



SUNDHEDSSTYRELSEN

Oplæg om ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient

2017



SUNDHEDSSTYRELSEN

Oplæg om ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient

© Sundhedsstyrelsen, 2017.

Publikationen kan frit refereres med
tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sprog: Dansk

Versionsdato: 10.02.2017

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
februar 2017

Elektronisk ISBN:
978-87-7104-865-0

Indhold

1	Introduktion	4
1.1	Formål	4
1.2	Baggrund	4
1.3	Fokuspunkter for ernæringsindsatser ift. den ældre medicinske patient	5
1.4	Sammenhæng med øvrige initiativer i ”Styrket indsats for den ældre medicinske patient. National handlingsplan 2016”	6
2	Vidensgrundlag og rammesætning	8
2.1	Definition af underernæring og uplanlagt vægttab	8
2.2	Forekomst af underernæring og uplanlagt vægttab	8
2.3	Konsekvenser af underernæring og uplanlagt vægttab	8
2.4	Vidensgrundlag	9
2.5	Beskrivelse af den ældre medicinske patient	10
2.6	Definition af begrebet ernæringsindsats	10
2.7	Økonomisk ramme	11
3	Sammenfatning af anbefalinger	12
4	Forebyggelse af underernæring og uplanlagt vægttab	14
4.1	Viden og erfaringer	14
4.2	Anbefalinger	16
5	Tidlig opsporing og målrettet ernæringsindsats ift. underernæring og uplanlagt vægttab	17
5.1	Viden og erfaringer	17
5.2	Anbefalinger	21
6	Implementering af ernæringsindsatser	22
6.1	Viden og erfaringer	22
6.2	Anbefalinger	26
7	Systematisk dokumentation og udveksling af data om underernæring og uplanlagt vægttab	27
7.1	Viden og erfaringer	27
7.2	Anbefalinger	29
8	Referencer	30
9	Bilagsfortegnelse	36

1 Introduktion

1.1 Formål

Formålet med oplægget om ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient (DÆMP) er at styrke de indsatser, der allerede i dag finder sted i kommuner og regioner med henblik på at sikre ældre medicinske patienter den rette ernæring. I oplægget fremlægges anbefalinger, der kan bidrage til at sikre målrettede indsatser i forhold til underernæring og uplanlagt vægttab blandt ældre medicinske patienter.

Anbefalingerne i oplægget har fokus på:

- Forebyggelse og tidlig opsporing af underernæring og uplanlagt vægttab blandt ældre
- Implementering af ernæringsindsatser for ældre i region, kommune og de tværsektorielle forløb
- Bedre dokumentation og udveksling af information om ældres ernæringstilstand på tværs af sektorer

Oplægget er udarbejdet med sparring fra en faglig følgegruppe, der inkluderer en række væsentlige aktører på ernæringsområdet. Følgegruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

1.2 Baggrund

Den tidligere Venstre-regering indgik i juni 2016 aftale med Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti om *Styrket indsats for den ældre medicinske patient. National handlingsplan 2016* med otte indsatsområder for at styrke indsatsen og skabe sammenhængende forløb for den ældre medicinske patient⁽¹⁾. Et af indsatsområderne i handlingsplanen er *tidligere opsporing og mere rettidig indsats*, hvori der indgår et initiativ med fokus på ernæring.

Sundhedsstyrelsen har fået til opgave, i samarbejde med relevante aktører, at afdække, hvilke målrettede indsatser der skal til for at sikre den rette ernæring til ældre medicinske patienter, herunder om der er behov for at revidere *Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko*⁽²⁾ (herefter kaldet *Vejledning om screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko*).

Forud for første møde med følgegruppen udarbejdede Sundhedsstyrelsen *Vidensgrundlag: Ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient*, som kunne danne udgangspunkt for følgegruppens drøftelser. Vidensgrundlaget beskriver dels faktuelle baggrundsoplysninger, dels væsentlige emner, der relaterer sig til ældres ernæring, herunder fokus på underernæring og uplanlagt vægttab. Emnerne er belyst ud fra de arenaer og aktører, som ældre medicinske patienter typisk er i berøring med; hjemmepleje, hjemmesygepleje, plejebolig, sygehus og almen praksis.

1.3 Fokuspunkter for ernæringsindsatser ift. den ældre medicinske patient

I udarbejdelsen af oplægget har følgegruppen peget på fire overordnede fokuspunkter som væsentlige for at sikre den rette ernæring og sikre målrettede ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient. De fire fokuspunkter er:

Stort potentiale i målrettede ernæringsindsatser for sundhedstilstand, livskvalitet og funktionsevne

Den ældre medicinske patient er blandt andet kendetegnet ved forringet ernæringstilstand, hvilket kan have væsentlig betydning for sundhedstilstanden både ift. forebyggelse, behandling og rehabilitering. Sunde mad- og måltidsvaner har således, i samspil med blandt andet fysisk aktivitet, stor betydning for at fremme og bevare et godt helbred og for at forebygge en række livsstilsrelaterede sygdomme samt tab af funktionsevne⁽³⁾. Der er ligeledes god evidens for, at målrettede ernæringsindsatser forbedrer det kliniske forløb og dermed giver mere effektive behandlingsforløb for den enkelte patient⁽²⁾. Flere undersøgelser viser således, at en individuelt tilrettelagt ernæringsindsats virker både ift. kirurgiske patienter, medicinske patienter og geriatriske patienter med fx lavere dødelighed, bedre sårheling, hurtigere mobilisering og kortere indlæggelsestider til følge⁽⁴⁾. Den rette ernæring har stor betydning i forhold til rehabilitering, og med den rette ernæringsindsats, eventuelt kombineret med en træningsindsats, genvinder og bevarer den ældre en højere grad af funktionsevne og livskvalitet⁽⁵⁾. Der er således et stort potentiale for kommuner og regioner i at sikre målrettede indsatser i forhold til underernæring og uplanlagt vægttab blandt ældre medicinske patienter.

Fokus på implementering af målrettede ernæringsindsatser i region og kommune

Der foreligger på nuværende tidspunkt en lang række publikationer med anbefalinger og beskrivelser af god praksis til arbejdet med ernæring rettet mod region og kommune. I mange henseender er der således viden om forebyggelse, tidlig opsporing og ernæringsindsatser. Opgaven med at sikre målrettede indsatser i forhold til underernæring og uplanlagt vægttab blandt ældre medicinske patienter beror således i højere grad på implementering i kommune og region end et behov for yderligere viden. Arbejdet med implementering af målrettede ernæringsindsatser kan dog på udvalgte områder understøttes af revision og evt. udvidelse af centrale publikationer, vejledninger og materialer på nationalt plan.

Inddragelse af ældre og pårørende samt fokus på individuelle behov og ønsker

Inddragelse af ældre ift. madvalg i fx kommunens plejeboliger har positiv indflydelse på deres lyst til at spise mere. Der bør således være fokus på at inddrage ældre, i størst muligt omfang, i tilberedningen af ernæringsrigtig mad, og hvordan spisemiljøet, spisetidspunktet og måltidsoplevelsen bliver bedst mulig⁽³⁾. Måltidets rammer har stor betydning for appetitten. Det er derfor vigtigt at have gode rammer for måltidet – også når det drejer sig om ældre, der bor alene⁽⁵⁾. Endelig kan individuelle ernæringsindsatser, med inddragelse af den ældre, styrke den ældres motivation og handlekompentence til ændringer i mad- og måltidsvaner, hjælpe den ældre til at prioritere og sætte mål for indsatsen og at støtte den ældre i at vedligeholde opnåede ændringer⁽⁶⁾.

Tværsæktorielle forløb og tværfagligt samarbejde

Ældre har ofte lange behandlingsforløb, der går på tværs af sektorer, lægefaglige specialer og faggrupper. Tilbud og organisering af behandlingsforløbet tager ikke altid udgangspunkt i den enkeltes behov. Det øger risikoen for, at ældre ikke oplever, at der er sammenhæng i forløb og indsatser. Tværfagligt og tværsæktorielt samarbejde er således centralt i arbejdet med at skabe sammenhængende ernæringsindsatser for den ældre. Ernæringsindsatsen kan med fordel understøttes af et tværfagligt samarbejde med relevante sundhedsprofessionelle, som fx læge, sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut, tandplejer, tandlæge, hjemmeplejer, hjemmesygeplejerske, klinisk diætist, professionsbachelor i ernæring og sundhed mv samt leverandører af madservice⁽⁶⁾. Dermed sikres det, at der er fokus på alle dele af ernæringsindsatsen fra sammensætning af kost og diæter målrettet den enkelte ældre patient og borger til den konkrete måltidssituation og indtagelse af maden.

1.4 Sammenhæng med øvrige initiativer i ”Styrket indsats for den ældre medicinske patient. National handlingsplan 2016”

Styrket indsats for den ældre medicinske patient. National handlingsplan 2016⁽¹⁾ beskriver otte indsatsområder, hvoraf flere er relevante i forhold til at sikre målrettede ernæringsindsatser, herunder den rigtige ernæring, til den ældre medicinske patient.

- Indsatsområde 1: *Tidligere opsporing og mere rettidig indsats* er det indsatsområde, som oplægget om ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient er en del af. Den nationale udmøntningsplan af dette indsatsområde har fokus på 3 initiativer. Udover nærværende oplæg skal der i et samarbejde mellem KL og Sundhedsstyrelsen samles op på kommunernes erfaringer med de eksisterende værktøjer til tidlig opsporing af blandt andet underernæring samt udarbejdelse af anbefalinger om tidlig opsporing på baggrund af erfaringsopsamlingen.
- Indsatsområde 2 *Styrkede kommunale akutfunktioner* har blandt andet fokus på at forebygge forværring af akut opstået eller kendt sygdom gennem en tidlig proaktiv indsats. Der udarbejdes kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen, som kommunerne skal leve op til fra 2018. Hensigten er at sikre, at den sygeplejefaglige behandling og pleje, der leveres i kommunale akutfunktioner, bliver af ensartet høj kvalitet i hele landet. Den sygeplejefaglige indsats, der varetager en kommunal akutfunktion kan blandt andet indeholde intravenøs og parenteral ernæringsterapi.
- Indsatsområde 3 *Kompetenceløft i den kommunale hjemmesygepleje* giver kommunerne mulighed for at prioritere et kompetenceløft på blandt andet ernæringsområdet. Det er aftalt, at midlerne i 2016 målrettes et bredt løft af kompetencer i hjemmesygeplejen, herunder med fokus på at øge evnen hos social- og sundhedshjælpere/assistenter og andet sundhedsfagligt personale med stor borgerkontakt til at reagere systematisk på observationer i form af adækvate handlinger. I 2017 og 2018 skal midlerne derudover prioriteres til et målrettet løft af kompetencerne hos en mindre gruppe af sygeplejersker m.fl..

- *Indsatsområde 5 Flere udgående sygehusfunktioner og øget rådgivning til kommuner og almen praksis* indeholder blandt andet et øget fokus på forebyggelse af genindlæggelser samt et styrket samarbejde mellem kommune, region og almen praksis. Følge-hjem-ordninger er et eksempel på, hvordan der kan sikres en god overlevering af ældre til det kommunale sundhedspersonale, herunder ældre med igangværende ernæringsindsatser.
- *Indsatsområde 6 En indsats der hænger mere sammen* har fokus på at skabe sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Det tværsektorielle samarbejde mellem sektorer er vigtigt for måltrettet at kunne give den mest hensigtsmæssige ernæringsindsats til den ældre medicinske patient.
- *Indsatsområde 8 Bedre digitalt samarbejde i komplekse patientforløb* har fokus på udvikling af nye digitale redskaber til blandt andet deling af oplysninger om planer og indsatser for patienten. Ernæringsindsatser kan indtænkes i udviklingsarbejdet, så eventuelle ernæringsoplysninger og -planer bliver delt mellem relevante sundhedsprofessionelle, ældre og pårørende.

2 Vidensgrundlag og rammesætning

I de følgende afsnit beskrives vidensgrundlag, der danner baggrund for Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient.

