

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

21 januari 2015

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**over een betere aanpak
van ondervoeding
bij ouderen**

(ingediend door mevrouw Muriel Gerkens c.s.)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

21 janvier 2015

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**concernant l'amélioration de la prise
en charge de la dénutrition
chez les personnes âgées**

(déposée par Mme Muriel Gerkens et consorts)

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GO!	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
FDF	:	Fédéralistes Démocrates Francophones
PP	:	Parti Populaire

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 54 0000/000:	Parlementair document van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV:	Beknopt Verslag
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN:	Plenum
COM:	Commissievergadering
MOT:	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 54 0000/000:	Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV:	Compte Rendu Analytique
CRIV:	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN:	Séance plénière
COM:	Réunion de commission
MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen:
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.dekamer.be
e-mail : publicaties@dekamer.be

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes:
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be
courriel : publicaties@lachambre.be

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Dit voorstel van resolutie neemt, met de nodige wijzigingen, de tekst over van voorstel van resolutie 53 1629/001. Dit voorstel van resolutie kon jammer genoeg niet meer in de commissie worden behandeld vóór de verkiezingen van mei 2014.

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 *NutriAction*¹ de voedingssituatie van bijna 5 000 Belgische 70-plussers, zowel ouderen die nog thuis wonen (1 000) als ouderen die in een woonzorgcentrum verblijven (4 000). 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 de Belgische ziekenhuizen wordt dan weer geraamd op 30 tot 40 %. Ook de resultaten van ander onderzoek, uit 2009, over de voedingssituatie van geriatrische patiënten in de Belgische 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 immers dat van de 3 641 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.

Thuis: 7 % van de ouderen was ondervoed en 28 % vertoonde een risico op ondervoeding.

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).

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition de résolution reprend le texte de la proposition de résolution 53 1629/001, moyennant les adaptations requises. Cette proposition de résolution n'a malheureusement pas pu être examinée en commission avant les élections de mai 2014.

1. Cadre général

Alors que l'épidémie d'obésité mondiale ne fait que s'accroître, notre société doit également faire face à un autre problème de santé publique: la dénutrition chez les personnes âgées. À ce jour, en Belgique, un(e) Belge sur 10 de plus de 65 ans est dénutri(e), avec une incidence plus élevée dans les hôpitaux et les maisons de repos. Fin 2008, *NutriAction*¹ a examiné la situation nutritionnelle de près de 5 000 Belges de plus de 70 ans, aussi bien au domicile (1 000) que dans les maisons de repos et de soins (4 000). Les résultats indiquent que, dans nos maisons de repos, près de 6 personnes âgées sur 10 (57 %) ont un véritable risque de dénutrition², et que 16 % des personnes dépistées étaient en état de dénutrition. Au domicile, 49 % présentent un risque de dénutrition, et 12,8 % étaient dénutris. La dénutrition dans les hôpitaux belges est, quant à elle, estimée entre 30 et 40 %. Les résultats d'une autre étude, en 2009, sur la situation alimentaire des patients gériatriques dans les hôpitaux belges sont inquiétants: quatre patients sur cinq sont atteints de dénutrition, ou courent le risque de dénutrition³.

Les chiffres relatifs à la dénutrition restent inquiétants. En effet, les chiffres de 2013 nous disent que, sur un groupe de 3641 personnes âgées de plus de 70 ans ayant participé à la dernière campagne de dépistage de *NutriAction*, 45 % présentent un risque réel de dénutrition et 12 % sont effectivement en état de dénutrition.

Au domicile: 7 % des séniors étaient dénutris et 28 % montraient un risque de dénutrition.

¹ *NutriAction* est une plateforme belge d'un projet mondial dédiée à la dénutrition, créée à l'initiative de la *Société Belge de Nutrition Clinique* (SBNC), la *Vlaamse Vereniging voor Klinische Voeding en Metabolisme* (VVKVM), la *Société Scientifique de Médecine Générale* (SSMG) et *Domus Medica* (avec le soutien de *Nutricia Clinical Nutrition*).

² À cause d'une alimentation qui n'est pas équilibrée, à cause d'une perte d'appétit.

³ Évaluation de la malnutrition dans les unités de gériatrie hospitalières (Defloor, Grypdonck, Bocquaert, Vanderwee, Folens, Lardennois 2009).

