

# Behandelplan van de diëtist bij COVID-19 na ontslag uit het ziekenhuis

*Sven Van Caneghem, Diëtist AZ Maria Middelaers Gent, Margot Camps, Student voedings- en dieetkunde UCLL, Nena Van Hemelryck, diëtist*

De COVID-19 werkgroep van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten ontwikkelde een behandelplan na ziekenhuisopname (1). In huidig artikel wordt het voorgestelde behandelplan geadapteerd aan de Vlaamse context.

## Voor wie?

### *Diëtist in medisch specialistische revalidatiecentra*

Begeleidt

- patiënten na of nog met COVID-19 die zijn overgedragen vanuit de verpleegafdeling van het ziekenhuis, na ICU opname en/of direct vanaf de ICU;
- revalidanten waarbij COVID-19 is vastgesteld.

In de medisch specialistische revalidatiecentra worden patiënten opgenomen om te revalideren na ICU opname. Door de vroege start van deze revalidatie is de revalidant zwak en kwetsbaar, waarbij begeleiding bij sondevoeding, slikproblematiek en deconditionering na langdurige beademing de belangrijkste speerpunten lijken te zijn. Als diëtist is het belangrijk een generiek basisvoedingsbeleid voor de afdeling op te stellen, waarbij gestreefd wordt naar voedingsadvies op maat voor elke revalidant. Werk nauw samen met de fysiotherapeut/kinesist en zorg voor overlegmomenten met verpleging en revalidatie-arts. Zorg voor een actieve rol van de diëtist op de afdeling, ook al is dit niet fysiek bij de revalidant. Indien fysieke consultaties aan het bed van de patiënt onmogelijk zijn, kunnen alternatieven (videobellen, telefonische consultatie, ...) ingeschakeld worden om zoveel mogelijk in direct contact met de patiënt te komen.

### *Diëtist in woonzorgcentra*

Begeleidt

- patiënten na of nog met COVID-19 die zijn overgedragen vanuit de verpleegafdeling van het ziekenhuis en/of ICU;
- bewoners waarbij COVID-19 is vastgesteld.

### *De eerstelijnsdiëtist*

Begeleidt patiënten die

- zijn overgedragen vanuit de verpleegafdeling van het ziekenhuis en/of ICU;

- zijn overgedragen vanuit het revalidatiecentrum;
- in thuisquarantaine ziek zijn geweest en worden doorverwezen door de huisartsen of door een andere zorgprofessional zoals fysiotherapeut/kinesist of thuisverpleegkundige.

## Overdracht uit het ziekenhuis/revalidatiecentrum

Een overdracht bevat de volgende informatie: naam, geboortedatum, telefoonnummer, rijksregisternummer, relevante medicatie en de belangrijkste punten uit de diëtistische diagnose, het behandelplan, het verloop van de behandeling en eventuele bijgestelde doelen/therapie.

Aan de diëtist die de overdracht ontvangt wordt gevraagd om hier zo snel mogelijk op te reageren, zodat de verwijzend diëtist weet dat het in goede orde is ontvangen. Heb je geen overdracht ontvangen, neem dan zelf contact met de afdeling diëtiek van het ziekenhuis of revalidatiecentrum. Ook het eventuele terugbetaalingsvoorschrift voor sondevoeding wordt overgedragen.

## Diëtistisch onderzoek

Als leidraad voor het diëtistisch onderzoek kan het ICF-schema voor COVID-19 patiënten (zie figuur 2) gebruikt worden. Het diëtistisch onderzoek bevat minstens volgende gegevens:

### *Algemeen*

Medische gegevens, prognose, multidisciplinair doel behandeling, hulpvraag

### *Antropometrie*

- Gewichtsverloop, lengte, BMI
- Vetvrije massa (VVM) en vetvrije massa-index (VVMi); als het meten van de VVM niet mogelijk is, kan bij patiënten met overgewicht/obesitas de formule van Gallagher toegepast worden. Deze kan je online berekenen via <https://zakboekdiëtetiek.nl/gallagher/>

## Assessment

Covid-19 patiënten die risico lopen op hogere morbiditeit en mortaliteit, zoals ouderen en polymorbide patiënten, dienen gescreend te worden op ondervoeding m.b.v. MUST-criteria, de NRS-2002 voor gehospitaliseerde patiënten of de MNA-sf voor geriatrische patiënten (2).

