



Vlaams
Parlement

ingediend op **1086** (2016-2017) – Nr. 1
22 februari 2017 (2016-2017)

Voorstel van resolutie

van Elke Van den Brandt en Jan Bertels

betreffende het tegengaan
van ondervoeding bij ouderen

TOELICHTING

1. Context

Terwijl de obesitasepidemie wereldwijd om zich heen grijpt, moet onze samenleving ook het hoofd bieden aan een ander volksgezondheidsprobleem: ondervoeding bij ouderen. Vandaag is in België één 65-plusser op tien ondervoed. De incidentie is hoger in ziekenhuizen en in rusthuizen. Eind 2008 onderzocht NutriAction¹ de voedingssituatie van bijna 5000 70-plussers, zowel ouderen die nog thuis wonen (1000) als ouderen die in een woonzorgcentrum verblijven (4000). Uit de resultaten bleek dat in onze rusthuizen bijna zes ouderen op tien (57%) een reëel risico op ondervoeding liepen² en dat 16% van de gepolste personen ondervoed was. Bij de thuiswonende ouderen liep 49% het risico op ondervoeding en bleek 12,8% ondervoed. Het percentage ondervoede patiënten in onze ziekenhuizen wordt dan weer geraamd op 30 tot 40%. Ook de resultaten van ander onderzoek, uit 2009, over de voedingssituatie van geriatrische patiënten in onze ziekenhuizen zijn onrustwekkend: vier op de vijf patiënten zijn ondervoed of lopen het risico op ondervoeding³.

De cijfers in verband met ondervoeding blijven zorgwekkend. De gegevens over 2013 leren ons dat van de 3641 mensen ouder dan 70 jaar die aan de recentste opsporingscampagne van NutriAction hebben deelgenomen, 45% een reëel risico op ondervoeding vertoont en 12% effectief ondervoed is. Van de ouderen die thuis wonen is 7% ondervoed en vertoont 28% een risico op ondervoeding. In woonzorgcentra lopen de cijfers op: 13% van de ouderen is ondervoed en 50% loopt een risico op ondervoeding.

2. De oorzaken van ondervoeding zijn velerlei

Er is sprake van ondervoeding bij een onvrijwillig gewichtsverlies van meer dan 10% in zes maanden of van meer dan 5% in één maand. Van ondervoeding wordt eveneens gesproken wanneer de body mass index (BMI) van de betrokkene lager ligt dan 21 kg/m² of wanneer een MNA- of een SGA-test⁴ ondervoeding aantonen.

Die testen maken gebruik van een voorgeschiedenis en een vragenlijst over de levensstijl, de mobiliteit en de zelfredzaamheid om op basis daarvan de noodzakelijke klinische onderzoeken uit te voeren.

Ondervoeding bij ouderen kan het gevolg zijn van verminderde voedselinname door verlies van eetlust, orodentale problemen die het kauwen bemoeilijken, of slikproblemen ten gevolge van een of andere aandoening. Andere mogelijke oorzaken zijn een verlies aan functionele autonomie, dat de onafhankelijkheid in alledaagse handelingen vermindert, behandelingen met geneesmiddelen die te lang duren of waarbij te veel geneesmiddelen worden gecombineerd, een te streng dieet (geen zout, geen vet of een te strikt dieet voor diabetici), beperkte financiële middelen, een onaangepast tijdstip van de maaltijden, de weinig fraaie manier waarop de maaltijden worden opgediend (koud, gemixt enzovoort) of het sociale isolement waarin die mensen leven.

¹ NutriAction is een Belgisch platform van een wereldwijd project gewijd aan ondervoeding. Het werd opgericht op initiatief van de Société Belge de Nutrition Clinique (SBNC), de Vlaamse Vereniging voor Klinische Voeding en Metabolisme (VVKVM), de Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) en Domus Medica (met steun van Nutricia Clinical Nutrition).

² Als gevolg van onevenwichtige voeding of verminderde eetlust.

