er is onvoldoende ‘evidence’ omdat er te weinig onderzoeken met voldoende kwaliteit zijn. Over patiënten met chronische longziekten zijn veel meer onderzoeksresultaten en daar is dus wel ‘evidence’ voor. Er is wel veel literatuur beschikbaar over de overeenkomsten en verschillen in oorzaken en gevolgen van gewichtsverlies en spiermassaverlies bij beide ziekten. Schols: “Op basis van deze studies kunnen sommige behandel doelstellingen en adviezen voor COPD vertaald worden naar chronisch hartfalen. Het is wel van belang dat de diëtist de effectiviteit van deze adviezen en/of interventies bij beide ziekten zorgvuldig evalueert en ze met elkaar vergelijkt. Verder moeten er ook bij patiënten met hartfalen goede klinische trials uitgevoerd worden om het belang van diëtistische interventies beter in zicht te krijgen en daarmee de rol van de diëtist verder zichtbaar te maken en te profileren.”

WELKE INTERVENTIE

En dan komt de vraag welke interventie je bij een bepaalde patiënt moet toepassen. Schols: “Diëtisten zijn meestal geneigd de voeding aan te passen. Dat is een heel nobel streven, maar de vraag is of dat voldoende effect heeft. Als uit de literatuur duidelijk is dat je er met voeding alleen niet komt, zijn andere wegen nodig.” Daarbij past genuanceerd denken over het gebruik van aanvullende voeding of zelfs medicamenteuze interventies. Schols vervolgt: “Je moet heel gedoseerd omgaan met voedingssuppletie. Ik kan me voorstellen dat je klinische voeding bij sommige ziekten als een soort kuur toepast, bijvoorbeeld rondom een operatie, tijdens chemotherapie of als onderdeel van een revalidatieprogramma. De diëtist moet rekening houden met de fase waarin de patiënt verkeert en met de ernst van de situatie.”

Na een zekere periode moet de diëtist ook evalueren of de therapie met klinische voeding effectief is geweest en wat is de ‘compliance’ is geweest. Een aansprekend voorbeeld hiervan is het programma voor versneld herstel, Fast Track, dat inmiddels een jaar wordt toegepast in het Academisch Ziekenhuis Maastricht. De opnameduur van colonchirur-

giepatiënten werd hierdoor teruggebracht van negen naar gemiddeld zeven dagen.

Na de therapieperiode volgt een periode van gedragsverandering. In die fase vinden aanpassingen in de normale voeding plaats en moet het gedrag gestabiliseerd worden. “Het gebeurt nogal eens dat mensen zodra ze weer thuis zijn, de klinische voeding in plaats van gewone voeding gebruiken, waardoor er uiteindelijk geen sprake is van suppletie.”

KANSEN

Schols ziet veel kansen voor diëtisten. Voor een beter aanzien van de diëtetiek zouden diëtisten meer aan onderzoek moeten doen. En een goede diagnostiek is nodig als stabiele basis voor de behandeling. Schols: “Dat is de toegevoegde waarde van de diëtetiek. Anders zegt de verpleging ‘dat kan ik ook’ en dat vormt een bedreiging.”

Schols vindt dat de zorg nu nog heel traditioneel is georganiseerd op basis van de rollen van patiënt en behandelaar. Zij zegt dat er veel meer cliëntgeoriënteerd moet worden gewerkt, in een multidisciplinaire aanpak, zowel bij chronische als acute ziekten. De patiënt wordt op die manier eigenaar van zijn probleem en heeft zijn eigen verantwoordelijkheid. De behandeling zal steeds meer in de sfeer van leefstijl worden getrokken.

“In de toekomst komt de nadruk op ‘compliance’ te liggen. Er zijn verschillende mogelijkheden voor patiëntcontacten, zoals e-mail en interactieve programma’s op internet”, schetst Schols. “De diëtist kan hier een initiërende rol in spelen.”

Ester Goddijn

LITERATUUR

Anker, S.D., John, M., Pedersen, P.U., Raguso, C., Ciccoira, M., Dardai, E., Laviano, A., Ponikowski, P., Schols, A.M. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Cardiology and Pulmonology. Clin Nutr 2006 (e-pub ahead of print).