In een woonzorgcentrum: 13 % was ondervoed en 50 % vertoonde een risico op ondervoeding.

2. De oorzaken van ondervoeding zijn velerlei

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 onaanpast tijdstip van de maaltijden, de weinig fraaie manier waarop de maaltijden worden opgediend (koud, gemixt enzovoort) of het sociale isolement waarin die mensen leven.

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 rusthuis 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.

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.

⁴ MNA: *Mini Nutritional Assessment*; SGA: *Subjective Global Assessment*.

En maisons de repos et de soins (MRS) : 13 % étaient dénutris et 50 % étaient à risque de dénutrition.

2. Les causes d'une dénutrition sont multiples

Cette diminution peut faire suite à une perte d'appétit, à des problèmes bucco-dentaires et dès lors de mastication, à des problèmes de déglutition qui peuvent apparaître suite à de nombreuses pathologies, à une perte d'autonomie fonctionnelle qui diminue l'indépendance dans les actes de la vie quotidienne, à des troubles cognitifs, à des traitements médicamenteux trop longs et composés de trop de médicaments, à des régimes trop restrictifs (sans sel ou sans graisse ou des régimes pour diabétiques trop stricts), à des moyens financiers réduits, à l'heure inadaptée des repas, à la manière peu engageante dont les plats sont servis (froids, mixés,...) ou encore à l'isolement social de ces personnes.

Tout changement de lieu ou de mode de vie peut provoquer du stress et/ou un état dépressif qui se traduit par une perte d'appétit. Un deuil, le passage en maison de repos (MR) ou en MRS ou chez les enfants font partie de ces moments de vie perturbateurs.

Le retour à la maison ou en MR suite à une hospitalisation s'accompagne également, généralement, d'une perte de poids.

Une autre cause pouvant expliquer un état de dénutrition peut être le fait que l'organisme nécessite des besoins en substances nutritives plus importants que de coutume, en raison d'une maladie (affection aiguë, un cancer) ou suite à une intervention chirurgicale (la cicatrisation augmente les besoins nutritionnels) ou suite à des escarres. Si ceux-ci ne sont pas rencontrés, une dénutrition s'installe peu à peu.

Une personne âgée sera considérée comme étant dénutrie si on observe chez elle une perte de poids involontaire de plus de 10 % au cours des 6 derniers mois, ou plus de 5 % au cours du dernier mois. On parle également de dénutrition si elle présente un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 21 kg/m² ou si un test MNA ou SGA⁴ le démontre.

Ces tests associent un historique et un questionnaire sur le mode de vie, la mobilité et l'autonomie pour réaliser les examens cliniques nécessaires.

⁴ *Mini Nutritional Assessment* ou *Subjective Global Assessment*.

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.

3. Problèmes causés par la dénutrition chez les personnes âgées

La dénutrition chez les personnes âgées entraîne une perte accélérée d'autonomie et de mobilité et nécessite dès lors des prises en charge supplémentaires représentant des coûts importants pour la société.

3.1. Les coûts sur la santé

La dénutrition met le corps sous pression, qui ne peut plus bien fonctionner, et influe donc négativement sur la santé.

La dénutrition conduit à:

- une augmentation des complications des maladies;
- une augmentation des risques de chute et de cassure;
- un rétablissement plus long après une maladie ou une hospitalisation;
- une hospitalisation prolongée;
- des taux de mortalité plus grands.

La dénutrition est liée à une perte de force musculaire, ce qui entraîne une perte de mobilité, qui conduit à:

- une perte de qualité de vie considérable pour la personne âgée;
- une perte d'autonomie.

La perte d'autonomie est une raison importante pour une admission dans une maison de repos et de soins (MRS).

3.2. Les coûts financiers

Le coût financier de la dénutrition chez les personnes âgées est énorme: au Royaume-Uni, ce coût représente même le double de celui lié à l'obésité. La dénutrition, ou les risques encourus, augmentent les coûts d'une prise en charge hospitalière. Des études récentes révèlent que les frais d'hospitalisation pour un patient en dénutrition sont environ 19 % plus élevés que pour un patient 'traditionnel' dont le diagnostic médical est semblable. Une analyse complémentaire montre que la sous-alimentation pendant une hospitalisation engendre aussi des frais de soins de santé plus élevés.

