

# De rol van voeding bij de preventie en behandeling van decubitus

Jolanda Gebben, Armand Rondas



**V**olwaardige voeding speelt een grote rol bij het creëren en onderhouden van een basale fysieke fitheid. Fysiotherapeuten doen er goed aan om bij verdenking van ondervoeding samen te werken met een diëtist. Dit artikel gaat in op de rol van voeding bij decubitus en reikt de fysiotherapeut handvatten aan om een verdenking van ondervoeding te kunnen vaststellen.

**Auteursgegevens:** Jolanda Gebben; diëtist werkzaam bij Cicero Zorggroep, Bestuurslid Diëtisten Geriatrie en Ouderen (DGO), afgevaardigde namens de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) en DGO bij de ontwikkeling van de Landelijke Kwaliteitsstandaard Decubitus.

Armand Rondas; Specialist Ouderengeneeskunde, PhD, MSc en werkzaam bij Zuyderland, afgevaardigde namens de vereniging van specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso) bij de ontwikkeling van de Landelijke Kwaliteitstandaard Decubitus

**Correspondentie:** [j.gebben@cicerozorggroep.nl](mailto:j.gebben@cicerozorggroep.nl)

## Inleiding

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 (1,2,3). 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 het tot extra gebruik van de gezondheidszorg, waardoor zij gepaard gaan met hoge extra kosten, zowel voor de gezondheidszorg als voor de cliënt zelf (5,6).

De specifieke duur van een chronische wond is in de internationale literatuur niet 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 LPZ blijkt dat binnen de instellingen in de Woon Zorg & Welzijn (WZW) sector gemiddeld 5,4% cliënten 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 uiteindelijk tot weefselletsel leidt, hangt af van de tijdsduur waarin druk wordt uitgeoefend. Zowel hoge druk gedurende een korte periode of lage druk gedurende langere tijd kunnen tot weefselletsel leiden (8).

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

In de praktijk blijkt dat voedingstherapie vaak vergeten wordt, terwijl bekend is dat wonden eerder 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

### Meetinstrumenten

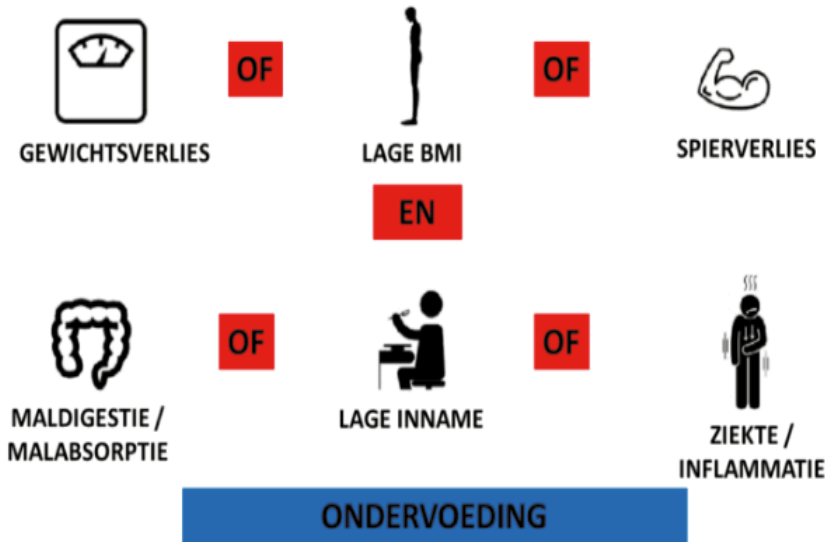
De **Bradenschaal** is een meetinstrument met als doel het helpen van zorgprofessionals bij het analyseren van het decubitusrisico van de cliënt. Het bestaat uit zes items: zintuiglijke waarneming, vochtigheid, activiteit, mobiliteit, voedingstoestand en frictie/schuifkracht. Scores kunnen variëren tussen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

**SNAQrc** (Short Nutritional Assessment Questionnaire for residential care) is een screeningsinstrument voor ouderen die verblijven in een andere setting dan thuis. deze screening heeft een combinatie van vier vragen met 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 lichamelijk welbevinden.

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



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

Advisory Panel (EPUAP) richtlijnen (9, 10).

In de Europese richtlijn van 2016 zijn een aantal adviezen t.a.v. de voeding gewijzigd.

In de richtlijn van 2011 werden preventie en behandeling apart behandeld, in 2016 zijn preventie en behandeling van decubitus samengevoegd tot één hoofdstuk.

Volgens de EPUAP is de Bradenschaal (kader Meetinstrumenten) een goed instrument om een verhoogd risico op decubitus tijdig te kunnen inschatten, en een welkome objectieve aanvulling op de *klinische blik* (9). In een vroeg stadium kunnen de nodige maatregelen genomen worden die decubitus kunnen voorkomen, bijvoorbeeld door een ander, méér drukreducerend matras in bed te leggen.

