

Vernieuwde richtlijn geeft voeding vaste plaats in kankerzorg

Mager na chemo moet niet

Eva Nyst

Het hoort erbij en komt later vanzelf weer goed. Dat denken veel dokters als kankerpatiënten vermageren tijdens de behandeling. Een nieuwe multidisciplinaire richtlijn moet leiden tot de emancipatie van voeding in de oncologie.

Een huisarts die zegt: 'Ondervoeding? Daar doen ze in het ziekenhuis wel wat aan.' Of een specialist die zich niet druk maakt om 15 kilo gewichtsverlies tijdens chemotherapie, want 'dat eet hij er later wel weer aan.' Sandra Beijer, diëtist/onderzoeker bij

het Integraal Kankercentrum Zuid en voorzitter van de commissie die de multidisciplinaire richtlijn Ondervoeding bij kanker maakte, verbaast zich wel eens als ze artsen over voeding hoort. Internist en auteur van de richtlijn Alexander de Graeff begrijpt wel dat gewichts-

beeld: Abraham van Beyeren,
Pronkstilleven, circa 1665



Tien vragen over de richtlijn

1 **Waarom is er een nieuwe richtlijn?**

De multidisciplinaire richtlijn Ondervoeding bij patiënten met kanker is een evidencebased herziening van de Landelijke Verpleegkundige Oncologische richtlijn Voedingstekort uit 2006 van het Integraal Kankercentrum Nederland. De nieuwe versie is tot stand gekomen in samenwerking met artsen.

2 **Welke beroepsgroepen hebben de richtlijn samengesteld?**

Chirurgen, radiotherapeuten, huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, medisch oncologen, verpleegkundigen, diëtisten. Internisten waren wel betrokken, maar hebben niet geautoriseerd.

3 **Zijn de patiënten vertegenwoordigd?**

Ja, patiënten hebben samen met artsen, verpleegkundigen en diëtisten de knelpunten met betrekking tot voeding geïnventariseerd. Een lid van de patiëntenvereniging van stembandozen maakte deel uit van de richtlijncommissie. De Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) is autoriserende partij.

4 **Voor welke beroepsgroepen is de richtlijn mede relevant?**

Voor professionals die betrokken zijn bij de zorg voor kankerpatiënten.

5 **Over welke patiënten gaat de richtlijn?**

Alle patiënten met kanker in alle stadia van de ziekte.

6 **Wat is er nieuw aan de anamnese?**

Bij kankerpatiënten moet standaard de ernst van de ondervoeding worden bepaald aan de hand van onbedoeld gewichtsverlies, BMI en voedingsinname.

7 **Wat is er nieuw aan de diagnostiek?**

Dat ondervoeding moet worden vastgesteld aan de hand van een combinatie van criteria, daarover is iedereen het eens. Consensus over de afkappunten is er niet.

8 **Wat is er nieuw aan de verwijzing?**

Kankerpatiënten moeten worden verwezen naar de diëtist zodra ondervoeding dreigt. Patiënten met hoofd-halskanker of slokdarmkanker die radiotherapie of chemoradiatie krijgen, moeten onafhankelijk van de screeningsuitslag naar de diëtist worden verwezen.

9 **Wat is er nieuw aan de behandeling?**

Het effect van een individueel voedingsadvies door de diëtist op gewichtsverbetering is het grootst en wordt niet geëvenaard door voorlichting door andere zorgverleners. Geef drinkvoeding alleen als onderdeel van een individueel voedingsadvies door de diëtist.

10 **Wat is er nieuw aan follow-up en nazorg?**

Niet van toepassing.

verlies niet zo leeft onder dokters. Het hoort erbij, is de gedachte. 'Bovendien is er slecht of geen onderzoek naar ondervoeding bij kanker', aldus De Graeff.

Zeker de helft van alle kankerpatiënten krijgt te maken met een verslechtering van de voedings-toestand. Gewichtsverlies en een lage BMI zijn geassocieerd met een kortere levensverwachting en een verminderde kwaliteit van leven. Ook de kans op respons op radio- en chemotherapie neemt af. Het risico op complicaties en bijwerkingen van een operatie en radio- en chemotherapie neemt toe.

Maar er is wel iets te doen aan ondervoeding bij kankerpatiënten. Reden om bij de revisie van de verpleegkundige richtlijn Voedingstekort uit 2006 nu ook artsen, diëtisten en patiënten te betrekken en de multidisciplinaire, evidence-based richtlijn Ondervoeding bij patiënten met kanker (2012) op te stellen. Knelpunt: ontbrekend onderzoek. Motivatie: emancipatie van voeding in de oncologie. De vraag is of artsen er klaar voor zijn de voedingstoestand van de kankerpatiënt serieus te nemen.