Na een positieve screening wordt een assessment uitgevoerd, waarvoor verschillende gevalideerde instrumenten beschikbaar zijn (bv. Subjective Global Assessment of SGA en de MNA voor geriatrische patiënten). Recent werden ook de breed gedragen GLIM-criteria gepubliceerd voor de diagnose van ondervoeding

(Global Leadership Initiative on Malnutrition). Na een initiële screening wordt de diagnose en de ernst van de ondervoeding bepaald. Volgens de GLIM wordt de diagnose ondervoeding gesteld wanneer voldaan wordt aan minstens 1 fenotypisch en 1 etiologisch criterium (zie figuur 1)(3).

**Figuur 1** GLIM-criteria voor ondervoeding (3)

<b>Is er sprake van minimaal één kenmerkend criterium voor ondervoeding (fenotypische criteria)?</b>		
<b>Onbedoeld gewichtsverlies (%)</b>	<b>Lage BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Verminderde spiermassa</b>
> 5% in afgelopen 6 maanden of > 10% in langere periode (> 6 maanden)	< 20kg/m <sup>2</sup> bij < 70 jaar < 22kg/m <sup>2</sup> bij ≥ 70 jaar  Aziatisch: < 18,5kg/m <sup>2</sup> bij < 70 jaar < 20kg/m <sup>2</sup> bij ≥ 70 jaar	Verminderd op basis van meting met gevalideerde methode*  Alternatieve metingen: lichamelijk onderzoek of antropometrie (armomtrek, kuitomtrek)  <i>Ondersteunende meting: spierkracht**</i>
Ja, door naar volgende vraag		Nee, geen ondervoeding#
<b>Is er sprake van minimaal één oorzakelijk criterium voor ondervoeding (etiologische criteria)?</b>		
<b>Verminderde voedingsinname of -opname</b>	<b>Ziekte/inflammatie</b>	
> 1 week ≤ 50% van de energiebehoefte of > 2 weken verminderde inname/opname (ongeacht niveau van vermindering) of Chronische maagdarmaandoening die inname of opname negatief beïnvloedt  <i>Ondersteunende indicatoren: Gastro-intestinale symptomen</i>	Acute ziekte of trauma, of chronische aan ziekte gerelateerde inflammatie  <i>Ondersteunende metingen: CRP, albumine, pre-albumine</i>	
Ja, diagnose ondervoeding Ga door naar volgende vraag om de ernst te bepalen		Nee, geen ondervoeding#
<b>Ernst van ondervoeding</b>		
<b>Is er sprake van minimaal één kenmerkend criterium voor ernstige ondervoeding (aanvullende fenotypische criteria)?</b>		
<b>Onbedoeld gewichtsverlies (%)</b>	<b>Lage BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Verminderde spiermassa</b>
> 10% in afgelopen 6 maanden of > 20% in langere periode (> 6 maanden)	< 18,5kg/m <sup>2</sup> bij < 70 jaar < 20kg/m <sup>2</sup> bij ≥ 70 jaar  Aziatisch: < 18,5kg/m <sup>2</sup> bij < 70 jaar < 20kg/m <sup>2</sup> bij ≥ 70 jaar	Ernstig verminderd op basis van meting met gevalideerde methode*
Ja, sprake van ernstige ondervoeding		Nee, sprake van matige ondervoeding

\* DEXA, BIA, echografie, CT- en MRI-scan zijn gevalideerde methoden om de lichaamssamenstelling te meten.

Voor afkappunten wordt verwezen naar de European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) en de Foundation of National Institute of Health (FNIH) initiative. #Omdat wel sprake is van een verhoogd risico op ondervoeding vastgesteld via een gevalideerd instrument, wordt aanbevolen om een voedingsbehandeling in te zetten, passend bij het verhoogde risico. \*\*Het meten van spiermassa heeft de sterke voorkeur. Alleen in gevallen waar dit niet direct mogelijk is, kan spierkracht, zoals handknijpkracht, worden gebruikt als ondersteunende meting.

### Risico op refeeding

Vanwege de mogelijke fatale gevolgen is het belangrijk de risicopatiënt vóór het (her)starten van (par)enterale voeding te scree-

nen op het risico op het refeedingsyndroom. Wees extra aandachtig voor dit risico als een patiënt met COVID-19 in thuisisolatie (heeft) moet(en) uitzielen.



