

ONTWIKKELING VAN DE CBO-RICHTLIJN 'PERIOPERATIEF VOEDINGSBELEID'

Dit najaar verschijnt de CBO-richtlijn *Perioperatief voedingsbeleid*. Drie diëtisten maakten deel uit van de werkgroep. Zij vertellen hoe de richtlijn tot stand is gekomen, wat de knelpunten waren en lichten een inhoudelijk tipje van de sluier op.

Jaarlijks worden in Nederland circa 1,3 miljoen patiënten geopereerd. De patiënten die geopereerd worden verschillen in gezondheid en leeftijd, en de operaties die zij ondergaan variëren in zwaarte en duur. Oudere patiënten hebben een hoger risico op comorbiditeit, zoals cardiovasculaire aandoeningen, longziekten en endocriene afwijkingen. Elke operatie leidt tot metabole veranderingen in het lichaam. Hoe ernstig deze verstoring is, hangt af van het type ingreep en de voedingstoestand van de patiënt.

Ondervoeding heeft een negatief effect op het herstel na een operatie en komt tot uiting in een toename van morbiditeit en mortaliteit, hogere kosten en een langere opnameduur in het ziekenhuis. Het vroegtijdig vaststellen van de voedingstoestand en tijdig starten met een adequate voedingstherapie is een belangrijk onderdeel van de totale zorg voor chirurgische patiënten. De diëtist heeft een belangrijke taak in de zorg voor voeding van de chirurgische patiënt, zowel voor als na de operatie.

Ruim 2,5 jaar geleden werd de eerste stap gezet voor het opstellen van de CBO-richtlijn *Perioperatief voedingsbeleid*. Het initiatief hiervoor kwam van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. Het CBO heeft mensen gezocht om deel te nemen aan drie subwerk-

groepen die elk een deel van het traject onderzochten: preoperatieve screening en voeding, peri- en postoperatieve voeding, inclusief nuchterbeleid, en perioperatieve voeding bij kinderen. De werkgroep onderkende dat het belangrijk was om de voedingstoestand preoperatief in kaart te brengen en die zo nodig te verbeteren met als doel de kans op postoperatieve morbiditeit te verkleinen. Het is van belang om risicopatiënten te selecteren zodat een adequate voedingstherapie tijdig kan worden ingesteld.



Preoperatief optimaal voeden is nog belangrijker dan postoperatief voeden.

Inmiddels is de concept-richtlijn *Perioperatief voedingsbeleid* van het CBO een feit. In het najaar van 2007 zal deze richtlijn zijn definitieve status krijgen. Tot die tijd is het concept te downloaden van de website van het CBO (www.cbo.nl).

CONCEPT-RICHTLIJN

Drie diëtisten waren namens de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) vertegenwoordigd in de werkgroep: Liesbeth Haverkort en Elles Steenhagen namens het netwerk CHIODAZ (Chirurgie Overleg Diëtisten Academische Ziekenhuizen) en Anneke van den Berg namens het netwerk KODAZ (Kinderen Overleg

Mw. A. van den Berg is diëtist in het UMC St. Radboud,

Nijmegen, mw. drs. E.B. Haverkort is diëtist in het AMC,

Amsterdam en mw. E. Steenhagen is diëtist in het UMC

Utrecht. Alle drie maakten zij deel uit van de CBO-werkgroep

'Perioperatief voedingsbeleid.'



V.l.n.r.: Drie diëtisten, Anneke van den Berg, Elles Steenhagen en Liesbeth Haverkort, namen deel aan de CBO-werkgroep 'Perioperatief voedingsbeleid'.

Diëtisten Academische Ziekenhuizen). Zij lichten de totstandkoming van de richtlijn gezamenlijk toe.

