



Behovsafdækning fra Sundhedsstyrelsens workshop vedrørende vejledning om screening og behandling for ernæringsmæssig risiko

På baggrund af Sundhedsstyrelsens oplæg om ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient¹ skal *Vejledning om screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko* revideres og opdateres således, at vejledningen er tidssvarende, har øget fokus på måltidssituationen, understøtter et sammenhængende forløb for borger/patient på tværs af sektorer, øger tværfagligt samarbejde samt afspejler udviklingen i det samlede sundhedsvæsen. Som led i revisionen skal den nye vejledning enten udvides til også at omfatte indsatsen i kommunalt regi, eller der skal udarbejdes en separat vejledning med anbefalinger, der inkluderer den kommunale hjemmesygepleje, hjemmepleje og almen praksis.

03-12-2019

side 1 / 8

Sundhedsstyrelsen afholdte tirsdag den 5. november 2019 en faglig workshop, hvis formål var at afdække behovet for revision og opdatering i forhold til fire temaer: Opsporing, Ernæringsindsats, Evaluering og opfølgning samt Tværsektorielle overgange.

Opsamlingen gengiver bud fra workshoppens deltagerere på, hvad der skal beholdes, udvikles, tilføjes og være særlig opmærksomhed på i en kommende vejledning om screening og behandling for ernæringsmæssig risiko.

På tværs af temaerne

- **Én fælles vejledning**

Sundhedsstyrelsens ”Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko” er målrettet sygehuse, mens ”Ernæringsvurdering” (EVS) og den tilhørende ”Vejledning til ernæringsvurdering af ældre” anvendes i kommunerne.

Der er et stort ønske om at samle vejledningerne til én fælles vejledning. Det har en stærk signalværdi om en fælles indsats, og en fælles vejledning vil i højere grad være med til at skabe sammenhængende borger-/patientforløb og -indsatser på tværs af sektorer. En fælles vejledning kan med fordel inkludere alle aldersgrupper.

- **Ernæringsindsatsen som en del af plejen og behandlingen**

Den ernæringsmæssige tilstand har stor indflydelse på den enkeltes sundhed og livskvalitet og påvirker andre indsatser og behandlinger, der iværksættes, fx medicinsk behandling og genoptræning. Det er centralt med et løbende fokus på ernæring i plejen af borgere og i behandlingen af patienter. Fokus på borgeres/patienters ernæringsmæssige tilstand bør inkluderes i indsatsen på lige fod med andre centrale opgaver. Det er problematisk, at ernæring anses som borgerens/patientens eget ansvar, og at en patient fx har mulighed for klage over sin medicinske behandling, hvorimod mulighederne for at klage over ernæringsindsatsen er mindre klare.

¹ Sundhedsstyrelsen (2017): Oplæg om ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient.

- **Ansvarsfordeling**

Hvis der ikke placeres et klart ansvar for borgeres/patienters ernæringsmæssige tilstand, vil gennemførelsen af ernæringsindsatser være afhængig af dedikeret enkeltpersonale i de enkelte regioner og kommuner. Det er derfor et opmærksomhedspunkt at få fordelt ansvaret faggrupperne imellem, samtidig med at det anerkendes, at ernæring er en del af mange faggruppers område.

Det er en udbredt erfaring, at ledelsesopbakning er central for, at arbejdet med ernæringsindsatser prioriteres, og at den eksisterende viden implementeres i praksis. Den reviderede vejledning bør fokusere på vigtigheden af at prioritere dens anvendelse i praksis, både i forhold til fokus på ernæring og ansvarsfordeling og i forhold til anvendelsen af ressourcer.

- **Kompetencer**

Afhængigt af kompleksiteten af borgerens/patientens ernæringsmæssige tilstand er der mange forskellige opgaver forbundet med en ernæringsindsats, og opgaverne har forskellig karakter afhængigt af årsagerne til den forringede ernæringsmæssige tilstand.

Hvis der i kommuner og på sygehuse er stor udskiftning blandt medarbejderne, kræver det højere grad af systematik i forhold til screening og behandling samt videregivelse af relevant viden og information. Udfordringerne i ernæringsindsatser på sygehusafdelinger er bl.a., at indsatserne foregår sideløbende med andre behandlinger, hvilket kan besværliggøre prioritering af ernæringsindsatser, herunder tilstedeværelse af personale med de rette ernæringsmæssige kompetencer.

Der skal større fokus på tilgængeligheden og/eller tilstedeværelsen af personale med ernæringsfaglige kompetencer både på sygehus og i kommuner. Det efterspørges blandt andet, at kliniske diætister i højere grad inkluderes i opsporingen og behandlingen af både indlagte og ambulante patienter i ernæringsmæssig risiko. Hertil kommer fx også tilstedeværelsen af personale med tandplejefaglige og/eller ergoterapeutiske kompetencer.