© utza / Adobe Stock

De patiënt heeft risico op refeeding bij de aanwezigheid van één óf meer van de volgende kenmerken:

- BMI < 16 kg/m<sup>2</sup>
- 15% ongewenst gewichtsverlies in de laatste 3-6 maanden
- 10 dagen geen / te verwaarlozen (geschat < 100 kcal per 24 uur) voedingsinname
- Lage elektrolyt plasmawaarden (kalium, fosfaat, magnesium) voor start voeding

Of de patiënt heeft twee óf meer van de volgende kenmerken:

- BMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup>
- 10% ongewenst gewichtsverlies in de laatste 3-6 maanden
- 5 dagen geen / te verwaarlozen (geschat < 100 kcal per 24 uur) voedingsinname
- Geschiedenis van alcohol- of medicatiegebruik waaronder gebruik van insuline, chemotherapie, zuurremmers of diuretica

De behandeling van het refeedingsyndroom is gericht op preventie en monitoring. Ze omvat volgende onderdelen: laboratoriumcontrole, eventuele suppletie voedingsstoffen, aangepast opklimschema voor voeding, aangepast vochtbeleid en monitoring.

Een voorbeeld van een refeedingprotocol voor de eerstelijnszorg kan je hier terugvinden:

<https://ntvd.media/artikelen/refeeding-in-de-eerstelijnszorg-2/>

### Medicatie

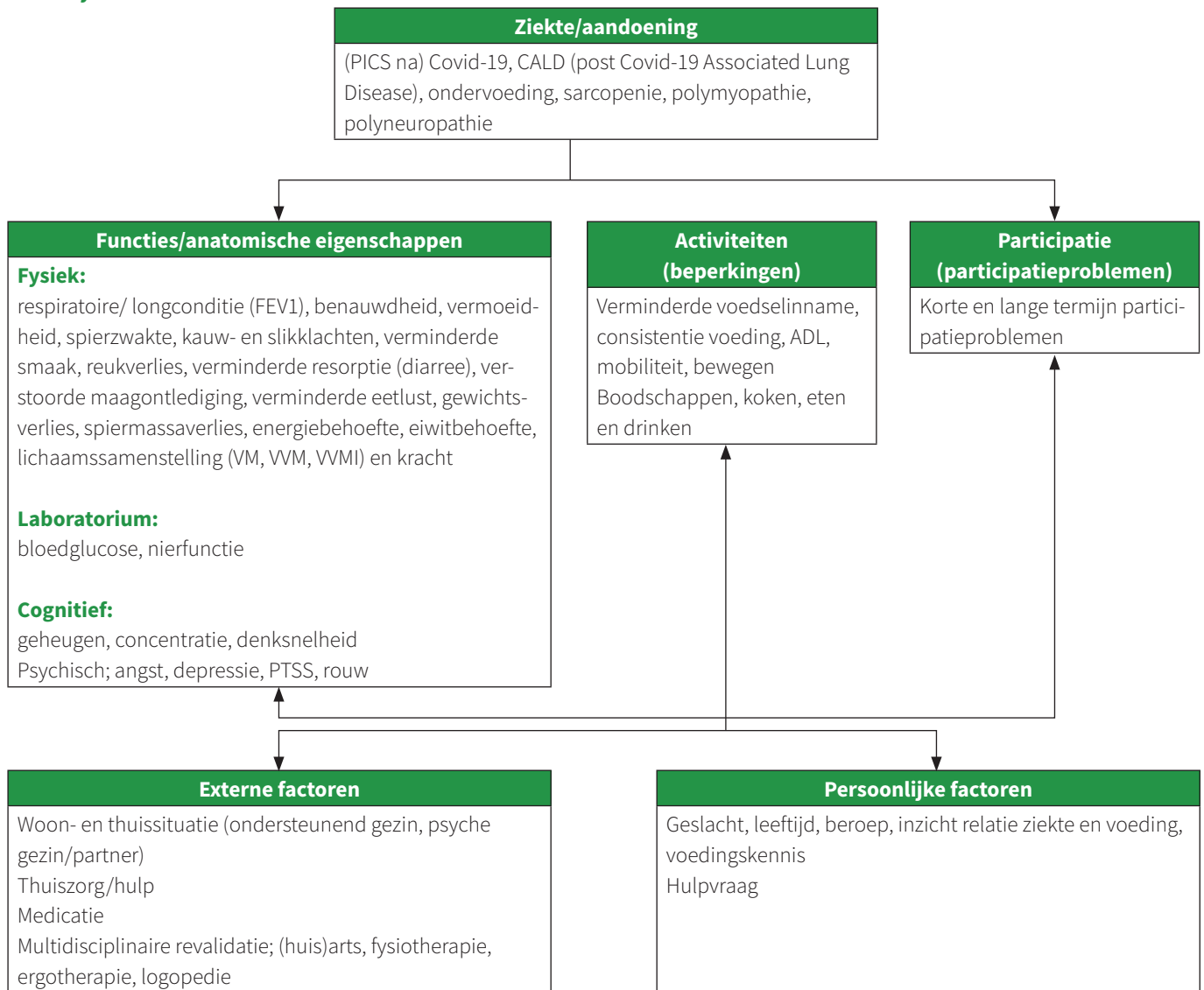
Aandacht voor medicatie die van invloed is op de voedselinname (pijnmedicatie, cytostatica, antibiotica, neuroleptica, insuline, orale antidiabetica) of het metabolisme (corticosteroiden).