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 ontgensprekelijke 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.

In België behoren screening en preventie van ondervoeding sinds 2005 tot de krachtlijnen van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan voor België (NVGP-B 2005-2010 en NVGP-C 2011-2015). Dat 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

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

Ainsi, les frais d'hospitalisation des patients atteints de dénutrition médicale peuvent dépasser de 75 % ceux des patients bien nourris.

En Belgique, les coûts résultant du non traitement de la dénutrition sont estimés à 400 millions d'euros par an (Ethgen, Spaepen, Moeremans, Annemans, auteurs d'une étude réalisée en 2005).

Cette situation alarmante a fait l'objet de nombreux constats, démontrant l'évidence et l'urgence de régler cette problématique de santé publique. La dénutrition faisait déjà partie de l'agenda du Conseil de l'Europe en 2003 et une résolution fut décrétée, avec des recommandations pour les pays membres concernant la détection rapide et l'observance de la problématique de la dénutrition dans les hôpitaux.

En 2006, devant le manque évident de prise en compte de la problématique de la dénutrition dans les stratégies nutrition des pays européens (presque exclusivement concentrée sur l'obésité), des experts⁵ ont décidé de former un groupe de travail entièrement dédié à la dénutrition au niveau du Parlement européen: l'*European Nutrition for Health Alliance*. Leurs objectifs sont de sensibiliser les pays membres à l'importance et à l'urgence de régler la problématique de la dénutrition et de construire un agenda d'actions au niveau européen.

En Belgique, la détection et la prévention de la dénutrition constituent l'une des lignes directrices du Plan National Nutrition Santé depuis 2005 (PNNS-B 2005-2010 ainsi que le PNNS-C 2011-2015). Ce plan traite de l'identification des mesures nécessaires pour obtenir une diminution de la dénutrition, tant au niveau des hôpitaux, des maisons de repos et de soins, qu'au niveau des soins à domicile. Mais, force est de constater que cela n'a jamais été suivi d'actions structurelles et budgétées pour le long terme. Or, les mesures de prise en charge sont connues et simples à mettre en place. Ces mesures ont, de plus, déjà montré dans d'autres pays voisins (et notamment en Hollande) que la prise en charge rapide de la dénutrition des personnes âgées ne pèse pas sur le budget des soins de santé, que du contraire...

Des initiatives sous forme de projets pilotes, impliquant des médecins, infirmiers, et diététiciens, ont été mises sur pied en 2007, sous la forme d'“équipes nutritionnelles” dans 20, 40, 60, puis 96 hôpitaux, en 2011. Leur tâche consistait à sensibiliser les équipes

⁵ Présidé par le Prof Olle Ljungqvist de l'*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) et co-présidé par le Prof. Jean-Pierre Baeyens de l'*International Association of Gerontology and Geriatrics* (IAGG).

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 hun 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 stagiairs-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 bejaarde naar huis of naar zijn rustoord terugkeert;
- de bejaarde zonder dezelfde begeleiding van de professionele verzorgers opnieuw wegens ondervoeding wordt opgenomen;
- geregelde opvolging van de individuele bejaarden, via consulten met een diëtist(e), vruchten afwerpt.

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 bejaarden 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.

pluridisciplinaires de soins à la nécessité de se soucier du poids des patients âgés, de vérifier qu'ils mangent leur repas, de prendre le temps nécessaire pour les aider à manger, et de scinder les repas en plusieurs collations équilibrées, par exemple. Ces équipes pionnières constatèrent une différence significative dans l'état de santé de ces patients. Mais ils constatèrent aussi que cette efficacité était dépendante de la présence de stagiaires infirmiers pour compléter les équipes de soins et d'un rappel permanent à cette vigilance.

Les efforts étaient à reprendre en septembre, après les deux mois de congés où les sous-effectifs n'avaient pas permis de s'occuper suffisamment des patients qui ne mangiaient pas aux moments prévus des repas. La simple diffusion de recommandations et de bonnes pratiques ne suffit donc pas. Il faut en suivre la concrétisation dans le quotidien des actes de soins et des préparations culinaires des hôpitaux ainsi que dans le temps pris au chevet de chaque patient.