2.1 Definition af underernæring og uplanlagt vægttab

Underernæring defineres som mangel på energi, protein og næringsstoffer, der medfører vægttab, en mere uhensigtsmæssig kropssammensætning og reducerede fysiologiske funktioner⁽⁷⁾. En person kan godt være underernæret, selvom han/hun tilsyneladende får tilstrækkeligt at spise. Det sker, hvis indtagelsen af mad ikke indeholder den næring og de vitaminer og mineraler, der er nødvendige⁽⁸⁾. Et af de tydeligste tegn på, at en person er i risiko for underernæring, er uplanlagt vægttab. Uplanlagt vægttab er et vægttab på minimum 1 kg⁽⁶⁾, der ikke er tilsigtet, og hvor borgeren taber sig uden specifikt at gøre en indsats for det⁽⁸⁾.

2.2 Forekomst af underernæring og uplanlagt vægttab

Der findes ikke landsdækkende data for forekomsten af underernæring og uplanlagt vægttab blandt ældre i Danmark. Kost- & Ernæringsforbundet vurderede i 2014, på baggrund af en række danske og europæiske studier, at ca. 60 % af ældre i plejebolig og i hjemmeplejen er i risiko for underernæring⁽⁹⁾. En dansk undersøgelse fra 2012 fandt, at 42 % af ældre i plejebolig i løbet af 6 måneder havde et uplanlagt vægttab, hvilket kan være en risikofaktor for underernæring⁽¹⁰⁾. Ved indlæggelse på danske medicinske og kirurgiske afdelinger er 20-30 % af patienterne underernærede. Det ses ofte i forbindelse med nyligt opstået betydeligt vægttab⁽⁴⁾. Tal fra den Landsdækkende Database for Geriatri fra 2012 viser, at ca. 43 % af ældre taber sig under indlæggelse⁽¹¹⁾. Studier viser, at uplanlagt vægttab typisk kan fortsætte tre til seks måneder efter udskrivelsen^(12;13;14).

2.3 Konsekvenser af underernæring og uplanlagt vægttab

Underernæring og uplanlagt vægttab har væsentlige sundhedsmæssige og samfundsøkonomiske konsekvenser. De sundhedsmæssige konsekvenser omhandler blandt andet øget sygelighed, et øget behov for hjælp til dagligdagsopgaver samt en øget dødelighed. De samfundsøkonomiske konsekvenser omhandler flere sygehusophold, længere indlæggelsestider samt flere besøg hos den praktiserende læge.

Sundhedsmæssige konsekvenser af underernæring og uplanlagt vægttab

Underernæring fører ofte til en øget sygelighed ved at svække funktionen af celler i kroppen, herunder kroppens modstand mod infektioner og evnen til at genvinde muskelstyrke⁽¹⁵⁾. Svækkelsen af cellerne i kroppen skyldes mangel på energi, protein samt flere vitaminer og mineraler i kroppen. Blandt andet vil underernæring ofte medføre mangel på vitamin C og D, der reducerer knogle- og muskelstyrke, hvormed risikoen for fald og knoglebrud stiger. Derudover vil mangel på vitamin B og zink svække immunforsvaret og øge risikoen for infektioner⁽¹⁶⁾.

Det er samtidig påvist, at underernæring blandt ældre i plejebolig og hjemmepleje øger behovet for hjælp fra personalet til at udføre de almindelige daglige færdigheder samt nedsætter livskvaliteten^(17;18). Det skyldes blandt andet, at underernæring medvirker til, at ældre ofte er mere trætte, depressive og rammes af hukommelsesbesvær⁽⁹⁾.

Underernæring kan derudover medføre øget dødelighed blandt ældre. Et svensk studie vurderede ernæringstilstand hos ældre over 65 år, hvor 73 % befandt sig i risikogruppen for underernæring. Efter tre år var det muligt at konstatere en sammenhæng mellem underernæring og øget risiko for dødelighed⁽¹⁹⁾. Det stemmer overens med et dansk studie blandt ældre på plejehjem, der viste, at risikoen for dødelighed stiger fra 9 % blandt ældre med et højt BMI til 29 % blandt ældre med et lavt BMI⁽²⁰⁾.

Samfundsøkonomiske konsekvenser af underernæring og uplanlagt vægttab

Konsekvenserne ved underernæring udgør op imod 10 % af de samlede udgifter på offentlig sundhed⁽⁹⁾.

En nordisk undersøgelse fra 2016 undersøgte de samfundsøkonomiske besparelser ved opfølgende hjemmebesøg efter en sygehusindlæggelse, hvor et kostperspektiv indgår. Undersøgelsen konkluderer, at opfølgende hjemmebesøg efter en sygehusindlæggelse, hvor et kostperspektiv indgår, medfører en væsentlig besparelse for samfundet som følge af en reduktion i antallet af både indlæggelser og antallet af liggedage⁽²¹⁾.

Et hollandsk studie fra 2013 viste, at sundhedsudgifterne pr. underernæret patient er 30 % højere end for en ikke-underernæret patient. Denne meromkostning svarer til 5 % af de totale udgifter til sygehus, plejebolig og hjemmepleje. Omregnet til danske forhold svarer det til en merudgift i forbindelse med underernæring på sygehus, i hjemmepleje og plejebolig på knap 6 mia. kroner årligt (i 2011-tal)⁽²²⁾. Denne merudgift stemmer overens med en engelsk undersøgelse fra 2011 blandt praktiserende læger, der viser en væsentlig meromkostning til underernærede patienter sammenlignet med ikke-underernærede patienter. Meromkostningerne skyldes et fordoblet antal besøg hos den praktiserende læge og et fordoblet antal sygehusindlæggelser blandt underernærede patienter⁽²³⁾.

Der mangler stadig præcise beregninger på, hvor store økonomiske omkostninger underernæring og uplanlagt vægttab har for det danske samfund. Undersøgelser tyder på, at der potentielt kan opnås væsentlige besparelser ved at behandle og forebygge underernæring og uplanlagt vægttab og dermed potentielt opnå kortere indlæggelsestid, færre genindlæggelser, færre besøg hos den praktiserende læge og mindre behov for hjemmepleje blandt ældre⁽⁹⁾.

2.4 Vidensgrundlag

Vidensgrundlaget for anbefalingerne i oplægget er baseret på centrale publikationer på ernæringsområdet med officielle anbefalinger, rapporter, systematiske reviews, randomiserede kontrollerede studier, konkrete indsatser samt praksiserfaringer^(5;24;25). Studierne i vidensgrundlaget tyder på, at det fortsat er en udfordring i både kommune og region at implementere og forankre effektive ernæringsindsatser i praksis.

I de centrale publikationer på ernæringsområdet indgår blandt andet *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*⁽⁶⁾, *Faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab*⁽²⁶⁾, *National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen*⁽⁵⁾ samt *Anbefalinger for den danske institutionskost*⁽⁴⁾. Endelig er der som led i den første handlingsplan for den ældre medicinske patient udgivet *Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring - sammenfatning af anbefalinger*⁽²⁷⁾, der specifikt kommer med anbefalinger til tidlig opsporing om ernæring i kommune og almen praksis.

Der er mange anbefalinger i de eksisterende centrale publikationer på ernæringsområdet. Oplægget forsøger at give en præsentation af væsentlige anbefalinger spredt i de centrale publikationer rettet mod forskellige aktører og arenaer samt et overblik over den aktuelle viden på området. Oplægget skal dermed understøtte det videre arbejde med målrettede ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient både lokalt og nationalt.

2.5 Beskrivelse af den ældre medicinske patient

Målgruppen for oplægget er den ældre medicinske patient, der defineres ved blandt andet høj alder og flere af nedenstående faktorer⁽¹⁾:

- Svær sygdom
- Flere samtidige sygdomme (multimorbiditet)
- Forringet ernæringstilstand
- Nedsat funktionsevne fysisk og/eller kognitivt
- Begrænset egenomsorgskapacitet
- Multimedicinering (polyfarmaci)
- Aleneboende og/eller svagt socialt netværk
- Behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelse

I teksten og de konkrete anbefalinger vil der i oplægget ofte blive refereret til ældre. Grunden er, at de centrale publikationer og vejledninger, som oplægget er bygget på, ofte ikke er målrettet den ældre medicinske patient. Når der er specifikt fokus på den ældre medicinske patient, fremgår det af teksten.

2.6 Definition af begrebet ernæringsindsats

Sundhedsstyrelsen anvender begrebet ernæringsindsats som en overordnet betegnelse for indsatser og tilbud på ernæringsområdet. Termen 'diætbehandling' er typisk målrettet patienter, herunder borgere med kronisk sygdom, mens 'kostvejledning' typisk er målrettet raske⁽⁶⁾. 'Diætbehandling' omfatter elementer som individuel identifikation af risikofaktorer, vurdering af behov og ernæringsplan, individuel handling ('diætvejledning'), monitorering, evaluering og opfølgning samt dokumentation af alle led i indsatsen. 'Kostvejledning' omfatter vejledning om de officielle kostråd, herunder sunde mad- og måltidsvaner, der suppleres med de gældende ernæringsanbefalinger for den specifikke patientgruppe^(6,26). For den ældre, der har oplevet et uplanlagt vægttab eller er underernæret, tilbydes diætbehandling⁽⁴⁾. Som et led i den

individuelle ernæringsindsats er det vigtigt at tage udgangspunkt i den ældres livssituation, så den ældre får den rette indsats og støtte i forhold til at ændre mad- og måltidsvaner⁽⁶⁾.

2.7 Økonomisk ramme

Det forudsættes med handlingsplanen for en styrket indsats for den ældre medicinske patient, at de anbefalinger og indsatser, der peges på i oplægget om ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient, som udgangspunkt skal kunne gennemføres indenfor de eksisterende økonomiske rammer i region og kommune. Denne præmis har haft betydning for, hvilke anbefalinger Sundhedsstyrelsen har udvalgt i forhold til de forslag, der er kommet fra den faglige følgegruppe.

3 Sammenfatning af anbefalinger

Oplæggets 8 anbefalinger til initiativer er sammenfattet nedenfor. De enkelte anbefalinger uddybes i kapitlerne 4-7.

Forebyggelse af underernæring og uplanlagt vægttab

1. Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsen vil opdatere *Forebyggelsespakke - Mad & måltider*⁽³⁾, således at der i publikationen kommer yderligere fokus på ældre i kommunens arbejde med at gennemføre relevante indsatser for at fremme sund mad og gode måltidsvaner.

Tidlig opsporing og målrettet ernæringsindsats ift. underernæring og uplanlagt vægttab

2. Kommune, region og almen praksis bør foretage en vurdering af ældres ernæringstilstand ved visitation til hjemmehjælp (herunder madservice), sygepleje, rehabilitering- og/eller genoptræning, ved indflytning på plejecenter/i plejebolig samt ved indlæggelse på og udskrivelse fra sygehus. Ernæringsindsatser bør iværksættes ved behov. Vurderingen foretages ud fra allerede anbefalede værktøjer med fokus på eventuelt behov for supplerende af disse.
3. Sundhedsstyrelsen reviderer og opdaterer *Vejledning om screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko*⁽²⁾, der er målrettet til det sundhedsfaglige personale på sygehuse, således at vejledningen er tidssvarende, har øget fokus på måltidssituationen og overgange mellem sektorer ved indlæggelse på og udskrivelse fra sygehus samt afspejler udviklingen i det samlede sundhedsvæsen. Som led i revisionen vil Sundhedsstyrelsen enten udvide vejledningen eller udarbejde en supplerende vejledning med anbefalinger målrettet den kommunale hjemmesygepleje, hjemmepleje og almen praksis med fokus på tidlig opsporing, behandling og rehabilitering af ældre i ernæringsmæssig risiko. En udvidet eller supplerende vejledning vil i højere grad understøtte et sammenhængende patientforløb mellem sektorer og øget tværfagligt samarbejde såvel ved indlæggelse på og udskrivelse fra sygehus som ved kontakt mellem almen praksis og kommune.

Implementering af ernæringsindsatser

4. Kommune og region bør i regi af sundhedsaftalerne aftale den konkrete opgavevaretagelse af målrettede ernæringsindsatser. I sundhedsaftalerne kan ernæring vælges som en prioriteret indsats, hvori der indgås aftale om koordinering af ernæringsindsatsen i de patientforløb, der går på tværs af sygehus, kommune og almen praksis. Det kan fx gælde udveksling af information om ernæringscreening og -vurdering eller inddragelse af ernæring som område i fx udgående sygehusfunktioner eller fremskudt visitation, hvor sådanne initiativer er igangsat.