### Voeding(sinname)

Volgende gegevens worden door de diëtist in kaart gebracht bij de opvolging van de patiënt:

- Voedingsanamnese: bevraging door diëtist en/of registratie door verpleging, mantelzorg of patiënt met behulp van een registratiedocument zoals 'Meet & Weet wat je patiënt eet', te raadplegen via: <http://www.stuurgroepondervoeding.nl/wp-content/uploads/2015/02/Uitleg-Meet-Weet.pdf>;
- Symptomen die de voedingsstoffenbalans beïnvloeden: anorexie, misselijkheid, braken, diarree, kauw- en slikproblemen, reuk- en smaakverlies en maagledigingsstoornissen;
- Eetlust: voor het inschatten van de eetlust kan gebruik gemaakt worden van een 'VAS score-eetlust', terug te vinden op <https://zakboekdietetiek.nl/wp-content/uploads/2015/08/VAS-eetlust.jpg>;
- Bereken de energiebehoefte. Dit kan volgens de WHO formule, te raadplegen via <https://zakboekdietetiek.nl/energiebehoefte-volwassenen/>. Gebruik minimaal 30% toeslag om de totale energiebehoefte te berekenen. Deze is individueel bepaald, houdt rekening met inflammatie en mogelijk gewenste gewichtstoename. Een andere mogelijkheid is het hanteren van een energie-aanbreng van 30 kcal/ kg lichaamsgewicht (2);
- Bereken de eiwitbehoefte (2,4):
  - Min. 1 gram eiwit /kg /dag
  - Ideaal 1,2 – 1,5 gram eiwit /kg /dag
  - Na opname op ICU: 2 (– 2,5) gram eiwit /kg /dag in de revalidatieperiode
- Vocht: minimaal 1,5 liter met een correctie bij grote verliezen zoals koorts, diarree, braken;
- Vitamines en sporenelementen volgens aanbeveling, tenzij er bewezen deficiënties zijn.

## De analyse van de diëtist – ICF



Figuur 2 ICF-schema COVID-19 patiënt na ontslag uit het ziekenhuis (1)

### Doelstelling behandeling diëtist

Dieetbehandeling bij patiënten met of reeds hersteld van Covid-19 (met of zonder ziekenhuisopname) draagt, in combinatie met beweging, bij aan een goed gewicht en een gunstige lichaamssamenstelling, in dit geval opbouw van spiermassa.

#### Op korte termijn

- Verbeteren van de voedingstoestand en/of voorkomen van verdere verslechtering van de voedingstoestand.
- Gewichtsverlies (verder) voorkomen/gewicht handhaven.
- Calorie- en/of eiwitinname verhogen om de vooropgestelde behoefte te bereiken.
- Voeding aanpassen aan symptomen die gerelateerd zijn aan het ziekteproces.
- Stimuleren tot voldoende lichaamsbeweging.

#### Op langere termijn

- Gezond gewicht nastreven.
- Evenwichtige voeding.
- Blijven stimuleren tot voldoende lichaamsbeweging.

### Bij beperkte levensverwachting (<2-3 maanden)

- Comfortvoeding: een voedingsadvies dat erop gericht is dat de patiënt zich zo comfortabel mogelijk voelt, zowel fysiek, sociaal, emotioneel als spiritueel.

