

# Ambulante sondevoeding

Handvaten voor artsen, diëtisten en verpleegkundigen



## Wat is sondevoeding?

- Sondevoeding is een vloeibare vorm van voeding die als bijvoeding gedronken kan worden, of via een sonde rechtstreeks in de maag of darm aangeboden kan worden.
- Sondevoeding is een volwaardig samengestelde voeding qua koolhydraten, eiwitten, vetten, vitamines, mineralen, energie en vocht.

## Manieren van toedienen

- Continue sondevoeding of in bolus (= per portie verspreid over de dag)
- In principe steeds enteraal: sonde in neus, maag of darmen



## Wanneer ambulante sondevoeding opstarten?

Ambulante sondevoeding kan opgestart worden bij medisch stabiele patiënten die teveel gewicht verliezen of te weinig bijkomen in gewicht. Belangrijk is dat de patiënt openstaat voor sondevoeding en akkoord gaat met de opstart van de sondevoeding.

Daarnaast kan ambulante sondevoeding ook als verderzetting na sondevoeding tijdens een (somatische) opname.

## Medische opvolging vereist!

Door de ondervoeding is de werking van de maag, darmen, gal, lever en alvleesklier mogelijk aangetast. Bij hervoeden is het belangrijk om medisch op te volgen i.k.v. het refeeding syndroom.

Bij de opstart alsook doorheen de periode van toediening van de sondevoeding is medische opvolging van een arts noodzakelijk.

## Wanneer toedienen?

- Voorkeur overdag bij eetmomenten nadat orale voeding eerst aangeboden werd
- Nachtvoeding houdt meer risico in op manipulatie van de sonde doordat er minder toezicht is. Dit is gevaarlijk. Daardoor is nachtvoeding weinig zinvol bij anorexia nervosa (AN)
- Enkel 's nachts voeden wanneer medisch continue voeding aanbevolen wordt (bv. bij risico op refeeding syndroom)

## Wanneer sondevoeding in opname?

- Bij ernstige medische complicaties door het ondergewicht, of bij levensbedreigend gewichtsverlies (<70% $mBMI$  bij -18j)
- Patiënt is niet in staat tot of weigert orale voeding
- Patiënt slaagt niet in voldoende voedsel – en/of vochtinname voor medische stabilisatie
- Patiënt vertoont klinische of biochemische instabiliteit (risico op refeeding syndroom)

Bij medische stabilisatie en/of als patiënt orale voeding toelaat kan de sondevoeding ambulante worden verdergezet.

## Wat in rekening brengen bij opstarten van sondevoeding?

- Wat is de gewenste gewichtstoename (het minimaal gezond gewicht)?
- Wat is de graad / ernst van het ondergewicht?
- Met welke snelheid willen we in gewicht toenemen?
  - Ambulant: 0,25 – 0,5 kg / week
  - Opname: 0,5 – 1,5 kg / week
- Wat is de energiebehoefte van de cliënt? Wat is de energiebehoefte om tot gewichtstoename te komen?
- Wat is het risico op medische complicaties?
- Staat de patiënt open voor sondevoeding? Wat als een sterke weerstand aanleiding kan geven tot manipulatie van de sondevoeding?

## Hoe bepaal je het minimaal gezond gewicht?

**Het minimaal gezond gewicht** = het noodzakelijk gewicht dat de jongere met een eetstoornis ondersteunt in zijn lichamelijk, emotioneel en cognitief herstel.

- **Niet volgroeide jongeren**
    - Bekijk de gewicht-voor-lengte curve van het kind zelf om de oorspronkelijke BMI percentiellijn te bepalen, waarnaar jongeren terug dienen te keren.
  - **Volgroeide jongeren**
    - 1 percentiellijn lager dan de oorspronkelijke BMI percentiellijn op de gewicht-voor-lengte curve
- Jongeren die uit de gewichtscategorie 'overgewicht' (of obesitas) komen, krijgen een MGG op percentiel 75.

Extra materiaal: [De Vlaamse groeicurven](#) & Fiche minimaal gezond gewicht & optimaal gewicht



## Mogelijke complicatie bij hervoeden: het refeeding syndroom

### Wat is het refeeding syndroom?

Het refeeding syndroom is een verschuiving van vocht (water) en elektrolyten tussen de bloedbaan en de cellen van de verschillende organen. Deze verschuiving kan leiden tot levensbedreigende complicaties.

Die verschuiving komt er door veranderingen in ons metabolisme bij hervoeden. Vooral bij de start van het hervoeden (eerste 72u) kunnen de veranderingen in ons metabolisme aanleiding geven tot die verschuivingen. Het komt vooral voor bij patiënten die ernstig ondervoed zijn.

### Hoe vermijden dat refeeding syndroom optreedt?

- Tempo hervoeding bepalen, op maat van de individuele jongere
- Elektrolyten controleren voor de start van de hervoeding en tijdens hervoeding verder opvolgen
- Medische opvolging

## Aandachtspunten bij sondevoeding

- Voor sondevoeding, altijd eerst orale voeding aanbieden
- Rustig uitleggen waarom sondevoeding nodig is, niet als straf gebruiken
- Sondevoeding is soms makkelijker voor de patiënt omdat ze zich dan minder verantwoordelijk voelen voor de gewichtstoename; maar dit kan ook de eetstoornis in stand houden
- Sondevoeding niet onder dwang doen, tenzij wanneer de ondervoeding levensbedreigend is, en patiënt wilsonbekwaam is t.a.v. eten, eigen gezondheid en gewichtsherstel<sup>1</sup>
- Sondevoeding zo kort mogelijk toepassen, en afbouwen in lijn met de toename in orale voeding
- (Psychiatrische) risico-inschatting blijft nodig, risico op manipulatie sondevoeding (i.k.v. risico op aspiratie sondevoeding, suïciderisico)

<sup>1</sup> Voor meer info, zie K-EET: <https://naeweb.nl/wp-content/uploads/2021/11/Leidraad-bij-het-voorkomen-verminderen-en-toepassen-van-dwangsondevoeding-bij-eetstoornisproblematiek-DEF.pdf>