Misselijk

Jaap van Binsbergen, hoogleraar voedingsleer en huisartsgeneeskunde in Nijmegen, merkt dat voeding artsen niet erg interesseert. Hij beschrijft de plek die aandacht voor voeding volgens hem moet hebben in de behandeling: 'Als huisarts houd je de voedingsstatus van je patiënt in de gaten. Valkuil is hierbij dat je je patiënt soms tijdens "kwijt" bent aan de specialist. En dan maar hopen dat er daar goed op de voeding wordt gelet. Hoe moet je dat dan in de gaten houden? Kijk naar het lichaamsgewicht. Schakel een diëtist in of geef zelf voedingsadviezen. En kaart voedingsproblemen proactief aan: "Je bent misselijk, gespannen, veel onderweg in de taxi naar ziekenhuisbehandelingen, komt er van eten nog wat terecht?" Het idee is vaak: eten en een goed gewicht, dat komt later wel weer. Maar het is juist belangrijk dat een kankerpatiënt een goede voedingstoestand heeft, zodat hij alle zeilen bij kan zetten voor de moeilijke periode van behandeling en herstel.' Van Binsbergen nodigt patiënten die in de tweede lijn onder behandeling zijn mede daarom vaak uit om te komen vertellen hoe het gaat.

Ondervoeding is slecht voor een mens; daar is iedereen het over eens. Maar er bestaat geen consensus over wat ondervoeding precies is. Een wereldwijde definitie ontbreekt. Als algemene definitie hanteert de richtlijn: 'een voedings-toestand waarbij sprake is van een tekort of

Tien tips over voeding bij kanker

1. Heb aandacht voor voeding in de breedste zin.
2. Screen regelmatig op ondervoeding.
3. Stuur als huisarts de praktijkverpleegkundige langs, schakel de diëtist in.
4. Houd contact met diëtetiek in eerste of tweede lijn.
5. Wees kritisch met drinkvoeding.
6. Verwerk de screeningslijst in het EPD en laat automatisch de diëtist inschakelen bij een positieve uitslag.
7. Neem 'wel/niet voeden' met argumentatie op in het reanimatieprotocol.
8. Bedenk dat ook een patiënt met overgewicht ondervoed kan zijn.
9. Neem voeding op in het oncologische behandelprotocol en de zorgpaden.
10. Bij behandeling van ondervoeding in de palliatieve fase geldt: bezint eer ge begint.



disbalans van energie, eiwit en andere nutriënten, die leidt tot meetbare nadelige effecten op de lichaamssomvang en lichaamssamenstelling, op het functioneren en op klinische resultaten'.

Screenen

Systematische reviews over de gevolgen van ondervoeding bij patiënten met kanker zijn 'nauwelijks' te vinden, aldus de richtlijn. 'Het grote probleem met ondervoeding is behalve dat je minder energie hebt, vooral ook dat je voedingsdeficiënties krijgt', zegt Van Binsbergen. 'Er zijn tekorten aan bouwstoffen die negatief werken op bijvoorbeeld je afweer en spiermassa. Je kan niet zeggen: prima als iemand wat gewicht verliest, hij was toch te dik. Die deficiënties zijn slecht, juist in zo'n periode.' Daarnaast spelen psychologische effecten door ontregeling van de voedingsregelmaat en door lichamelijke veranderingen.

De richtlijn beveelt aan een kankerpatiënt regelmatig te screenen op ondervoeding aan de hand van onbedoeld gewichtsverlies, BMI of de voedselinname. De huisarts houdt, zoals aangegeven in de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Ondervoeding, een dreigende ondervoeding in de gaten. Ook bij het eerste poliklinische bezoek aan de specialist moet worden gescreend. Vervolgens moet er tijdens de behandeling worden gescreend: bij opname in het ziekenhuis, bij dagbehandeling en bij bezoek aan een radiotherapeutisch instituut. En ook na de behandeling is het in de gaten houden van de voedingsstatus geboden: op de polikliniek en bij de huisarts, bij een intakegesprek met thuiszorg of wijk-

verpleging en bij opname in een verpleeg- of verzorgingshuis.

Een eenvoudig en specifiek voor kankerpatiënten ontwikkeld screeningsinstrument om ondervoeding te herkennen is er niet. Volgens de richtlijn kunnen de Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) en de Short Nutritional Assessment (SNAQ) worden gebruikt. Screeningsinstrumenten met een hoge negatief voorspellende waarde hebben de voorkeur. Patiënten met ondervoeding of een hoog risico daarop moeten worden verwezen naar de diëtist. Hoogrisicopatiënten – zoals mensen met hoofd-halskanker of slokdarmkanker die radiotherapie of chemoradiatie krijgen – moeten sowieso naar de diëtist worden verwezen.

Normaal eetpatroon

De diëtist gaat uit van normale voedingsmiddelen en breidt dit uit met drinkvoeding of sondevoeding als de normale voedselinname niet genoeg is, legt commissievoorzitter Sandra Beijer uit. 'De richtlijn beveelt daarnaast aan om postoperatief zo snel mogelijk te starten met voeding. Als de gewenste inname oraal niet lukt of niet binnen vier dagen wordt bereikt, dan is sondevoeding of parenterale voeding geïndiceerd. Ook tijdens radiotherapie, chemoradiatie en chemotherapie wordt geadviseerd sondevoeding of parenterale voeding te geven als patiënten zeven dagen onvoldoende orale voeding binnenkrijgen, ondanks individuele advisering en aanpassingen.'

