

Maart 2008

I PROBLEEM

Deze CAP identificeert cliënten die sondevoeding krijgen. Dit hoofdstuk behandelt onderwerpen in verband met het gebruik van een voedingssonde en de omstandigheden waarin men de sonde eventueel kan verwijderingen.

In RVT's wordt hoofdzakelijk gebruik gemaakt van PEG (percutane endoscopische gastrostomie)-katheters, die via de buikwand in de maag ingebracht worden. Heel zelden worden er J (jejunostomie)-katheters gebruikt. Dat zijn katheters die lijken op PEG-katheters maar die naar het gastro-intestinale kanaal, meer bepaald naar de jejunum (nuchtere darm), aangelegd worden. Zowel PEG- als J-katheters zijn voor een langetermijngebruik bedoeld (langer dan twee weken). NG (nasogastrische)-sondes zijn bedoeld voor acute kortetermijnaandoeningen (bv. gastro-intestinale bloeding) of als test vóór het starten van sondevoeding op lange termijn (bv. na een acute beroerte). Deze sondes zijn oncomfortabel, tasten de cliënten in hun waardigheid aan en veroorzaken nasale irritatie. Daarom wordt aangeraden NG-sondes niet langer dan twee weken te gebruiken. Deze CAP richt zich vooral tot het gebruik van voedingssondes op lange termijn.

Verschillende oorzaken kunnen aan de basis liggen van eet- en slikstoornissen bij ouderen die in een RVT verblijven, begeleid wonen of thuiszorg ontvangen. De informatie voorgesteld in deze CAP dient steeds aangepast te worden aan specifieke klinische overwegingen in elke groep en aan de bredere zorgdoelstellingen van de cliënt (bv. comfort of levensverlenging). Bijvoorbeeld, cliënten met een voortgezette dementie hebben een onomkeerbare, progressieve aandoening, waardoor eetproblemen moeten bekeken worden binnen een context van 'zorg tijdens het levenseinde'. In tegenstelling hiermee, kan dysfagie een potentieel omkeerbare complicatie zijn bij cliënten met een cerebrovasculair accident (beroerte), waardoor sondevoeding tijdelijk toegepast kan worden. Cliënten met de ziekte van Parkinson of met andere ziekten van de motorische neuronen kunnen chronische slikproblemen hebben, die sondevoeding op lange termijn vereisen. Ten slotte kunnen tumoren van de hals en nek structurele complicaties veroorzaken die voedingsproblemen met zich meebrengen. In al deze gevallen zou het besluitvormingsproces in verband met voedingsproblemen moeten gedeeld worden tussen praktijkbeoefenaars, de cliënt en de familieleden, nadat er rekening werd gehouden met de klinische situatie, de behandelingsopties en de voorkeur van de cliënt.

Feiten over sondevoeding:

- Het is niet bewezen dat de **overlevingskansen** van RVT-bewoners met vergevorderde dementie die sondevoeding krijgen hoger liggen dan degenen die geen sondevoeding krijgen.
- Aspiratie** van de maaginhoud of orale secreties wordt door sondevoeding **niet voorkomen**. Cliënten die vóór de plaatsing van een voedingssonde last hadden van aspiratie, zullen dat na plaatsing van de sonde blijven hebben.
- Het verband tussen de toediening van voedsel via een voedingssonde en de preventie of behandeling van **decubitus** blijft onbewezen.
- Veel familieleden hebben schrik dat hun verwant(e) zonder sondevoeding **honger of dorst** zal lijden. Het is echter aangetoond dat cliënten op het einde van hun leven niet meer honger of dorst kunnen hebben dan wat met ijsblokjes of glycerinestaafjes verlicht kan worden.

