

I PROBLEEMSTELLING

Het doel van deze CAP is om zorgverleners te ondersteunen om veranderingen in de nutritionele toestand van patiënten die palliatieve zorg krijgen op te merken en richtlijnen te geven voor interventies als patiënten een significant ondergewicht hebben en dus ondervoed zijn. Deze CAP richt zich op de zorg voor personen met één of meerdere ernstige medische aandoeningen en een beperkte levensverwachting. Hoewel de term 'palliatieve zorg' vaak gebruikt wordt om te verwijzen naar personen zonder een terminale ziekte, is deze CAP niet gericht op de noden van deze personen.

Professionele zorgverleners erkennen dat sondevoeding en hydratatie aan het einde van het leven zelden voordelig zijn voor de persoon. Echter, familieleden kunnen het hier heel moeilijk mee hebben. Daarom moet het zorgteam de gepaste zorg en educatie geven aan de persoon en zijn of haar informele zorgverleners.

Om lichaamsgewicht en spiermassa te behouden, hebben personen zonder een terminale aandoening die niet uitzonderlijk actief zijn, per dag 25 gram calorieën nodig en één gram proteïnen per kilogram lichaamsgewicht. Veel personen die palliatieve zorg krijgen zijn echter niet in staat om deze hoeveelheid calorieën en proteïnen in te nemen en kunnen bijgevolg hun lichaamsgewicht niet behouden. Sommigen eten niet omdat ze geen hongergevoel meer hebben of omdat ze zich na het eten slecht voelen. Soms kan gewichtsverlies het gevolg zijn van ernstige misselijkheid en frequente overgeefbuien. Als de persoon veel gewicht verliest, moet men nagaan of de persoon in staat is om bepaalde vitamines in te nemen, zoals vitamine K.

Het totale gewicht reflecteert de lichaamsmassa en elke abnormale vochtophoping in de ledematen, de maag en de longen. Daarom kan het totale gewicht van een persoon die palliatieve zorg krijgt een zwakke meting zijn van de voedingstoestand en een zwakke richtlijn om calorie- en proteïnebehoeften te bepalen.

ALGEMENE ZORGDOELEN

- Elimineer indien mogelijk onderliggende ziekten, aandoeningen of geneesmiddelen die tot ondervoeding of risico op ondervoeding kunnen leiden
- Reduceer de angst om te eten
- Stil de honger
- Optimaliseer de inname van energie en proteïnen

II CAP-ACTIVERING

De CAP voeding identificeert twee groepen: 1) personen met een laag BMI die recent gewichtsverlies ervaren hebben en 2) personen met een laag BMI zonder gewichtsverlies.

- **GEACTIVEERD – HOOG RISICO:** Laag BMI (onder 21) en recent gewichtsverlies
Deze groep omvat ongeveer 17% van de ouderen in de interRAI PC databank.
- **GEACTIVEERD – LAAG RISICO:** Laag BMI (onder 21) maar geen recent gewichtsverlies
Deze groep omvat ongeveer 11% van de ouderen in de interRAI PC databank.
- **NIET GEACTIVEERD :** alle anderen

III RICHTLIJNEN

Overzicht

Aan het einde van het leven hebben de meeste personen zelden honger, ook als de calorie-inname en het gewicht gedaald zijn. Voor personen die palliatieve zorg krijgen, is het doel van de meeste interventies om het ongemak te bestrijden en de levenskwaliteit te optimaliseren. Bijgevolg worden agressieve interventieprocedures om de calorie-inname te verbeteren zelden aanbevolen voor personen die palliatief zijn.

Symptoomcontrole

- **Anorexia:** Anorexia komt regelmatig voor bij personen die palliatieve zorg krijgen. Om dit symptoom aan te pakken, helpt het om aan de persoon te vragen wat hij/zij graag eet. Vaak zijn er voedingswaren waar ze een voorkeur voor hebben zoals pudding, ijs en bier. Voorkeuren kunnen met de tijd veranderen. Meestal kunnen ze kleine snacks beter verdragen dan volledige maaltijden
- **Speciale diëten:** Diëten zoals een natriumvrij dieet of een streng diabetisch dieet zijn meestal niet van toepassing. Het is vaak best om overdreven zoutinname aan te pakken met urine-afdrijvende middelen en verhoogde glucoseniveaus met insuline of orale medicatie. Strenge controle van glucose is onnodig en kan zelfs nadelig zijn voor het welzijn van de persoon. Aan de andere kant kan het nodig zijn om de dosis van diuretica te reduceren voor personen die palliatief zijn omwille van veranderingen in de hoeveelheid zout- en calorie-opname en veranderingen in lichaamsgewicht.
- **Misselijkheid en overgeven:** Veel personen die palliatieve zorg krijgen, ervaren misselijkheid en overgeven. Het is mogelijk dat de persoon misselijk is door de medicatie. Soms kunnen deze symptomen verdwijnen door een verandering in de dosering van farmaceutische middelen of het vervangen van de medicatie door andere medicatie. Vaak zijn deze symptomen een weerspiegeling van de medische toestand. Als misselijkheid of overgeven het gevolg zijn van gastro-intestinale obstructies, kan men overwegen om een naso-gastrische tube in te brengen om de symptomen te verminderen.
- **Onaangename geuren:** Zulke geuren kunnen ervoor zorgen dat het hongergevoel verdwijnt en komen vaak voor in een palliatieve zorgsetting. Geuren kunnen veroorzaakt worden door incontinentie, braaksel, zweet en lichaamsgeuren. Deze geuren kunnen gereduceerd worden

door sprays.

