


Standpunt blended diet bij kinderen

Blended diet (BD) is het gebruik van een zeer fijn gepureerde maaltijd die zo vloeibaar is dat deze via een sonde kan worden toegediend. De werkgroep Blended Diet van het Netwerk Kinderdiëtisten publiceert samen met de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde **een standpunt**.



Heb aandacht voor groei, volwaardigheid van de voeding, veiligheid en welbevinden

Bij het toedienen van industrieel bereide sondevoeding kan het voorkomen dat een kind veel spuugt, diarree heeft, zich duidelijk niet lekker voelt of dat de voeding alleen verdragen wordt op een hele lage pompsnelheid. Voor ouders of verzorgers kan dit een reden zijn om verder te kijken en te overwegen om te starten met BD. Vanuit de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk is via social media een groep ouders en professionals actief die een alternatief voor industrieel bereide sondevoeding ontwikkelden. Daar is BD nu een serieuze alternatief.

Sinds enkele jaren is er ook vanuit ouders in Nederland meer vraag naar. Ouders hebben vaak het gevoel dat BD een natuurlijkere manier van voeden is, met een natuurlijkere

samenstelling. Ze zien ook psychische, sociale en emotionele voordelen. Daarnaast wordt BD in Nederland inmiddels vanuit de (para)medische zorg zelf ook regelmatig overwogen, wanneer industrieel bereide sondevoeding klachten als reflux, spugen, obstipatie en diarree blijft geven.

Doel

Het doel van dit standpunt is drieledig:

- Een cultuur creëren waarin kinderen met sondevoeding en hun families en/of verzorgers open en eerlijk het BD-voedingsplan kunnen bespreken met de diëtisten en artsen die bij hun zorg betrokken zijn.
- Een cultuur creëren waarin diëtisten zich professioneel ondersteund voelen om het onderwerp BD bij hun patiënten en zorgmedewerkers aan de orde te stellen en te kunnen adviseren aan (ouders van) kinderen met sondevoeding.
- Ervoor zorgen dat iedereen die met BD start in Nederland dit zoveel mogelijk op verantwoorde wijze doet.

Om een goede keuze te maken tussen industrieel bereide sondevoeding en BD bij kinderen die sondevoeding krijgen heeft het Netwerk Kinderdiëtisten (NKD) in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) dit standpunt geformuleerd. De onderbouwing is waar mogelijk evidence based, aangevuld met expert opinion en practice based informatie. Het standpunt bevat aandachtss-



Zorg voor een deskundige diëtist

punten voor de advisering van BD door professionals in het ziekenhuis, een instelling en de eerstelijnsgezondheidszorg. De werkgroep is van mening dat het onwenselijk is om BD te gebruiken zonder professionele begeleiding.

Er is beperkt onderzoek gedaan (vooral observationeel en retrospectief) naar de inzet van BD bij kinderen en volwassenen. Daarbij is meestal geen controlegroep meegenomen. In het beschikbare onderzoek zijn aanwijzingen beschreven voor de volgende positieve effecten van BD:

- Psychologische, sociale en emotionele voordelen^{1,2,3,4,5}
- Vermindering van reflux en spugen^{1,3,6,7,8,9}
- Vermindering van obstipatie en diarree^{3,7,9,10}
- Toename van eigen orale inname^{1,6,8}
- Positief effect op het darmmicrobioom^{1,11}
- Vermindering van zorgkosten door minder SEH bezoeken/opnames

Sommige professionals zijn bezorgd dat BD onverantwoord is in vergelijking met industrieel bereide sondevoeding.^{4,12,13} Bij BD in vergelijking met de industrieel bereide sondevoeding zijn zorgen over het risico op:

- Voedingstekorten - Er zijn aanwijzingen dat BD een risico geeft op het verkrijgen van voedingstekorten, zowel aan macronutriënten als aan micronutriënten.^{1,2,11,14,15}
- Onvoldoende groei - Het is aannemelijk dat met BD bij kinderen een goede groei is te verkrijgen.^{6,8,16,17} Het lijkt erop dat bij gewichtsverlies met BD een hogere calorische toediening nodig is dan bij een industrieel bereide sondevoeding met hierbij follow-up van een deskundig diëtist/voedingsteam om een adequate groei te realiseren.^{1,8,16,18,19} Uit ander onderzoek lijkt het echter waarschijnlijk dat er minder gewichtsverlies is bij het gebruik van BD in vergelijking met industrieel bereide sondevoeding.²⁰
- Verstopping van de voedingssonde - Het risico op het verstopt raken van de sonde is beschreven in de literatuur, maar niet aangetoond.^{2,8,11,14,21}
- (Voedsel)infecties - Het risico op ontstaan van (voedsel)infecties wordt beschreven, maar er zijn geen studies

bekend die het daadwerkelijk meer zien van (voedsel)infecties bij het geven van BD aantonen. Wel zijn er aanwijzingen dat BD meer pathogenen kan bevatten dan industrieel bereide sondevoeding.^{15,22} Bereiding van BD volgens een strak hygiëneprotocol lijkt de aanwezigheid van pathogenen te verkleinen.¹⁷

Aandachtspunten

Voor het adviseren van BD zijn aandachtspunten opgesteld (gebaseerd op BDA-standpunt).²⁴

