



De rol van voeding bij de preventie en behandeling van decubitus

Armand Rondas¹, Jolanda Gebben²

Van een acute wond is sprake wanneer de huid zich naar verwachting binnen enkele weken spontaan sluit. Dit is bijvoorbeeld het geval na het oplopen van een schaafwond, snijwond of na een operatie. Een wond waarbij wondgenezing niet optreedt, noemt men een chronische of 'hard-to-heal' wond. [1-3] Chronische wonden leiden vaak tot een verminderde kwaliteit van leven bijvoorbeeld door pijn, slapeloosheid, beperking van de mobiliteit, emotioneel leed, sociaal isolement en lusteloosheid. [4] Bovendien leidt een chronische wond tot extra gebruik van de gezondheidszorg, en gaat deze gepaard met met hoge kosten, zowel voor de gezondheidszorg in het algemeen als voor de patiënt zelf. [5,6]

De specifieke duur van een chronische wond is in de internationale literatuur niet eenvoudig terug te vinden. Binnen de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) wordt een wond als chronisch beschouwd, wanneer deze drie weken na haar ontstaan nog steeds niet genezen is. [7] Uit het rapport van de LPZ blijkt dat binnen de zorginstellingen in de Woon Zorg & Welzijn (WZW) sector gemiddeld 5,4% patiënten één of meer chronische wonden heeft. Binnen de thuiszorg is dit bij gemiddeld 3,7% van alle patiënten het geval.

Meer dan de helft van alle chronische wonden zijn decubituswonden. De grootte van de mechanische belasting die bij decubitus tot weefselletsel leidt, hangt af van de tijdsduur waarin druk wordt uitgeoefend. Zowel hoge druk in een korte periode of lage druk gedurende langere tijd, kunnen beide tot weefselletsel leiden. [8]

Bij de preventie en behandeling van decubitus is multidisciplinaire samenwerking tussen verschillende disciplines noodzakelijk. Het gaat daarbij om de oorzakelijke vermindering van druk- en schuifkrachten, om wondbehandeling en om voedingstherapie.

In de praktijk wordt voedingstherapie vaak vergeten, terwijl bekend is dat wonden eerder kunnen genezen onder toevoeging van extra eiwitten aan de voeding. [9]

PREVENTIE EN BEHANDELING

Voor de preventie en behandeling van decubitus kan worden uitgegaan van de European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) richtlijnen. [9,10] In de richtlijn van 2011 werden preventie en behandeling van decubitus apart behandeld. In de Europese richtlijn van 2016 zijn een aantal adviezen ten aanzien



Armand Rondas: "Voeding is een essentiële factor."



van voeding gewijzigd en zijn preventie en behandeling samengevoegd tot één hoofdstuk.

Volgens de EPUAP en de ophanden zijnde Kwaliteitstandaard Decubitus is de Bradenschaal (kader 1) een goed instrument om een verhoogd risico op decubitus tijdig te kunnen inschatten, en een welkome objectieve aanvulling op de *klinische blik*. [9,11] In een vroeg stadium kunnen maatregelen genomen worden ter voorkoming van decubitus, bijvoorbeeld door in plaats van een lage-druk-matras een wisseldrukmatras in bed te leggen.

In dit artikel wordt specifiek de rol van voeding bij de preventie en behandeling van decubitus besproken en wat daaraan aan bijgedragen kan worden. Achtereenvolgens komen in dit artikel aan bod: de screening, de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid, energie, eiwit, vochtintake, en de ziekte-specifieke bijvoeding.

- ¹ Specialist Ouderengeneeskunde, PhD, MSc en werkzaam bij Zuyderland Zorgcentra, afgevaardigde namens de Vereniging van specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso) bij de ontwikkeling van de Landelijke Kwaliteitstandaard Decubitus
- ² Diëtist werkzaam bij Cicero Zorggroep, afgevaardigde namens de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) en DGO bij de ontwikkeling van de Landelijke Kwaliteitsstandaard Decubitus.

De Bradenschaal is een meetinstrument met als doel het helpen van zorgprofessionals bij het analyseren van het decubitusrisico van de cliënt. Het bestaat uit 6 items: zintuiglijke waarneming, vochtigheid, activiteit, mobiliteit, voedingstoestand en frictie/schuifkracht. Scores kunnen variëren tussen 6 (zeer hoog risico) en 23 (geen risico).