³ Evaluatie van de ondervoedingsgraad in de geriatrische departementen (Defloor, Grypdonck, Bocquaert, Vanderwee, Folens, Lardennois, 2009).

⁴ Mini Nutritional Assessment ou Subjective Global Assessment.

Iedere verandering van plaats of levenswijze kan leiden tot stress en/of een depressieve toestand, met een verminderde eetlust als gevolg. Een rouwtoestand of de verhuizing naar een rusthuis, een woonzorgcentrum of bij de kinderen, zijn momenten die het leven in de war sturen.

De terugkeer naar huis of naar het woonzorgcentrum na een ziekenhuisopname gaat doorgaans ook met een gewichtsverlies gepaard.

Een andere mogelijke oorzaak van ondervoeding is dat het lichaam meer voedingsstoffen nodig heeft dan gewoonlijk, bijvoorbeeld door een ziekte (acute aandoening, kanker), na een heelkundige ingreep (wondgenezing vereist meer voedingsstoffen) of als gevolg van doorligwonden. Indien niet in die behoefte wordt voorzien, zal de oudere geleidelijk aan ondervoed geraken.

3. De kwalijke gevolgen van ondervoeding bij ouderen

Ondervoeding bij ouderen leidt tot een sneller autonomie- en mobiliteitsverlies en vereist bijgevolg verzorging die de samenleving meer geld kost.

3.1. De weerslag op de gezondheid

Ondervoeding zet het lichaam onder druk. Het kan niet langer naar behoren functioneren en dit heeft een negatieve weerslag op de gezondheid.

Ondervoeding leidt tot:

- een groter aantal ziekteverwikkelingen;
- een verhoogd risico op valpartijen en breuken;
- een langzamer herstel na een ziekte of ziekenhuisverblijf;
- een langer ziekenhuisverblijf;
- een verhoogde mortaliteit.

Ondervoeding gaat samen met een verlies van de spierkracht, waardoor de ouderen minder mobiel worden. Een afgenomen mobiliteit leidt tot:

- een aanzienlijk verlies van de levenskwaliteit voor de oudere;
- een verlies van autonomie.

Het verlies van autonomie is een belangrijke reden voor opname in een woonzorgcentrum.

3.2. De financiële weerslag

Aan ondervoeding bij ouderen is een gigantische kostprijs verbonden. In het Verenigd Koninkrijk liggen die kosten zelfs dubbel zo hoog als de kosten door obesitas. Ondervoeding en de bijbehorende risico's leiden tot hogere ziekenhuiskosten. Recent onderzoek toont aan dat de ziekenhuiskosten voor een ondervoede patiënt ongeveer 19% hoger zijn dan voor een 'gewone' patiënt met soortgelijke ziekteverschijnselen. Uit aanvullend onderzoek blijkt dat ondervoeding tijdens het ziekenhuisverblijf eveneens tot hogere uitgaven voor gezondheidszorg leidt. Zo kunnen de ziekenhuiskosten van medisch ondervoede patiënten 75% hoger liggen dan die van goed gevoede patiënten.

In België worden de kosten als gevolg van niet-behandeling van ondervoeding op 400 miljoen euro per jaar geraamd (Ethgen, Spaepen, Moeremans, Annemans, 2005).

Talrijke rapporten hebben deze alarmerende situatie vastgesteld en aangetoond dat dit volksgezondheidsprobleem acuut is en dringend moet worden aangepakt. Ondervoeding stond al in 2003 op de agenda van de Raad van Europa, die een

resolutie uitvaardigde met aanbevelingen voor de lidstaten om ondervoedingsproblemen in ziekenhuizen snel te detecteren en op te volgen.

In 2006 hebben experts⁵ in het licht van het ontegensprekelijke gebrek aan aandacht voor het vraagstuk van de ondervoeding in de voedingsstrategieën van de Europese landen (vrijwel uitsluitend gericht op obesitas) besloten op het niveau van het Europees Parlement een werkgroep samen te stellen die volledig aan ondervoeding is gewijd: de European Nutrition for Health Alliance. Hun doelstelling is de lidstaten bewust te maken van de noodzaak het vraagstuk van de ondervoeding dringend te regelen en een Europese agenda met actiepunten op te stellen.