5. Kommune og region bør fastsætte krav til den ernæringsmæssige sammensætning af maden i rammeaftalen med leverandører af madservice, således at individuelle ernæringsbehov tilgodeses, som fx tilbud om Kost til småtspisende og Kost med modificeret konsistens. Den ernæringsmæssige sammensætning bør ske med udgangspunkt i *Anbefalinger for den danske institutionskost*⁽⁴⁾ og *Den Nationale Kosthåndbog*⁽²⁸⁾.
6. Dansk Selskab for Patientsikkerhed bør i samarbejde med relevante aktører inkludere ernæring som et selvstændigt indsatsområde i projekt *I sikre hænder*. Implementeringen af ernæring i projektet vil øge fokus på betydningen af ældres ernæringstilstand og understøtte handlemuligheder.

Systematisk dokumentation og udveksling af data om underernæring og uplanlagt vægttab

7. Kommunen bør dokumentere ernæringstilstand og -indsatser systematisk ved brug af Fælles Sprog III, så det er muligt under det sygeplejefaglige problemområde Ernæring at monitorere forekomsten af tilstandene 'uhensigtsmæssig vægtændring' og 'problemer med undervægt' på lokalt og nationalt niveau. Til disse tilstande vil en af de mulige indsatser være 'undersøgelse og måling af værdier', hvortil der kan knyttes et vægtskema til dokumentation og monitorering.
8. Kommune og region bør inkludere centrale indikatorer på ernæringsområdet i den nyeste version 1.0.3 af MedComs hjemmepleje-sygehusmeddelelser til at beskrive og udveksle data på tværs af sektorer. Centrale indikatorer udgør fx vægt, uplanlagt vægttab, spisevaner, kostform, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom, behandling, kvalme og opkastning samt eventuel ernæringsplan.

4 Forebyggelse af underernæring og uplanlagt vægttab

Hensigtsmæssig ernæring og gode måltider har stor betydning for den ældres sundhed og livskvalitet. Mange ældre er i god ernæringstilstand og har positive måltidsoplevelser⁽²⁴⁾. Raske ældres behov tilgodeses gennem normalkosten, og de anbefales at følge *De officielle Kostråd*⁽²⁹⁾ suppleret af *Råd om mad, når du er over 65 år – supplement til De officielle Kostråd*⁽³⁰⁾.

Årsagerne til underernæring og uplanlagt vægttab er mange og komplekse⁽⁹⁾. Centrale faktorer som sygdom, medicinindtag, appetitløshed og spiseproblemer kan påvirke den ældres indtagelse af mad^(2;9;24). I forbindelse med indlæggelse kan det være en udfordring at få den ældre til at indtage tilstrækkeligt mad på grund af forkert konsistens af kosten eller manglende hjælp til at spise. Udover at maden skal have den rette kvalitet og konsistens, er det vigtigt at sikre, at maden rent faktisk bliver spist. Når maden forlader køkkenet har andre faggrupper ansvaret for at sikre, at maden spises, men i praksis kan manglende ressourcer eller viden betyde, at det ikke lykkes i den konkrete måltidssituation⁽⁹⁾.

Uplanlagt vægttab og underernæring kan have alvorlige konsekvenser for både den fysiske, sociale og psykiske funktionsevne, hvorfor forebyggelse er central⁽⁸⁾. For eksempel hænger uplanlagt vægttab tæt sammen med tab af muskelmasse og muskelstyrke, og vægttab øger derfor risikoen for nedsat funktionsevne og fysisk formåen⁽³¹⁾. Et fald i funktionsevne ses allerede efter et ganske lille vægttab (ca. 1 % pr. år)⁽⁴⁾. Uplanlagt vægttab og underernæring øger desuden risikoen for sygdom og dødelighed⁽⁹⁾. Det er vigtigt at være opmærksom på, at uplanlagt vægttab kan være et tidligt tegn på begyndende sygdom, hvorfor tidlig opsporing af uplanlagt vægttab kan medvirke til at forebygge de alvorlige konsekvenser af nyopstået sygdom⁽³²⁾.

En målrettet indsats med fokus på at forebygge uplanlagt vægttab og underernæring kan understøtte et sundere og længere liv med højere livskvalitet for en større gruppe af ældre⁽⁸⁾. Forebyggelsesindsatsen kan blandt andet bestå af, at faggrupper i jævnlig kontakt med ældre ifm. forebyggelse, pleje og behandling informerer og rådgiver ældre og deres pårørende om, hvilke forebyggende tiltag de ældre selv kan igangsætte for at undgå uplanlagt vægttab og underernæring. Faggrupper i jævnlig kontakt med ældre ifm. forebyggelse, pleje og behandling skal derfor have den nødvendige viden om, hvilke indsatser de kan igangsætte for at bidrage til at mindske risikoen for, at ældre får et uplanlagt vægttab eller bliver underernærede.

4.1 Viden og erfaringer

Ældre i plejebolig, ældre der modtager hjemmepleje/hjemmesygepleje og ældre, der er indlagt på sygehus, er i særlig risiko for uplanlagt vægttab og underernæring⁽⁵⁾. For ældre i plejebolig nedsætter ethvert uplanlagt vægttab uanset størrelse den ældres trivsel og øger behovet for hjælp fra personalet til almindelige dagligdags gøremål⁽⁹⁾. Når evnen til at klare sig selv bliver mindre, har det negativ betydning for både livskvalitet og udgifter til hjemmepleje, plejebolig mv.⁽⁴⁾.

En række risikofaktorer kan have negativ indflydelse på ældres ernæringstilstand. Blandt de vigtigste faktorer er:

- Tygge- og synkebesvær⁽³³⁾
- Dårlig tandstatus⁽³⁴⁾
- Afhængighed af hjælp til at spise⁽⁵⁾
- Reduceret/nedsat spytkproduktion⁽⁹⁾
- Akut sygdom/forværring af kronisk sygdom⁽³⁵⁾
- Nedsat appetit⁽²⁴⁾
- Psykiske faktorer⁽³⁶⁾
- Medicinforbrug samt bivirkninger heraf⁽³⁷⁾
- Nedsat fysisk funktionsevne⁽³⁸⁾

Der findes forskellige redskaber og vejledninger, der kan understøtte den forebyggende indsats i kommunen, på sygehuse og i almen praksis. Nedenfor beskrives forebyggelse i forskellige arenaer.

Forebyggelse i kommunen

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker fra 2012-2013 er et vidensbaseret værktøj til kommunerne med faglige anbefalinger på grund- og udviklingsniveau, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde. *"Forebyggelsespakke - Mad & måltider"*⁽³⁾, der er udarbejdet sammen med Fødevarestyrelsen, har til formål at understøtte og kvalificere kommunens arbejde med at gennemføre relevante indsatser for at fremme sund mad og gode måltidsvaner. Kommunen kan ved behov henvise til tilbud i kommunen, som fx madservice, rådgivning i sundhedscenter samt til almen praksis. Forebyggelsespakken har dog kun i begrænset omfang fokus på forebyggelse rettet mod ældre.

Forebyggelse på sygehus og i almen praksis

Den indledende vurdering af behovet for forebyggelsestilbud sker i almen praksis og på sygehuset. Hvis der identificeres et behov, og den ældre ønsker det, skal der henvises til relevante forebyggelsestilbud i kommunen. Den indledende vurdering i almen praksis og på sygehus kan motivere nogle ældre til en ændring i uhensigtsmæssige kostvaner, og et eventuelt uplanlagt vægttab kan således forebygges⁽³⁹⁾.

I et længerevarende indlæggelsesforløb, er det væsentligt at sætte fokus på forebyggelse af uplanlagt vægttab og underernæring, hvormed færre ældre vil opleve de komplikationer, som uplanlagt vægttab og underernæring medfører. Det gælder fx nedsat immunforsvar, øget risiko for infektioner, nedsat funktionsevne og langsommere ophealing af tryksår. Der bør derfor igangsættes en ernæringsintervention baseret på den enkeltes risiko for utilstrækkelig kostindtag, som ofte ses under et længerevarende forløb^(9;51). Afhængig af den ældres ernæringsbehov vælges den hensigtsmæssige kosttype, og det monitoreres, om maden indtages^(4;28).

Faggrupper der arbejder med forebyggende indsatser

Individuelle ernæringsindsatser tilpasset den enkeltes behov er central for en vellykket forebyggende indsats overfor underernæring og uplanlagt vægttab. Grundet den store variation i risikofaktorer og individuelle behov kan forskellige faggrupper med fordel inddrages i større eller mindre grad i den forebyggende indsats⁽¹¹⁾. Faggrupper i kontakt med den ældre i forbindelse med fx de forebyggende hjemmebesøg, ved visitation til forskellige former for hjælp eller i forbindelse med fysioterapi, ergoterapi, diætetisk behandling eller omsorgstandpleje, skal have opmærksomhed på den ældres vægt og madvaner samt kompetencer og viden, der gør det muligt at oplyse om konsekvenser ved et eventuelt uplanlagt vægttab og underernæring⁽²⁷⁾.

Ved de forebyggende hjemmebesøg kan der således med fordel sættes fokus på den ældres ernæringstilstand og måltidsvaner. Ligeledes er det relevant at være opmærksom på ændringer i den ældres sociale situation, da fx alvorlig sygdom eller tab af pårørende kan have indflydelse på appetitten og dermed vægtudviklingen⁽⁸⁾.

En væsentlig del af forebyggelsesindsatsen ift. den ældres ernæringstilstand er at oplyse ældre om betydningen af et sundt og funktionsdygtigt tandsæt. Hvis der blandt faggrupper i jævnlig kontakt med ældre ifm. forebyggelse, pleje og behandling observeres et problem ift. tandstatus hos ældre, bør der henvises til fx omsorgstandplejen, hvis den ældre er tilmeldt ordningen⁽⁴⁰⁾.

Information og rådgivning i forebyggelsesindsatsen

Information og rådgivning om ernæring, mad og måltider til hjemmeboende ældre kan påvirke kostvaner i positiv retning. Ved at informere og rådgive kan der motiveres til, at ældre ændrer kostvaner⁽⁴¹⁾. Det kan være udfordrende at skulle ændre på mad- og måltidsvaner. Det er derfor vigtigt at styrke den ældres vidensniveau og sikre forståelsen af kostens betydning, samt aktivt afdække og styrke den ældres motivation og handlekompetence til at ændre mad- og måltidsvaner. Dermed er det muligt at understøtte, at den ældre reflekterer over sine vaner i forhold til den konkrete ernæringstilstand og helbredsstatus. På sigt skal der være fokus på, at ældre opretholder de opnåede ændringer i mad- og måltidsvaner⁽⁶⁾.

I Socialstyrelsens projekt *God mad - godt liv*⁽⁴²⁾ er der udviklet en lang række redskaber og informationsmateriale, der kan bidrage til at styrke og opretholde en hensigtsmæssig ernæringstilstand blandt ældre, der bor i plejebolig eller modtager hjemmepleje. Initiativerne i *God mad - godt liv* har blandt andet fokus på, at madservice på ældreområdet tilrettelægges med afsæt i de ældres individuelle ønsker og behov. Den borgerrettede del af materialet har fokus på at ældre og deres pårørende opnår mere viden om den ældres ernæringsbehov.

4.2 anbefalinger

- Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsen vil opdatere *Forebyggelsespakke - Mad & måltider*⁽³⁾, således at der i publikationen kommer yderligere fokus på ældre i kommunens arbejde med at gennemføre relevante indsatser for at fremme sund mad og gode måltidsvaner.

5 Tidlig opsporing og målrettet ernæringsindsats ift. underernæring og uplanlagt vægttab

Ældres ernæringsmæssige problemer fremstår ikke altid tydelige for den ældre selv, for de pårørende og for faggrupper i jævnlig kontakt med ældre ifm. pleje og behandling. Ved systematisk tidlig opsporing kan ældre i risiko for udvikling af uplanlagt vægttab og underernæring identificeres, så der kan iværksættes ernæringsindsatser i rette tid⁽⁸⁾.

Ældre i plejebolig, ældre der modtager hjemmepleje/hjemmesygepleje og ældre indlagt på sygehus er i særlig risiko for uplanlagt vægttab og underernæring. For ældre i plejebolig nedsætter uplanlagt vægttab uanset størrelse den ældres trivsel og øger behovet for hjælp fra personalet til almindelige dagligdags færdigheder. Når evnen til at klare sig selv bliver mindre, har det negativ betydning for både livskvalitet og udgifter til hjemmepleje, plejebolig mv.⁽⁴⁾.

