

The Amsterdam OPTIMAL NUTRITIONAL CARE FOR ALL conference. Continuity of nutrition care: the power of concerted efforts against malnutrition

G.M. van der Werf^{1,2,3}, D.C. van Dronkelaar⁴, M.F.M. van Stijn^{1,5}

¹. NESPEN Clinical Nutrition and Metabolism, Nederland

². Amsterdam UMC locatie Universiteit van Amsterdam, Endocrinologie en Metabolisme, Meibergdreef 9, Amsterdam, Nederland

³. Haagse Hogeschool, Faculteit Gezondheid, Voeding en Sport, Den Haag, Nederland

⁴. Center of Expertise Urban Vitality, Faculteit Beweging, Sport en Voeding, Hogeschool van Amsterdam, Amsterdam, Nederland

⁵. Amsterdam UMC locatie Universiteit van Amsterdam, Anesthesiologie, Meibergdreef 9, Amsterdam, Nederland

Samenvatting ONCA dag 1:

Opening door de voorzitters:

Mireille Serlie

Aan deze conferentie nemen 22 landen deel. Het is belangrijk de discussie te voeren over 'Optimal Nutritional Care for All. In de Nederlandse hoofdstad wonen steeds meer ouderen, naar verwachting is 16% 65+ in 2030, waarvan vele ondervoed zullen zijn. Dit zijn 21.000 ondervoeden thuiswonende ouderen in 2030. Hier zijn wij in Nederland niet klaar voor, maar door met elkaar in gesprek te gaan en van elkaar te leren kunnen wij ons voorbereiden. Hiervoor is samenwerking tussen beleidsmakers, patiënten en zorgverleners essentieel.

Olle Ljungqvist

Kennis en wetenschap moeten vertaald worden in beleid, een PAN Europese benadering. ONCA-allianties starten het gesprek in elk land, waar de Europese agenda in de nationale agenda's wordt geïntegreerd. Recent is Hongarije ook aangesloten, waardoor er nu 20 landen zijn aangesloten bij ONCA. Door het delen van goede voorbeelden en deze toepasbaar te maken voor elk land maakt ONCA-impact. Er is op Europees niveau en landelijk al veel veranderd. Laten we met elkaar strijden voor de juiste voeding voor ouderen, zwakkeren en patiënten.

Session 1: Continuity of nutrition care: the power of concerted efforts against malnutrition in Europe.

Marian de van der Schueren: Nutrition science and policy at a glance

Ondervoeding is niet alleen een probleem bij mensen met ondergewicht, maar juist ook bij mensen met obesitas. Het feit dat we ouder worden, langer thuis blijven wonen maar wel met meer co-morbiditeit leidt tot uitdagingen. Ook neemt ondervoeding toe bij de thuiswonende ouderen en dit is een multifactorieel probleem (DoMAP model). Zo valt te denken aan lagere voedingsinname, hogere nutriënten behoeften, lagere bio-beschikbaarheid van voeding maar aan ook veel symptomen van aandoeningen leiden tot ondervoeding. Ondervoeding leidt tot ziekte en daarom is het belangrijk dat dit

zo snel mogelijk wordt herkend en dat er ingegrepen wordt. Een andere uitdaging is de kortere opnameduur in ziekenhuizen (in NL is dit 3.5 dagen). Steeds meer mensen herstellen thuis, de vraag is echter of de transfer wel goed geregeld is en of we wel de middelen hebben om dit te doen. Daarnaast is er een toename van eHealth. Hoewel eHealth veel mogelijkheden biedt, zijn er ook problemen zoals dat er nog geen communicatie tussen platformen bestaat en dat veel apps niet gevalideerd zijn. Ook kunnen we ons afvragen of patiënten apps wel willen gebruiken. Verder stijgen de zorgkosten hard, +2.9% per jaar in Nederland, mede door de hoge leeftijd, medische technologie, grotere populatie, de kosten voor kanker en opvallend is dat 'vrouwen meer kosten'. Obesitas brengt extra uitdagingen met zich mee, denk vooral ook aan sarcopene obesitas in de context van ondervoeding. Dit wordt nog niet herkend ondanks initiatieven om dit bekender te maken.

Gelukkig zijn er ook kansen. Bijvoorbeeld de komst van de GLIM criteria, waar al meer dan 300 artikelen over gepubliceerd zijn. Het spreken van dezelfde taal schept kansen en maakt het opstellen van beleid makkelijker. Nu wordt gewerkt aan de GLIS: Global Leadership In Sarcopenia, hierin staan eiwitname, beweging, screening, controle van inflammatie en stressreductie centraal. Een aanvullende kans is leefstijl als medicijn, waardoor voeding en beweging meer de primaire behandeling wordt. Ook in het beleid worden uitdagingen gecreëerd, zo heeft de WHO een plan om obesitas te stoppen en wordt er gesproken binnen de ICD-11 om ondervoeding toe te voegen. Ook is het Integraal Zorg Akkoord in NL opgezet, welke streeft naar toegankelijke en betaalbare zorg, in een thuisomgeving wanneer dit kan, met een toenemende rol voor digitale ondersteuning en verbetering van de multidisciplinaire samenwerkingen. We moeten focussen op gezondheid in plaats van de ziekte. Omdat voeding relatief goedkoop is en makkelijk toepasbaar is dit een belangrijk focuspunt.