De richtlijn *Perioperatief voedingsbeleid* bevat aanbevelingen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de zorg rondom de chirurgische patiënt. De richtlijn is bedoeld voor algemene chirurgische patiënten en niet voor specifieke groepen, alleen kinderen en zwangere vrouwen worden apart benoemd. De richtlijn is opgedeeld in diverse compartimenten: preoperatief voeden, perioperatief voeden, nuchterbeleid en postoperatief voeden op zowel verpleegafdelingen als de intensive care.

Elles Steenhagen: "Het CBO heeft een vast stramien voor het schrijven van een richtlijn. Voorheen belandden veel richtlijnen eenmaal geschreven in een la, maar nu wordt er ook aandacht besteed aan de implementatie ervan in de praktijk. We zijn verplicht om over vijf jaar te actualiseren en te evalueren. Alle wetenschappelijke literatuur die tot 2005 beschikbaar was, is meegenomen en recentere artikelen ook mits die een grote toegevoegde waarde hadden.

Alle aanbevelingen zijn zo goed mogelijk wetenschappelijk onderbouwd, gebaseerd op de hoogste mate van bewijs. Daar waar wetenschappelijk bewijs ontbrak, is dit aangevuld met meningvorming gericht op het goed medisch handelen. Het grote manco is dat op het gebied van het bepalen van de voedingstoestand en het screenen op ondervoeding slechts beperkt onderzoek

beschikbaar is. Ook ontstond in de werkgroep discussie over wat optimaal voeden is. Voor het screenen op ondervoeding bestaat nog geen gouden standaard. Dit is veelal gebaseerd op objectieve en subjectieve parameters."

VOEDINGSTOESTAND

De diëtisten noemen het voordeel van het deelnemen aan een werkgroep dat je heel kritisch kijkt naar je eigen handelen. Wat is bijvoorbeeld de meerwaarde van een voedingsanamnese? En hoe specifiek moet de vraagstelling zijn?

Medisch specialisten en diëtisten zijn zich steeds meer bewust van de voedingstoestand waarin patiënten verkeren. "Dertig jaar geleden bestond deze term nog niet", merkt Anneke van den Berg op. "Ik heb het in mijn opleiding nooit geleerd. Wij keken alleen naar het gewicht. Nu zijn daar andere parameters bij gekomen. Vroeger nam ik heel nauwkeurig een voedingsanamnese af en berekende ik de nutriënten, maar inmiddels stel ik enkele vragen om een globaal inzicht in het voedingspatroon te krijgen."

"Antropometrie wordt inderdaad steeds belangrijker in de diëtetiek", licht Liesbeth Haverkort toe. "Behoud van de vetvrije massa, daar draait het om bij ziekte, het gewicht als zodanig is veel minder van waarde. Daarom is het belangrijk gebruik te maken van andere parameters, zoals de handknijpkracht."

“Bij kinderen zijn daarbij de groeicurven heel belangrijk”, vult Anneke van den Berg aan. “Ik ben nu veel alerter op afbuigende groeicurven dan voorheen.”

NUCHTER OF NIET?

Waar de diëtisten tegenaan liepen waren de dogma's die op sommige gebieden nog bestaan. Neem bijvoorbeeld het nuchterbeleid. Liesbeth Haverkort: “In veel ziekenhuizen worden patiënten vanaf 00.00 uur nuchter gehouden tot de operatie. Iemand die pas om 15.00 uur wordt geopereerd, mag de hele dag niets eten of drinken. Soms wordt een operatie zelfs uitgesteld tot de volgende dag! Een operatie is een stress-situatie voor het lichaam. Dit resulteert postoperatief in verlies van vetvrije massa door onder andere afbraak van spiereiwitten, met alle negatieve gevolgen van dien. Het nuchterbeleid is ooit ingesteld omdat men de risico's op longaspiratie en naadlekkage wilde vermijden, maar deze risico's zijn heel klein. Eten voor een operatie heeft geen nadelen, maar juist voordelen, daar zijn de specialisten het inmiddels over eens en dat blijkt ook uit wetenschappelijke publicaties. Er bestaat geen wetenschappelijk bewijs dat routinematig nuchter houden rechtvaardigt.

