

# Palliatieve voedingszorg = maatwerk

Palliatieve zorg kan worden omschreven als "het voorkomen en verlichten van lijden, gericht op kwaliteit van leven van patiënten en hun naasten." Hierbij is er vooral aandacht voor vroege signalering en behandeling van pijn en andere fysieke- psychosociale- en/of spirituele problemen. Zie definitie WHO <sup>(1)</sup>

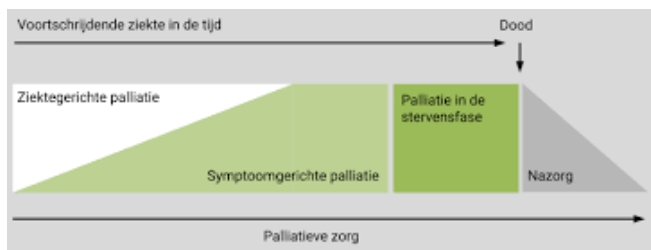
In de palliatieve zorg zijn 4 fasen te onderscheiden <sup>(2)</sup>

1. **ZIEKTEGERICHTE PALLIATIE**  
De ziekte wordt behandeld zonder dat genezing mogelijk is.
2. **SYMPTOOMGERICHTE PALLIATIE**  
De focus ligt op het verlichten en onder controle houden van de symptomen. De symptomen die onder controle waren verergeren en er kunnen nieuwe klachten of problemen ontstaan.

Dit is ook de fase voor Advance Care Planning: zorgverleners, cliënten en hun naasten bespreken regelmatig -op basis van hun waarden en opvattingen- wat zinvolle en haalbare (huidige en toekomstige) zorgdoelen zijn  
Zie voor meer informatie <sup>(3)</sup>

Fasen 1 en 2 gebeuren vaak tegelijk, ze lopen geleidelijk in elkaar over.

3. **PALLIATIE IN DE STERVENSFASE**  
In deze fase verschuift de aandacht van kwaliteit van leven naar kwaliteit van sterven. Deze fase duurt meestal slechts een paar dagen.
4. **NAZORG**  
De nazorg voor naasten wordt meestal ook gezien als onderdeel van de palliatieve zorg.



## Markering van de palliatieve fase

De start van de palliatieve fase onder andere door het stellen van de 'surprise question' gemarkeerd worden. Bij de Surprise Question vraag je jezelf af of je verbaasd zou zijn wanneer een cliënt binnen een jaar zou komen te overlijden. Wanneer het antwoord op deze vraag "nee" is wordt dit wel gezien als het begin van de palliatieve fase. <sup>(4)</sup>

## Voeding in de palliatieve fase

Voeding in de palliatieve fase kan effect hebben op fysieke- psychosociale- en/of spirituele gebieden in relatie met kwaliteit van leven. Dit is voor alle betrokkenen herkenbaar. Ergens nog van genieten, eten in combinatie met samen zijn, eten om "beter/ sterker" te worden. Vaak worden concrete wensen rondom eten en drinken zelf door de cliënt en/of zijn naasten. Zodra de palliatieve fase gemarkeerd is, is het goed om als diëtist de waarden, wensen, behoeften en gewoonten die van belang zijn te bespreken.

Het is goed om te nagaan of de effecten van een eerder geadviseerd dieet opwegen tegen de eventuele nadelige effecten op kwaliteit van leven.

Het stoppen van bepaalde diëten kan voor de cliënt een gunstig effect op kwaliteit van leven hebben.

Het starten / aanhouden van andere diëten die de cliënt op eigen initiatief volgt (Moerman-, Houtsmuller-, tarwegras-dieet e.d.) hebben geen wetenschappelijke onderbouwing maar kan voor de cliënt erg belangrijk zijn.

Een herstel of behouden van een goede voedingstoestand is in de palliatieve fase geen doel. Voeding is gericht op het voorkomen en behandelen van voeding gerelateerde klachten.

- Voldoende energie en macronutriënten kunnen voorwaarde zijn voor het behoud van bv mobiliteit, dag- en nachtritme, zelfzorg en (lichamelijke) verzorging.
- De diëtist kan aanpassingen in de voeding doen als de cliënt bv last krijgt / heeft van decubitus, diarree, obstipatie, misselijkheid en braken.  
Zie voor specifieke adviezen zie <sup>(5)</sup>



Welke adviezen haalbaar zijn hangt af

van de wensen en mogelijkheden van de individuele cliënt en de mogelijkheden van de mantelzorg of instelling.

- Gebruik van dieetpreparaten werkt niet levensverlengend, maar kan wel de kwaliteit van leven beïnvloeden. Dieetpreparaten kunnen daarom in sommige gevallen zeker passen in een individueel palliatief beleid. Beslissingen over het starten of stoppen van dieetpreparaten moet r weloverwogen genomen worden.
- Bij sondevoeding en TPV is het belangrijk al in een vroeg stadium te bespreken op welk tijdstip en onder welke voorwaarden er afgebouwd of gestopt wordt.

## Voeding in de stervensfase

De stervensfase is de fase die direct voorafgaat aan het overlijden, waarin de dood zich onafwendbaar aandient. De cliënt zal naar verwachting binnen enkele dagen overlijden. <sup>(6)</sup> Mensen die sterven, hebben vaak weinig of geen behoefte meer aan voedsel en vocht. In de stervensfase treedt dorstgevoel niet of nauwelijks op. Voor de cliënt kan prettig zijn om de lippen en de mond licht te bevochtigen. <sup>(7)</sup>

Als diëtist kun je in deze fase weinig betekenen voor de cliënt.

Voor de mantelzorg valt in deze fase het aanbieden van eten en drinken weg. Complementaire zorg zoals massage, etherische oliën, ontspanningsoefeningen, luisteren naar muziek <sup>(8)</sup> kunnen een waardevol alternatief zijn.

In deze fase, waarbij de naasten vaak waken, is het ook belangrijk dat er aandacht is voor het eten en drinken door de mantelzorgers.

Het kan ontlastend zijn om mantelzorgers op de kamer eten en drinken aan te bieden en/of gelegenheid geven om op locatie te eten en/of het aanbieden van "meeneem-maaltijden" voor thuis.

## Nazorg

Vaak is de rol van de diëtist in de nazorg zeer beperkt. Als er behoefte aan is wordt er een luisterend oor geboden, waarderende aandacht gegeven en wordt het verdriet ter sprake gebracht. <sup>(9)</sup> Mochten er schuldgevoelens over bepaalde beslissingen rondom eten en drinken zijn zal de diëtist deze bespreken en proberen weg te nemen.

- (1) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- (2) <https://www.zorgvoorbeter.nl/palliatieve-zorg/wat-is-het/vier-fasen>
- (3) <https://www.waardigheidentrots.nl/verslagen/advance-care-planning-passende-zorg-laatste-levensfase/>
- (4) <https://palliatievezorg.mumc.nl/professionals/de-surprise-question>
- (5) <https://www.pallialine.nl/> richtlijnen symptomen
- (6) <https://www.pallialine.nl/stervensfase>
- (7) <https://www.radboudumc.nl/afdelingen/anesthesiologie-pijn-en-palliatieve-geneeskunde/onze-aandachtsgebieden/palliatieve-zorg/de-laatste-levensfase/stervensfase>
- (8) <https://www.pallialine.nl/complementaire-zorg>
- (9) <https://www.pallialine.nl/rouw>

Aanvullende informatie:

<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-nieuw-palliatief-zorgmodel-geactualiseerd-2014.pdf>