

Sondevoeding

Clinical Assessment Protocol (CAP) = 1

De informatie over deze CAP-code wordt opgesplitst in drie delen:

- (I) *Betekenis*: De betekenis van code 1 bij de Sondevoeding-CAP.
- (II) *Probleemstelling*: Omschrijving, situering en probleemstelling.
- (III) *Richtlijnen*: De stappen die achtereenvolgens ondernomen moeten worden (overzichtsschema en uitwerking per stap).

Deze informatie print u best in zijn geheel uit. De mogelijkheid bestaat om bijkomende literatuur te raadplegen.

I. Betekenis

De **Sondevoeding-CAP wordt geactiveerd met code 1**. Dat betekent dat deze cliënt de **twee onderstaande** kenmerken bezit:

- Heeft een voedingssonde (PEG-sonde, J-sonde, geen nasogastrische sonde)
- Beschikt niet meer over de capaciteiten om aan alledaagse besluitvorming deel te nemen (een score van 'ernstig beperkt' tot 'geen waarneembaar bewustzijn').

In deze groep 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 rechs zitten, heeft een slikstoornis en heeft geen blaascontrole (in de VS).

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 (in de VS).

II. Probleemstelling

Deze CAP identificeert cliënten die sondevoeding krijgen, waarbij het gebruik van een voedingssonde en een mogelijke verwijdering ervan nagegaan worden.

In RVT's wordt hoofdzakelijk gebruik gemaakt van PEG-sondes (Percutane Endoscopische Gastrostomie-sondes), die via de buikwand in de maag ingebracht worden. Heel zelden worden er J-sondes (Jejunostomie-sondes) gebruikt. Dat zijn sondes gelijkaardig aan PEG-sondes, maar die naar het gastro-intestinale kanaal, meer bepaald naar de jejunum (nuchtere darm), aangelegd worden. Zowel PEG- als J-sondes zijn voor langetermijngebruik bedoeld (langer dan twee weken). NG-sondes (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). NG-sondes zijn oncomfortabel, tasten 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 slikproblemen bij ouderen in een RVT. 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). Cliënten met een voortgezette dementie hebben bijvoorbeeld een onomkeerbare, progressieve aandoening, waardoor eetproblemen moeten bekeken worden binnen een context van zorg tijdens het levenseinde. Dysfagie daarentegen kan een potentieel omkeerbare complicatie zijn bij CVA-clieënten, 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. Tenslotte kunnen tumoren van de hals en nek structurele complicaties veroorzaken die voedingsproblemen met zich meebrengen. In al die gevallen zou het besluitvormingsproces in verband met voedingsproblemen moeten gedeeld worden tussen praktijkbeoefenaars, de cliënt en de familieleden, rekening houdend met de klinische situatie, de behandelingsopties en de voorkeur van de cliënt.

Enkele 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 méér honger of dorst kunnen hebben dan wat met ijsblokjes of glycerinestaafjes verlicht kan worden.

ALGEMENE ZORGDOELEN

- Om te verzekeren dat beslissingen omtrent voedseltoediening in overeenstemming zijn met de zorgdoelstellingen.
- Om het gebruik van voedingssondes te minimaliseren bij cliënten met vergevorderde dementie.
- 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.
- Om regelmatig te controleren of het geschikt is om met sondevoeding verder te gaan.
- Om, indien dat niet het geval is, stappen te overwegen om de sondevoeding stop te zetten.

Bronnen en aanvullende literatuur

- InterRAI CAP's Gebruikershandboek:
 - 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, Hebutterne 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.