1. SCREENING

Ondervoeding is een belangrijke oorzaak voor het ontstaan van decubitus. De EPUAP richtlijn (2016) geeft daarom dan ook aan dat gescreend moet worden op ondervoeding: [9] “Controleer de voedingsstatus van ieder individu dat risico loopt op, of al decubitus-ontwikkeling heeft:

- Bij opname in een gezondheidsinstelling
- Bij iedere noemenswaardige verandering van de klinische conditie
- Als vooruitgang in het sluiten van de decubituswond niet vastgesteld kan worden”

Voor de screening op ondervoeding zijn verschillende tools beschikbaar. Het gebruik van de Short Nutritional Assessment Questionnaire for residential care (SNAQrc), Mini Nutritional Assessment (MNA), Mini Nutritional Assessment-short form (MNA-sf), Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+ (SNAQ65+) is met name afhankelijk van de setting waar-

SNAQrc (Short Nutritional Assessment Questionnaire for residential care) is een screeningsinstrument voor ouderen die verblijven in een andere setting dan thuis. Deze screening bestaat uit de combinatie van vier vragen en de BMI bepaling.

SNAQ65+ (Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+) is een screeningsinstrument voor de thuiswonende oudere waarbij vragen over o.a. eetlust en traplopen wordt gecombineerd met de omtrek van de bovenarm.

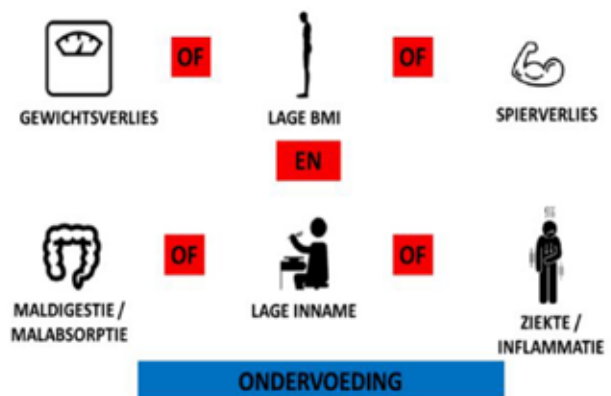
MNA (Mini Nutritional Assessment) is een screeningsinstrument met een uitgebreide vragenlijst, o.a. over intake en lichamelijke welbevinden.

MNA-sf (Mini Nutritional Assessment-short form) is de verkorte versie van de MNA.

in de patiënt zich bevindt (kader 2). Op de website van de Stuurgroep Ondervoeding [12] zijn behalve de hier genoemde, ook nog andere screeningsmethodes terug te vinden.

Op het congres van de European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) in 2018 werd internationaal consensus bereikt over de diagnose ondervoeding: een aandoening die wordt veroorzaakt door een verminderde inname of opname van voeding met als gevolg een veranderde lichaamssamenstelling (verminderde vetvrije massa) en lichaamscel-massa. Dit resulteert in een afname van het fysiek en mentaal functioneren en een slechtere klinische uitkomst van ziekte. [13,14] Met het screeningsinstrument in figuur 1 is snel vast te stellen of bij een cliënt sprake is van ondervoeding.

Bij ouderen met ondervoeding is, door hun verminderde voedingsintake, sprake van een lage lichamelijke energie. Zelfstandig draaien in bed, of het verzitten op een stoel door de cliënt zelf, kan daardoor al moeilijk zijn. Op plaatsen waar minder vet op het lichaam aanwezig is (stuit, hielen, achterhoofd) ontstaat een verhoogde druk en is er risico op het ontstaan van decubitus. Uit eerder onderzoek is gebleken dat 1 op de 5 cliënten in de Wonen Zorg & Welzijn sector (verzorgings- en verpleeghuizen), en 1 op de 8 in de thuiszorg, ondervoed is. [8]



Figuur 1: De diagnose ondervoeding wordt gesteld, als sprake is van tenminste één kenmerkend criterium (bovenste rij) én ten minste één oorzakelijk criterium.