Tema 1: Opsporing

Systematisk opsporing er væsentligt i forhold til at identificere ernæringsmæssige risici. Tidlig opsporing sikrer blandt andet en tidligere indsats over for uplanlagt vægttab, forebygger funktionsnedsættelse, mindsker risikoen for komplikationer og nedbringer indlæggelsestiden på sygehus.

Fokus for dette tema var derfor at drøfte og opdatere viden om, hvordan man sikrer tidlig opsporing af borgere og patienter, der kan have gavn af en ernæringsindsats.

- **Opsporingsredskaber**

De redskaber, der findes til at opspore borgere/patienter i ernæringsmæssig risiko i både regionalt og kommunalt regi, er anvendelige og baseret på god evidens på området. Den nyeste forskning understøtter fortsat brugen af redskabet ”Vejledning til læger, sygeplejesker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af

patienter i ernæringsmæssig risiko”, bl.a. med det nyeste EFFORT-studie². Redskabet Ernæringsvurdering (EVS) har primært fokus på uplanlagt vægttab, og redskabets primære styrke er, at det er forholdsvis simpelt at anvende. I forhold til det ambulante område mangler der et anvendeligt opsporingsredskab. Desuden efterspørges inklusion af et specifikt redskab målrettet opsporingen af børn (<18 år) i ernæringsmæssig risiko.

Generelt er der enighed om, at de eksisterende redskaber fungerer, når de er implementeret, men det bliver ikke altid prioriteret at benytte dem i hverdagen. Det er i anvendelsen af opsporingsredskaber vigtigt, at medarbejderne har kompetencer og viden til at anvende redskaberne og er bevidste om, hvad formålet med opsporingen er. I forhold til anvendelsen af opsporingsredskaber opleves et fald i antallet af screeninger for ernæringsmæssig risiko på sygehuset.

Ved anvendelse af redskaberne i opsporingen bør de individuelle forhold hos borgeren/patienten medtænkes. Således skal anvendelsen af opsporingsredskaber også være meningsfuld i de enkelte situationer og ikke i alle tilfælde udelukkende følge en systematisk tilgang, men have fokus på den enkelte patient og dennes konkrete situation. Det bør derfor overvejes, i hvilke sammenhænge det giver mening at screene/opspore, fx patienter med kort indlæggelsestid.

- **Forebyggelse af risikofaktorer**

Der er flere forhold, som løbende skal vurderes, i den generelle observation af borgere/patienters almenstatus (fx tandstatus og indhold i køleskab), for at denne ikke kommer i ernæringsmæssig risiko. Fokus på risikofaktorer, der kan medføre vægttab, er et vigtigt element i den tidlige opsporing af borgere/patienter i ernæringsmæssig risiko. Det gælder fx fokus på symptomer, der kan påvirke kostindtaget (såsom kvalme, obstipation, diarré og mundtørhed). I nogle tilfælde skal opsporingen af risikofaktorer gå hurtigt, da fx dårlig tandstatus hos ældre borgere hurtigt fører til, at borgeren er i ernæringsmæssig risiko.

Befolkningens gennemsnitlige vægt er stigende, og det er vigtigt, at dette aspekt tages i betragtning, når man vurderer ernæringsmæssig risiko. Der bør være et øget fokus på vurderingen af muskelmasse, da oplysninger om vægt og BMI eller ændringer i samme ikke altid er tilstrækkeligt til at identificere en borger/patient med overvægt som værende i ernæringsmæssig risiko. Fokus på muskelmasse kan derfor med fordel indgå i den reviderede vejledning.

Det er centralt, at den tidlige opsporing når frem til en handlingsanvisning og understøtter handlingsanvisningen tydeligt. Samtidig er identifikation af risikofaktorer og tidlig opsporing en forudsætning for at lave og igangsætte en god ernæringsplan.

² Schuetz, P. et al (2019) Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial, *the Lancet*, 393(10188):2312-2321

Tema 2: Ernæringsindsats

For at reducere konsekvenserne af forringet ernæringsmæssig tilstand er det vigtigt at igangsætte en ernæringsindsats, så snart borgeren/patienten er opsporet som værende i ernæringsmæssig risiko. Ernæringsindsatsen ved risiko omfatter bl.a. vurdering af behov, udarbejdelse af ernæringsplan og diætvejledning. Det er desuden væsentligt at inddrage faggrupper, der kan afhjælpe årsagerne til den uhensigtsmæssige ernæringstilstand, og at mad og måltider tilrettelægges med afsæt i den enkeltes behov og ønsker.