### Behandeling

Bovenstaande behandeldoelen impliceren voedingsinterventies die de voedingsinname optimaliseren. In eerste instantie wordt getracht om via conventionele voeding de inname te verhogen.

Medische bijvoedingen ('Oral Nutritional Supplements' of ONS) worden best ingezet op het moment dat de behoefte van de patiënt niet gedekt kan worden aan de hand van enkel en alleen voeding per os. Bij COVID-19 patiënten is voldoende energie-inname vaak moeilijk, aangezien ze frequent last hebben van kortademigheid. Patiënten krijgen vaak reeds bijvoeding voorgeschreven tijdens de opname in het ziekenhuis. Evaluatie en/of voortzetten van de behandeling is in dat geval aangewezen.

**Een belangrijke factor die de therapietrouwheid positief beïnvloedt, is het ontvangen van educatie rond het gebruik en het nut van bijvoeding.** Daarbij is het belangrijk dat het contact tussen de diëtist en de patiënt zo persoonlijk mogelijk verloopt (rekening houdend met de geldende hygiëne- en beschermingsmaatregelen). Het meegeven van informatieve brochures en het betrekken van familie en mantelzorgers, zorgen er bijvoorbeeld voor dat de patiënt meer motivatie zal hebben om de therapie te doorlopen tot het einde.

Indien voeding per os niet haalbaar is voor de patiënt en de nutritionele behoeften niet gedekt kunnen worden via deze toedieningsweg, wordt best sondevoeding opgestart in overleg met de behandelende arts.

### Voedingsinterventie

#### 1. Verrijken van de voeding

- Eetlust stimuleren of herstellen
- Voeding verrijken met “klassieke producten”: extra toevoegingen (room, pasta in soep, balletjes in soep,...) en extra tussendoortjes (donut, taart, rijstpap,...)
- Voeding verrijken met modules: extra suikerpreparaat en extra eiwitpreparaat

#### 2. Aanvullen met medische bijvoedingen (ONS)

- Gebruik maken van medische bijvoedingen (hypercalorisch/ eiwitrijk). Er zijn verschillende ‘compacte’ bijvoedingen op de markt die in een beperkt volume een aanzienlijke hoeveelheid energie en eiwitten aanleveren.

#### 3. Sondevoeding

- Indien voeding per os niet haalbaar is voor de patiënt en de nutritionele behoeften niet gedekt kunnen worden via deze toedieningsweg, wordt best sondevoeding opgestart in overleg met de behandelende arts.

#### 4. Parenterale voeding

- Indien onvoldoende voeding via enterale weg kan aangeleverd worden, gedurende een significante tijdspanne, is het aangewezen om de mogelijkheid tot toediening van parenterale voeding te bespreken met de behandelende arts.

### Samenwerking met andere paramedici

Op indicatie zullen andere zorgprofessionals worden ingeschakeld zoals fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist en psycholoog. Zorg dat je goed blijft afstemmen met alle professionals die betrokken zijn.

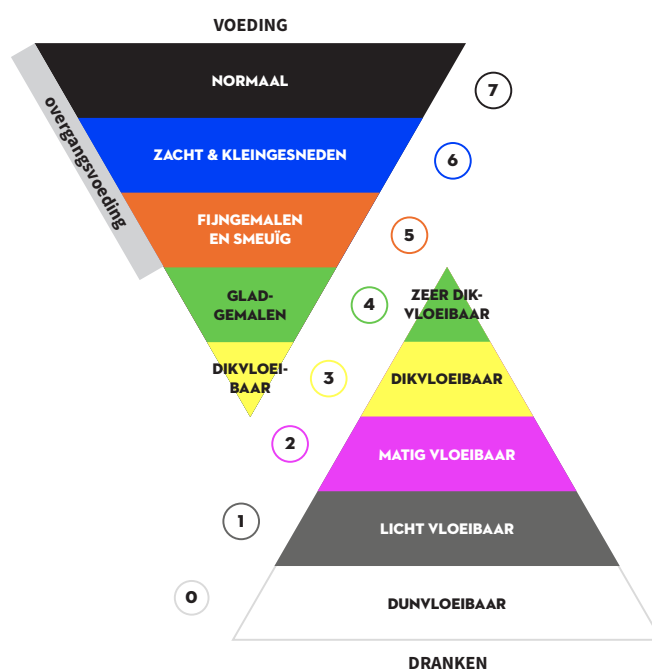
Om op een veilige manier te communiceren tussen zorgverleners kan gebruik gemaakt worden van een online tool (zoals bv. Siilo).