Sværere sygdom vil ofte medføre nedsat appetit og energiindtagelse, hvilket kan resultere i uplanlagt vægttab og underernæring⁽⁹⁾. Ældre, der mister en samlever eller ægtefælle, er i særlig risiko for uplanlagt vægttab, blandt andet fordi spisesituationen hænger tæt sammen med socialt samvær. Tabet af samlever eller ægtefælle kan betyde, at lysten til at tilberede og indtage mad forsvinder, hvilket øger risikoen for uplanlagt vægttab^(9;12;43). Ligeledes kan ældre, der lever sammen med en alvorligt syg samlever eller ægtefælle med fx demens, være i risiko for uplanlagt vægttab⁽⁴⁴⁾.

For at understøtte sammenhængende og velfungerende opsporings- og ernæringsindsatser er der udarbejdet en række vejledninger og værktøjer målrettet hhv. sygehuse, kommune og almen praksis. Fælles for de enkelte vejledninger og værktøjer er, at de ofte er specifikt målrettet de forskellige sektors behov og ikke i tilstrækkelig grad har fokus på, at ernæringsindsatser ofte foregår på tværs af sektorer og arenaer. Dermed understøttes de sammenhængende forløb på tværs af sektorer kun i begrænset omfang.

Ældre medicinske patienter har ofte mange kontakter til sygehus, almen praksis og kommune, og ofte er flere faggrupper fra forskellige sektorer og arenaer involveret i deres behandlings- og plejeforløb. Udviklingen de seneste år med kortere indlæggelsestider gør, at det er vigtigt at sikre et velfungerende og effektivt samarbejde på tværs af sektorer og arenaer med en klar rolle- og opgavefordeling samt et klart placeret opfølgingsansvar. Dette kan med fordel indarbejdes i vejledninger og værktøjer.

5.1 Viden og erfaringer

Systematisk opsporing er væsentligt i forhold til at identificere patienter i ernæringsmæssig risiko. Det sikrer en tidligere indsats overfor uplanlagt vægttab, mindsker risikoen for komplikationer og nedbringer indlæggelsestiden på sygehus⁽⁵⁾. Systematisk opsporing af ældre i ernæringsmæssig risiko, der bor i plejebolig, modtager hjemmepleje/hjemmesygepleje, indlægges eller konsulterer almen praksis, øger muligheden for at identificere ældre, der har gavn af en ernæringsindsats. Opsporingen gennemføres ved regelmæssig vejning, screening for ernæringsmæssig risiko på sygehus eller ernæringsvurdering i kommune⁽⁴⁾.

For at kunne reducere konsekvenserne af uplanlagt vægttab og underernæring er det vigtigt at igangsætte en ernæringsindsats, så snart den ældre er opsporet som værende i risiko.

Nedenfor belyses metoder til systematisk tidlig opsporing og ernæringsindsatser i forskellige arenaer:

- **Regelmæssig vejning:** Anvendes ved opsporing af ældre i eget hjem, i kommune, på sygehus og i almen praksis ved hjælp af *Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring*^(27;45).
- **Ernæringsvurdering:** Anvendes i plejebolig og i hjemmepleje ved hjælp af skemaet *Ernæringsvurdering*⁽⁴⁶⁾.
- **Screening for ernæringsmæssig risiko:** Anvendes på sygehuse ved hjælp af *Vejledning om screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko*^(2;47).
- **Indholdet i en ernæringsindsats:** Anvendes på sygehuse og i kommuner ved hjælp af *Anbefalinger for den danske institutionskost*⁽⁴⁾, *Den Nationale Kosthåndbog*⁽²⁸⁾, *Faglige anbefalinger og beskrivelse af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab*⁽²⁶⁾ og *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*⁽⁶⁾.

Regelmæssig vejning

Alle medarbejdere, der i kontakt med ældre, skal være opmærksomme på, om den ældre får et uplanlagt vægttab, da selv et mindre uplanlagt vægttab på 1 kg eller derover nedsætter funktionsevnen^(4;6). Samtidig bør alle ældre i kommunalt regi (hjemmepleje, plejebolig, genoptræningsforløb) vejes ved visitation samt en gang om måneden, hyppigere efter sygdom, samt minimum en gang årligt i almen praksis. Regelmæssig vejning kan mindske risikoen for, at et uplanlagt vægttab opdages så sent, at det får negative konsekvenser for den ældres sundhedstilstand⁽²⁷⁾.

Ernæringsvurdering

For at forebygge eller forbedre en uheldig ernæringstilstand udarbejdede Socialstyrelsen i 2013, som en del af projekt *God mad – godt liv*, redskabet *Ernæringsvurderingsskemaet* (EVS) til brug i kommunens hjemmepleje og plejeboliger. Et valideringsstudie har vist, at EVS er velegnet til at opspore ældre, der har gavn af en ernæringsindsats. Redskabet understøtter en risikobaseret tilgang, der indebærer en målrettet tværfaglig ernæringsindsats til ældre⁽⁴⁶⁾. Risikofaktorerne for dårlig ernæringstilstand er uplanlagt vægttab, tygge-/synkebesvær, behov for hjælp til at spise, akut sygdom eller akut forværring af kronisk sygdom⁽²⁶⁾. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at EVS anvendes til nærmere udredning ved uplanlagt vægttab på 1 kg og derudover. Ernæringsvurderingsskemaet indeholder et registreringskema, hvor den ældres ernæringstilstand noteres. Vurderingen af ernæringstilstand baseres på spørgsmål om spisevaner, vægtudvikling og måltidsindhold samt observation af årsager til den dårlige ernæringstilstand, som fx tygge-/synkebesvær⁽⁴⁶⁾.

Screening for ernæringsmæssig risiko

I 2003 udgav Sundhedsstyrelsen *Vejledning om screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko*⁽²⁾ som en del af indsatsen *Bedre mad til syge*⁽⁴⁸⁾. Vejledningen er en praktisk guide til sundhedspersonalet på sygehus omkring metoder til systematisk screening, behandling og monitorering af patienters ernæringstilstand. Primær og sekundær screening identificerer patienter i ernæringsmæssig risiko allerede ved indlæggelse, hvilket gentages løbende under indlæggelse indtil patienten ikke længere er i ernæringsmæssig risiko⁽²⁾.

Indholdet i en ernæringsindsats

Når ældre er opsporet for uplanlagt vægttab eller underernæring igangsættes en ernæringsindsats med udgangspunkt i, hvilken arena den ældre befinder sig i.

Når ældre er opsporet i kommunen for underernæring eller uplanlagt vægttab, igangsættes en ernæringsindsats, der skal sikre, at den ældres behov imødekommes, og indsatsen justeres løbende på baggrund af udviklingen i den ældres ernæringstilstand. Ernæringsindsatsen vil blandt andet omfatte en vurdering af, hvad der skal gøres for at afhjælpe de forskellige risikofaktorer, som er identificeret⁽²⁶⁾. Ernæringsindsatsen bør tilrettelægges med inddragelse af faggrupper, der kan fokusere på og afhjælpe årsagerne til den uhensigtsmæssige ernæringstilstand. Indsatsen skal samtidig tage udgangspunkt i, hvad og hvornår den ældre har lyst til at spise. Den ældres ernæringstilstand monitoreres og vurderes løbende på baggrund af kostindtag og vægtudvikling^(2;26;27).

Hvis primær og sekundær screening på sygehus indikerer, at den ældre har fået uplanlagt vægttab eller er underernæret, udarbejdes en behandlingsplan, hvori patientens energi- og proteinbehov fastlægges, og den mest hensigtsmæssige kostform vælges ud fra spørgsmål om appetit, kostvaner og spiseproblemer. Kostindtag og vægtudvikling monitoreres løbende, og ud fra resultaterne udredes eventuelle årsager til utilstrækkeligt kostindtag eller vægttab, hvorefter behandlingsplanen justeres. Patienten monitoreres indtil han/hun ikke længere er i ernæringsmæssig risiko. Udskrives patienten, før ernæringsbehandlingen er afsluttet, gives forslag til opfølgning i epikrisen til almen praksis samt i udskrivningsrapporten i MedComs hjemmepleje-sygehusmeddelelser til kommunen⁽⁴⁹⁾.

Fysisk træning og ernæringsindsatser

Ved at inddrage ernæring i andre indsatser, som fx genoptræning og rehabiliteringsaktiviteter, vil den samlede effekt af indsatserne kunne øges, hvilket vil øge den ældres livskvalitet og helbredsstatus⁽²⁴⁾. Småtspisende ældre kan have gavnlige effekt af en ernæringsindsats i form af mad og drikke med højt energi- og proteinindhold kombineret med fysisk træning. Under indlæggelse er det vigtigt at holde sig aktiv, da inaktivitet har alvorlige konsekvenser for muskelstyrken og desuden nedsætter appetitten^(26;50). Hos ældre med uplanlagt vægttab bør en eventuel træningsindsats derfor kombineres med en ernæringsindsats, da træning uden samtidigt fokus på ernæring kan medføre yderligere vægttab⁽⁶⁾.

National klinisk retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med geriatriske problemstillinger

Sundhedsstyrelsen udgav i december 2016 en national klinisk retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med geriatriske problemstillinger, hvoraf evidensgennemgangen af tre fokuserede spørgsmål belyste effekten af ernæringsindsatser og førte til følgende anbefalinger ⁽⁵¹⁾:

- Det er god praksis at tilbyde langvarig ernæringsindsats til ældre med geriatriske problemstillinger og underernæring eller risiko herfor.
- Overvej at tilbyde en individuel ernæringsindsats fremfor en standardiseret ernæringsindsats til ældre med geriatriske problemstillinger og underernæring eller risiko herfor.
- Overvej at give en ernæringsindsats kombineret med træning til ældre med geriatriske problemstillinger og underernæring eller risiko herfor.

Generelt for retningslinjen for ernærings- og træningsindsatser til ældre med geriatriske problemstillinger understreges det, at der er mangel på evidens på området, og, at der er behov for mere forskning ift. at understøtte hvilke ernæringsindsatser, der har den største effekt til ældre med geriatriske problemstillinger. Desuden pointeres det i retningslinjen, at det kan være problematisk at træne ældre, som er underernærede, da underernærede ældre kan have manglende næring til muskelproteinsyntese ⁽⁵¹⁾.

Kommuner og regioner spiller en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af den nationale kliniske retningslinje gennem videreformidling af indholdet i retningslinjen samt ved at understøtte anvendelsen i praksis. Derudover er de faglige selskaber en vigtig aktør i at udbrede kendskabet til retningslinjen. Retningslinjen bør således integreres i de vejledninger, der allerede anvendes på området ⁽⁵¹⁾.

Måltidssituationen

Undersøgelser indikerer, at sociale og fysiske rammer omkring måltidet er fremmede for livskvaliteten ^(52;53), og en højere tilfredshed ved måltidssituationen øger indtaget af mad ^(54;55). Personalet, der varetager måltidssituationen i både hjemmepleje, plejebolig og på sygehus, har en vigtig rolle i forhold til at skabe måltider, der imødekommer de ældres ønsker og behov ⁽⁵⁾.

I projekt *God mad - godt liv* ⁽⁴²⁾ er der udviklet en række redskaber og publikationer, der understøtter, at mad og måltider for ældre tilrettelægges med afsæt i de ældres individuelle ønsker og behov. Publikationerne kan understøtte arbejdet med at sikre, at der etableres valgmuligheder for borgeren, og at maden er af god ernæringsmæssig og sensorisk kvalitet tilpasset den enkeltes behov ⁽⁵⁶⁾. Ældre og pårørende har ikke altid selv den nødvendige viden og det fulde overblik over egen ernæringstilstand eller mulighederne for at ændre på den. Faggrupper i jævnlig kontakt med ældre ifm. pleje og behandling har til opgave at bringe viden ind i samtalen med ældre og pårørende og igennem dialog at finde frem til, hvad der kan forbedre den ældres ernæringstilstand ^(6;26).

