

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

24 juin 2011

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

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

(déposée par Mme Muriel Gerken et consorts)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

24 juni 2011

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

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

(ingediend door mevrouw Muriel Gerken c.s.)

N-VA : Nieuw-Vlaamse Alliantie PS : Parti Socialiste MR : Mouvement Réformateur CD&V : Christen-Democratisch en Vlaams sp.a : socialistische partij anders Ecolo-Groen! : Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales — Groen Open Vld : Open Vlaamse liberalen en democraten VB : Vlaams Belang cdH : centre démocrate Humaniste LDD : Lijst Dedecker INDEP-ONAFH : Indépendant - Onafhankelijk	
<i>Abréviations dans la numérotation des publications:</i> DOC 53 0000/000: Document parlementaire de la 53^{ème} législature, suivi du n° de base et du n° consécutif QRVA: Questions et Réponses écrites CRIV: Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte) CRABV: Compte Rendu Analytique (couverture bleue) 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: couverture blanche; COM: couverture saumon) PLEN: Séance plénière COM: Réunion de commission MOT: Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties:</i> DOC 53 0000/000: Parlementair document van de 53^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer QRVA: Schriftelijke Vragen en Antwoorden CRIV: Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft) CRABV: Beknopt Verslag (blauwe kaft) CRIV: Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft) PLEN: Plenum COM: Commissievergadering MOT: Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)
<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i> Commandes: Place de la Nation 2 1008 Bruxelles Tél.: 02/ 549 81 60 Fax: 02/549 82 74 www.lachambre.be e-mail: publications@lachambre.be	<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i> Bestellingen: Natieplein 2 1008 Brussel Tel.: 02/ 549 81 60 Fax: 02/549 82 74 www.dekamer.be e-mail: publicaties@dekamer.be

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

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 de 30 à 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 causes d'une dénutrition sont multiples. La dénutrition peut apparaître chez les personnes âgées qui présentent simplement une prise alimentaire réduite. Cette diminution peut faire suite à une perte d'appétit, à des problèmes de mastication ou de déglutition, à des moyens financiers réduits ou encore à l'isolement social de ces personnes.

Une autre cause pouvant expliquer un état de dénutrition peut être le fait que, en raison d'une maladie, par exemple, l'organisme nécessite des besoins en substances nutritives plus importants que de coutume. 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

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).

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

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 rust- en verzorgingstehuis 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 oorzaken van ondervoeding zijn velerlei. Ondervoeding bij ouderen kan het gevolg zijn van verminderde voedselinname door verlies van eetlust, kauw- of slikproblemen, beperkte financiële middelen, of nog, door het sociale isolement waarin ze leven.

Een andere mogelijke oorzaak van ondervoeding is dat het lichaam extra voedingsstoffen nodig heeft, bijvoorbeeld door een ziekte. 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

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).

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.

2. 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.

2.1. 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 soin (MRS).

2.2. 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

⁴ Mini Nutritional Assessment ou Subjective Global Assessment.

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.

2. 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.

2.1. 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 ziektevervalsingen;
- 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 rust- en verzorgingstehuis (RVT).

2.2. 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

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

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.

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 (PNNS-B 2005-2010). 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...

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).

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 voor de hand liggende gebrek aan aandacht voor het vraagstuk van ondervoeding in de voedingsstrategieën van de Europese landen (vrijwel uitsluitend gericht op obesitas), besloten op Europees vlak 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 vormt screening en preventie van ondervoeding een van de krachtlijnen van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan voor België (NVGP-B 2005-2010). Dat plan is erop gericht de maatregelen te bepalen die nodig zijn om tot minder ondervoeding te komen, zowel in de ziekenhuizen, de rustoorden en verzorgingstehuizen, als op het vlak van de thuiszorg. Men moet echter vaststellen dat daarop nooit structurele en begrote maatregelen voor de lange termijn 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 van de ouderen niet op de begroting van de gezondheidszorg weegt, integendeel.