Ces infirmiers et diététiciennes constatèrent également:

- qu'un suivi est nécessaire lorsque la personne âgée retourne chez elle ou dans sa maison de repos;
- que, sans le même accompagnement des professionnels de soins, la personne âgée est hospitalisée à nouveau pour les mêmes raisons de dénutrition;
- qu'un suivi régulier de la personne, via des consultations avec une diététicienne, est bénéfique.

Dans le cadre de ces projets pilotes, un(e) diététicien(ne) de l'hôpital de jour pouvait assurer le suivi de ces patients mais la consultation n'est pas remboursable.

Rares sont dès lors les personnes âgées qui peuvent bénéficier d'un suivi diététique après une hospitalisation. Il est donc urgent de prendre des mesures, dont on sait qu'elles sont possibles, car on estime que, d'ici 2050, un tiers des Européens aura plus de 60 ans⁶.

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

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

Daarom hebben de indieners van het voorstel van resolutie 53 1629/001 op 19 mei 2011 een rondetafel over ondervoeding bij ouderen georganiseerd. 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 de Belgische bevolking 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 België 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 Belgische 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 behoort België tot de slechtste leerlingen van de Europese Unie. Dat is niet bevorderlijk voor een goede behandeling van de Belgische ondervoede patiënten.

C'est pour ces motifs que les auteurs de la proposition de résolution 53 1629/001 ont organisé, le 19 mai 2011, une table ronde consacrée à la dénutrition chez les personnes âgées. À cette occasion, des recommandations ont été formulées autour de quatre thèmes: le dépistage, le traitement, le suivi et la formation.

Dans le cadre de ces recommandations, toujours d'actualité, il convient notamment:

— de rendre systématique un dépistage de la population belge des plus de 75 ans;

— de définir des protocoles de traitement de la dénutrition qui suivent les directives nationales, internationales et professionnelles (ESPEN, BAPEN, NICE, HAS...);

— d'assurer un meilleur suivi de la personne dénutrie dans les différents environnements (domicile, hôpitaux et maisons de repos et de soins) afin d'évaluer la stratégie et les mesures adoptées dans la lutte contre la dénutrition; le relevé et l'analyse des actes posés ainsi que des chiffres permettront de corriger, si nécessaire, le suivi à apporter;

— de mieux former et informer les personnels soignants et les proches de la personne âgée car, en Belgique, aucun outil officiel d'information n'existe pour le moment pour l'entourage, qu'il soit médical ou familial, de la personne âgée dénutrie; de même, le thème de la dénutrition de la personne âgée est le parent pauvre des cursus infirmiers et paramédicaux et est quasi inexistant dans la formation de base en médecine;

— de généraliser les pratiques des équipes nutritionnelles testées dans presque 100 hôpitaux belges, en veillant à rencontrer les constats, besoins et bonnes pratiques issues de ces projets pilotes existants depuis 2008; ce qui nécessite du temps au chevet des patients aux moments des repas, la possibilité de scinder le repas en plusieurs collations équilibrées et l'accompagnement des professionnels de la santé dans cette prise de conscience de ces risques de dénutrition;

— de permettre une meilleure accessibilité des soins alimentaires et des interventions nutritionnelles car la Belgique se situe parmi les derniers de la classe dans l'Union européenne en ce qui concerne le remboursement des boissons nutritives médicales et les conseils diététiques, ce qui empêche malheureusement un bon traitement des patients sous-alimentés belges.

Ook al werd voornoemd voorstel van resolutie DOC 53 1629/001 van juni 2011 niet aangenomen tijdens de zittingsperiode 2010-2014, toch heeft het de minister van Volksgezondheid tot actie aangezet; dat document werd immers 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 immers 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 bestaat uit een diëtist, een verpleegkundige, een arts, een apotheker en een leidinggevende voor de keuken. Het betreft de wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, dat betrekking heeft op het budget van financiële middelen d.d. 1 januari 2014 en 1 juli 2014. Al gaat het om een mogelijkheid en niet om een verplichting, toch wordt aldus vooruitgang geboekt, op voorwaarde dat de budgetten daadwerkelijk aan de ziekenhuizen worden toegewezen.

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*” (www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_denutrition.pdf).