De voedingstrein rijdt, er zijn veel kansen, dus spring in deze trein!

[Mark Nuijten: A pan-European approach to nutrition economic research:](#)

Door het kwantificeren van het effect van ziektelast, het effect van ondervoeding en vooral ook het effect op kwaliteit van leven en de kosten voor de maatschappij kan beleid worden gemaakt. De klinische consequenties en de kwaliteit van leven hebben ook impact op de economische consequenties, daarom moet voor elke gezondheidszorg setting dit inzichtelijk worden gemaakt. In beleid wordt vooral gestreefd naar grote impact van behandeling, minder complicaties, kortere opnames, kosteneffectiviteit en meer kwaliteit van leven. Dit kan inzichtelijk worden gemaakt door QALY's: een kostenbaten analyse die de economische afweging maakt tussen de effecten en de kosten van een behandeling in de gezondheidszorg, uitgedrukt in een extra levensjaar in goede gezondheid. Doordat voeding relatief goedkoop is en veel gezondheidswinst kan opleveren, levert het veel QALY's op in vergelijking met bijvoorbeeld medicijnen. Voeding levert dus veel QALY's met minder kosten. Dit moet worden uitgedragen naar beleidsmakers. Een Pan-Europese aanpak met één consistent model welke minimaal aangepast kan worden per land creëert mogelijkheden voor het vergelijken van uitkomsten tussen landen. Hierdoor kunnen we leren van elkaar successen. Een voorbeeld van een kostenbaten analyse in Nederland liet zien dat er jaarlijks 10-20 miljoen euro bespaard zou kunnen worden als ondervoeding behandeld zou worden.

[Manuel Arellano: The role of patient advocacy in the European debate](#)

In Europa zijn 78 patiëntenorganisaties, deze vertegenwoordigen 150 miljoen patiënten over 19 landen. Zij streven naar goede identificatie van risicopatiënten, goed gebruik van assessment tools, primaire preventie en preventie van multi-morbiditeit. En dit alles start met scholing van

gezondheidszorgmedewerkers. Zij moeten risico's identificeren, bij diagnose van ziekte ook voeding bespreken, informeren over het belang van voeding en richtlijnen ontwerpen. Niemand kent de patiënt beter dan hijzelf, hij/zij is medeverantwoordelijk, en heeft vooral goede informatie nodig over de mogelijkheden. Het is belangrijk aan de patiënt te vragen wat belangrijk voor hem/haar is en in onderzoek PROMS (= Patient Reported Outcome Measures) en PREMS (= Patient Reported Experience Measures) te rapporteren naast klinische effectiviteit.

Doordat veel patiënten vaak niet weten wat ondervoeding is, is duidelijke informatie die makkelijk vindbaar is essentieel. Niet alleen in tekst maar juist ook visueel. Daarnaast is support, gepersonaliseerde diëten en de zorg voor mantelzorgers essentieel. Het is belangrijk met de patiënten in gesprek te gaan en niet te denken wat zij nodig hebben. Voor hen is het lastig alle informatie op waarde te schatten en goede of juiste informatie te vinden. Veel patiënten vinden het ook niet fijn dat alles digitaal wordt verstrekt maar gaan liever in gesprek, zij willen participeren. Patiënten participatie en empowerment is zeer belangrijk omdat de ervaringen van de patiënten veel zegt over de kwaliteit van de zorg. Zet dus de patiënt centraal en bespreek zijn/haar mogelijkheden, omdat de patiënt in de eerste plaats een mens is en niet een ziekte.

[Marjolein Visser: Creating European awareness of the role of nutrition care in geriatrics: an inventory of successful initiatives.](#)

Ondervoeding bij ouderen wordt slecht herkend in de primaire en maatschappelijke zorg. Door gebrek aan herkenning zijn er meer negatieve consequenties. Ondervoeding start thuis en in Europa leeft 95% van de ouderen thuis. Doordat ondervoeding niet voldoende onder de aandacht is bij zorgprofessionals, wordt er weinig gescreend. Ook is voeding geen onderdeel van de medische curricula. Het onderwerp wordt door het gebrek aan kennis vermeden. De focus ligt vaker op overgewicht. Ook komen niet alle ouderen bij de huisarts, ze zijn zich niet bewust van het risico van ondervoeding en zien het meer als probleem voor arme landen of in oorlogsgebieden. Gewichtsverlies wordt normaal gevonden of is zelfs wenselijk. En dit heeft negatieve consequenties. Wat kunnen we hieraan doen? Door bewustzijn te creëren en te monitoren, voeding in te bouwen in medische curricula, cursussen te geven, subgroepen te benaderen, te verwijzen naar de diëtetiek, verplichte screening, betrekken van welzijnsmedewerkers komen we een stapje dichterbij een wenselijke situatie. Dit alles in co-creatie met de patiënt en zijn/haar familie.