Bedremåltider.dk er et samarbejde mellem Fødevarestyrelsen, Kost & Ernæringsforbundet, Madkulturen og Sundhedsstyrelsen og er en vidensbank for gode og praksisnære cases, hvor kommuner, institutioner og andre aktører, som arbejder med mad og ernæring til ældre, kan blive inspireret til at igangsætte ernæringsindsatser. Casene viser de gode tiltag på ernæringsområdet, så kommuner mv. kan lære af andres positive erfaringer med at bruge mad og måltider til at styrke ældres livskvalitet og sundhed⁽⁵⁷⁾.

5.2 anbefalinger

- Kommune, region og almen praksis bør foretage en vurdering af ældres ernæringstilstand ved visitation til hjemmehjælp (herunder madservice), sygepleje, rehabilitering- og/eller genoptræning, ved indflytning på plejecenter/i plejebolig samt ved indlæggelse på og udskrivelse fra sygehus. Ernæringsindsatser bør iværksættes ved behov. Vurderingen foretages ud fra allerede anbefalede værktøjer med fokus på eventuelt behov for supplerende af disse.
- Sundhedsstyrelsen reviderer og opdaterer *Vejledning om screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko*⁽²⁾, der er målrettet til det sundhedsfaglige personale på sygehuse, således at vejledningen er tidssvarende, har øget fokus på måltidssituationen og overgange mellem sektorer ved indlæggelse på og udskrivelse fra sygehus samt afspejler udviklingen i det samlede sundhedsvæsen. Som led i revisionen vil Sundhedsstyrelsen enten udvide vejledningen eller udarbejde en supplerende vejledning med anbefalinger målrettet den kommunale hjemmesygepleje, hjemmepleje og almen praksis med fokus på tidlig opsporing, behandling og rehabilitering af ældre i ernæringsmæssig risiko. En udvidet eller supplerende vejledning vil i højere grad understøtte et sammenhængende patientforløb mellem sektorer og øget tværfagligt samarbejde såvel ved indlæggelse på og udskrivelse fra sygehus som ved kontakt mellem almen praksis og kommune.

6 Implementering af ernæringsindsatser

Viden om årsager til og konsekvenserne af uplanlagt vægttab og underernæring blandt ældre findes. Der er ligeledes udarbejdet en række anbefalinger og værktøjer målrettet medarbejdere i kommune, på sygehus og i almen praksis til at understøtte arbejdet med at sikre ældre den rette ernæring. Det er dog stadig en udfordring for kommuner og regioner at få implementeret de rette ernæringsindsatser til ældre på de rigtige tidspunkter. Implementeringen kan blandt andet understøttes ved at prioritere ernæringsindsatser, sætte rammer for ernæringsindsatser samt at sikre relevante kompetencer og tværfaglighed.

Ældre medicinske patienter har ofte lange behandlings- og plejeforløb, der involverer både sygehus, almen praksis og kommune, herunder hjemmesygeplejen. Vigtig information om den ældres ernæringstilstand og den konkrete indsats går af og til tabt mellem de ansvarlige aktører⁽¹⁾. Tydelig ansvars- og opgavefordeling og velfungerende arbejdsgange mellem relevante faggrupper, sektorer og specialer i forhold til ernæringsindsatsen, herunder opfølgning og dokumentation, kan være med til at sikre mere effektive ernæringsindsatser⁽⁵⁾.

Når der iværksættes en ernæringsindsats under indlæggelse, bør indsatsen fortsætte efter udskrivelse, når den ældres ernæringstilstand ikke er genoprettet under indlæggelsen⁽²⁶⁾.

Alle personalegrupper omkring den ældre bør have viden om, hvilken betydning mad, måltider og ernæring har for den enkelte ældres livskvalitet og funktionsevne, men deres indgangsvinkel hertil er forskellig. Ernæringsindsatser tilrettelægges af sundhedsprofessionelle med kompetencer på tværs af fagligheder, så indsatsen for den enkelte opleves sammenhængende og med den højst mulige kvalitet. Derudover er det vigtigt, at de enkelte faggrupper har indsigt i andre faggruppers tilgange til ernæring ift. hensigtsmæssig tilrettelæggelse af det tværfaglige samarbejde^(5;58).

Information fra sygehus om den ældres ernæringstilstand og igangværende ernæringsindsats videregives til kommunen. Det kan fx ske i udskrivningsrapporten i MedComs hjemmepleje-sygehusmeddelelser⁽⁴⁹⁾ (se kapitel 7) og ved at etablere udgående teams fra sygehuset, fremskudt visitation på sygehus eller forløbskoordinatorer på sygehuset, der understøtter en fortsat ernæringsindsats i kommunen⁽⁴⁾. På samme måde er det relevant for ældre, der indlægges på sygehus og er underernærede eller har fået et uplanlagt vægttab, at information om ernæringstilstand og igangværende ernæringsindsats videreføres fra kommunale medarbejdere til personalet på sygehus. Informationen videregives til sygehuset via indlæggelsesrapporten i MedComs hjemmepleje-sygehusmeddelelser⁽⁴⁹⁾.

6.1 Viden og erfaringer

Kommuner og regioner har forskellige erfaringer med at prioritere og rammesætte arbejdet med ernæring i fx sundhedsaftaler, kommunale kvalitetsstandarder, udgående sygehusfunktioner, fremskudt visitation mv. Der er ligeledes forskellige erfaringer med tværfagligt samarbejde om ernæringsindsatser og inddragelse af relevante kompetencer hos forskellige faggrupper.

Prioritering af ernæringsindsatser

Sundhedsaftaler

Sundhedsaftalerne er den formelle ramme om det tværsektorielle samarbejde i sundhedsvæsenet mellem region, kommune og almen praksis. Sundhedsaftalerne bidrager til at sikre sammenhæng og koordination af indsatsen i de patientforløb, der går på tværs af sygehuse, almen praksis og kommune. Målet er, at den enkelte patient og borger modtager en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for⁽⁵⁹⁾. Aftalen skal dække et bredt og komplekst felt, fra de overordnede mål parterne forpligter sig at arbejde hen imod til den konkrete rolle- og opgavefordeling i situationen, hvor den ældre indlægges på sygehus eller udskrives fra sygehus til eget hjem⁽⁶⁰⁾.

Hvis arbejdet med ernæringsindsatser indskrives i sundhedsaftalerne, kan det bidrage til at sikre ledelsesopbakning, og at arbejdet med implementering af de konkrete ernæringsindsatser prioriteres. Ernæringsindsatser indgår i forskelligt omfang i de gældende sundhedsaftaler. For eksempel har Region Syddanmark og kommunerne i regionen i sundhedsaftalen for 2015-18 formuleret ernæringsindsatser som et område. Region Syddanmarks sundhedsaftale indebærer, at der formuleres aftaler for samarbejdet omkring ernæring, herunder hvordan kommunale medarbejdere kan indarbejde informationer fra ernæringscreening fra sygehus i deres forebyggende og rehabiliterende arbejde⁽⁶¹⁾.

Værdighedspolitik og kvalitetsstandarder i kommunen

Gældende fra den 1. marts 2016 er der vedtaget en ændring af serviceloven, der forpligter kommunerne til at formulere en værdighedspolitik. Værdighedspolitikken skal beskrive de overordnede værdier og principper for en værdig ældrepleje i den enkelte kommune. Mad og ernæring er et af de fem områder, kommunerne som minimum skal beskrive i værdighedspolitikken^(62;63).

For at prioritere og sætte retning for kommunens arbejde anbefales det i *National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen*⁽⁵⁾, at kommunalbestyrelsen udarbejder en mad- og måltidspolitik målrettet ældre med behov for madservice, der indeholder klare, målbare mål og retningslinjer for, hvordan der løbende følges op på ernæringsindsatsen⁽⁵⁾.

Kommuner skal udarbejde kvalitetsstandarder for madservice efter servicelovens § 83 jf. bekendtgørelse om kvalitetsstandarder for hjemmehjælp, rehabiliteringsforløb og træning efter servicelovens §§ 83, 83 a og 86, jf. servicelovens § 139. Flere kommuner, såsom Frederikssund, Vallensbæk og Nordfyns Kommune, har derudover indført ernæringsindsatser i deres kvalitetsstandarder^(64;65;66). Kvalitetsstandarder skal indeholde generel information til borgerne om den hjælp, de kan forvente fra kommunen, hvis de får behov for hjælp, og en beskrivelse af det serviceniveau, kommunalbestyrelsen har fastsat. Kvalitetsstandarder indeholder således en skriftlig formulering af serviceniveauet for blandt andet personlig og praktisk hjælp og madservice og er et kommunalt redskab for styring og udvikling⁽⁶⁷⁾.

Madservice – den rette kostform

Ældre skal visiteres til madservice, hvis de på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan varetage mad- og måltidssituationen selv. Visitering til madservice skal således ske på baggrund af en vurdering af den ældres ernæringsmæssige behov og funktionsevne⁽⁸⁾. I publikationen *Anbefalinger for*

den danske institutionskost⁽⁴⁾ beskrives forskellige kostformer, som ældre kan visiteres til: Normalkost, Kost til småtspisende og Kost med modificeret konsistens⁽²⁸⁾. Ved at imødekomme den ældres individuelle ernæringsmæssige behov kan uplanlagt vægttab og underernæring forebygges eller behandles. For at maden ikke blot bliver leveret, men også spist, bør smag, udseende, duft, konsistens og friskhed prioriteres og så vidt muligt tilpasses den enkeltes behov og præferencer⁽⁸⁾.

Rammer for ernæringsindsatser

Udgående sygehusfunktioner

Udgående sygehusfunktioner har blandt andet til formål at understøtte opfølgning på indsatser igangsat på sygehus, herunder ernæringsindsatser. Et eksempel på dette er ”følge-hjem-ordninger”, der kan bidrage til en god overlevering af den ældre til det kommunale sundhedspersonale⁽¹⁾. En rundspørge viser, at der på nuværende tidspunkt eksisterer i alt 45 udgående sygehusfunktioner målrettet ældre patienter, hvor 14 har geriatriske kompetencer tilknyttet⁽⁶⁸⁾.

Et dansk studie fandt positive resultater ved at inkludere en klinisk diætist i det geriatriske udskrivelsesteam, hvis funktion var at lave opfølgende individuelle ernæringsamtaler og -planer i hjemmet. Evalueringen viste færre genindlæggelser indenfor seks måneder i interventionsgruppen og en generel forbedring i ernæringstilstand⁽⁶⁹⁾.

Et udenlandsk studie fandt en reduceret dødelighed og moderat forbedring af de ældres ernæringstilstand ved at inddrage en klinisk diætist til at gennemføre individuelle ernæringsindsatser under indlæggelse og tre opfølgende besøg efter udskrivelse⁽⁵⁸⁾.

En dansk ph.d.-afhandling fra 2016 fandt positive resultater ved brug af ernæringsmæssig opfølgning efter udskrivelse i form af hhv. hjemmebesøg eller en telefonkonsultation med en klinisk diætist. Studiet konkluderede, at ernæringsvejledning efter udskrivelse udført som hjemmebesøg kan forebygge tab af funktionsevne og reducere risikoen for genindlæggelse. Ernæringsvejledning udført som telefonkonsultation kan reducere genindlæggelser, såfremt patienterne modtager alle planlagte telefonkonsultationer⁽⁷⁰⁾.

Fremskudt visitation

Fremskudt visitation er en tværsektoriel organisering, hvor kommunale medarbejdere rykker ind på sygehuset for sammen med sygehuspersonalet at koordinere udskrivning og det videre forløb, mens de ældre patienter stadig er indlagte⁽¹⁾. I den første handlingsplan for den ældre medicinske patient fra 2011 indgik fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner for den ældre medicinske patient som et initiativ. Evalueringen af initiativet havde særligt fokus på fremskudt visitation via casestudier af fire strategisk udvalgte modeller. Evalueringerne viste, at alle modellerne fremstod som relevante løsninger, der understøttede det tværsektorielle samarbejde omkring indlæggelse og udskrivelse. Fremskudt visitation kan være med til at forebygge genindlæggelser og kan tilrettelægges således, at indsatsen som minimum er omkostningsneutral for kommunen⁽⁷¹⁾. Ernæringsindsatser indgik ikke som et specifikt emne i pågældende evaluering, men kan indgå i kommunikationen om den koordinerede udskrivning mellem sygehuspersonalet og den kommunale udskrivningskoordinator.