Même si la proposition de résolution précitée 53 1629/001, déposée en juin 2011, n’a pas été adoptée sous la législature 2010 – 2014, elle a fait bouger la ministre de la Santé car ce document a servi d’outil politique venant compléter les projets pilotes d’équipes nutritionnelles dans de nombreux hôpitaux et les enquêtes successives de *NutriAction*.

Une circulaire permet en effet, depuis le 1^{er} juillet 2014, de financer dans tous les hôpitaux, à l’exception cependant des hôpitaux psychiatriques, des hôpitaux spécialisés (Sp) isolés, des hôpitaux et services gériatriques (G) isolés et des soins palliatifs, la mise en place d’une équipe nutritionnelle devant être composée, au minimum, d’un diététicien, d’un infirmier, d’un médecin, d’un pharmacien et d’un responsable de la cuisine. Il s’agit de la modification de l’arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux qui porte sur le budget des moyens financiers (BNF) aux 1^{er} janvier et 1^{er} juillet 2014. Il s’agit d’une possibilité et non d’une obligation mais c’est une avancée, à condition que les budgets soient réellement attribués aux hôpitaux.

Enfin, il est intéressant de lire les dispositifs mis en place en 2010 par le ministère de la Santé français. Il s’agit d’une démarche identique aux recommandations de cette proposition de résolution. Voir leur brochure “*Dénutrition, une pathologie méconnue en société d’abondance*” (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_denutrition.pdf).

Muriel GERKENS (Ecolo-Groen)
Anne DEDRY (Ecolo-Groen)

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. merkt op dat in België één Belg op tien van 65 jaar of ouder ondervoed is — een incidentie die nog hoger is in ziekenhuizen, rusthuizen en woonzorgcentra — en dat uit verschillende studies is gebleken dat:

a. een kwart van de ouderen die thuis wonen, ondervoed is;

b. dat cijfer bovendien oploopt tot respectievelijk driekwart en de helft voor de ouderen die in een woonzorgcentrum dan wel in het ziekenhuis verblijven;

B. verwijst naar de resultaten van een studie uit 2008, waaruit blijkt dat vrijwel alle ouderen het risico op ondervoeding lopen zodra ze ouder dan zeventig zijn⁷, en wijst er tevens op dat toen die studie in 2011 werd overgedaan, men tot dezelfde resultaten kwam;

C. stipt aan dat er geen enkel verplicht of systematisch onderzoek bestaat om het ondervoedingsrisico bij ouderen op te sporen;

D. constateert dat gewichtsverlies vaak als een normaal ouderdomsverschijnsel wordt beschouwd;

E. wijst erop dat experts, in het raam van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan, sinds 2005 aanbevelingen hebben uitgewerkt over omgevingsgebonden risico-opsporingsmethodes;

F. geeft aan dat 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;

G. attendeert erop dat de structurele RIZIV-financiering van een voedingsteam in de ziekenhuizen pas sinds juni 2014 mogelijk is gemaakt, evenwel met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen, de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen, de geïsoleerde G-ziekenhuizen en G-diensten en de zorg;

H. geeft aan dat niet alle ondervoede patiënten normale voeding in toereikende hoeveelheden kunnen opnemen en dat voor hen eiwit- en energierijke

⁷ Studie uitgevoerd door *NutriAction* in 2008 over de voedingssituatie van bijna 5 000 Belgen ouder dan 70 jaar, zowel thuiswonende ouderen (1 000) als ouderen die in een woonzorgcentrum verblijven (4 000).

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. vu que, en Belgique, un(e) Belge sur 10 de plus de 65 ans est dénutri(e), avec une incidence plus élevée dans les hôpitaux, les maisons de repos et les maisons de repos et de soins et que plusieurs études ont révélé que:

a. 25 % des personnes âgées qui vivent chez elles souffrent de dénutrition;

b. en maison de repos et de soins et à l'hôpital, ce chiffre passe à 75 % et à 50 %, respectivement;

B. vu les résultats d'une étude réalisée en 2008, qui montrent que, au-delà de l'âge de 70 ans, quasi toutes les personnes sont considérées comme étant à risque de dénutrition⁷ et que ces résultats sont confirmés par la même étude réalisée en 2011;