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

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, aujourd'hui. Leur tâche consiste à sensibiliser les équipes 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 constatent une différence significative dans l'état de santé de ces patients. Mais ils constatent aussi que cette efficacité est dépendante de la présence de stagiaires infirmiers pour compléter les équipes de soins et d'un rappel permanent à cette vigilance.

Les efforts sont à reprendre en septembre, après les deux mois de congés où les sous-effectifs n'ont pas permis de s'occuper suffisamment des patients qui ne mangent 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 constatent 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) diététicienn(e) de l'hôpital de jour peut 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.*

In 2007 werden in de vorm van proefprojecten initiatieven opgestart, waarbij artsen, verpleegkundigen en diëtisten in 20, 40, 60 (en thans 96) ziekenhuizen in "voedingsteams" zijn betrokken. Hun taak bestaat erin de multidisciplinaire verzorgingsteams bewust te maken van de noodzaak te letten op het gewicht van de 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 stellen een significant verschil in de gezondheidstoestand van die patiënten vast. Maar zij constateren ook dat de doeltreffendheid afhankelijk is van de aanvullende aanwezigheid van stagiairs-verpleegkundigen in de verzorgingsteams en van een permanente waakzaamheid.

De inspanningen moeten in september worden hervat, na de twee maanden vakantie waarbij de onderbezetting het niet mogelijk heeft gemaakt zich voldoende bezig te houden met de patiënten die op de geplande tijdstippen hun maaltijden niet opeten. De loutere verspreiding van aanbevelingen en *best practices* is dus onvoldoende. Men moet erop toezien dat ze concreet bij de dagelijkse verzorging worden toegepast en de voedselbereiding in de ziekenhuizen, alsook in de tijd die aan het bed van elke patiënt wordt besteed.

Die verpleegkundigen en diëtisten stellen ook vast dat:

- er follow-up nodig is als de bejaarde naar huis of naar zijn rustoord terugkeert;
- de bejaarde zonder dezelfde begeleiding van de beroepsverzorgers opnieuw om dezelfde redenen van ondervoeding wordt opgenomen;
- geregelde opvolging van de individuele bejaarden via consulten met een diëtiste vruchten afwerpt.

In het kader van die proefprojecten kan 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 diëtiste. 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.

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

C'est pour ces motifs que les auteurs 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, il convient notamment:

- de rendre obligatoire 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...);

- 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'UE 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;

- 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

Daarom hebben de indieners 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 aanbevelingen wordt onder meer gestreefd naar:

- een verplichte 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);

- het toegankelijker maken van voedingszorg en -interventies: voor de terugbetaling van medische voedingsdranken en voedingsadvies behoort België tot de slechte leerlingen van de Europese Unie. Dat is niet bevorderlijk voor een goede behandeling van de Belgische ondervoede patiënten;

- een betere follow-up van ondervoede personen in de diverse omgevingen (thuis, ziekenhuizen en rust- en verzorgingstehuizen), 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 persoon; in België bestaat op dit ogenblik immers geen enkele informatietool voor de medische of familiale entourage van de ondervoede oudere. Ook in de cursussen van het medisch en paramedisch verzorgend personeel is in geen enkele opleiding over dit voedingsrisico op hogere leeftijd voorzien;

- de veralgemening van de in bijna 100 Belgische ziekenhuizen geteste praktijken van de voedingsteams, waarbij er wordt op toegezien te beantwoorden aan de vaststellingen, behoeften en goede praktijken die uit de proefprojecten sinds 2008 naar voren zijn gekomen; dit houdt in dat de nodige tijd wordt uitgetrokken aan het

repas en plusieurs collations équilibrées et l'accompagnement des professionnels de la santé dans cette prise de conscience de ces risques de dénutrition.