In dit artikel wordt specifiek de rol van voeding bij de preventie en behandeling van decubitus besproken en wat je daaraan als geriatrisch fysiotherapeut kunt bijdragen. Achtereenvolgens worden in dit artikel de screening, de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid, energie, eiwit, vochtintake, en ziekte-specifieke bijvoeding besproken.

### 1. Screening

Ondervoeding is een belangrijke oorzaak voor het

ontstaan van decubitus. De EPUAP richtlijn (2016) geeft daarom 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+ (kader 2) is met name afhankelijk van de setting waarin de patiënt zich bevindt. Op de website van de Stuurgroep Ondervoeding zijn ook nog andere screeningsmethodes terug te vinden (11).

Op het congres van de European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) in 2018 werd internationaal consensus bereikt over de diagnose ondervoeding. Ondervoeding is een aandoening die wordt veroorzaakt door een verminderde inname of

opname van voeding met als gevolg een veranderde lichaamssamenstelling (verminderde vetvrije massa) en lichaamscelmasse. Dit resulteert in een afname van het fysiek en mentaal functioneren en een slechtere klinische uitkomst van ziekte (12,13). 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 een verminderde voedingsintake, sprake van een lage lichamelijke energie. Zelfstandig draaien in bed, of het verzetten op een stoel door de cliënt zelf, wordt daardoor bemoeilijkt. Op plaatsen waar minder vet op het lichaam aanwezig is (stuit, hielen, achterhoofd) ontstaat een verhoogde druk en kan decubitus ontstaan. Uit onderzoek is gebleken dat één op de vijf cliënten in de WZW sector, en één op de acht in de thuiszorg, ondervoed is (8).

### 2. Aanbevolen dagelijkse hoeveelheid (ADH)

Aanbevolen voedingsbehoefte voor 70 jaar en ouder volgens het Voedingscentrum (15):

- 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 European Pressure Ulcer Advisory Panel (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. Bij iemand van 70 kg betekent dit een extra inname van 700 kcal per dag t.o.v. gezonde ouderen.

Doorgaans is bij ouderen sprake van comorbiditeit en polyfarmacie. Medicijnen kunnen als bijwerking een verminderde eetlust, maag- darmproblemen en/of misselijkheid veroorzaken. Deze bijwerkingen dragen op hun beurt niet bij aan een adequate energie-inname. Ook psychische factoren, zoals een depressie of vereenzaming kunnen een negatieve invloed hebben op de eetlust van cliënten.

Medische bijvoeding moet in deze situaties worden ingezet om een verslechtering van de voedingstoestand te voorkomen en de wondgenezing te ondersteunen.

De EPUAP richtlijn (2016) geeft hierbij het volgende advies (9):

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 cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger.

Parenterale voeding is een manier van geven van voedingsstoffen, anders dan via het maag-darmstelsel. Dit gebeurt door middel van voeding die via een soort infuus rechtstreeks in de bloedbaan komt. Er wordt een dun slangetje geplaatst in een groot bloedvat. Sondevoeding of enterale voeding wordt via het maag-darm kanaal aan cliënt gegeven.

### 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

Overweeg ondersteuning door parenterale of enterale voeding (kader parenterale voeding) wanneer orale voeding inadequaat is. Dit moet in overeenstemming zijn met de doelen van de patiënt.

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 thuissituatie kan sondevoeding worden ingezet, mits de interventie in overeenstemming is met het medisch beleid, zoals dit is afgesproken tussen specialist ouderengeneeskunde/huisarts en cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger.

#### 4. Eiwit

Het advies bij gezonde ouderen is om 0,8 -1,0 gram eiwit per kg lichaamsgewicht per dag 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 1,25-1,5 gram per kg/dag. Bij een persoon 70 kg lichaamsgewicht betekend dit een behoefte van 88-105 gram eiwit. Door de verminderde voedingsintake wordt deze verhoogde eiwitbehoefte, net als bij de energie-intake, niet behaald.

*... één op de vijf cliënten in de WZW sector en één op de acht in de thuiszorg is ondervoed ...*

Van Schijndel heeft eerder in het Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie (NTGF) beschreven, hoe de eiwitintake van cliënten verhoogd kan worden met eiwitrijke producten, die over de counter verkrijgbaar zijn (16).

Het advies van 1,5 gram eiwit per kg/lichaamsge-  
wicht/dag is echter door aanwezige co-morbiditeit, polyfarmacie en psychische factoren, maar moeilijk realiseerbaar, waardoor de inzet van medische voeding toch noodzakelijk is. Bij een cliënt met een vegetarische of veganistische levenswijze is het een nog grotere uitdaging om aan zijn eiwitbehoefte te voldoen; deze cliënten eten immers geen dierlijke producten.

#### 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 extra vocht te verstrekken bij decubitus, omdat via de aanwezige wond het lichaam vocht verliest. Het is daarom aan te raden om een cliënt 500 ml/dag extra aan te bieden.