Screening en preventie van ondervoeding behoren sinds 2005 tot de krachtlijnen van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan voor België (NVGP-B 2005-2010 en NVGP-C 2011-2015). Met de zesde staatshervorming is een deel van het budget voor dit plan overgedragen aan de gemeenschappen. Voor Vlaanderen wordt dit deel toegevoegd aan de middelen voor het realiseren van de gezondheidsdoelstelling Voeding en Beweging.

Dit plan is erop gericht de maatregelen te bepalen die nodig zijn om tot minder ondervoeding te komen, zowel in de ziekenhuizen en de woonzorgcentra, als op het vlak van de thuiszorg. Men moet echter vaststellen dat daar nooit structurele en begrote maatregelen voor de lange termijn op zijn gevolgd. Toch zijn die steunmaatregelen bekend en makkelijk uit te voeren. In andere buurlanden (met name Nederland) is al aangetoond dat de snelle aanpak van de ondervoeding bij ouderen niet op de begroting van de gezondheidszorg weegt, integendeel.

In 2007 werden, in de vorm van proefprojecten, initiatieven opgestart waarbij artsen, verpleegkundigen en diëtisten in 20, 40, 60 en (in 2011) 96 ziekenhuizen in 'voedingsteams' zijn betrokken. Hun taak bestond erin de multidisciplinaire verzorgingsteams bewust te maken van de noodzaak te letten op het gewicht van de oudere patiënten, na te gaan of ze hun maaltijden opeten, de nodige tijd te nemen om hen te helpen bij het eten en de verschillende maaltijden bijvoorbeeld in evenwichtige tussendoortjes op te splitsen. Die baanbrekende teams stelden een significant verschil in de gezondheidstoestand van die patiënten vast. Maar zij constateerden ook dat de doeltreffendheid afhankelijk was van de aanvullende aanwezigheid van stagiair-verpleegkundigen in de verzorgingsteams en van een permanente waakzaamheid.

De inspanningen moesten in september worden hervat, na de twee maanden vakantie waarbij de onderbezetting het niet mogelijk had gemaakt zich voldoende bezig te houden met de patiënten die op de geplande tijdstippen hun maaltijden niet opaten. De loutere verspreiding van aanbevelingen en best practices is dus onvoldoende. Men moet erop toezien dat ze concreet worden toegepast bij de dagelijkse verzorging, bij de voedselbereiding in de ziekenhuizen, alsook wanneer men in de ziekenkamer bij de patiënt langskomt.

Die verpleegkundigen en diëtisten hebben ook vastgesteld dat:

- er follow-up nodig is als de oudere naar huis of naar zijn rustoord terugkeert;
- de oudere zonder dezelfde begeleiding van de professionele verzorgers opnieuw wegens ondervoeding wordt opgenomen;
- geregelde opvolging van de individuele ouderen, via consulten met een diëtist(e), vruchten afwerpt.

⁵ Voorgezeten door prof. Olle Ljungqvist van de European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) en mede voorgezeten door prof. Jean-Pierre Baeyens van de International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG).

In het kader van die proefprojecten kon een diëtist(e) van het dagziekenhuis de opvolging van die patiënten verzekeren, maar het consult wordt niet terugbetaald.

Er zijn dus weinig ouderen die na een ziekenhuisopname in aanmerking komen voor een opvolging door een diëtist(e). Men moet derhalve dringend maatregelen nemen, waarvan bekend is dat zij haalbaar zijn, want uit ramingen blijkt dat in 2050 een derde van de Europeanen meer dan 60 jaar zal zijn⁶.

Daarom werd in mei 2011 een rondetafel over ondervoeding bij ouderen georganiseerd⁷. Bij die gelegenheid werden aanbevelingen rond vier thema's geformuleerd: screening, behandeling, follow-up en opleiding.