ALGEMENE ZORGDOELEN

- X Om te verzekeren dat beslissingen omtrent voedseltoediening in overeenstemming zijn met de zorgdoelstellingen.
- X Om het gebruik van voedingssondes te minimaliseren bij cliënten met vergevorderde dementie.
- X Om ervoor te zorgen dat de cliënt met een voedingssonde een goede zorg krijgt zodat hij/zij zijn/haar sondevoeding goed kan onderhouden en regelen en zodat hij/zij complicaties kan vermijden.
- X Om regelmatig te controleren of het geschikt is om met sondevoeding verder te gaan.
- X Om, indien dat niet het geval is, stappen te overwegen om de sondevoeding stop te zetten.

II CAP-ACTIVERING

Alle cliënten die sondevoeding krijgen zullen geïdentificeerd worden. Toch wordt deze groep opgedeeld op basis van hun cognitieve vaardigheden.

- GEACTIVEERD – HEEFT NOG ENIGE COGNITIEVE CAPACITEITEN.** Deze subgroep wordt door twee factoren gekenmerkt:
 - X De cliënt heeft een voedingssonde.
 - X De cliënt beschikt minstens over nog enkele capaciteiten om aan alledaagse besluitvorming deel te nemen (een score van ‘zelfstandig’ tot ‘matig beperkt’).

Ouderen in deze subgroep kunnen meestal zelf nog meebeslissen over het gebruik van een

voedingssonde. Ze hebben bijna altijd minstens nog enige capaciteiten om anderen te begrijpen en om zichzelf begrijpbaar te maken.

Deze groep omvat ongeveer 3% van de ouderen in een RVT, 1% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en bijna geen enkele oudere die zelfstandig woont.

□ **GEACTIVEERD – HEEFT GEEN COGNITIEVE CAPACITEITEN MEER.** Deze subgroep wordt door twee factoren gekenmerkt:

X De cliënt heeft een voedingssonde.

X De cliënt heeft geen capaciteiten meer om aan alledaagse besluitvorming deel te nemen (een score van ‘ernstig beperkt’ tot ‘geen waarneembaar bewustzijn’).

In deze subgroep zitten ouderen met ernstige problemen. Ze hebben weinig of geen capaciteiten om met anderen te communiceren en zijn voor elke ADL-activiteit bijna allemaal functioneel afhankelijk (ze hebben een score van 6 op de hiërarchische ADL-schaal). 80% of meer kan niet alleen rechsitten, heeft een slikstoornis en heeft geen blaascontrole.

Deze groep omvat ongeveer 3% van de ouderen in een RVT, 1% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en bijna geen enkele oudere die zelfstandig woont.

□ **NIET GEACTIVEERD** – Alle anderen.

Deze groep omvat ongeveer 94% van de ouderen in een RVT, 98% van de ouderen die thuiszorg krijgen en alle of bijna alle ouderen die zelfstandig wonen.

III RICHTLIJNEN

Betrokkenheid van het verzorgingsteam bij de beoordeling en behandeling van cliënten met een voedingssonde

Het gebruik van voedingssondes is een ingewikkelde kwestie. Gewoonlijk is er voor de beoordeling en zorg van cliënten met een voedingssonde expertise op verschillende vakgebieden vereist. Verpleging is uiterst belangrijk en moet uitwijzen wanneer er nood is aan de expertise van andere teamleden. Het verpleegkundig personeel moet bereid zijn om de arts en diëtist(e) attent te maken op aanhoudende behandelingsproblemen, complicaties en bekommernissen met betrekking tot de geschiktheid van sondevoeding. Opvolging door een voedingsdeskundige of diëtist(e) is aangewezen. Op die manier kan gegarandeerd worden dat de voedselopname beantwoordt aan de behoeften van de cliënt. Ook de volgende deskundigen kunnen eventueel bij de behandeling betrokken worden: logopedisten (voor de beoordeling van het vermogen van de cliënt om te eten en te slikken), ergotherapeuten (voor positionering ter vermindering van aspiratie), maatschappelijk werk(st)ers en geestelijken (voor ethische dilemma's en psychosociale steun).