2. AANBEVOLEN DAGELIJKSE HOEVEELHEID (ADH)

Aanbevolen voedingsbehoefte voor 70 jaar en ouder volgens het Voedingscentrum [16]:

Brood	4 - 5 sneetjes (met korst)
Aardappelen	2 - 3 stuks (ter grootte van een ei)
Groente	5 groentelepels (250 gram)
Fruit	2 vruchten (200 gram)
Melk & melkproducten	600 ml
Kaas	2 plakken (40 gram)
Vlees/vis/kip/ei	100 - 125 gram (incl. vleesbroodbeleg)
Halvarine, margarine,	55 gram (smeren en bakken)
Bak- en braadproducten	
Dranken	minimaal 1,5 liter

Deze voeding bevat ongeveer 75 gram eiwit en 1700 kcal.

3. ENERGIE

De EPUAP richtlijn geeft het advies om bij (preventie van) decubitus te streven naar een dagelijkse inname van 30-35 kcal per kg lichaamsgewicht. [9] Bij gezonde ouderen (zonder decubitus) is dit 20-25 kcal per kg lichaamsgewicht. Bij iemand van 70 kg betekent dit een extra inname van 700 kcal per dag in vergelijking met gezonde ouderen.

Doorgaans is bij ouderen sprake van co-morbiditeit en polyfarmacie. Medicijnen kunnen een verminderde eetlust, maag-darmproblemen en/of misselijkheid als bijwerking veroorzaken. Deze klachten dragen op hun beurt niet bij aan een adequate energie-intake. Ook psychische factoren, vereenzaming of een depressie kunnen de eetlust van cliënten negatief beïnvloeden.

Om een verslechtering van de voedingstoestand te voorkomen en de wondgenezing te ondersteunen is medische bijvoeding in deze situaties vaak onoverkomelijk.

De EPUAP richtlijn (2016) geeft hierbij het volgende advies [9]: "Overweeg ondersteuning door parenterale of enterale voeding (kader 3) wanneer orale voeding inadequaat is. Dit moet uiteraard wel gebeuren in overeenstemming met de medi-

Parenterale voeding is een manier van aanleveren van voedingsstoffen, buiten het maag-darmstelsel om. Dit gebeurt via een centraal veneuze katheter, een dun slangetje dat via de huid wordt ingebracht in één van de grote bloedvaten in de hals of onder het sleutelbeen. Sondevoeding en ook enterale voeding krijgt de patiënt via het maag-darmkanaal aangeboden.

sche beleidsafspraken die samen met de patiënt of zijn vertegenwoordiger zijn afgesproken."

Figuur 2 geeft aan wanneer gestart zou moeten worden met bijvoeding of sondevoeding als de intake van een cliënt zijn actuele behoefte aan energie niet dekt. In de verpleeghuissetting en in de thuissituatie kan sondevoeding worden ingezet, mits de interventie in overeenstemming is met de actuele medisch beleidsafspraken, afgesproken tussen specialist ouderengeneeskunde/huisarts en patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger.

Inname versus behoefte	voedingsinterventie
100% van de behoefte	Energie- en eiwitrijke voeding en eventueel drinkvoeding
75-100% van de behoefte	Energie- en eiwitrijke voeding en eventueel drinkvoeding
50-75% van de behoefte	Energie- en eiwitrijke voeding aangevuld met drinkvoeding en/of sondevoeding
<50% van de behoefte	Energie- en eiwitrijke voeding aangevuld met sondevoeding of volledige sondevoeding

Figuur 2. Aangegeven is op welk moment bij een patiënt gestart moet worden met een voedingsinterventie en welke soort van interventie dit moet zijn. De interventie is uiteraard in overeenstemming met het medisch beleid, zoals is afgesproken tussen arts met patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger.