De Malnutrition Awareness Scale (MAS), is een 23-item vragenlijst welke door de patiënt zelf in 10-20 minuten kan worden ingevuld. De MAS kan bewustwording van ondervoeding objectief meten, subgroepen identificeren waar awareness minder is en interventies evalueren. Deze MAS is gebaseerd op het I-change model. Het woord ondervoeding wordt niet gebruikt in de vragenlijst omdat dit veel negatieve associaties oproept. De GLIM biedt hiervoor een alternatief. Echter werd ook de term onbedoeld gewichtsverlies niet begrepen. Opvallend was dat bij de inzet van de MAS 25% van de populatie opname in het ziekenhuis niet als risico zag voor ondervoeding. Ook waren SES (sociaal economische status) en leeftijd risico factoren voor een minder bewustzijn over ondervoeding.

[Maria van den Muijsenbergh: Primary care and nutrition: how can the European Union help?](#)

We moeten naar de thuissituatie van patiënten, en aldaar persoonsgebonden primaire en gespecialiseerde zorg leveren. Door multi-morbiditeit wordt multidisciplinair werken steeds belangrijker

en hierbij moet de diëtist betrokken zijn. We moeten meer doel georiënteerd dan ziekte georiënteerd gaan werken. Wanneer gezondheidszorg door behoefte en waarden wordt gedreven, voelen de patiënt en de maatschappij zich meer betrokken. Dit leidt tot betere uitkomsten, zelfstandigheid en lagere gezondheidskosten.

De patiënt is de expert van zijn eigen leven en hierop hebben veel factoren invloed, waardoor ieders doelstelling ook anders is. Het is daarom belangrijk sociale- en leefomgeving, voedselkeuze en eetgewoontes, communicatie, barrières in kwaliteit van leven, antropometrische gegevens en bewegingspatroon mee te nemen in de overwegingen. Werk multidisciplinair en heb aandacht voor assessment van het proces.

Ook de continuïteit van zorg moet onder de aandacht zijn. Daarbij is betere communicatie en doorverwijzing naar de eerste lijn noodzakelijk. De patiënt wil een relatie opbouwen met zijn zorgverlener, dit kan door te werken aan een zorgcirkel met continuïteit van informatie, relatie en management in samenwerking met andere. Mooie voorbeelden zijn bijvoorbeeld de patiënten paspoorten (Nederland), de Home Enteral Nutrition Service (Groot-Brittannië) en shared patiënt records (Estland).

[Panel Debate: What are actionable recommendations to improve the continuity of nutritional care in our health systems.](#)

Arthur van Zanten, Robert Greene, Annemieke van Ginkel-Res, Rocco Barazzoni, Maria van den Muijsenbergh, Marjolein Visser, Manuel Arellano

De uitdagingen bij voedingszorg zijn de transfers tussen alle lagen van de gezondheidszorg, awareness, impact op kwaliteit van leven, en de risico's die ondervoeding met zich meebrengt. Om goede zorg te kunnen leveren zal gestratificeerd moeten worden. Op beleidsniveau moeten we meer naar buiten treden en het gesprek met de politiek aangaan.

Maar, patiënten en ook zorgverleners moeten eerst zelf het risico onder ogen zien, zo ook niet voor de hand liggende zorgprofessionals (zoals bijvoorbeeld tandartsen). Huisartsen kunnen hierbij een rol spelen. Het is een interdisciplinair probleem, waarbij samenwerking, gezamenlijke besluitvorming, verwijzing, onderzoek, implementatie van onderzoek en meer steun aan primaire zorg essentieel is. De eerste stap is herkenning, hierna volgt samenwerking (ook met de patiënt en patiëntenorganisaties) en informatieverstrekking. We hebben nog een hele weg te gaan! Maar ontmoetingen op congressen zoals deze helpen daarbij.