C. vu qu'il n'existe aucun dépistage obligatoire ou systématique chez les personnes âgées;

D. considérant que la perte de poids est souvent considérée comme allant de pair avec la vieillesse;

E. vu que, depuis 2005, dans le cadre du Plan National Nutrition Santé, des experts ont élaboré des recommandations sur les méthodes de dépistage, en fonction des différents environnements;

F. vu que les projets pilotes développés depuis 2007 dans un nombre croissant d'hôpitaux ont permis d'élaborer de bonnes pratiques et d'affiner les dépistages de dénutrition;

G. vu que c'est seulement depuis le mois de juillet 2014 qu'un financement structurel par l'INAMI d'une équipe nutritionnelle est rendu possible dans les hôpitaux, à l'exception cependant des hôpitaux psychiatriques, des hôpitaux Sp isolés, des hôpitaux et services G isolés et des soins;

H. vu que tous les patients en dénutrition ne sont pas capables d'assimiler une alimentation normale dans des quantités suffisantes et que, pour eux, des suppléments

⁷ étude de *NutriAction* réalisée en 2008 sur la situation nutritionnelle de près de 5 000 Belges de plus de 70 ans, aussi bien à domicile (1 000) que dans les maisons de repos et de soins (4 000).

voedingssupplementen (al dan niet via sonde) uitkomst bieden;

I. wijst erop dat 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;

J. stelt vast dat 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;

K. constateert dat 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;

VERZOEKT DE REGERING:

1. te voorzien in een verplicht onderzoek naar het ondervoedingsrisico bij alle Belgen ouder dan 75 jaar;
2. de voedingstoestand van de ouderen stelselmatig en actief te screenen en te observeren, ongeacht de omgeving waarin zij zich bevinden (ziekenhuis, woonzorgcentrum, thuis);
3. voedingszorg en voedingsinterventie voor ondervoede ouderen te doen terugbetalen volgens duidelijke protocollen die overeenstemmen met de bestaande nationale, internationale en sectorgebonden richtlijnen (ESPEN, BAPEN, NICE, HAS enzovoort) op het vlak van de behandeling van ondervoede patiënten, ermee rekening houdend dat:

alimentaires protéinés et énergétiques (suppléments liquides) offrent une solution;

I. vu qu'un traitement de la dénutrition favorise l'indépendance de la personne âgée et apporte les nombreux bénéfices suivants:

- a. une réduction de la mortalité;
- b. des séjours hospitaliers raccourcis;
- c. moins de cas d'hospitalisation;
- d. une meilleure mobilité;
- e. une meilleure condition physique;
- f. une préservation de la force musculaire;
- g. moins de chutes;
- h. une meilleure immunité;
- i. moins de complications;
- j. moins d'infections;
- k. un risque réduit d'escarres;
- l. une cicatrisation plus rapide;
- m. une meilleure santé physique et mentale;
- n. une activité accrue et plus de possibilités d'effectuer les activités de la vie quotidienne;
- o. une amélioration des fonctions cognitives;

J. considérant que, dans les pays avec un bon système de remboursement pour les aliments médicaux, le budget annuel par personne, pour ce remboursement, varie entre 4,8 et 8,8 euros mais que, en Belgique, seulement 1,8 euros sont disponibles, par personne, pour le remboursement des aliments médicaux;

K. considérant qu'il n'existe aucun suivi du statut nutritionnel des patients au domicile et que le remboursement des consultations auprès de diététiciens n'est pas pris en compte en dehors des structures hospitalières;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT:

1. la mise en place d'un dépistage obligatoire pour la population belge de plus de 75 ans;
2. un dépistage et une observation active systématique de la situation alimentaire des personnes âgées dans les différents environnements (hôpital, maison de repos et de soins et au domicile);
3. le remboursement des soins alimentaires et des interventions nutritionnelles pour les personnes âgées dénutries, selon des protocoles clairs basés sur les directives nationales, internationales et professionnelles (ESPEN, BAPEN, NICE, HAS...) pour le traitement de patients dénutris, selon les modalités suivantes:

a. die wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen moeten worden opgenomen in de protocollen die ter beschikking zijn gesteld van het medisch personeel, dat zodoende makkelijker moet kunnen bepalen welke bijvoeding de verschillende patiënten behoeven en wanneer;

b. het dankzij de protocollen mogelijk moet zijn de doelstelling van de behandeling precies vast te leggen, de regelmatige follow-up van de resultaten te waarborgen en uit te maken of de voedingsbehandeling moet worden voortgezet dan wel beëindigd;