Muriel GERKENS (Ecolo-Groen!)
Maya DETIÈGE (sp.a)
Colette BURGEON (PS)
Maggie DE BLOCK (Open Vld)
Meyrem ALMACI (Ecolo-Groen!)

bed van de patiënten op het ogenblik van de maaltijd, dat de maaltijd in verscheidene kleine evenwichtige tussendoortjes wordt opgesplitst en dat de gezondheidsprofessionals w begeleid bij de bewustwording van die risico's van ondervoeding.

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 et les maisons de repos 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;

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

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

E. vu que, 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 qu'un projet pilote a été mis en place pour intégrer les différents formulaires d'évaluation des différentes méthodes de dépistage dans un outil en ligne combiné aux plans de nutrition de Nubel mais:

a. qu'il s'agit, jusqu'à présent, uniquement de recommandations et de projets pilotes;

b. que le dépistage de la situation nutritionnelle n'est obligatoire dans aucun environnement;

G. vu qu'il existe des solutions simples pour traiter la dénutrition: les conseils diététiques et l'insertion de petites collations entre les repas;

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).

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 en rust- en verzorgingstehuizen — 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 rust- of verzorgingstehuis 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;

C. stipt aan dat er geen enkel verplicht 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, aanbevelingen hebben uitgewerkt over omgevingsgebonden risico-opsporingsmethodes;

F. geeft aan dat weliswaar een proefproject werd ontwikkeld om de verschillende evaluatieformulieren die bij de screeningmethodes horen, op te nemen in een webapplicatie die aan de Nubel-voedingsplanner is gekoppeld, maar dat:

a. het voorlopig bij aanbevelingen en proefprojecten blijft;

b. de screening naar de voedingstoestand momenteel in geen enkele omgeving verplicht is;

G. attendeert erop dat ondervoeding eenvoudig kan worden verholpen door middel van dieetadvies en het inlassen van gezonde tussendoortjes;

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 rust- en verzorgingstehuis verblijven (4 000).

H. vu que des équipes multidisciplinaires ont développé des projets pilotes de suivi nutritionnel des patients âgés dans une centaine d'hôpitaux, mais:

a. seulement sous la forme de projets pilotes;

b. que le soutien structurel et le prolongement de ce suivi lors du retour au domicile sont encore absents;

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

J. 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;

K. 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;

L. 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;

H. stelt weliswaar vast dat in een honderdtal ziekenhuizen multidisciplinaire teams proefprojecten voor de follow-up van het voedingspatroon van de oudere patiënten hebben opgezet, maar dat:

a. het ook hier bij proefprojecten blijft;

b. niet wordt voorzien in structurele ondersteuning en een verdere follow-up wanneer de patiënten naar huis terugkeren;

I. geeft aan dat niet alle ondervoede patiënten normale voeding in toereikende hoeveelheden kunnen opnemen en dat voor hen eiwit- en energierijke voedings-supplementen (al dan niet via sonde) uitkomst bieden;

J. 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;

K. 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;

L. 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. 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. ces directives basées sur des évidences scientifiques doivent être concrétisées dans les protocoles des cabinets nationaux ou locaux et mises 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?);

2. de voedingstoestand van de ouderen stelselmatig en actief te screenen en te observeren, ongeacht de omgeving waarin zij zich bevinden (ziekenhuis, rust- en verzorgingstehuis, thuis);

3. voedingszorg en voedingsinterventie voor ondervoede ouderen te doen terugbetalen volgens duidelijke protocollen die overeenstemmen met de bestaande nationale en internationale richtlijnen, alsook met die van de sector zelf (ESPEN, BAPEN, NICE, HAS enzovoort), op het vlak van de behandeling van ondervoede patiënten, ermee rekening houdend dat:

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

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 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;

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. 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. 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 répartie 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.

9 juin 2011

Muriel GERKENS (Ecolo-Groen!)
 Maya DETIÈGE (sp.a)
 Colette BURGEON (PS)
 Maggie DE BLOCK (Open Vld)
 Meyrem ALMACI (Ecolo-Groen!)

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:

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

6. te voorzien in structurele ondersteuning van de oudere patiënten in ziekenhuizen en 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.

9 juni 2011