[Session 2: Good practices: Supporting the implementation of European policies and guidelines.](#)

[Alessandro Laviano: Europe's Beating Cancer Plan: Integrated Nutrition Cancer Care: drivers for successful local implementation](#)

60 jaar geleden werd kanker een wereldwijde bedreiging, overleven werd als belangrijkste uitkomst gezien. Bij vrijwel alle kankersoorten is de mortaliteit gedaald. De diagnose wordt sneller gesteld waardoor de levensverwachting bij kanker is verbeterd en hierdoor kanker een chronische ziekte is geworden. Mortaliteit is geen passende uitkomstmaat meer voor patiënten met kanker, gezien

mortaliteit meer over de tumor gaat dan over de patiënt. Bij chronische ziekten draait het om kwaliteit van leven en deze is verlaagd door beperkingen in het fysieke vermogen tijdens en na behandeling van kanker. Sarcopenie is de grootste drijfveer voor een verminderde kwaliteit van leven. Voeding is belangrijk voor het optimaliseren van de kwaliteit van leven. Er moet een verschuiving plaatsvinden van de behandeling van ziekte om overleving te bewerkstelligen naar verbetering van de kwaliteit van leven. Hierbij moet rekening gehouden worden met kosten want de economische impact van behandeling is extreem (1 triljoen dollar voor kankerbehandelingen per jaar), dit is niet duurzaam. We moeten meer rekening houden met behandeling geassocieerde toxiciteit, is dit het waard? Ten opzichte van onderzoek zijn in het echte leven medicamenten een stuk minder effectief. Door meer te focussen op de patiënt worden klachten, zoals ernstige vermoeidheid, meer herkend. Voeding kan de effecten van de behandeling ondersteunen en helpen bij geassocieerde klachten, mits dit integraal wordt aangepakt. Oncologische behandelingen moeten gepersonaliseerd worden, door de patiënt voorgedragen klachten moeten worden besproken en het belang van voeding moet worden uitgedragen. Een succesvolle implementatie wordt bepaald door het in kaart brengen van de on vervulde behoeftes.

Zie ook: Policy Brief, nutrition care is an integral part of patient- centered medical care, a European consensus. What are the next steps? <https://doi.org/10.1007/s12032-023-01955-5>

Maarten Soeters: Targeting Malnutrition: from Awareness to Control.

Zien we de olifant (ondervoeding) en zijn we ons bewust van de consequenties? Iedereen heeft een mening over voeding, echter niemand neemt de verantwoordelijkheid. In Nederland is voedingszorg goed geregeld en er wordt fors in geïnvesteerd. Door het gebruik van kwaliteitsindicatoren, de week tegen ondervoeding, het leerboek voeding en de (social) media-aandacht wordt ondervoeding op de kaart gezet. Bewustwording is echter nog geen controle, er zijn nog geen eindverantwoordelijken. De controle van (verantwoordelijkheid voor) ondervoeding moet net zo normaal worden als de hygiëneregels in ziekenhuizen die er zijn in het kader van infectiepreventie. Dit start met het opleiden van gezondheidszorg medewerkers en door diëtisten in de lead te zetten.

Michael Hiesmayr: How can we utilize ESPEN NutritionDay data to advocate for better nutritional care throughout Europe?

NutritionDay is een jaarlijks eendaagse, cross-sectionele audit op ondervoeding in gezondheidszorg instellingen. Doel is om ook de eerstelijns zorg daarin mee te gaan nemen (nu 2958 inclusies). Deelname is gratis, makkelijk, zet de patiënt centraal, geeft feedback aan de zorgverlener, heeft geen taalbarrière en geeft een overzichtelijk rapport. Op 9 november 2023 vindt een nieuwe NutritionDay plaats. Eerder deden 63 landen, 35 talen en 15000 units mee aan dit onderzoek.

Een paar resultaten van het eerste cohort (2016-2019) zijn als volgt:

The Patiënt – And Nutrition – Derived Outcome Risk Assessment Score (PANDORA) is een voorspellende score voor 30 dagen mortaliteit tijdens ziekenhuis opname gebaseerd op demografische gegevens, klinisch observaties en voeding. Hieruit blijkt bijvoorbeeld dat de opnamedag samenhangt met de uitkomsten voor de patiënt, patiënten die in het weekend worden opgenomen hebben een 50% hogere kans op overlijden. En dat langere opname leidt tot verlaging van de BMI, maar een lagere BMI leidt ook tot langere opname. Wanneer patiënten in hun mobiliteit beperkt zijn gaat het mortaliteitsrisico omhoog.

85% Van de opnames in ziekenhuis gebeurt vanuit de thuissituatie, hierdoor is ook de voeding voorafgaand aan de opname belangrijk. Hoe minder je eet, hoe meer risico je loopt op overlijden. Echter, vaak weten patiënten niet wat ze eten en eten zij tijdens opname nog veel minder. Deze 'missing data' zijn belangrijk om onder ogen te zien en de oorzaak hiervan moet achterhaald worden.