#### 6. Ziekte-specifieke bijvoeding

De EPUAP richtlijn is in de laatste editie specifieker geworden t.a.v. ziekte-specifieke bijvoeding: Vul de voeding van een volwassene met decubitus, categorie 3 of 4 (kader categorieën van decubitus) 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 de traditionele hoge calorie- en eiwitsupplementen.

#### Arginine

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

### Signalering van ondervoeding door de fysiotherapeut

De fysiotherapeut heeft vooral een signalerende taak in het multidisciplinaire team, ten behoeve van de preventie en behandeling van decubitus.

Bovenstaande voedingsadviezen ten aanzien van de preventie en behandeling van decubitus 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 cliënt.

Navragen door de fysiotherapeut of het eten gemaakt heeft en wat en hoeveel iemand gegeten heeft, kan een aanwijzing geven dat er bij een cliënt meer aan de hand is, zeker bij aanwezige comorbiditeit. Als de cliënt aangeeft altijd een boterham met jam te eten en geen vlees of kaasbeleg te nuttigen, is het aannemelijk dat de cliënt te maken heeft met een verminderde en inadequate eiwitintake. Daarnaast is het ook goed als de fysiotherapeut alert is op ruimvallende kleding, een riem die verder aangetrokken moet worden en een horlogebandje dat te groot is, als een signaal voor de aanwezigheid van ondervoeding.

... de fysiotherapeut heeft vooral een signalerende taak in het multidisciplinaire team ...

Steeds vaker zoeken fysiotherapeuten en diëtisten de samenwerking op om 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 laboratorium uitslagen en naar de cliënt zijn medicatie. De behandeling door de diëtist wordt voortdurend met de cliënt individu-

eel afgestemd.

In het recente verleden zorgde de huisarts voor de *Aanvraag voor machtiging* voor medische bijvoeding. Een aantal zorgverzekeraars (o.a. 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.

### Conclusie

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

### Literatuurlijst

1. **Lazarus GS, Cooper DM, Knighton DR, Margolis DJ, Pecoraro RE, Rodeheaver G, Robson MC.** Definitions and guidelines for 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(3): 637-50.
3. **Vowden P.** Hard-to-heal wounds Made Easy. *Wounds International* 2011; 2(4). Beschikbaar via URL: <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. *Health Qual Life Outcomes.* 2007; 25(5): 44.
5. **Harding KG, Queen D.** Chronic wounds and their management and prevention is a significant public health issue. Editorial. *Int Wound J* 2011;7: 125-126.
6. **Sen CK, Gordillo GM, Roy S, Kirsner R, Lambert L, Hunt TK, et al.** Human skin wounds: A major threat to public health and the economy. *Wound Rep Reg* 2009;17: 763-771.
7. **Halfens RJG, Meesterberends E, Neyens JCL, Rondas AALM, Rijcken S, Wolters S, Schols JMGA** Module chronische wond in: Landelijk Prevalentiemeting Zorgproblemen,

- rapportage resultaten 2015 Beschikbaar via URL: <https://nl.lpz-um.eu/Content/Public/NL/Publications/LPZ%20Rapport%202015.pdf>
8. **Halfens RJG, Meesterberends E, Neyens JCL, Rondas AALM, Rijcken S, Wolters S, Schols JMGA** Module decubitus in: Landelijk Prevalentiemeting Zorgproblemen, rapportage resultaten 2015 Beschikbaar via URL: <https://nl.lpz-um.eu/Content/Public/NL/Publications/LPZ%20Rapport%202015.pdf>
  9. Klinische praktijk richtlijn. De preventie & behandeling van Decubitus. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline 2014 in het Nederlands vertaald door Decubitus Nederland 2015 Beschikbaar via URL: [http://www.internationalguideline.com/#seconded\\_info](http://www.internationalguideline.com/#seconded_info)
  10. Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. 2014 Beschikbaar via URL: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>
  11. Stuurgroep ondervoeding. Diverse screeningsinstrumenten op ondervoeding URL: [www.stuurgroepondervoeding.nl/](http://www.stuurgroepondervoeding.nl/)
  12. Global Initiative on Malnutrition (GLIM). Beschikbaar via URL: <https://www.espen.org/component/content/article/30-news/263-glim-global-consensus-for-diagnosing-malnutrition>
  13. **Jensen GL, Cederholm T, Correia M, Gonzalez, Fukushima M, Higashiguchi T, et al.** GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition: A Consensus Report From the Global Clinical Nutrition Community. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition 2018;0: 1-9.
  14. Definitie en diagnostiek ondervoeding. Beschikbaar via URL: <https://www.stuurgroepondervoeding.nl/toolkits/wat-is-ondervoeding>
  15. Aanbevolen voedingsbehoefte voor 70 jaar en ouder. Beschikbaar via URL: <http://www.voedingscentrum.nl>
  16. **Van Schijndel J.** Voorkomen herkennen en behandelen van sarcopenie en ondervoeding voor een gezonde oude dag. NTGF 2017;31(3):21-27.