In het kader van die vandaag nog steeds relevante aanbevelingen wordt onder meer gestreefd naar:

- een systematische screening van personen ouder dan 75 jaar;
- het definiëren van protocollen om ondervoeding te behandelen, rekening houdend met de nationale, internationale en professionele richtlijnen (ESPEN, BAPEN, NICE, HAS enzovoort);
- een betere follow-up van ondervoede personen in de diverse omgevingen (thuis, ziekenhuizen en woonzorgcentra), om de strategie en de getroffen maatregelen in de strijd tegen ondervoeding te evalueren; de uitkomst en de analyse van de gestelde handelingen, alsook cijfergegevens, zullen het mogelijk maken de opvolging zo nodig bij te sturen;
- een betere opleiding en informatie van het verzorgend personeel en de naaste omgeving van de oudere; in Vlaanderen bestaat op dit ogenblik immers geen enkele officiële informatietool voor de medische of familiale entourage van de ondervoede oudere. Ook in de cursussen van het verpleegkundig en paramedisch personeel wordt amper ingegaan op ondervoeding bij ouderen, terwijl het thema haast niet aan bod komt in de basisopleiding Geneeskunde;
- de veralgemening van de in bijna 100 ziekenhuizen geteste praktijken van de voedingsteams, waarbij erop wordt toegezien te beantwoorden aan de vaststellingen, behoeften en goede praktijken die uit de sinds 2008 gevoerde proefprojecten naar voren zijn gekomen; dit houdt in dat de nodige tijd wordt uitgetrokken aan het bed van de patiënten op het ogenblik van de maaltijd, dat de maaltijd in verscheidene kleine evenwichtige tussendoortjes kan worden opgesplitst en dat de gezondheidsprofessionals worden begeleid bij de bewustwording van die risico's van ondervoeding;
- het toegankelijker maken van voedingszorg en de voedingsinterventies: voor de terugbetaling van medische voedingsdranken en voedingsadvies behoren we tot de slechtste leerlingen van de Europese Unie. Dat is niet bevorderlijk voor een goede behandeling van de ondervoede patiënten.

Op federaal niveau werden al enkele stappen ondernomen. Zo werd een resolutie (*Parl.St.* Kamer 2010-11, nr. 1629/001) als aanvullend beleidsinstrument gebruikt bij de proefprojecten met voedingsteams in talrijke ziekenhuizen en bij de opeenvolgende onderzoeken van NutriAction.

Ingevolge een omzendbrief kan sinds 1 juli 2014 in alle ziekenhuizen, met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen, de geïsoleerde gespecialiseerde ziekenhuizen (Sp), de geïsoleerde geriatrie ziekenhuizen en diensten (G) en de palliatieve zorginstellingen, een voedingsteam worden opgericht dat minstens be-

⁶ Wait S. (2005) Malnutrition within an Ageing Population: A call to action. Working paper, European Nutrition for Health Alliance.

⁷ Deze rondetafel werd georganiseerd door huidig minister Maggie De Block, mevrouw Muriel Gerken, mevrouw Maya Detiège en mevrouw Colette Burgeon. Meerdere specialisten en geneesheren namen hieraan deel.

staat uit een diëtist, een verpleegkundige, een arts, een apotheker en een leidinggevende voor de keuken.

Ten slotte kan inspiratie worden geput uit de maatregelen die het Franse Ministerie van Volksgezondheid in 2010 heeft ingesteld. De aldaar genomen demarches lopen volledig gelijk met de aanbevelingen van dit voorstel van resolutie. Meer informatie over het Franse initiatief staat in de brochure 'Dénutrition, une pathologie méconnue en société d'abondance' (http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_denu-trition.pdf).