### Fysiotherapie/kinesitherapie

Voor een effectieve en optimale behandeling is de samenwerking tussen de fysiotherapeut/kinesist en diëtist noodzakelijk. Het gezamenlijk opstellen en evalueren van de doelen is van essentieel belang. Met name in instellingen, bijvoorbeeld bij de medisch specialistische revalidatie, kan de fysiotherapeut ook onderdeel uitmaken van het uitvoeren van het voedingsadvies. Zo kan na training direct worden toegezien op inname van een eiwitrijk product.

### Logopedie

Na langdurige beademing is er vaak sprake van slikklachten en verminderde kauw/slikspierkracht en een loszittend kunstgebit, waardoor aanpassingen van de consistentie aangewezen zijn. Dit kan aan de hand van de consistentieclassificatie voor dranken en voeding volgens IDDSI ([www.iddsi.org](http://www.iddsi.org)) (zie figuur 3).



Figuur 3 IDDSI-ramwerk ([www.iddsi.org](http://www.iddsi.org))

### Rapportage naar huisarts

De diëtist stuurt bij voorkeur binnen 10 werkdagen, of eerder wanneer noodzakelijk, na het eerste consult een verslag naar de verwijzer/behandelend arts, bestaande uit de aanleiding voor de verwijzing, de diëtistische diagnose, de behandeldoelen en een behandelplan. Stuur desgewenst een kopie cc naar de fysiotherapeut/kinesist en andere zorgverstrekkers/paramedici waarmee wordt samengewerkt. Na het laatste consult doet de diëtist hetzelfde voor de eindrapportage.

### Evaluatie behandeling

- Voedingsinname uitgedrukt als percentage van de berekende behoefte energie en eiwit en is voldoende als minimaal 100% van de energiebehoefte en eiwitbehoefte wordt behaald.

- Gewicht en gewichtsverloop
- Functionaliteit en lichaamssamenstelling
- Ziekteverloop
- Voedingsgerelateerde klachten
- Barrières
- Mate waarin individuele behandeldoelen van de patiënt zijn behaald
- Zo nodig behandeling bijstellen

De diëtist geeft desgewenst de BMI, lichaamssamenstelling (VMI) en % inname van behoefte na iedere evaluatie door aan de fysiotherapeut/kinesist.

### Literatuur

1. Wieman, B., Tiebie, J., ten Have, H., Kalisvaart, A., Kruizenga, H., Runia, S. et al. (2020). Behandelplan van diëtist bij COVID-19 na ontslag uit het ziekenhuis. Online geraadpleegd: <https://ntvd.media/artikelen/behandelplan-van-dietist-bij-covid-19-na-ontslag-uit-het-ziekenhuis/>
2. Barazzoni, R., Bischoff, S.C., Krznaric, Z., Pirlich, M., Singer, P., endorsed by the ESPEN Council (2020). Espen expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with sars-cov-2 infection. Clinical Nutrition, <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.03.022>
3. Kruizenga, H., Beijer, S., Huisman-de Waal, G., Jonkers-Schuitema, C., Klos, M., Remijnse-Meester, W. et al. (2019). Richtlijn ondervoeding: herkenning, diagnosestelling en behandeling van ondervoeding bij volwassenen. Stuurgroep ondervoeding: <https://www.stuurgroepondervoeding.nl/wp-content/uploads/2019/02/SoV01-Richtlijn-Ondervoeding-losses-paginas-210x297februari-2019.pdf>
4. Van Zanten, A., De Waele, E., Wischmeyer, P.E. (2019). Nutrition therapy and critical illness: practical guidance for the ICU, post-ICU, and long-term convalescence phases. Critical Care, 23, -368



© Kittiphan / Adobe Stock

# STAPLES®

Staples is een toonaangevende leverancier van bedrijfsbenodigdheden en geïntegreerde oplossingen voor kleine, middelgrote en grote bedrijven in Europa en weet daarom alles over ruimte.

Wij zetten ons in voor het creëren van ruimtes waarmee u elke dag het verschil kunt maken. Met een breed scala aan oplossingen die aan uw behoeften kunnen worden aangepast, werken onze toegewijde experts samen met u om ervoor te zorgen dat u alles heeft wat u nodig heeft om optimaal gebruik te maken van uw ruimte. Want wanneer uw ruimte werkt, werkt alles.