Belangrijk is dus om onder ogen te zien dat de karakteristieken van de patiënt geassocieerd zijn met uitkomst, risicoprofielen de opnameduur kunnen verlengen, risicofactoren samenhangen en dat niet eten altijd erkend zou moeten worden zodat er actie kan worden genomen. NutritionDay zorgt voor kennis en awareness, benchmarking en een grote referentie database voor verder onderzoek.

Session 3: The future of continuity of nutritional care: how to set up for success?

[Bianca Buurman: Optimizing collaboration between primary care, hospitals and care homes. Nurses connecting the dots.](#)

Na acute opname zijn ouderen kwetsbaar, 15-20% wordt binnen 30 dagen opnieuw opgenomen, binnen 3 maanden na opname ervaart 20-30% functionele beperkingen en 20-30% overlijdt. Hierom is het zo belangrijk dat alle lijnen van zorg samen gaan werken en dat er betere transitie van zorg ontstaat.

Interventies starten in het ziekenhuis en worden thuis vervolgt, uit onderzoek bleek echter dat dit vooralsnog geen verbetering in fysiek functioneren gaf, maar wel iets minder mortaliteit. Het mechanisme achter ziekenhuis geassocieerde beperkingen is nog niet duidelijk. Wel is duidelijk dat dit een multifactorieel probleem is, denk aan leeftijd, beperkte mobiliteit, geriatrische problemen, beperkte sociale omgeving. Maar ook ondervoeding en problemen met voedselbereiding. 51% van de ouderen ervaart verminderde eetlust bij opname, 34% ervaart dit nog bij ontslag en 28% een maand na ontslag. Dit is geassocieerd met lagere spierkracht en mobiliteit. Drie maanden na ontslag is 80% onder de afkapwaarde van spiermassa, 18% is beperkt in spierkracht en 43% in fysieke activiteit.

Door de transitie binnen de lijnen van zorg en over de breedte van zorg te optimaliseren kunnen heropnames worden voorkomen, dagelijks functioneren worden bevorderd en komt dit de kwaliteit van leven ten goede. Hiervoor moeten we betere richtlijnen maken en gezondheidszorg professionals trainen. Samenwerking tussen verpleegkundigen, dokters en paramedische beroepen die niet stopt bij ontslag maar dan juist voort wordt gezet is daarbij essentieel.

[Maurizio Muscaritoli: from education to implementation: investment in the future.](#)

De ESPEN werkgroep 'Nutritional Education in Medical Schools' (NEMS) heeft een minimum set aan voedingskennis beschreven voor de medische studenten. Dokters moeten in staat zijn om het belang van voeding te herkennen op het gebied van gezondheid, preventie en behandeling van ziekte. Ook moeten zij de basisprincipes van menselijke voeding begrijpen, voeding gerelateerde problemen begrijpen, generiek voedingsadvies kunnen geven en patiënten identificeren die risico lopen op ondervoeding zodat zij weten wanneer zij moeten doorverwijzen. Er is een factsheet ontwikkeld en een manifest beschreven. Op dit moment wordt er een toolbox ontwikkeld voor onderwijzers zodat voedingseducatie gemakkelijk in het curriculum geïmplementeerd kan worden. Deze toolbox bevat slides met de minimaal vereiste kennis over basisvoeding, toegepaste of gezonde voeding en klinische voeding. Te denken valt

aan informatie over micro- en macronutriënten, het metabolisme, vertering en absorptie, energiebalans, lichaamssamenstelling, voedingsrichtlijnen, voeding in levensfasen, preventie en alle soorten medische voeding. Doel is deze toolbox op ESPEN 2023 te presenteren.

Gerda Pot: A Matter of Taste

Goede zorg proef je! Doel is om in 2025 de voedingsomgeving voor patiënten, staf en bezoekers in 50% van de ziekenhuizen in Nederland te optimaliseren. In 2030 zouden alle ziekenhuizen een gezonde voedselomgeving moeten zijn. Ook andere sectoren in de zorg worden betrokken.

Voorbeelden van verbeteringen zijn bijvoorbeeld het standaard aanbieden van volkorenbrood in ziekenhuizen en het aanbieden van suikervrije dranken en water. Tevens worden er alleen nog snacks aangeboden die binnen een gezond voedingspatroon passen. Inmiddels is 75% van de Nederlandse ziekenhuizen aangesloten bij Goede Zorg Proef Je! Het programma biedt een online leeromgeving, masterclasses voor koks, een netwerk voor diëtisten, toolkits op een website, duidelijke communicatie en het aanbieden van kennis door samenwerking met het onderzoeksinstituut van de Wageningen Universiteit.

Succesfactoren voor implementatie zijn een gedeelde visie door toewijding van het bestuur en het hebben van een business case. Drijvende krachten zijn betrokken voedingsassistenten, medewerkers als ambassadeurs en het gebruik maken van storytelling en ervaringen.