1. Zorg voor een deskundige diëtist, die ouders kan begeleiden bij het adequaat toepassen van BD.
2. De diëtist is de expert in het adviseren over voeding via de sonde en kan de discussies over toepassing van BD in multidisciplinair overleg leiden.
3. De diëtist kan BD indiceren als er fysiologische, sociale of emotionele voordelen voor het kind en het gezin te verwachten zijn en overlegt hierover met de medebehandelaren van het kind.
4. De Richtlijnen goede voeding dienen als uitgangspunt voor het te bereiden BD.
5. Voor kortdurende periodes van sondevoeding, in de kliniek en in de PICU (Pediatric Intensive Care Unit) blijven industrieel bereide sondevoedingen de eerste keuze.
6. Communiceer met ouders over hun wensen en mogelijkheden. Geef uitleg over de voor- en nadelen van BD.
7. Zorg voor uniforme advisering door arts en diëtist over het al dan niet kunnen toepassen van BD bij het individuele kind.
8. Hou bij overwegen van BD rekening met:
 - a. Medische aspecten die contra-indicatief kunnen zijn, zoals complexe medische aandoeningen en immuun gecompromitteerde kinderen.
 - b. De leeftijd van het kind: ouder dan twaalf maanden. Tussen zes en twaalf maanden kan gestart worden met kleine hoeveelheden naast de borst- en/of kunstvoeding. BD is gecontra-indiceerd voor zuigelingen jonger dan zes maanden
 - c. Het toedieningssysteem en de soort sonde. Toediening via het duodenum en jejunum is af te raden.



Communiceer met ouders over hun wensen en mogelijkheden >>

- d. Mogelijkheden voor samenwerking met andere zorginstellingen/verblijfslocaties, zoals school en (medisch) kinderdagverblijf
 - e. De mogelijkheden voor een hygiënische bereiding en opslag
 - f. Tijdsinvestering door de diëtist en mogelijk extra consulten door de diëtist (buiten de vergoeding van drie uur vanuit de basisverzekering) in de eerstelijnsgezondheidszorg
 - g. Mogelijkheden van ouders en verzorgers om BD te bereiden, realistische verwachtingen (tijdsinvestering, uitvoering en kosten) en motivatie.
9. De informatie over de toepassing van BD wordt mondeling maar ook schriftelijk en/of digitaal verstrekt aan de ouders.
 10. Een alternatief voedingsplan (met als basis industrieel bereide sondevoeding) wordt verstrekt als BD om welke reden niet toegepast kan worden.
 11. Evalueer de behandeling met aandacht voor groei, volwaardigheid van de voeding, veiligheid, welbevinden, sociale aspecten en eventueel laboratoriumonderzoek via begeleidend kinderarts.

Voor de besluitvorming en praktische uitvoering van BD wordt door de werkgroep een dieetbehandelingsprotocol en toolkit opgesteld.

Zorg voor een uniforme advisering door arts en diëtist

Conclusie

De diëtist kan met ouders en/of verzorgers, het kind en de betrokken behandelaars het gesprek aangaan over BD als onderdeel van de diëtistische behandeling en als mogelijk alternatief voor industrieel bereide sondevoeding. Na het 'shared decision making'-proces kan de diëtist de ouders en/of verzorgers en het kind instrueren over en begeleiden bij het toepassen van BD. Er wordt een individueel voedingsplan opgesteld. De ouders en/of verzorgers en het kind krijgen het juiste materiaal voor een optimale ondersteuning. Regelmatige evaluatie van het voedingsplan met betrokkenen is belangrijk.

De Richtlijnen goede voeding zijn het uitgangspunt

AUTEURS

JESSY VAN BOXTEL DIËTIST (VG KEMPENHAEGHE, HEEZE)

IR. BRENDA GLAS KINDERDIËTIST/VOEDINGSKUNDIGE (CONSULTANCY IN KINDERVOEDING, BLEISWIJK)

MANON GROENEWOLD DIËTIST KINDERGENEESKUNDE (UMCG, GRONINGEN)

DR. IR. AGEETH HOFSTEENGE DIËTIST KINDERGENEESKUNDE (AMSTERDAM UMC, AMSTERDAM)

LIESBETH DE JONGH- KAMPHERBEEK DIËTIST KINDERGENEESKUNDE (UMCU-WKZ, UTRECHT)

WENDY KASTELIJN, MSC DIËTIST KINDERGENEESKUNDE (ERASMUS MC-SOPHIA KINDERZIEKENHUIS, ROTTERDAM)

DR. ANGELIKA KINDERMANN KINDERARTS-MDL (EMMA KINDERZIEKENHUIS, AMSTERDAM)

DR. BARBARA DE KONING KINDERARTS-MDL (ERASMUS MC-SOPHIA, ROTTERDAM)

CARLIJN VAN OPHUIZEN DIËTIST KINDERGENEESKUNDE (JEROEN BOSCH ZIEKENHUIS, 'S-HERTOGENBOSCH)

NIENKE WIERDSMA KINDER- EN JONGERENDIËTIST (KINDERDIËTISTEN FRIESLAND, LEEUWARDEN)

* Auteurs zijn leden van het landelijk Netwerk Kinderdiëtisten (NKD), in samenwerking met kinderartsen van het NVK

👁️ De literatuurreferenties zijn te vinden op www.ntvd.media.

LEESTIP

- Breaks A, Smith C, Bloch S et al. Blended diets for gastrostomy fed children and young people: a scoping review. *J Hum Nutr Diet* 2018;31:634-46.