Den generiske model for et forløbsprogram

Forløbsprogrammer er en standardiseret beskrivelse af den tværfaglige, tværsektorielle, koordinerede og evidensbaserede sundhedsfaglige indsats samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem involverede aktører med udgangspunkt i en given patientgruppe. Den generiske model for et forløbsprogram giver en overordnet ramme og ensartet systematik for indholdet af forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Modellen bygger på grundkomponenterne: Patientgruppe, faglige indsatser, organisering, implementering og opfølgning. Ernæring nævnes specifikt som et indsatsområde i kapitlerne om *Tidlig opsporing, Rehabilitering og palliation* samt under *Multisygdom* og er relevant at medtænke i stort set alle forløbsprogrammer⁽⁷²⁾.

Projekt "I sikre hænder"

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Sundheds- og Ældreministeriet og KL står bag patientsikkerhedsprojektet "I sikre hænder". "I sikre hænder" er et forbedringsmetodeprojekt, der har til formål at vise og sætte rammer for, hvordan det med systematiske indsatser er muligt at reducere tryksår, medicinfejl, fald og infektioner samt at optimere ledelses-, patient- og pårørendesamarbejde i den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje. I "Tryksårspakken" og "Faldpakken" indgår ernæring som et indsatsområde for at nå de opstillede mål. Forbedringsarbejdet i "I sikre hænder" bygger på eksisterende sundhedsfaglig viden om pleje og behandling, hvor det kommunale personale lærer metoder til at systematisere arbejdsgange for at sikre bedre resultater på de udvalgte områder⁽⁷³⁾. Forbedringsarbejdet indebærer, at den eksisterende sundhedsfaglige viden tages i brug og integreres i de daglige rutiner omkring borgerne.

Kompetencer og tværfaglighed i ernæringsindsatsen

Kompetencer hos faggrupper i jævnlig kontakt med ældre

Afhængigt af hvor komplicerede ernæringsmæssige problemer, den ældre har, er der mange forskellige opgaver forbundet med en god ernæringsindsats, og opgaverne har forskellig karakter afhængigt af årsagerne til underernæringen. Det er vigtigt, at relevante kompetencer hos de forskellige faggrupper er til stede i den rette sammenhæng for at sikre den ældre den optimale ernæringsstilstand⁽²⁴⁾. For eksempel bør individuel diætbehandling gennemføres af fagpersoner med kompetencer svarende til en klinisk diætist, mens kostvejledning bør gives af fagpersoner med ernæringsfaglig og/eller sundhedsfaglig baggrund på bachelorniveau⁽⁶⁾.

Tværfagligt samarbejde om ernæringsindsatser

Prioritering af tværfagligt samarbejde har en række positive effekter i forhold til ernæring. For eksempel informerer både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter/hjælpere om kostens betydning, registrerer kostindtagelse og vægtudvikling samt udfører screening på sygehus; ergoterapeuter bistår med hjælpemidler til spisning og udredning af synkeproblemer; fysioterapeuter understøtter effekten af ernæringsindsatsen med fx styrketræning; omsorgstandplejen sikrer fx, at mundhygiejnen er i orden; kliniske diætister er specialiserede indenfor selve diætbehandlingen til ældre, mens læger udreder årsager til uplanlagt vægttab og justerer ernæringsindsatsen i overensstemmelse hermed^(2;4;6).

En dansk undersøgelse, udført på tre sygehuse i Danmark viste, at et team bestående af en diætist og en sygeplejerske, efteruddannelse af læger og sygeplejersker på afdelingerne samt udvikling af kosten til småtspisende patienter førte til, at 75-80 % af de underernærede patienter opnåede at få dækket deres behov for ernæring i løbet af indlæggelsen⁽⁷⁴⁾. En tværfaglig ernæringsintervention blandt skrøbelige underernærede ældre viste, at et tværfagligt samarbejde mellem en klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut var mere effektivt i forhold til at styrke fysisk funktionsevne og øge livskvalitet hos ældre i hjemmepleje end en indsats, der udelukkende benyttede en af de tre faggrupper⁽⁷⁵⁾. Flere studier peger i retning af, at træning ved fysioterapeut kombineret med andre faggrupper som fx kliniske diætister kan styrke forløbet og have positiv effekt på de ældres ernæringstilstand, styrke, balance samt deres sociale funktionsevne^(76;77). I et tværfagligt samarbejde mellem plejepersonale og tandplejefagligt personale, kan sidstnævnte bidrage med et relevant fokus på ældres tandstatus og dennes betydning for ernæringstilstanden. Dette er relevant, da tandproblemer gør det svært at bide og tygge rigtigt, hvilket kan medføre utilstrækkeligt kostindtag⁽⁷⁸⁾.

6.2 Anbefalinger

- Kommune og region bør i regi af sundhedsaftalerne aftale den konkrete opgavevaretagelse af målrettede ernæringsindsatser. I sundhedsaftalerne kan ernæring vælges som en prioriteret indsats, hvori der indgås aftale om koordinering af ernæringsindsatsen i de patientforløb, der går på tværs af sygehus, kommune og almen praksis. Det kan fx gælde udveksling af information om ernæringscreening og -vurdering eller inddragelse af ernæring som område i fx udgående sygehusfunktioner eller fremskudt visitation, hvor sådanne initiativer er igangsat.
- Kommune og region bør fastsætte krav til den ernæringsmæssige sammensætning af maden i rammeaftalen med leverandører af madservice, således at individuelle ernæringsbehov tilgodeses, som fx tilbud om Kost til småtspisende og Kost med modificeret konsistens. Den ernæringsmæssige sammensætning bør ske med udgangspunkt i *Anbefalinger for den danske institutionskost*⁽⁴⁾ og *Den Nationale Kosthåndbog*⁽²⁸⁾.
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed bør i samarbejde med relevante aktører inkludere ernæring som et selvstændigt indsatsområde i projekt *I sikre hænder*. Implementeringen af ernæring i projektet vil øge fokus på betydningen af ældres ernæringstilstand og understøtte handlemuligheder.

7 Systematisk dokumentation og udveksling af data om underernæring og uplanlagt vægttab

Der er aktuelt ikke en systematisk registrering af forekomst, årsager til og udvikling af underernæring og uplanlagt vægttab på sygehuse, i plejebolig eller i hjemmeplejen i Danmark. Estimer af forekomsten af uplanlagt vægttab og underernæring foretages således på basis af afgrænsede forskningsstudier. Det er derfor ikke klart, hvor omfangsrigt problemet med underernæring og uplanlagt vægttab er, og hvilke indsatser der tilbydes, hvilket er en udfordring i forhold til at vurdere effekten af konkrete ernæringsindsatser.

Systematisk dokumentation af omfanget af underernæring og uplanlagt vægttab blandt ældre, samt vurdering af effekten af gennemførte indsatser, vil være et godt udgangspunkt for at arbejde målrettet med at nedbringe forekomsten af underernæring og uplanlagt vægttab. En bedre dokumentation af forekomst, gennemførte ernæringsindsatser og effekt vil ligeledes understøtte udvikling og igangsættelse af bedre fremtidige indsatser til forebyggelse og behandling af underernæring og uplanlagt vægttab i såvel almen praksis, som hjemmepleje/hjemmesygepleje, i plejebolig og på sygehuse⁽¹¹⁾.

I dag er der store forskelle på, i hvor høj grad relevante informationer om den enkelte ældres ernæringstilstand videregives mellem kommune, sygehus og almen praksis. Det betyder, at relevant viden om den ældres tilstand og ernæringstilstand ofte ikke overleveres, at tidskrævende screenings- og dokumentationsaktiviteter gentages, og at risiko for uplanlagt vægttab og underernæring øges.

7.1 Viden og erfaringer

Manglende systematisk registrering af data vedrørende uplanlagt vægttab og underernæring betyder, at vurdering af forekomst og konsekvenser baseres på mindre populationer i fx forskningsstudier. I litteraturen fremhæves Holland som et eksempel på, hvordan iværksættelse af systematisk dokumentation af ernæringstilstand blandt ældre i plejebolig, kan bidrage til en positiv effekt på ældres ernæringstilstand⁽⁷⁹⁾.

Kost- & Ernæringsforbundet vurderede i 2014, på baggrund af en række danske og europæiske studier, at ca. 60 % af ældre i plejebolig og i hjemmeplejen var i risiko for underernæring⁽⁹⁾. En dansk undersøgelse fra 2012 viste, at 42 % af ældre i plejebolig i løbet af en 6-måneders periode oplevede et uplanlagt vægttab, hvilket kan være en risikofaktor for underernæring⁽¹⁰⁾. Ved indlæggelse på danske medicinske og kirurgiske afdelinger er 20-30 % af patienterne underernærede. Det ses ofte i forbindelse med nyligt opstået betydeligt uplanlagt vægttab⁽⁴⁾. Tal fra den Landsdækkende Database for Geriatri fra 2012 viste, at ca. 43 % af ældre tabte sig under indlæggelse⁽¹¹⁾. Studier viste, at uplanlagt vægttab typisk kan fortsætte tre til seks måneder efter udskrivelsen^(12;13;14).

Studierne antyder således, at uplanlagt vægttab og underernæring har en høj forekomst, og der er derfor et væsentligt potentiale i at få etableret systemer til systematisk dokumentation, der kan give sikre data om uplanlagt vægttab og underernæring og understøtte kvalitetssikring, udvikling og videndeling.

Fælles Sprog III

Fælles Sprog III, der er en fælleskommunal metode for dokumentation og udveksling af data på social- og sundhedsområdet, rummer mulighed for på sigt at give nationale data på ernæringsområdet for borgere tilknyttet kommunen. Målsætningen er, at Fælles Sprog III er fuldt integreret i alle kommunale EOJ-systemer inden udgangen af 2017. Fælles Sprog III indeholder på ernæringsområdet tilstandene¹ 'Uhensigtsmæssig vægtændring', 'Problemer med væskeindtag', 'Problemer med fødeindtag', og 'Problemer med undervægt', som vil kunne kobles og derigennem give tal om forekomst. Fælles Sprog III vil således på sigt kunne give systematiske data for uplanlagt vægttab og underernæring for ældre tilknyttet den kommunale praksis på landsplan. Fælles Sprog III giver samtidig mulighed for, at kommuner inden udgangen af 2017 kan få data for den enkelte ældres ernæringstilstand i kommunernes egne systemer⁽⁸⁰⁾.

Udveksling og videregivelse af oplysninger i MedComs hjemmepleje-sygehusmeddelelser

MedComs hjemmepleje-sygehusmeddelelser anvendes som elektronisk kommunikationsredskab mellem sygehus og kommune i forløbet med indlæggelse og udskrivelse af en patient, som får hjælp og støtte af kommunen før indlæggelsen eller får behov for det efter udskrivelsen. Hjemmepleje-sygehusmeddelelser er implementeret i alle regioner og kommuner som en del af sundhedsaftalerne⁽⁴⁹⁾.

I MedComs indlæggelsesrapport, plejeforløbsplan samt udskrivningsrapport findes oplysninger om borgerens funktionsevne, herunder evt. begrænsninger ift. at spise og drikke. I plejeforløbsplan og udskrivningsrapport findes afkrydsningsfelter til aftaler omkring kost første dag efter udskrivelse. Det kan således markeres, om der fx er givet madpakke med hjem, og om der er aftalt indkøb på udskrivningsdagen. I den nyeste version af MedComs hjemmepleje-sygehusmeddelelser fra april 2016 (version 1.0.3) er der i både indlæggelsesrapport, plejeforløbsplan og udskrivningsrapport tilføjet 'sygeplejefaglige problemstillinger', herunder et åbent felt om ernæring, hvor der ubegrænset kan indføres tekst relateret til ernæringsproblematikker⁽⁴⁹⁾.

¹ En tilstand er i FSIII enten et behovsområde (ICF-tilstande) eller et problemområde (SNOMED CT-tilstand).