T *Werden psychosociale kwesties overwogen?*

‘Eten’ is een plezierige, sociale activiteit en iemand anders te eten geven staat symbool voor zorgverlening. Wanneer een cliënt niet meer in staat is om zelfstandig te eten, kan dat zowel voor de cliënt als de familieleden leiden tot negatieve psychosociale gevolgen.

- ❑ Controleer en observeer op tekenen van depressie (zie stemmingsstoornissen-CAP)
- ❑ Overweeg andere manieren om de cliënt die sondevoeding krijgt bij het sociale leven te betrekken.
- ❑ Voorzie emotionele en sociale steun van maatschappelijk werk(st)ers, geestelijken en andere leden van het zorgverleningsteam.

VERPLEEGKUNDIGE OBSERVATIES

Zorg voor een adequate follow-up van cliënten met een voedingssonde

T *De dagelijkse behandeling van cliënten met een voedingssonde omvat de volgende items:*

- ❑ Reiniging van de huid rond de insteekplaats van de sonde.
- ❑ Controle van de huid rond de insteekplaats van de sonde op symptomen van een bloeding of een lokale infectie (bv. roodheid, zwelling, purulentie).
- ❑ Let er op dat de sonde geen tractie uitoefent op het omliggende weefsel (nasale irritatie en necrose!).
- ❑ Controle op symptomen van een gastro-intestinale obstructie [abdominale zwelling, pijn, maagkrampen, harde buik, afwezigheid van darmgeluiden, braken, veel residu's, diarree, gebrekkige peristaltiek (fecale impactie)].
- ❑ Controle van de vochtbalans (dehydratatie of vochtophoping, braken).
- ❑ Controleer of de sonde niet loskomt.
- ❑ Continue toediening van voedingssupplementen of toediening per bolus (verschillende keren per dag via een voedingssonde). Het soort voedingssupplementen en de toedieningswijze moeten door een arts (medisch voorschrift) bepaald worden.

T *Worden de volgende items regelmatig geëvalueerd en besproken?*

- ❑ Gewicht: het gewicht van de cliënt moet minstens één keer per maand gecheckt worden.
- ❑ Laboratoriumtesten: periodieke controle van elektrolyten, serumalbumine en hematocriet.
- ❑ Regelmatige, periodieke evaluaties door een voedingsdeskundige of diëtist(e).
- ❑ Periodieke beoordeling van de mogelijkheid om opnieuw met orale voeding te beginnen. Een logopedist(e) of ergotherapeut(e) kan daarbij helpen.
- ❑ Regelmatige vervanging van de PEG- en J-katheters. Individuele programma's of voorzieningen kunnen een verschillend protocol hebben (bv. om de drie maanden).

Identificeer en vermijd complicaties van sondevoeding

Treden er dagelijks één of meerdere van de volgende directe complicaties van sondevoeding op?

Complicatie	Gemiddeld % voorkomen	Symptoom	Te overwegen handelingen
<i>Infectie</i> Licht	4	Cellulitis rond de insteekplaats van de sonde	Lokaal antibioticum
Ernstig	1	Koorts, hypotensie, diaforese (zweeten)	Consulteer een arts
<i>Bloeding</i> Licht	<1	Bloeding rond de insteekplaats van de sonde	Consulteer een arts
Ernstig	bijna 0	Hypotensie, daling van het hematocriet, manifest bloedverlies	Stabiliseer de cliënt en consulteer een arts
<i>Diarree en maagkrampen</i>	12	Pijn, diarree, dehydratie	Onderzoek de buik op symptomen van obstructie* Consulteer een arts Sluit een gastro-intestinale infectie uit Consulteer een voedingsdeskundige (supplement moet eventueel gewijzigd worden)
<i>Misselijkheid en braken</i>	9	Misselijkheid, braken, abdominale zwelling, dehydratie	Controleer op residu's*, trage toevoer *, onderzoek de buik op symptomen van obstructie*, vermijd aspiratie Consulteer een arts en een voedingsdeskundige