Een impressie van Goede Zorg Proef Je: <https://www.youtube.com/watch?v=UGW66-cY-zY>

Samenvatting ONCA dag 2

Interactive break-out workshops: getting things done in Nutritional Care, round #1 and #2

Implementing GLIM: where are we and where are we going?

De GLIM criteria zijn goed gevalideerd, er zijn inmiddels veel validiteitsstudies gedaan. Advies voor de implementatie is om niet op meer validatie te wachten. Elke 4-5 jaar zal evaluatie van de criteria plaatsvinden. Het meten van spiermassa en inflammatie werd door de gebruikers nog onvoldoende toegepast. Richtlijnen voor het meten van de spiermassa zijn recent gepubliceerd en tegen het einde van dit jaar wordt eenzelfde report verwacht over hoe we inflammatie het beste kunnen meten.

De GLIM implementation working group heeft een survey uitgezet waarin barrières en kansen zijn nagevraagd voor de implementatie van de GLIM criteria. De grootste barrières waren onvoldoende kennis over het implementatieproces en prioriteit binnen de organisatie. Diëtisten voelden zich het meest betrokken, maar zien in dat het een interprofessioneel proces is. Ook werd het gebruik van bestaande screeningsmethode als barrière gezien, echter dit kan juist voordelen opleveren bij het gebruik van de criteria. Daarnaast is uit onderzoek gebleken dat de sensitiviteit en specificiteit van verschillende screeningsinstrumenten laag zijn ten opzichte van de diagnose ondervoeding op basis van de GLIM criteria bij oudere patiënten in het ziekenhuis. Dit zou betekenen dat als we deze screeningsinstrumenten zouden blijven gebruiken in de eerste stap van het GLIM stappenplan, we een hoop ondervoede ouderen missen. Elektronische patiëntendossiers bieden uitkomsten door het implementeren van de GLIM criteria in de EPDs.

Advancing your local ONCA campaign: engaging decision-makers in your Malnutrition awareness week.

In deze sessie zijn 3 'best practices' gepresenteerd.

In Frankrijk is voor de 4^e keer een Malnutrition Awareness week georganiseerd, er zijn inmiddels 2.000 partners aangesloten, meer dan 3.000 activiteiten geregistreerd, welke hebben geleid tot 15.000 acties. Publieke financiering is hierbij erg belangrijk gebleken. Belangrijk is de bottom-up benadering, ofwel, patiënten en zorgverleners naast elkaar zetten. Ook is het belangrijk het thema op de politieke agenda te zetten. In Frankrijk hebben ze ook via de post publiciteit gegeven aan het onderwerp voor een zo groot mogelijk bereik.

In Tsjechië is het ministerie van gezondheid nauw betrokken. Zij ondersteunen bij de verstrekking van certificaten en het maken van richtlijnen. Inmiddels zijn er reeds 350 'licence of clinical nutrition' uitgedeeld. Belangrijk is het onderwerp 'sexy' te maken, beleidsmakers iets te geven waardoor zij succesvol kunnen worden en niet te praten over ondervoeding maar over 'nutritional related disorders'.

In Duitsland is voor het eerst een Malnutrition Awareness week georganiseerd. Zij hebben een position paper gepubliceerd, en screening en evidence based nutrition opgenomen in het beleid van ziekenhuizen. Ze zijn gestart met het creëren van een alliantie, waarbij inmiddels 25 sociëteiten zijn

aangesloten, samen goed voor ongeveer 120.000 artsen. Hierdoor wordt ook de politiek geïnteresseerd en vind het gesprek in het parlement plaats. Politici worden voor alle activiteiten uitgenodigd.

[The key to successful implementation of nutrition in education.](#)

Via de werkgroep 'Nutritional Education in Medical Schools' (NEMS) van ESPEN wordt een toolbox ontwikkeld om voeding in te bedden in het medische curriculum. Uitdagingen zijn de beperkte hoeveelheid tijd, de introductie van het onderwerp en de beperkte mogelijkheid voor herhaling. Ook lijkt er nog weinig aandacht te zijn voor voeding. Kansen zijn het betrekken van studenten in de ontwikkeling van de toolbox en in de evaluatie van implementatie, promotie door peer to peer uitnodigingen of zelf het verplicht stellen van voedingsonderwijs.

[Prehabilitation can enhance recovery after surgery.](#)

Het ERAS-protocol is besproken, ook barrières in de implementatie zijn besproken. Grootste obstakels waren tijd, weerstand in het werkveld en het onvoldoende erkennen van het probleem. Dit, terwijl wel bewezen is dat het werkt. Er is onder andere gesproken over de mogelijkheid voor het toepassen van een audit, alhoewel dit lastig is in de zorg. Belangrijk is uit te dragen dat de toepassing mogelijk duurder is dan standaard care, maar kosteneffectief blijkt te zijn. Daarnaast werd besproken hoe we nog optimaler van de tijd tot een operatie gebruik zouden kunnen maken voor prehabilitatie. Bijvoorbeeld dit al te starten wanneer de eerste testen voor een vermoedelijke diagnose wordt gedaan en niet te wachten tot de diagnose is vastgesteld.