4. te voorzien in beleidsmaatregelen voor de follow-up van de voedingstoestand van patiënten die ouder zijn dan zeventig 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 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;

5. 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 voedingssituatie:

- i. overlijden van echtgenoot of partner;
- ii. recent ontslag uit het ziekenhuis;
- iii. depressie;
- iv. specifieke chronische ziekte;
- v. beperkte financiële middelen;

a. ces directives basées sur des évidences scientifiques doivent être concrétisées dans des protocoles mis à la disposition du personnel médical pour les aider à définir le support nutritionnel approprié aux différents patients, au moment opportun;

b. les protocoles doivent permettre de définir l'objectif exact du traitement, de suivre les résultats à intervalles réguliers et de décider de continuer ou d'interrompre le traitement nutritionnel;

4. la mise en œuvre d'une politique de suivi du statut nutritionnel des patients âgés de plus de 70 ans, en incorporant les données et les traitements nutritionnels des patients dans leur dossier médical ou de santé:

a. afin que l'information soit connue et partagée dans les différents environnements où réside éventuellement le patient;

b. afin d'éviter que, dans notre monde médical et infirmier de haute technologie, le soin primaire, en particulier le soin nutritionnel, soit sous-évalué et négligé;

c. car un dossier patient, reprenant clairement la nutrition, est déterminant pour l'évolution de la santé et l'autonomie des personnes âgées ainsi que l'évolution des dépenses de santé publique;

5. le développement et la diffusion d'outils de formation et d'information des personnels soignants et des proches des seniors:

a. car un premier pas vers une meilleure prise en charge doit passer par l'accessibilité à une information correcte sur la problématique (quels sont les premiers signes de dénutrition? comment les reconnaître?);

b. en prévoyant des livrets d'accompagnement destinés aux professionnels de santé, mentionnant les moments clés de la vie d'une personne âgée, énumérés ci-après, où il faut être vigilant sur leur état nutritionnel:

- i. décès du compagnon ou de la compagne;
- ii. retour d'un séjour à l'hôpital;
- iii. dépression;
- iv. maladie chronique spécifique;
- v. précarité;

6. te voorzien in structurele ondersteuning van de oudere patiënten in de ziekenhuizen en de dagcentra, meer bepaald door:

- a. de zorgverleners en de koks bij te staan;
- b. het systeem van maaltijden op vaste tijdstippen te vervangen door lichte tussendoortjes, die meer over de dag gespreid zijn;
- c. voor de patiënten die naar hun dagelijkse omgeving terugkeren, terugbetaalde voedingssessies buiten het ziekenhuis te organiseren, bijvoorbeeld via dieetconsulten in de dagcentra;

7. 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;

8. 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;

9. voor de patiënten die naar hun dagelijkse omgeving terugkeren, terugbetaalde voedingssessies buiten het ziekenhuis te organiseren, bijvoorbeeld via dieetconsulten in de dagcentra.

17 december 2014

6. le soutien structurel d'équipes de suivi nutritionnel des patients âgés dans les hôpitaux et centres de jour dans le but:

- a. d'accompagner les prestataires de soins et les cuisiniers;
- b. de permettre le remplacement de repas à heures fixes par des collations plus petites et mieux réparties tout au long de la journée;
- c. de pouvoir organiser des séances de suivi nutritionnel remboursées en dehors des hôpitaux, pour les patients qui retournent dans leur milieu de vie, via des consultations de diététique dans les centres de jour, par exemple;

7. l'évaluation de la concrétisation de la circulaire du 1^{er} juillet 2014 permettant le financement des équipes nutritionnelles dans les différents hôpitaux;

8. l'élargissement à l'ensemble des hôpitaux, y compris psychiatriques, des services et centres de jour concernés par les soins aux personnes âgées, de l'organisation et du financement d'équipes nutritionnelles;

9. l'organisation de séances de suivi nutritionnel remboursées en dehors des hôpitaux, pour les patients qui retournent dans leur milieu de vie, via des consultations de diététique dans les centres de jour, par exemple.

17 décembre 2014

Muriel GERKENS (Ecolo-Groen)
Anne DEDRY (Ecolo-Groen)