De richtlijn is kritisch over pakjes drinkvoeding. Gebruik daarvan wordt alleen geadviseerd als onderdeel van een advies van de diëtist. Van Binsbergen: 'Patiënten komen vaak zelf met pakjes drinkvoeding. Dat kan nuttig zijn, maar schiet soms zijn doel voorbij. Het

Tekorten aan bouwstoffen werken negatief op je afweer en spiermassa

Gaat u zitten

Als ik aan coassistenten vraag wat ze bij mij op het spreekuur willen leren, krijg ik meestal medisch-inhoudelijke voorstellen. Interpretatie van longfunctieonderzoek, de differentiaaldiagnose van vergrote lymfklieren. Prachtig en nuttig natuurlijk, maar ik vind het minstens even belangrijk om hun aandacht te vragen voor eenvoudige, maar o zo belangrijke principes in de benadering van het kind.

Als je een angstig of tegenstribbelend kind onderzoekt, levert dat alleen maar frustratie op, geen betrouwbare medische resultaten. Om een kind zo te onderzoeken dat je de resultaten kunt gebruiken, moet het op zijn gemak gesteld zijn. Dus begint het onderzoek van een klein kind bij moeder op schoot. Tijdens het onderzoek maak je als dokter een praatje over koetjes en kalfjes. En bij het lichamelijk onderzoek van de buik ga je zitten om op oogniveau van het kind te zijn. Probeer het maar eens uit: de buik is echt soepeler en beter te palperen als je ondertussen een kletspraatje maakt over school, hobby of vakantie, en als je erbij zit.

Onlangs werd mijn aandacht getrokken door een onderzoek dat laat zien dat dit principe niet alleen voor kinderen geldt. Onderzoekers van de afdeling orthopedie van een ziekenhuis in Kansas lieten het lot bepalen of de orthopeed bij de afdelingsvisite naast het bed ging zitten of bleef staan.¹ De gegeven informatie was hetzelfde, evenals de tijd die de arts per patiënt besteedde. Toch ervoeren de patiënten de tijd die de dokter aan hen besteedde als langer en waardevoller als de dokter zat. Ze waren tevredener en begrepen hun ziekte beter. Van dit soort onderzoek word ik om twee redenen heel erg blij. Het is zo aange-naam simpel en het is zo ontzettend waardevol. Hierbij dus een oproep aan alle patiënten in Nederland: als de dokter bij u op zaal komt, zegt u dan vooral: 'gaat u zitten, dokter'.

Paul Brand,
kinderarts

1. Swayden KJ et al. Effect of sitting vs. standing on perception of provider time at bedside: A pilot study. Patient Educ Couns 2012; 86: 166-71.

effect is kortdurend omdat het snel gaat tegenstaan. Voeding wordt ermee gekoppeld aan ziek zijn en dat is psychologisch geen heilzame associatie. Beter is te kijken naar het normale, oorspronkelijke eetpatroon van de patiënt en dat aanpassen aan de nieuwe situatie. Bijvoorbeeld: acht keer per dag een klein beetje eten, gepureerd.'

Uit het basispakket

Politiek gezien heeft de richtlijn de wind niet mee. In de eerste lijn worden bijvoedingsproducten nog wel vergoed, maar adviezen van de diëtist niet meer. Hoewel aan de vergoeding voor diëtiek in ziekenhuizen en bestralingsinstituten nog niet is getornd, zette de minister van VWS per januari dit jaar een streep door de vergoeding van de diëtist in het basispakket. Alleen bij ketenzorg voor COPD, diabetes en cardiovasculair risicomanagement wordt advies door de diëtist vergoed. Aan de andere kant is screening op ondervoeding een kwaliteitsindicator, waardoor ziekenhuizen verplicht zijn te screenen. Detail: er zijn geen studies te vinden waarin het effect van screening op ondervoeding bij kankerpatiënten is beschreven. Een illustratie van de problemen die zich voordoen bij het voedingsonderzoek, aldus De Graeff. 'Die studies zullen er in Nederland ook niet meer komen, want je kan geen controlegroep samenstellen die je screening onthoudt.'



Op www.medischcontact.nl/ dossiers vindt u in het dossier Kanker onder meer het dossier Ondervoeding bij kanker.

MCTv: rondetafelgesprek en verfilmde casus

De geïnterviewden in dit artikel nemen deel aan het rondetafelgesprek van MCTv Nascholing, dat op woensdag 11 april om 20.30 uur live wordt uitgezonden op www.medischcontact.nl/ nascholing. Arts en Medisch Contact-journalist Sophie Broersen leidt de discussie. Op de website kunt u zich nu aanmelden voor de gratis en geaccrediteerde nascholing. U krijgt dan een e-mail- of sms-alert.

Naast het rondetafelgesprek verschijnt op 11 april ook de verfilmde casus online. In deze casus volgen we een 74-jarige man die zich met fors gewichtsverlies meldt bij zijn huisarts. We zien hoe de huisarts zijn voedingstoestand beoordeelt en hem verwijst. Ook zijn gesprekken van de patiënt met een internist, een radiotherapeut, een verpleegkundige en een diëtist in beeld gebracht.



mctv
nascholing
live-uitzending