7.2 anbefalinger

- Kommunen bør dokumentere ernæringstilstand og -indsatser systematisk ved brug af Fælles Sprog III, så det er muligt under det sygeplejefaglige problemområde Ernæring at monitorere forekomsten af tilstandene 'uhensigtsmæssig vægtændring' og 'problemer med undervægt' på lokalt og nationalt niveau. Til disse tilstande vil en af de mulige indsatser være 'undersøgelse og måling af værdier', hvortil der kan knyttes et vægtskema til dokumentation og monitorering.
- Kommune og region bør inkludere centrale indikatorer på ernæringsområdet i den nyeste version 1.0.3 af MedComs hjemmepleje-sygehusmeddelelser til at beskrive og udveksle data på tværs af sektorer. Centrale indikatorer udgør fx vægt, uplanlagt vægttab, spisevaner, kostform, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom, behandling, kvalme og opkastning samt eventuel ernæringsplan.

8 Referencer

- ¹ Sundhedsstyrelsen (2016). Styrket indsats for den ældre medicinske patient – Fagligt oplæg til en national handlingsplan 2016-2019.
- ² Sundhedsstyrelsen (2008). Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister – Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko.
- ³ Sundhedsstyrelsen (2012). Forebyggelsespakke - Mad & Måltider
- ⁴ Sundhedsstyrelsen, DTU Fødevarerinstitutionen og Fødevarerstyrelsen (2015). anbefalinger for den danske institutionskost.
- ⁵ Socialstyrelsen (2013). National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen.
- ⁶ Sundhedsstyrelsen (2016). anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.
- ⁷ Lochs H, Allison SP, Meier R, Pirlich M, Kondrup J, Schneider S, van den Berghe G og Pichard C (2006). Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics. *Clinical Nutrition*. 2006; 25, (180).
- ⁸ Sundhedsstyrelsen (2015). Forebyggelse på Ældreområdet – Håndbog til kommunerne.
- ⁹ Arla og Kost- & Ernæringsforbundet (2014). Underernæring - Det skjulte samfundsproblem.
- ¹⁰ Beck A, Damkjar K og Simmons SF (2012). The relationship between weight status and the need for health care assistance in nursing home residents. *Journal of Aging Research & Clinical Practice*. 2012; 1:173-8.
- ¹¹ Forum for Underernæring (2016). Stop underernæring – Viden, der virker.
- ¹² Miller MD, Crotty M, Whitehead C, Bannerman E og Daniels LA (2006). Nutritional supplementation and resistance training in nutritionally at risk older adults following lower limb fracture: a randomised trial. *Clinical Rehabilitation*. 2006; 20: 311-323.
- ¹³ Beck A, Kjær S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K og Bitz C (2013). Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomised controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 2013; 27:483-93.
- ¹⁴ Beck, A. Rask, K.Ø., Leedo, E., Jensen, L.L., Martins, K. og Vedelspan, A (2014). Study protocol: nutritional support in a cross-sector model for the rehabilitation of geriatric patients: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Trials*. 2014; 4:3.

-
- ¹⁵ Bøhmer T (1992). Underernæring hos ældre ved akutt innleggelse i indremedisinsk afdeling. Tidsskrift for den norske lægeforening. 1992; 1(112):46-48.
- ¹⁶ Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet og KL. Sundhed.dk. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/geriatri/tilstande-og-sygdomme/oevrige-sygdomme/underernaering-hos-aeldre/>
- ¹⁷ Beck A, Damkjær K og Simmons SF (2012). The relationship between weight status and the need for health care assistance in nursing home residents. Journal of Aging Research Clinical Practice. 2012; 1: 173-8.
- ¹⁸ Sorbye LW, Schroll M, Finne Soveri H, Jonsson PV, Topinkova E, Ljunggren G og Bernabei R (2008). Unintended weight loss in the elderly living at home: The Aged in Home Care project (ADHOC). Journal of Nutrition, Health & Aging. 2008; 12: 10-16.
- ¹⁹ Saletti A (2007). Nutritional status and mealtime experiences in elderly care recipients. Karolinske Institute.
- ²⁰ Beck AM og Damkjær K (2008). Optimal body mass index in a nursing home population. Journal of Nutrition, Health & Aging. 2008; 12:675-677.
- ²¹ Pohju A, Belqaid K, Brandt C, Lugnet K, Nielsen AL, Højgaard Rasmussen H, Rasmussen NML og Beck AM (2016). Adding a Dietitian to a Danish Liaison-Team after discharge of geriatric patients at nutritional risk may save health care costs. Journal of Aging Science. 4:3.
- ²² Freijer K, Tan SS, Koopmanschap MA, Meijers JM, Halfens RJ og Nuijten MJ (2013). The economic costs of disease related malnutrition. Clinical Nutrition. 2013; 32: 136-41.
- ²³ Guest JF, Panca M, Baeyens JP, de Man F, Ljungqvist O, Pichard C, Wait S, Wilson L (2011). Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. Clinical Nutrition. 2011; 30:422-9.
- ²⁴ Københavns Universitet og Madkulturen (2015). SMAG - Skønne måltider til alle gamle - Hvidbog om nærende måltider med kulinarisk kvalitet til ældre.
- ²⁵ Sundhedsstyrelsen (2007). Bedre mad til syge – Fællesrapport - Erfaringer fra 14 projekter og idéer til den fremtidige ernæringsindsats.
- ²⁶ Socialstyrelsen (2015). Faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab.
- ²⁷ Sundhedsstyrelsen (2013). Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalinger.
- ²⁸ Sundhedsstyrelsen, DTU Fødevarerinstitutionen, Fødevarestyrelsen, Kost- & Ernæringsforbundet og Foreningen af Kliniske Diætister. Den Nationale Kosthåndbog. <http://www.kostforum.dk/>.
- ²⁹ Fødevarestyrelsen (2015). De officielle kostråd.

-
- ³⁰ Fødevarestyrelsen (2016). Råd om mad når du er over 65 år – supplement til De Officielle Kostråd.
- ³¹ Romero-Ortuno R, Walsh C, Lawlor B og Kenny R (2010). A frailty instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing, and retirement in Europe (SHARE). *BMC Geriatrics*. 2010; 10:57.
- ³² Miller SL og Wolfe RR. The danger of weight loss in the elderly (2008). *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2008 12(7):487-91.
- ³³ Rofes L, Arreola V, Almirall J, Cabré M, Campins L, García-Peris P, Speyer R og Clavé P (2011). Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia and Its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly. *Gastroenterology Research and Practice*. Volume 2011 (2011).
- ³⁴ Saarela RK, Lindroos E, Soini H, Hiltunen K, Muurinen S, Suominen MH og Pitkälä KH (2016). Dentition, nutritional status and adequacy of dietary intake among older residents in assisted living facilities. *Gerodontology*. 2016; 33(2):225-32.
- ³⁵ Beck AM (2015). Weight loss, mortality and associated potentially modifiable nutritional risk factors among nursing home residents – a Danish follow-up study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2015; 19:96-101
- ³⁶ Morley JE (1997). Anorexia of aging: physiologic and pathologic. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 1997; 66: 760-73.
- ³⁷ White R og Ashworth A (2000). How drug therapy can affect, threaten and compromise nutritional status. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2000; 13:119-129.
- ³⁸ Holst M, Yifter-Lindgren E, Surowiak M, Nielsen K, Mowe M, Carlsson M, Jacobsen B, Cederholm T, Fenger-Groen M og Rasmussen H (2013). Nutritional screening and risk factors in elderly hospitalized patients: association to clinical outcome? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013; 27:953-61.
- ³⁹ Sundhedsstyrelsen (2015). Forebyggelse i almen praksis og på sygehus - Guide til Sundhedspersonale - Hjælp din patient til et bedre helbred og behandlingsresultat.
- ⁴⁰ Sundhedsstyrelsen (2016). Modernisering af omsorgstandplejen - Anbefalinger for en styrket forebyggelse, behandling, visitation og organisering.
- ⁴¹ Young K, Bunn F, Trivedi D og Dickinson A (2011). Nutritional education for community dwelling older people: a systematic review of randomised controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48(6):751-80.
- ⁴² Sundhedsstyrelsen. God mad – godt liv: Redskaber til bedre madservice på ældreområdet. <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/aeldre/maaltider-og-ernaering/god-mad-godt-liv>.

-
- ⁴³ Alley DE, Koster A, Mackey D, Cawthon P, Ferrucci L, Simonsick EM, Yu B, Hardy S, Goodpaster B, Sarkisian C, Houston DK, Kritchevsky SB, Cummings S, Lee JS, Tylavsky FA, Newman A, Harris T (2010). Hospitalization and change in body composition and strength in a population-based cohort of older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(11):2085-91.
- ⁴⁴ Rullier L, Lagarde A, Bouisson J, Bergua V, Torres M og Barberger-Gateau P (2014). Psychosocial correlates of nutritional status of family caregivers of persons with dementia. *International Psychogeriatrics*. 2014;26(1):105-13.
- ⁴⁵ Dansk Selskab for Almen Medicin (2012). Den ældre patient.
- ⁴⁶ Socialstyrelsen (2013). Ernæringsvurdering.
- ⁴⁷ Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z og Ad hoc ESPEN Working Group (2003). Nutritional Risk Score 2002 (NRS2002): a new method based on analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition*. 2003; 22: 321-36.
- ⁴⁸ Sundhedsstyrelsen (2003). Bedre mad til syge - Hvorfor? Hvordan?
- ⁴⁹ MedCom (2016). Trin for trin guide til hjemmepleje-sygehusmeddelelser.
- ⁵⁰ Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, Phillips S, Sieber C, Stehle P, Teta D, Visvanathan R, Volpi E og Boirie Y (2013). Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. 2013;14(8):542-59.
- ⁵¹ Sundhedsstyrelsen (2016). Nationale Kliniske Retningslinjer - Ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsevnenedsættelse og underernæring eller risiko herfor.
- ⁵² Socialstyrelsen (2011). Idékatalog: Idéer til gode måltider – i plejeboliger og ældres eget hjem.
- ⁵³ Nijs K, de Graaf C, Kok FJ og van Staveren WA (2006). Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *The BMJ*. 2006; 332: 1180-1184.
- ⁵⁴ Fødevarerministeriet (2000). Du er dem du spiser sammen med – et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice.
- ⁵⁵ Københavns Universitet. ELDORADO. <http://eldorado.ku.dk/>
- ⁵⁶ Herlev Hospital (2012). Projekt måltidsværter.
- ⁵⁷ Miljø- og Fødevarerministeriet, Kost- og ernæringsforbundet, Madkulturen og Sundhedsstyrelsen. Bedre måltider. <http://bedremåltider.dk/>

-
- ⁵⁸ Feldblum I, German L, Castel H, Harman-Boehm I og Shahar DR (2011). Individualized nutritional intervention during and after hospitalization: the nutrition intervention study clinical trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011; 59:10-7.
- ⁵⁹ Sundhedsstyrelsen (2015). Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. <https://www.sst.dk/da/planlaegning/sundhedsaftaler/vejledning-om-sundhedsaftaler>.
- ⁶⁰ Sundhedsstyrelsen (2013). Sundhedsaftaler. <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/sundhedsaftaler>.
- ⁶¹ Region Syddanmark (2015). Sundhedsaftalen 2015-2018.
- ⁶² Sundheds- og Ældreministeriet (2016). Ældreplejen får en værdighedspolitik i alle kommuner. <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Aeldre/2016/Februar/Aeldreplejen-faar-en-vaerdighedspolitik-i-alle-kommuner.aspx>.
- ⁶³ Sundheds- og Ældreministeriet (2016). Bekendtgørelse om værdighedspolitikker for ældreplejen (BEK nr. 173 af 27/02/2016). <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=177824&exp=1>.
- ⁶⁴ Frederikssund Kommune (2016). Kvalitetsstandarder 2016 – Ældre og Sundhed - Et aktivt og sundt (ældre)liv med muligheder og ansvar
- ⁶⁵ Vallensbæk Kommune (2016). Kvalitetsstandarder 2016 - Ældre og pleje.
- ⁶⁶ Nordfyns Kommune (2016). Kvalitetsstandarder 2016 - Personlig pleje og praktisk hjælp, Ophold i plejebolig, Rehabilitering, Træning og Sygepleje.
- ⁶⁷ Børne- og Socialministeriet (2016). Bekendtgørelse af lov om social service - Kapitel 25 - Kvalitetsstandarder og handleplaner. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183958#id07f13a7e-3d3e-4ce4-8c09-6178e3757193>.
- ⁶⁸ Danske Regioner (2016). Regioners udgående funktioner målrettet den ældre patient. Notat 1. marts 2016b.
- ⁶⁹ Beck A, Andersen UT, Leedo E, Jensen LL, Martins K, Quvang M, Rask KØ, Vedelspang A og Rønholt F (2015). Does adding a dietician to the liaison team after discharge of geriatric patients improve nutritional outcome: a randomised controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 2015; 29:1117-28.
- ⁷⁰ Pedersen J. L, P. U. Pedersen og E. M. Damsgaard (2016). Nutritional follow-up after discharge prevents readmission to hospital - A randomized clinical trial. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*.
- ⁷¹ Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (2016). Evaluering af indsats for forløbskoordination – Erfaringer med fremskudt visitation i fire kommuner.