<p><i>Gering sondeprobleem</i></p> <p>Loskomen</p> <p>Verstopping</p> <p>Lekkage</p>	<p>4</p>	<p>Sonde is verschoven</p> <p>Onderbroken toevoer van het supplement</p> <p>Lekkage rond de sonde</p>	<p>Vervang de sonde (soms wordt een Foley-verblijfkatheter gebruikt)</p> <p>Spoel de sonde met water of gemberbier</p> <p>Sonde moet eventueel vervangen worden (soms wordt een Foley-verblijfkatheter gebruikt)</p> <p>Consulteer een arts</p>
<p><i>Ernstig sondeprobleem</i> (Darmperforatie)</p>	<p><1</p>	<p>Geen darmgeluiden, gespannen buik, misselijkheid, braken, diarree of geen peristaltiek (fecale impactie), hypotensie</p>	<p>Spoedgeval</p> <p>Consulteer onmiddellijk een arts</p>

*Definities:

Residu's: de hoeveelheid voeding die gedurende gastrische aspiratie in de maag blijft zitten vóór het geven van nieuwe voeding.

Trage toevoer: druppelsgewijze toediening gebeurt trager dan aanbevolen.

Symptomen van obstructie: variabel; o.a. abdominale krampen, braken, abdominale zwelling, geen of hoge darmgeluiden, gevoelig abdomen.

T *Zijn één of meerdere van de volgende andere ernstige complicaties van sondevoeding aanwezig?*

- ❑ **Aspiratie**: aspiratie wordt door sondevoeding niet voorkomen. Cliënten die vóór de plaatsing van een voedingssonde last hadden van aspiratie, blijven veel risico op recurrente aspiratie van de maaginhoud of orale secreties lopen. Stille aspiratie komt vaak voor. Aspiratie is voor de cliënt erg onaangenaam en kan tot aspiratiepneumonie leiden.
- ❑ **Methodes om aspiratie bij cliënten met een voedingssonde te voorkomen**
 - ❑ Bepaal de geschikte frequentie/ hoeveelheid sondevoeding [consulteer arts en voedingsdeskundige/diëtist(e)]
 - ❑ Controleer op residu's
 - ❑ Orale toediening wanneer nodig

- Gebruik in het geval van orale voedselopname geschikte voedingstechnieken. Consulteer indien nodig een voedingsdeskundige, een ergotherapeut(e) of een logopedist(e)

□ Symptomen van aspiratiepneumonie

- Hoest, kortademigheid, verhoogde sputumproductie
- Koorts, versnelde ademhaling, diaforese, achteruitgang in de mentale toestand, agitatie
- Hypotensie, symptomen van dehydratatie

□ Laboratoriumresultaten

- Verhoogd aantal witte bloedcellen, verhoogde BUN (bloed ureum stikstof)-waarde of verhoogde concentraties van creatinine of natrium
- Bevestiging op RX-thorax
- Hypoxie

T *Te overwegen handelingen*

- Stabiliseer de cliënt; bv. zuurstof
- Consulteer een arts, kinesitherapeut (i.v.m. de luchtwegen)
- Cliënt heeft eventueel antibiotica en parenterale intraveneuze hydratatie nodig

T *Wordt de cliënt gefixeerd of krijgt hij/zij psychotrope geneesmiddelen toegediend?*

Cliënten die sondevoeding krijgen hebben vaak cognitieve problemen en geraken gemakkelijk geagiteerd, waardoor ze soms hun voedingssonde proberen uit te trekken. Geagiteerde cliënten met een voedingssonde lopen veel risico om gefixeerd te worden of om kalmerende, psychotrope geneesmiddelen toegediend te krijgen. Onderzoek heeft uitgewezen dat RVT-bewoners met een voedingssonde vaker gefixeerd worden dan degene zonder voedingssonde.