- **Slikken:** Veel mensen die palliatieve zorg krijgen hebben slikproblemen. Vaak is de voedselinname moeilijk omdat ze de hik hebben. Om de beste interventie te ontwikkelen kan het aanbevolen zijn om het slikproces te observeren. Bepaal of de persoon bepaalde voedselconsistenties makkelijker kan slikken dan anderen. Als vochtinname een probleem vormt, kan men het vocht verdikken. Als de persoon niet goed voedsel kan kauwen, moet het geplet worden. Bepaalde voedingswaren (bv. noten) kunnen best vermeden worden omdat ze kunnen irriteren. Als hoesten en slijmvorming frequente problemen zijn, kan men de persoon rechtop zetten en hem/haar aanraden om de kin in te stoppen. PEG tubes voorkomen slijmvorming niet, tenzij er moeilijkheden zijn met het slikproces. In zeldzame gevallen kunnen PEG tubes helpen voor personen die toch een beetje honger hebben maar verwondingen hebben aan het gezicht of de mond. Als de persoon pijn heeft in de mond omwille van zweren, ontstekingen of slechte mondhygiëne, kan men deze problemen onmiddellijk aanpakken
- **Verlies:** Verlies kan ook leiden tot angst en depressie bij de persoon en zijn/haar zorgverlener. Het is mogelijk dat de persoon geen hongergevoel heeft. Meer eten kan ongemak teweegbrengen. Soms kunnen er veranderingen zijn in wat de persoon graag en niet graag eet. Voedselvoorkeuren van de persoon kunnen belangrijker zijn dan de voedingswaarde van het voedsel. De ontgoocheling van de zorgverlener op de weigering van voedsel kan verminderd worden door hem/haar eraan te herinneren dat de weigering een gevolg is van de ziekte en niets te maken heeft met een gebrek aan appreciatie voor de inspanningen van de zorgverlener.

Informatie geven over orale inname

Het helpt om opleiding te geven aan zorgverleners over de veranderingen in lichaamsgewicht, eetlust en dieetvoorwaarden in de terminale fase van de ziekte. Men kan zorgverleners helpen om te begrijpen dat de persoon uiteenlopende voedingsbehoeften kan hebben in de loop van de ziekte en dat vroegere dieetrestricties die in het begin belangrijk waren, nu niet meer zo relevant zijn.

Voedselinname

- Het is mogelijk dat de persoon een gesprek, een discussie over een bepaald thema of voorgelezen worden verkiest boven een uitgebreide maaltijd.
- De persoon onder druk zetten om te eten kan het gevoel van misselijkheid verhogen.
- Soms kan iets kleins eten uit de hand of het innemen van supplementen de persoon helpen. Dit verzekert de zorgverlener ook dat al het mogelijke gedaan wordt om de voedingsproblemen aan te pakken.
- Om het comfort van de persoon te verbeteren, kunnen zorgverleners de lippen en mond bevochtigen.
- Men dient de zorgverlener te waarschuwen dat weinig eten niet gelijk staat aan verhongeren. Anorexia is een symptoom dat regelmatig voorkomt bij personen met een terminale ziekte.

Vloeistofinname

Dehydratatie komt regelmatig voor bij personen die palliatieve zorg krijgen. Het kan opvallen als de bloeddruk van de persoon daalt, er een verminderde urine output is of de slijmvliezen in de mond zeer droog zijn. Echter, droogte van de slijmvliezen in de mond is een zwakke indicatie van dehydratatie bij ouderen en bij mensen die vooral via hun mond ademen. Hydratatie is moeilijk na te gaan zonder labostudies. Overweeg de volgende zaken:

- Frequent nippen aan water kan het dorstgevoel en de droogte in de mond verminderen.
- In bepaalde gevallen kan men hypodermoclyse overwegen om symptomen op te heffen. Indien nodig is het best om op voorhand te beslissen wat men wil bereiken en wanneer men de procedure moet stopzetten. Soms moet men de zorgverlener en de persoon. waarschuwen dat vocht in de buikholte of een vochtophoping in de ledematen geen teken is van over-hydratatie.

Andere overwegingen

- Er moet rekening gehouden worden met religieuze en culturele overwegingen.
- Er moeten gesprekken plaatsvinden met de persoon zelf en de zorgverlener over de voorkeuren van de persoon.
- Men moet nagaan of er in het verleden wilsbeschikkingen opgesteld werden door de persoon.

AANVULLENDE BRONNEN

Cline D. 2006. Nutrition issues and tools for palliative care. *Home Healthcare Nurse* 24: 54–57.

Good P, Cavenagh J, Mather M, Ravenscroft P. 2008. Medically assisted nutrition for palliative care in adult patients. *Cochrane Database of Systemic Reviews* 8(4): CD006274.

Kwang AY, Kandiah M. 2010. Objective and subjective nutritional assessment of patients with cancer in palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 27: 117–126.

Auteurs

Knight Steel, MD.

John N. Morris, PhD, MSW

Liv Wergeland Sorbye, RN, PhD.

Elizabeth Steel, RN, MSW