4. EIWIT

Het advies bij gezonde ouderen is om per dag 0,8-1,0 gram eiwit per kg lichaamsgewicht te nuttigen. Bij iemand van 70 kg betekent dit een intake van 56-70 gram eiwit per dag. Bij ondervoeding en decubitus is het advies om 1,25-1,5 gram per kg lichaamsgewicht en per dag te nuttigen. Bij een persoon met 70 kg lichaamsgewicht betekent dit een behoefte van 88-105 gram eiwit. Door een verminderde voedingsintake, in combinatie met co-morbiditeit, polyfarmacie en psychosociale problemen, wordt deze verhoogde eiwitintake echter, net zoals de noodzakelijke verhoging van de energie-intake, vaak niet bereikt. Eerder heeft Van Schijndel in het *Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie* (NTGF) beschreven, hoe de eiwitintake van cliënten verhoogd zou kunnen worden met eiwitrijke producten, die *over the counter* verkrijgbaar zijn. [17] Bij een cliënt met een vegetarische of veganistische levenswijze is het een nog grotere uitdaging om te voldoen aan diens eiwitbehoefte te voldoen; deze cliënten eten immers geen enkel dierlijk product.

5. VOCHTINTAKE

Vocht dient als oplosmiddel en transportmiddel voor onder andere voedingsstoffen en afvalstoffen. Het is dan ook belangrijk om de hydratatie op peil te houden en aan de patiënt extra vocht te verstrekken bij decubitus. Via de aanwezige wond verliest de decubituswond en het lichaam van patiënt namelijk extra (wond)vocht. Het is daarom aan te raden een cliënt met decubitus per dag extra 500 ml vocht aan te bieden.

Categorieën van decubitus [9]:

- cat. 1: niet wegdrukbaar erytheem
- cat. 2: verlies van een deel van de huidlaag
- cat. 3: verlies van een volledige huidlaag
- cat. 4: verlies van een volledige weefsel laag met blootliggend bot/pezen
- niet gradeerbaar: diepte onbekend
- verdenking van diepe weefselbeschadiging: diepte onbekend

6. ZIEKTESPECIFIEKE BIJVOEDING

De EPUAP richtlijn is in haar laatste editie concreter geworden ten aanzien van ziekte-specifieke bijvoeding:

“Vul de voeding van een volwassene met decubitus, categorie 3 of 4 (kader 4) of met meerdere decubituswonden, aan met een supplement met een hoog eiwitgehalte, arginine en micronutriënten (vitamines en mineralen) wanneer deze voedingsbehoefte niet kan worden behaald met traditionele hoge calorie- en eiwit-supplementen.”

ARGININE

Uit diverse studies blijkt dat het aminozuur arginine een rol heeft bij de genezing van wonden. [9] Het zorgt voor onder meer bloedvatverwijding, voor activering van de collageensynthese en stimuleert de aangroei van nieuwe cellen. In een aantal ziekte-specifieke bijvoeding is arginine verwerkt.

7. SIGNALERING VAN ONDERVOEDING DOOR DE DISCIPLINES DIE DEEL UITMAKEN VAN HET MULTIDISCIPLINAIRE BEHANDELTEAM

De verschillende disciplines binnen de verpleeg- en verzorgingshuisinstellingen die deel uitmaken van het multidisciplinaire behandelteam hebben vooral een signalerende taak ten behoeve van de preventie en behandeling van decubitus. Bovenstaande voedingsadviezen geven aan wat een gezonde oudere zou moeten eten. Bij decubitus, en in het algemeen in aanwezigheid van een chronische ziekte, stijgt de energiebehoefte, de eiwitbehoefte én de vochtbehoefte van een patiënt. Navragen door de disciplines of bijvoorbeeld het eten gesmaakt heeft en wat en hoeveel iemand gegeten heeft, kan doorgaans een aanwijzing zijn dat er bij een patiënt meer aan de hand is, zeker wanneer deze lijdt aan co-morbiditeit. Als de patiënt aangeeft altijd een boterham met jam te eten en geen vlees of kaasbeleg te nuttigen, is het aannemelijk dat de patiënt te maken heeft met een verminderde en inadequate eiwitintake. Daarnaast is het ook goed als de disciplines alert zijn op ruimvallende kleding, een riem die verder aangetrokken moet worden of een horlogebandje dat te groot is, als een signaal voor de aanwezigheid van ondervoeding. Steeds vaker zoeken de verschillende disciplines de onderlin-

ge samenwerking op om, onder regievoering van de Specialist Ouderengeneeskunde, tot een optimale multidisciplinaire behandeling van een cliënt te komen. In de eerste lijn verwijst de huisarts naar de diëtist. Binnen het verpleeghuis is de Specialist Ouderengeneeskunde voor de verwijzing naar een diëtist verantwoordelijk. De verwijzing bij decubitus naar een diëtist is belangrijk, omdat de diëtist vanuit zijn vakinhoudelijke discipline naar meer dan alleen het dieet van een cliënt kijkt. De voedings- en vochtintake van betreffende cliënt wordt geanalyseerd en beoordeeld en zijn actuele voedings- en vochtbehoefte berekend. De diëtist kijkt eveneens naar relevante laboratoriumuitslagen en naar de medicatie. De behandeling door de diëtist wordt voortdurend met de cliënt individueel, in 'shared decision making', afgestemd.