Zowel fysieke fixatie als psychotrope geneesmiddelen kunnen ernstige, negatieve gevolgen hebben en zouden alleen gebruikt moeten worden als de sonde op geen enkele andere manier behouden kan worden [zie 'fysieke fixatie'-CAP en 'juist en verantwoord medicatiegebruik'-CAP].

T *Beoordeel regelmatig of het toedienen van sondevoeding bij een cliënt nog steeds geschikt is.*

In een eerder stadium werd beslist om een voedingssonde te laten aanbrengen [zie ondervoeding-CAP en dehydratatie-CAP]. Net zoals alle andere medische behandelingen moet ook het gebruik van sondevoeding regelmatig opnieuw geëvalueerd worden. Op die manier kan men bepalen of de sondevoeding nog steeds aan de zorgdoelen voor die bepaalde cliënt beantwoordt. Technisch gezien is het erg eenvoudig om sondevoeding te beëindigen (PEG-katheters zijn zodanig ontworpen dat ze op een veilige en pijnloze manier uitgetrokken kunnen worden). Emotioneel en ethisch gezien kan het onderbreken van sondevoeding echter heel wat moeilijker zijn.

T *Redenen om met sondevoeding op te houden:*

- ❑ De cliënt is voldoende vooruitgegaan om weer via de mond te kunnen eten en drinken. Overweeg om bij deze beoordeling een beroep te doen op het advies van een voedingsdeskundige, logopedist(e) of ergotherapeut(e).
- ❑ De algemene toestand van de cliënt is niet verbeterd of adequate orale voedselopname en sondevoeding komen niet langer aan de zorgdoelen tegemoet. Enkele te overwegen alternatieve behandelingsmethodes zijn onder andere:
 - De cliënt uit de hand te eten geven. Terwijl dat misschien niet altijd tot calorieopname leidt, kan het de levenskwaliteit van de cliënt wel positief beïnvloeden.
 - Ondersteunende zorg (bv. pijnbestrijding, behandeling voor kortademigheid, gebruik van glycerinestaafjes of ijsblokjes om de mond vochtig te houden, huidverzorging, psychosociale steun, enz.).

Stappen bij het overwegen van een beëindiging van de sondevoeding bij cliënten die nog steeds slikproblemen hebben of waarbij nog steeds geen sprake is van een adequate orale voedselopname.

Hou bij de beëindiging van sondevoeding rekening met de wetgeving daaromtrent, dewelke verschilt van land tot land.

T *Is de cliënt cognitief intact en in staat om zelf beslissingen omtrent zijn/haar gezondheidszorg te maken?*

- ❑ Overweeg een bijeenkomst met betrokken leden van het zorgverleningsteam om de toestand van de cliënt met betrekking tot sondevoeding te bepalen.
- ❑ Overweeg om leden van het zorgverleningsteam, inclusief de arts, aan te stellen om de cliënt te benaderen en zijn/haar toestand opnieuw te evalueren, om de voor- en nadelen van sondevoeding versus ondersteunende zorg en ‘uit de hand voeden’ af te wegen en om te weten te komen of de cliënt wel degelijk sondevoeding verkiest. Dat moet een **geïnformeerde** beslissing zijn.
- ❑ Betrek indien nodig de familie bij het besluitvormingsproces.
- ❑ Respecteer de keuze van de cliënt.

T *Is de cliënt cognitief beperkt en niet in staat om zelf beslissingen omtrent zijn/haar gezondheidszorg te maken?*

- ❑ Overweeg een bijeenkomst met betrokken leden van het zorgverleningsteam om de toestand van de cliënt met betrekking tot sondevoeding te bepalen.
- ❑ Identificeer de persoon die formeel of informeel werd aangesteld om in de plaats van de cliënt beslissingen te nemen (belangenbehartiger).
- ❑ Overweeg een bijeenkomst met de aangestelde leden van het zorgverleningsteam, inclusief de arts, en de belangenbehartiger om de toestand van de cliënt opnieuw te

evalueren, om de voor- en nadelen van sondevoeding versus ondersteunende zorg af te wegen en om advisering betreffende de voortzetting van sondevoeding te voorzien.