-
- ⁷² Sundhedsstyrelsen (2012). Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model.
- ⁷³ Sundheds- og Ældreministeriet, Kommunernes Landsforening og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. I sikre hænder. <http://isikrehaender.dk/>.
- ⁷⁴ Johansen N, Kondrup J, Plum LM, Bak L, Nørregaard P, Bunch E, Bærnthsen H, Andersen JR, Larsen IH, Martinsen A. Effect of nutritional support on clinical outcome in patients at nutritional risk. *Clinical Nutrition*. 2004; 23:539-50.
- ⁷⁵ Socialstyrelsen (2014). Cost-effectiveness studie af tværfaglig ernæringsintervention blandt skrøbelige underernærede ældre.
- ⁷⁶ Beck A, Damkjær K og Beyer N (2008). Multifaceted nutritional intervention among nursing home residents has a positive influence on nutrition and function. *Nutrition*. 2008; 24:1073-80.
- ⁷⁷ Beck A, Damkjær K og Sørbye LW (2010). Physical and social functional abilities seem to be maintained by a multifaceted randomized controlled nutritional intervention among old (65+ y) Danish nursing home residents. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2010; 50:351-355.
- ⁷⁸ Hede B, Poulsen J, Christophersen R og Christensen L (2014). Shared Oral Care – evaluering af et mundhygiejneprogram på fem plejecentre. *Tandlægebladet*. 2014; 118: 980-986.
- ⁷⁹ Meijers JM, Tan F, Schols JM og Halfens RJ (2014). Nutritional care; do process and structure indicators influence malnutrition prevalence over time? *Clinical Nutrition*. 2014; 33: 459-65.
- ⁸⁰ Kommunernes Landsforening (2016). Fælles Sprog III. <http://www.kl.dk/Kommunale-opgaver/Sundhed/Digitalisering/Fallessprog-III/>.

9 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Den faglige følgegruppens kommissorium

Bilag 2: Medlemsliste for den faglige følgegruppe

Bilag 1: Den faglige følgegruppes kommissorium

Kommissorium for faglig følgegruppe vedrørende ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient

Baggrund og formål

Regeringen har sammen med Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti indgået aftale om national handlingsplan 2016 *Styrket indsats for den ældre medicinske patient* med otte indsatsområder for at skabe bedre forhold og sammenhæng for den ældre medicinske patient. Et af indsatsområderne er tidligere opsporing og mere rettidig indsats, hvori indgår et initiativ med fokus på ernæring.

Sundhedsstyrelsen skal derfor i 2016 samarbejde med relevante aktører om at afdække, hvilke målrettede indsatser der skal til for at sikre den rigtige ernæring til ældre medicinske patienter.

Den ældre medicinske patient (DÆMP) er karakteriseret ved høj alder og flere af nedenstående faktorer:

- Svær sygdom
- Flere samtidige sygdomme (multimorbiditet)
- Forringet ernæringstilstand
- Nedsat funktionsevne fysisk og/eller kognitivt
- Begrænset egenomsorgskapacitet
- Multimedicinering (polyfarmaci)
- Aleneboende og/eller svagt socialt netværk
- Behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelse

Der findes ikke landsdækkende data for forekomsten af underernæring i Danmark. Mere end halvdelen af ældre i plejeboliger og i hjemmeplejen er i risiko for underernæring (1). Ved indlæggelse på danske medicinske og kirurgiske afdelinger er 20-30 % af patienterne underernærede. Det ses ofte i forbindelse med nyligt opstået betydeligt vægttab (2). Forskning peger på, at uplanlagt vægttab er udbredt blandt ældre og særligt blandt ældre indlagt på sygehus og ældre, der modtager hjemmepleje og bor i plejebolig (3). Det vurderes, at mere end halvdelen af de ældre på plejehjem og plejecentre er undervægtige (4). Resultater fra den geriatriske database viser desuden, at 43 % af ældre medicinske patienter taber sig under indlæggelse (5).

For at understøtte Sundhedsstyrelsen i udarbejdelsen af oplægget, etablerer Sundhedsstyrelsen en faglig følgegruppe for ernæringsindsatser vedrørende den ældre medicinske patient. Den faglige følgegruppe forventes som udgangspunkt at fungere i 2016.

Den faglige følgegruppes opgaver

Den faglige følgegruppe skal bistå Sundhedsstyrelsen med at afdække, hvilke målrettede indsatser der skal til for at sikre de ældre medicinske patienter den rigtige ernæring. Rammesætningen af den faglige følgegruppes opgaver er beskrevet i den nationale handlingsplan 2016 *Styrket indsats for den ældre medicinske patient* s.22:

”Arbejdet i kommunerne og regionerne med at forebygge og behandle underernæring understøttes i dag gennem en række nationale initiativer og redskaber. Der er imidlertid fortsat behov for at styrke indsatsen.

Et styrket fokus på ernæring indgår derfor i flere af handlingsplanens initiativer. Det gennemgående fokus på ernæring er udtryk for, at den rette ernæringsindsats er et centralt og helt grundlæggende element i plejen af den ældre medicinske patient.

For yderligere at styrke forebyggelse og behandling af underernæring hos de ældre medicinske patienter vil Sundhedsstyrelsen i 2016 samarbejde med relevante aktører om at afdække, hvilke målrettede indsatser der herudover skal til for at sikre de ældre medicinske patienter den rigtige ernæring, herunder om der er behov for at revidere vejledningen vedr. screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko.”

Indsatserne, der afdækkes, skal i udgangspunktet kunne gennemføres indenfor eksisterende økonomiske rammer i regioner og kommuner.

Møder

Sundhedsstyrelsen forestår mødeledelsen og varetager sekretariatsfunktionen.

Der afholdes to møder i den faglige følgegruppe.

1. møde

Forud for første møde udarbejder Sundhedsstyrelsen en afdækning af eksisterende viden og aktiviteter på området, som skal danne udgangspunkt for drøftelserne på første møde. Sundhedsstyrelsen sender afdækningen til følgegruppen senest en uge før første møde. Den faglige følgegruppe skal, baseret på den fremsendte afdækning, vurdere, hvilke målrettede indsatser der skal til for at sikre de ældre medicinske patienter den rigtige ernæring, herunder om der er behov for revidering af Sundhedsstyrelsens ”*Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko*”.

Mødet afholdes torsdag den 22. september 2016 kl. 11.00-15.00

Mellem første og andet møde udarbejder Sundhedsstyrelsen udkast til oplægget vedrørende ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient baseret på input fra den faglige følgegruppe.

2. møde

Drøftelse af oplægget vedrørende ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient. Den faglige følgegruppe kan på mødet komme med mundtlige kommentarer til oplægget, som de har modtaget en uge inden andet møde.

Mødet afholdes torsdag den 10. november 2016 kl. 12.00-15.00

Den faglige følgegruppe kan kommentere skriftligt på oplægget frem til den 17. november 2016.

Det er op til Sundhedsstyrelsen at beslutte og udarbejde det endelige indhold i oplægget på baggrund af input fra den faglige følgegruppe. Det endelige oplæg afleveres til Sundheds- og Ældreministeriet medio december 2016.

Den faglige følgegruppes sammensætning

Sundhedsstyrelsen nedsætter en faglig følgegruppe med relevante aktører på ældre- og ernæringsområdet.

Den faglige følgegruppe er repræsenteret ved følgende parter:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Ansatte Tandlægers Organisation (1)
- Dansk Selskab for Almen Medicin (1)
- Dansk Selskab for Fysioterapi (1)
- Dansk Selskab for Geriatri (1)
- Dansk Selskab for Intern Medicin (1)
- Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (1)
- Dansk Sygepleje Selskab (1)
- Danske Patienter (2)
- Danske Regioner/regioner (1+2)
- Dansk Tandplejerforening (1)
- Ergoterapeutforeningen (1)
- Foreningen af Kliniske Diætister (1)
- Fødevarestyrelsen (1)
- Kommunernes Landsforening/kommuner (1+2)
- Kost- & Ernæringsforbundet (1)
- Sundheds- og Ældreministeriet (1)

Sundhedsstyrelsen kan derudover personligt udpege øvrige medlemmer af den faglige følgegruppe med særlig ekspertise og yderligere supplere følgegruppen efter behov. Efter udpegning skal der foreligge habilitetserklæringer på deltagerne i den faglige følgegruppe.

Kilder

- 1) Arla og Kost- & Ernæringsforbundet (2014): Underernæring – Det skjulte Samfundsproblem.
- 2) Sundhedsstyrelsen, DTU Fødevareinstituttet og Fødevarestyrelsen (2015): Anbefalinger for den danske institutionskost.
- 3) Socialstyrelsen (2015): Faglige Anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab.
- 4) Beck AM, Nadelmann Pedersen A og Schroll M. (2005): Undervægt og utilsigtet vægttab hos ældre på plejecentre og i hjemmepleje – problemer, der bør gøres noget ved. Ugeskrift for Læger 3; 341-352.
- 5) Region Hovedstaden, Landsdækkende geriatriisk database (2012): http://www.regionh.dk/kliniskedatabaser/menu/Nationale+databaser/Landsdaekkende_database_for_Geriatri.htm

Bilag 2: Medlemsliste for den faglige følgegruppe

Medlemmer af den faglige følgegruppe vedr. ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient

Ansatte Tandlægers Organisation

Overtandlæge, Børge Hede

Dansk Selskab for Fysioterapi

Fysioterapeut, Katrine Storm Piper

Dansk Selskab for Geriatri

Overlæge, Rudolf Scheller

Dansk Selskab for Intern Medicin

Overlæge, Pia Nimann Kannegaard

Dansk Selskab for Klinisk Ernæring

Klinisk diætist, Jette Thomsen Fabricius

Dansk Sygepleje Selskab

Udviklingsansvarlig sygeplejerske, Jette Lindegaard Pedersen

Dansk Tandplejerforening

Formand, Elisabeth Gregersen

Danske regioner

Konsulent, Marie Lundstrøm

Danske Ældreråd

Sundhedspolitisk konsulent, Lisbeth Marie Grøndahl

Dansk Selskab for Almen Medicin

Privatpraktiserende læge, Daniel K. Rotenberg

Ekspertes vedr. ældres ernæring

Docent og seniorforsker, Anne Marie Beck

Professor emeritus og tidl. Overlæge, Jens Kondrup

Ergoterapeutforeningen

Ergoterapeut, Julie Boeberg Jensen

Foreningen af Kliniske Diætister

Formand, Mette Pedersen

Forum for Underernæring

Sekretariatschef, Susanne Kofoed

Fødevarestyrelsen

Mad- og Måltidsrådgiver, Karin Fisker

Kommunernes Landsforening

Chefkonsulent, Jacob Meller Jacobsen

Kost & Ernæringsforbundet

Klinisk diætist, Mie Lauwersen

Regionale repræsentanter

Region Sjælland: Ledende oversygeplejerske, Lis Horstmann Nøddekou

Region Midtjylland: Kvalitets- og udviklingsygeplejerske, Solveig Gram

Kommunale repræsentanter

Frederiksberg Kommune: Ernæringsfaglig konsulent, Birthe Stenbæk Hansen

Odense Kommune: Specialkonsulent, Gry Bjerg Petersen

Ældre Sagen

Seniorkonsulent, Mirjana Saabye

Sundheds- og Ældreministeriet

Fuldmægtig, Signe Dilling-Pedersen

Fuldmægtig, Kirstine Korsager

Sundhedsstyrelsen

Enhedschef, Mads Biering la Cour (formand)

Fuldmægtig, Cecilie Aarestrup

Chefkonsulent, Tatjana Hejgaard

Sektionsleder, Kirsten Hansen

Specialkonsulent, Cecilie Iuul