In het recente verleden zorgde de huisarts voor de 'Aanvraag voor machtiging' voor medische bijvoeding. Een aantal zorgverzekeraars (onder andere CZ en Menzis) heeft dit echter gewijzigd. Wat hen betreft, mag uitsluitend een diëtist of medisch specialist de machtiging nog invullen en ondertekenen. De zorgverzekeraars vergoeden de bijvoeding, als voldaan wordt aan een aantal eisen, zoals "Een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziekte-gerelateerde ondervoeding of een risico daarop". Indien een cliënt een chronische decubituswond heeft, is hier altijd sprake van.

8. CONCLUSIE

Voeding is een essentiële factor bij de preventie en behandeling van chronische decubituswonden, waarbij de specifieke kennis van de diëtist niet mag ontbreken.

LITERATUUR

1. Lazarus GS, Cooper DM, Knighton DR, et al. Definitions and guidelines for the assessment of wounds and evaluation of healing. *Arch Dermatol.* 1994;130:489-93.
2. Robson MC. Wound infection. A failure of wound healing caused by an imbalance of bacteria. *Surg Clin North Am.* 1997;77: 637-50.
3. Vowden P. Hard-to-heal wounds Made Easy. *Wounds International.* 2011; 2(4): Available from: <http://www.woundsinternational.com>
4. Herber OR, Schnepf W, Rieger MA. A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. *BMC* <http://www.hqlo.com/content/5/144>.
5. Harding KG, Queen D. Chronic wounds and their management and prevention is a significant public health issue. Editorial. *Int Wound J.* 2011;7:125-6.
6. Sen CK, Gordillo GM, Roy S, Kirsner R, Lambert L, Hunt TK, Gotttrup F, Gurtner GC, Longaker MT. Human skin wounds: A major threat to public health and the economy. *Wound Rep Reg.* 2009;17:763-71.
7. Halfens RGJ, et al. Landelijk Prevalentiemeting Zorgproblemen, rapportage resultaten 2015 <https://nl.lpz-um.eu/Content/Public/NL/Publications/LPZ%20Rapport%202015.pdf> Module chronische wond
8. Halfens RGJ, et al. Landelijk Prevalentiemeting zorgproblemen, rapportage resultaten 2015 <https://nl.lpz-um.eu/Content/Public/NL/Publications/LPZ%20Rapport%202015.pdf> Module decubitus
9. De preventie en behandeling van decubitus: klinische praktijkrichtlijn. Vertaalde EPUAP richtlijn, te bestellen bij www.decubitus-nederland.nl
10. <http://www.epuap.org>
11. Kwaliteitsstandaard Decubitus. Een herziening van de multidisciplinaire richtlijn Decubitus (2011) voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten. 2020: V&VN, Utrecht (in press).
12. www.stuurgroepondervoeding.nl
13. <https://www.espen.org/component/content/article/30-news/263-glim-global-consensus-for-diagnosing-malnutrition>
14. https://www.stuurgroepondervoeding.nl/wp-content/uploads/2018/11/Jensen_et_al-2018-Journal_of_Parenteral_and_Enteral_Nutrition-1.pdf
15. <https://www.stuurgroepondervoeding.nl/toolkits/wat-is-ondervoeding>
16. www.voedingscentrum.nl
17. Van Schijndel J. Voorkomen herkennen en behandelen van sarcopenie en ondervoeding voor een gezonde oude dag. *NTGF*, 2017;31(3):21-7.

Een eerdere versie van dit artikel verschen in het Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie, september 2019.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Armand Rondas

E-mail: a.rondas@zuyderland.nl