[Health indicators: a multilevel approach to malnutrition coding.](#)

Er wordt op dit moment gesproken met de ICD-werkgroep en de WHO. Binnenkort wordt de ICD-10 vervangen door de ICD-11, ESPEN wil dat de diagnose ondervoeding hierin wordt opgenomen. Op dit moment bestaat namelijk alleen de code 'underweight' voor mensen met een BMI onder de 18.5 kg/m². Het is een langdurig proces om dit alles voor elkaar te krijgen, ook al wordt het voorstel breed ondersteund.

[Flavors of the world: supporting patients throughout Europe: a powerful awareness tool.](#)

Deze workshop probeerde de wetenschap op het bord te krijgen. Er is gesproken over compliantie in voedingszorg. De oproep was om niet te focussen op nutriënten in het gesprek over voeding maar op de vraag 'waarom eet je'. Door emotie, de sociale functie van eten en smaak bespreekbaar te maken creëer je meer het gesprek en bevorder je compliantie. Om een idee te geven waar patiënten mee te maken krijgen, werden aan het begin van de workshop koekjes en chocolade uitgedeeld. Deze bleken echter in smaak te zijn aangepast.

[Reporting of the ONCA pre-conference patients session.](#)

In de patiënt-sessie stond centraal dat deze liever naar mogelijkheden en kansen kijkt dan naar problemen. Alle mogelijke oplossingen moeten op tafel komen zodat de patiënt concreet kan kijken wat haalbaar is en genomen stappen kan bespreken. Er wordt opgeroepen patiëntenvereniging actiever te laten zijn, landelijk maar ook over grenzen heen samen te werken. Er wordt binnenkort een event georganiseerd (voor onder andere stakeholders) waarin voeding centraal staat maar waarin geen eten wordt aangeboden, dit om het belang van voeding bij de genodigden nog meer onder de aandacht te brengen.

Update on the Optimal Nutritional Care for All campaign:

Doel is voedingszorg en wetenschap te vertalen in beleid. Door invloed uit te oefenen binnen organisaties en op beleidsniveau proberen zij het belang van goede voeding onder de aandacht te brengen. Daarbij is het ook belangrijk om de samenwerking tussen verschillende organisaties en beroepsvelden te bevorderen.

ONCA is Europees zichtbaar en er zijn diverse werkgroepen gevormd, inmiddels zijn 20 landen aangesloten, met als laatste Hongarije. Op de planning staat samenwerking met Noorwegen.

Inmiddels zijn er 13 Malnutrition Awareness weeks georganiseerd, er zijn veel ideeën en inspiratie. Wil je meer weten raadpleeg de ONCA website: [Optimal Nutritional Care for All \(european-nutrition.org\)](http://Optimal Nutritional Care for All (european-nutrition.org)).

Deep dive, the future of nutritional care

Peter Weijs: Protein transition: future world or fantasy land?

Wereldwijd spelen 3 grote problemen: obesitas, ondervoeding en klimaatverandering. Deze laatste zorgt ook voor een gezondheids crisis, welke mogelijk nog niet erkend wordt. We kunnen de sterfte van mogelijk 11.1 miljoen mensen per jaar voorkomen door plantaardig te gaan eten. Door het plantaardige dieet wordt ook het milieu bespaard door verminderde uitstoot van CO₂. Wel wordt dit gecompliceerd door toegenomen waterverbruik. Het geheel is een complex systeem. De boodschap voor nu is dat rood en bewerkt vlees zou moeten worden beperkt en dat wij meer plantaardig zouden moeten gaan eten.

De EAT-lancet heeft adviezen voor een gezond en duurzaam dieet opgesteld, zo zouden we van 60% dierlijke- en 40% plantaardige voeding naar een omgekeerde situatie moeten gaan. Daarmee is het geen veganistisch voedingspatroon, wat momenteel een misopvatting is, omdat het nog steeds 84g vlees en 250g melkproducten bevat. Voor de transitie is het belangrijk dat dit beschikbaar, toegankelijk en betaalbaar wordt. Ook moet er meer informatieverstrekking en educatie plaats vinden. De richtlijnen moeten worden aangepast en er moet 'voedingsmarketing' plaats vinden. Tot slot is het belangrijk dit toe te passen in de gezondheidszorg, in dieetadviezen en binnen interventies.