In de nieuwe richtlijn staat dat patiënten met een normale maagontlediging tot twee uur voor de operatie veilig heldere vloeistoffen kunnen drinken en tot zes uur voor de operatie vast voedsel kunnen eten.

Over het nut van het preoperatieve gebruik van speciaal ontwikkelde koolhydraatrijke dranken en immunonutritie (voeding verrijkt met L-arginine, glutamine en omegavetzuren) bestaat nog geen eenduidigheid. De concepttekst van de richtlijn wordt hier de komende tijd nog op aangescherpt.

Postoperatief kunnen de maagsondes verwijderd worden, zo staat er in de richtlijn. Alleen op speciale indicatie is een sonde geïndiceerd, bijvoorbeeld bij slokdarmoperaties. Vrijwel alle patiënten kunnen op de eerste dag na de operatie drinken en starten met orale voeding. “Nederland loopt in dit opzicht achter bij de ons omringende landen. Wij denken dat we heel erg vooruitstrevend zijn, maar dat is wat betreft het plaatsen van een maaghevel echt niet het geval”, aldus Elles Steenhagen. Weg ermee, is het advies van de werkgroep.

PREOPERATIEF VOEDEN

Van alle operaties wordt 90 procent vooraf gepland. Dat betekent dat mensen soms weken moeten wachten voordat zij geopereerd zullen worden. Deze tijd kan benut worden voor het verbeteren van de voedingstoestand van de patiënt. Preoperatief screenen op ondervoeding en een adequate voedingstherapie starten kan de kans op complicaties na de operatie verkleinen en het herstel versnellen. Veel Nederlandse ziekenhuizen hebben inmiddels een preoperatief spreekuur waar de

gezondheidstoestand, inclusief de voedingstoestand, van de patiënt in kaart wordt gebracht.

Preoperatief voeden is waarschijnlijk nog belangrijker dan postoperatief voeden. Er valt meer winst te behalen. Als de patiënt ondervoed blijkt te zijn en de periode tot de operatie staat vast, dan moet een plan worden gemaakt om de patiënt binnen die tijd in een betere conditie te brengen. De patiënt moet optimaal worden gevoed. Een hogere eiwitinname in de vorm van een extra belegde boterham en een beker melk zet geen zoden aan de dijk. De stappen van normale voeding naar drinkvoeding en sondevoeding moeten elkaar sneller opvolgen. Niet te lang blijven tobben, maar een efficiënte aanpak met kunstvoeding, stellen de opstellers van de richtlijn vast.

Bij mensen met overgewicht denken chirurgen nog wel eens: die kan wel wat lijden, maar afvallen betekent ook voor deze mensen verlies van spiermassa en dat heeft gevolgen voor de immuniteit, complicaties en de wondgenezing.

“Voor kinderen geldt eveneens dat zij voor de operatie aan de sondevoeding gaan”, legt Anneke van den Berg uit. “Ouders zijn soms bang dat hun kind een eetstoornis krijgt als het sondevoeding heeft gekregen, maar uit de praktijk blijkt dat een goed gevoed kind juist vanzelf gaat eten.”

Terug naar de richtlijn die dit najaar definitief wordt vastgesteld. Misschien schept de nieuwe richtlijn te hoge verwachtingen bij collega-diëtisten, menen de drie diëtisten. De nieuwe richtlijn is geen kant-en-klaar advies, maar biedt handvatten en aanbevelingen. Die moeten op lokaal niveau nog besproken worden voordat tot implementatie overgaan kan worden. Elke instelling heeft immers zijn eigen werkwijze. Verder bestaat nog niet overal wetenschappelijk bewijs voor en daarom zal de komende jaren verder onderzoek nodig zijn.

Majorie Former

De concept-richtlijn
Perioperatief voedingsbeleid
van het CBO is te downloaden van de website
www.cbo.nl.