Elke VAN DEN BRANDT
Jan BERTELS

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

Het Vlaams Parlement,

- gelet op:
 - 1° de gevolgen van de zesde staatshervorming waarbij een aantal bevoegdheden met betrekking tot de gezondheidssector naar de Vlaamse Gemeenschap werden overgedragen;
 - 2° het feit dat gezondheidspreventie een Vlaamse bevoegdheid is;
 - 3° de gezondheidsdoelstelling Voeding en Beweging, waarvan het beleid geëvalueerd wordt en waarover dit voorjaar een eindrapport met actieplannen komt;
 - 4° de maatregelen getroffen door het Franse Ministerie van Volksgezondheid;
 - 5° de resultaten van de proefprojecten die door de federale overheid werden georganiseerd;
 - 6° de rondetafelgesprekken uit 2011;
 - 7° de discussie over deze materie op federaal niveau waarbij gewezen wordt op Vlaamse verantwoordelijkheid;
 - 8° de vaststelling dat ondervoeding niet alleen voorkomt bij ouderen. Kankerpatiënten, chronisch zieken, patiënten op intensieve zorgen en zelfs obesitaspatiënten zijn vaak ondervoed. De voedingsteams waarvan sprake behandelen sinds 2007 uiteraard alle patiënten, ongeacht hun leeftijd;
- overwegende dat:
 - 1° één Belg op tien van 65 jaar of ouder ondervoed is – een incidentie die nog hoger is in ziekenhuizen en woonzorgcentra – en dat uit verschillende studies is gebleken dat:
 - a) 7% van de ouderen die thuis wonen, ondervoed is;
 - b) dat cijfer bovendien oploopt tot 13% van de ouderen die in een woonzorgcentrum verblijven;
 - 2° uit de resultaten van een studie uit 2008 blijkt dat vrijwel alle ouderen het risico op ondervoeding lopen zodra ze ouder dan 70 jaar zijn (een studie uitgevoerd door NutriAction in 2008 over de voedingssituatie van bijna 5000 Belgen ouder dan 70 jaar, zowel thuiswonende ouderen (1000) als ouderen die in een woonzorgcentrum verblijven (4000)), en er tevens op wijzend dat toen die studie in 2011 werd overgedaan, men tot dezelfde resultaten kwam;
 - 3° er geen enkel verplicht of systematisch onderzoek bestaat om het ondervoedingsrisico bij ouderen op te sporen;
 - 4° gewichtsverlies vaak als een normaal ouderdomsverschijnsel wordt beschouwd;
 - 5° experts, in het raam van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan, sinds 2005 aanbevelingen hebben uitgewerkt over omgevingsgebonden risico-opsporingsmethodes;
 - 6° de sinds 2007 in steeds meer ziekenhuizen ontwikkelde proefprojecten het mogelijk hebben gemaakt best practices uit te werken en de opsporing van ondervoeding te verfijnen;
 - 7° niet alle ondervoede patiënten normale voeding in toereikende hoeveelheden kunnen opnemen en dat voor hen eiwit- en energierijke voedingssupplementen (al dan niet via sonde) uitkomst bieden;
 - 8° de behandeling van ondervoeding de zelfredzaamheid van de oudere bevordert en talloze voordelen heeft:
 - a) lager sterftecijfer;
 - b) korter ziekenhuisverblijf;
 - c) minder ziekenhuisopnames;
 - d) verbeterde mobiliteit;
 - e) betere fysieke conditie;