T *Is de cliënt cognitief beperkt en niet in staat om zelf beslissingen omtrent zijn/haar gezondheidszorg te maken en werd de belangenbehartiger aangeraden de volgende items te overwegen?*

- ❑ Heeft de cliënt een schriftelijke wilsverklaring die te kennen geeft of hij/zij in de huidige situatie al dan niet sondevoeding zou willen krijgen?
- ❑ Heeft de cliënt ooit al eens gepraat met familieleden of zorgverleners over het feit of hij/zij in de huidige situatie al dan niet sondevoeding zou willen krijgen?
- ❑ Heeft de belangenbehartiger na beschouwing van hetgeen over de waarden en voorkeuren van de cliënt geweten is de indruk dat de cliënt, indien hij/zij zelf nog zou kunnen beslissen, voor de voortzetting van sondevoeding zou opteren?
- ❑ Is het, na geïnformeerd te zijn over de voor- en nadelen van sondevoeding, nog steeds in de cliënt zijn/haar voordeel om met sondevoeding verder te gaan?

T *Zijn de belangen of de wilsverklaring van de cliënt in tegenspraak met de keuze van de belangenbehartiger?*

- ❑ Als de keuze van de belangenbehartiger heel grondig geïnformeerd is, zou die in de meeste gevallen gerespecteerd moeten worden.
- ❑ Heel zelden kan het voorkomen dat de keuze van de belangenbehartiger in tegenspraak is met de belangen of de wilsverklaring van de cliënt. In dat geval moet het zorgverleningsteam er alles aan doen om samen met de belangenbehartiger tot een geïnformeerd, eensgezind besluit te komen. In heel uitzonderlijke omstandigheden kan het aangewezen zijn om de zaak naar een ethische commissie door te verwijzen.

AANVULLENDE BRONNEN

Finucane, T.E., Christmas, C., Travis, K. *Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence.* JAMA 1999;282:1365-1370. Merk op: dit artikel geeft een overzicht van wat tegenwoordig geweten is over de impact van sondevoeding op cliënten met vergevorderde dementie.

Gillick, M.R. *Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia.* N Engl J Med. 2000;342:206-210. Merk op: dit werk bespreekt de polemiek rond het toedienen van sondevoeding aan cliënten met vergevorderde dementie.

Mitchell, S.L., Tetroe, A., O'Connor, A.M. *Making Choices: Long-term tube feeding tube placement in elderly patients.* 2000. Merk op: dit boekje is ontworpen ter ondersteuning van belangenbehartigers die geconfronteerd worden met het dilemma om bij een oudere met eetproblemen al dan niet een voedingssonde te laten aanbrengen. Het bevat informatie over sondevoeding, de voor- en

nadelen ervan, de rol van belangenbehartigers en over hoe die informatie met de waarden en voorkeuren van de cliënt gerijmd kan worden. De 'decision aid' kan bekeken en besteld worden op www.lri.ca/programs/ceu/ohdec/decision_aids.htm

Schneider SM, Raina C, Pugliese , Pouget I, Rampal P, Hebuterne X. Outcome of patients treated with home enteral nutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2001 Jul-Aug;25(4):203-9. Note - This article is evidence based and gives additional values to the topics.

Sheehan, M.N., Belleville-Taylor, P., Fiatarone, M., Hartery, S. *Feeding Tubes.* In Morris, J.N., Lipsitz, L.A., Murphy, K.M., and Belleville-Taylor, P. (Eds). *Quality Care in the Nursing Home.* (1997). Mosby, St. Louis, MO. Merk op: dit hoofdstuk geeft een gedetailleerd overzicht van de beoordeling en behandeling van cliënten met een voedingssonde. Ook voorbeeldcasussen werden opgenomen.

AUTEUR

Susan L. Mitchell, MD, MPH