Er zijn echter ook uitdagingen, bijvoorbeeld bij kwetsbare patiënten. Met de shift naar plantaardige voeding lukt het misschien niet een optimale aminozuursamenstelling in de voeding te behalen, waardoor de eiwitsynthese niet voldoende wordt bevorderd. Ook bevat een plantaardig dieet een hogere vezeldichtheid en een lagere energy densiteit wat niet goed samengaat met de eetlust van kwetsbare patiënten, aangezien er meer volume gegeten moet worden terwijl het eten tegelijkertijd leidt tot snellere verzadiging. Ook de eiwitkwaliteit kan ter discussie komen te staan, voor de vervanging van 70 gram vlees moet bijvoorbeeld 1 kilo aardappelen gegeten worden. Uiteraard is het mogelijk eiwitmixen te maken, echter dit behoort weer tot de ultra bewerkte voedingsmiddelen. Al met al zal het voornamelijk draaien om gedragsverandering van de consument, wat tijd kost.

Harriet Jager-Wittenaar: The future of nutritional care

Proactief, vroege en interprofessionele behandeling, dat is waar we voor moeten staan. Inmiddels is er al veel ontwikkeld op het gebied van screening en de toegankelijkheid van medische voeding. Ook de GLIM criteria zijn een succes. Echter, vaak wordt ondanks het gebruik van screening alsnog te laat ingegrepen. Niet alle screeningtools dekken de GLIM criteria en elke tool meet verschillende facetten van

ondervoeding. Hierdoor ontstaat een verschil in de erkenning van risicopatiënten. Uit onderzoek blijkt dan ook dat de keuze voor het screeningsinstrument in de zorg effect heeft op de opnameduur.

We moeten dan ook het 'risico op ondervoeding' heroverwegen en vooral ook vastleggen hoe we dit risico dan identificeren. Er zijn 6 belangrijke factoren voor de interprofessionele behandeling van ondervoeding, dat is gedeelde inzet, gedeelde identiteit, duidelijke doelen, duidelijke teamrollen en verantwoordelijkheden, afhankelijkheid tussen teamleden en integratie tussen werk en praktijk. Er is onderzoek gedaan naar deze samenwerkingsconstructie, daaruit blijkt dat professionals positief zijn en willen samenwerken, maar dat met name de interprofessionele identiteit tussen de beroepen nog significant verschillend is.

[Lorenzo Donini: The collision of two epidemics: sarcopenic obesity.](#)

Bij de 60-plussers heeft 10-37% sarcopenie, dit kost naar schatting 397 miljoen dollar in 2028. Sarcopenie obesitas is een klinische en functionele conditie gekarakteriseerd door obesitas, een hoge vetmassa en sarcopenie, ofwel lage spiermassa en spierfunctie. De bewustwording van sarcopenie obesitas is vaak nog volledig afwezig. Sarcopenie obesitas zorgt ervoor dat een persoon continu in een pro-inflammatoire staat verkeerd, wat op zich een negatief effect heeft op de spieren. Andere onderliggende mechanismes die leiden tot sarcopenie obesitas zijn fysieke inactiviteit, selectieve ondervoeding (energierijke nutriënt arme voeding), verminderde motorische aansturing en obesitas gerelateerd chronische ziektes. In ouderen is sarcopenie obesitas gerelateerd met een verminderde fysiek vermogen, verminderde voedingsstatus en een verhoogd risico op cognitieve achteruitgang. Daarmee zou je het kunnen zien als een verandering van absolute sarcopenie naar relatieve sarcopenie. Bijvoorbeeld, ook al is een persoon met obesitas erg fysiek actief, hij is nog steeds in een pro-inflammatoire staat en heeft last van vetinfiltratie in de spier. Daardoor blijft de kwantiteit van de spier mogelijk wel gelijk, maar gaat de kwaliteit achteruit.

ESPEN en de European Association for the Study of Obesity hebben samen een consensus statement geschreven waarin de screening, diagnose en ernst bepaling van dit syndroom wordt besproken. De Sarcopenic Obesity Global Leadership Initiative (SOGLI) heeft in November 2023 de volgende bespreking om het concept verder uit te werken.

Zie ook: Donini LM, Busetto L, Bischoff SC, Cederholm T, Ballesteros-Pomar MD, Batsis JA, Bauer JM, Boirie Y, Cruz-Jentoft AJ, Dicker D, Frara S, Frühbeck G, Genton L, Gepner Y, Giustina A, Gonzalez MC, Han HS, Heymsfield SB, Higashiguchi T, Laviano A, Lenzi A, Nyulasi I, Parrinello E, Poggiogalle E, Prado CM, Salvador J, Rolland Y, Santini F, Serlie MJ, Shi H, Sieber CC, Siervo M, Vettor R, Villareal DT, Volkert D, Yu J, Zamboni M, Barazzoni R. Definition and Diagnostic Criteria for Sarcopenic Obesity: ESPEN and EASO Consensus Statement. *Obes Facts.* 2022;15(3):321-335.