- f) behoud van de spierkracht;
- g) minder valpartijen;
- h) verhoogde weerstand;
- i) minder complicaties;
- j) minder infecties;
- k) kleinere kans op doorligwonden;
- l) snellere wondgenezing;
- m) betere lichamelijke en geestelijke gezondheid;
- n) verhoogde beweeglijkheid en meer mogelijkheden om doordeweekse activiteiten uit te voeren;
- o) verbeterd cognitief vermogen;
- 9° in de landen met een goede terugbetalingsregeling voor medische voeding, voor die terugbetaling een bedrag wordt begroot tussen 4,8 en 8,8 euro per persoon op jaarbasis, tegenover slechts 1,8 euro in België;
- 10° de voedingstoestand van de thuiszorgpatiënten op geen enkele manier wordt opgevolgd en dat raadplegingen bij diëtisten alleen worden terugbetaald als ze in een ziekenhuisinstelling plaatsvinden;
- vraagt de Vlaamse Regering:
 - 1° te voorzien in een onderzoek naar het ondervoedingsrisico bij alle personen ouder dan 70 jaar;
 - 2° de voedingstoestand van de ouderen stelselmatig en actief te screenen en te observeren, ongeacht de omgeving waarin zij zich bevinden (ziekenhuis, woonzorgcentrum, dagopvang, thuiscontext enzovoort);
 - 3° te voorzien in de follow-up van de voedingstoestand van patiënten die ouder zijn dan 70 jaar, meer bepaald door de voedingsgegevens en -behandelingen van de patiënt op te nemen in zijn medisch of gezondheidsdossier, zodat:
 - a) die informatie gekend is door en verspreid wordt over alle omgevingen waar de patiënt eventueel verblijft;
 - b) in de hoogtechnologische wereld van de genees- en de verpleegkunde, de basiszorg en meer bepaald de voedingszorg niet langer wordt onderschat noch verwaarloosd;
 - c) het besef groeit dat een patiëntendossier met duidelijke voedingsinformatie niet alleen bepalend is voor de evolutie van de gezondheid en de zelfredzaamheid van de oudere zelf, maar ook voor de evolutie van de gezondheidszorguitgaven;
 - 4° opleidings- en informatietools te ontwikkelen en ter beschikking te stellen van het zorgpersoneel en de betrokkenen in de naaste omgeving van de ouderen, waarbij:
 - a) correcte en makkelijk toegankelijke informatie over dit vraagstuk (Wat zijn de eerste tekenen van ondervoeding? Hoe zijn ze te herkennen?) een eerste stap in de goede richting zou zijn;
 - b) via een begeleidende gids voor de gezondheidsprofessional de aandacht kan worden gevestigd op de volgende sleutelmomenten in het leven van de oudere, die extra aandacht vergen op het vlak van de voedings-situatie:
 - 1) overlijden van echtgenoot of partner;
 - 2) recent ontslag uit het ziekenhuis;
 - 3) depressie;
 - 4) specifieke chronische ziekte;
 - 5) beperkte financiële middelen;

- 5° er bij de federale overheid op aan te dringen om:
- a) voedingszorg en voedingsinterventie voor ondervoede ouderen te doen terugbetalen volgens duidelijke protocollen die overeenstemmen met de bestaande nationale, internationale en sectorgebonden richtlijnen op het vlak van de behandeling van ondervoede patiënten;
 - b) voor de nutritionele noden van kankerpatiënten, structureel diëtisten aan te werven om de multidisciplinaire oncologische teams te versterken inzake ondervoeding, ook in de thuiszorg;
 - c) over te gaan tot de evaluatie van de tenuitvoerlegging van de omzendbrief van 1 juli 2014 die het mogelijk maakt de voedingsteams in de verschillende ziekenhuizen te financieren;
 - d) de organisatie en de financiering van de voedingsteams te verruimen tot alle ziekenhuizen, met inbegrip van de psychiatrische ziekenhuizen en de diensten en dagcentra die betrokken zijn bij de ouderenzorg;
 - e) samen te voorzien in structurele ondersteuning van de oudere patiënten in de ziekenhuizen, woonzorgcentra, de dagcentra enzovoort, meer bepaald door:
 - 1) de zorgverleners en de koks bij te staan;
 - 2) het systeem van maaltijden op vaste tijdstippen te vervangen door lichte tussendoortjes, die meer over de dag gespreid zijn;
 - 3) voor de patiënten die naar hun dagelijkse omgeving terugkeren, terugbetaalde voedingssessies buiten het ziekenhuis te organiseren, bijvoorbeeld via dieetconsulten in de dag, woonzorg- en kortverblijfscentra;
- 6° ondervoeding bij ouderen op te nemen in een samenwerkingsakkoord tussen de Federale Staat en de deelstaten omtrent ouderenzorg.

Elke VAN DEN BRANDT
Jan BERTELS