Fokus for dette tema var indhold og rammesætning af ernæringsindsatser, og hvordan implementeringen heraf understøttes af fagprofessionelle med de rette kompetencer.

- **Systematisk og individuel ernæringsindsats**

Individuelle ernæringsindsatser har en positiv effekt på den ernæringsmæssige tilstand. I arbejdet med ernæringsindsatser er det vigtigt at definere, hvad den enkelte ernæringsindsats og dens delelementer består af. Ernæringsindsatsen skal være systematisk, og der skal indgå en ernæringsplan, som indeholder:

- Mål for ernæringsbehandlingen
- Behov (energi, protein, mikronæringsstoffer og væske)
- Præferencer
- Specifikke forhold (fx dysfagi og mundtørhed)
- Ernæringsplan (fx kostform, herunder energidrikke samt evt. sondeernæring eller parenteral ernæring)

Ernæringsplanen skal indeholde en strategi for at nå de individuelle mål for ernæringsbehandling.

- **Beslutningsstøttevejledning**

Det kan være omfattende for den enkelte borger/patient at følge en ernæringsplan, hvorfor det er vigtigt at inddrage borgeren/patienten i egen ernæringsindsats. For at opnå dette, skal patienten/borgeren klædes bedre på til at indgå i ernæringsindsatsen. I den forbindelse er borgerens/patientens motivation et opmærksomhedspunkt.

Det er nødvendigt med redskaber, der inkluderer involvering af patient/borger i forhold til fælles beslutningstagning. Som en del af beslutningsstøttevejledningen bør der være et fokus på redskaber o.l., som kan understøtte den vejledning og rådgivning, der skal gives til borgeren/patienten, fx i forbindelse med diætvejledning.

- **Meningsfuld ernæringsindsats**

En ernæringsindsats skal give mening i forhold til borgerens/patientens generelle situation og evt. sygdom og behandling, og det etiske aspekt i ernæringsindsatser er vigtig, fx for at undgå overbehandling. Ernæringsindsatsen skal fx sammentænkes med, hvordan den medicinske behandling forløber, og hvis der sker ændringer i behandlings- eller sygdomsforløb skal ernæringsindsatsen ligeledes justeres.

Tema 3: Evaluering og opfølgning

Evaluering og opfølgning er en integreret del af ernæringsindsatsen, som muliggør løbende justering. Hvis relevante informationer om den enkeltes ernæringsmæssige tilstand ikke i tilstrækkelig grad videregives mellem de forskellige fagprofessionelle og mellem sektorer, kan relevant viden gå tabt, således at risiko for forværret ernæringsmæssig tilstand øges. Fokus for dette tema var derfor, hvordan evaluering af og opfølgning på ernæringsindsatser gennemføres og dokumenteres internt og på tværs af sektorer.

- **Prioritering af evaluering og opfølgning**

Opfølgning på og evaluering af ernæringsindsatsen nedprioriteres ofte både på sygehuse og i kommunalt regi på grund af manglende ressourcer og tid. Ledelsesmæssig prioritering af monitorering og evaluering af ernæringsindsatser samt en tydelig placering af ansvaret herfor er essentielt for et godt borger-/patientforløb (jf. det tværgående afsnit om ansvarsfordeling). På grund af den faldende gennemsnitlige indlæggelsestid (jf. tema 4 nedenfor) vil opfølgning på ernæringsscreening og ernæringsindsatsen i stigende grad foregå i kommunerne, hvorfor tydelig kommunikation mellem sektorerne bør prioriteres.

- **Redskaber til monitorering**

I kommunerne bruges regelmæssig vejning som et redskab til løbende monitorering og vurdering af ernæringsmæssig tilstand. Regelmæssig vejning kan mindske risikoen for, at et uplanlagt vægttab opdages så sent, at det får negative konsekvenser for borgerens ernæringsmæssige tilstand. Det er i stor grad lykkedes i mange kommuner at have kontinuerlig fokus på regelmæssig vejning og at skabe en systematik omkring det.

Hvis screening på sygehuset indikerer, at patienten har haft et uplanlagt vægttab eller er underernæret, udarbejdes en behandlingsplan, hvor patientens energi- og proteinbehov fastlægges. Kostindtag og vægtudvikling monitoreres løbende indtil patienten ikke længere er i ernæringsmæssig risiko. Kostregistrering er en forholdsvis simpel indsats, omend tidskrævende, hvor billeddokumentation af tallerkner med mad kan monitorere patienternes madindtag. Et godt eksempel på et projekt med løbende monitorering og evaluering af ernæringsindsatsen er ”Herlevs herligheder”. Projektet har fokus på ernæringen gennem hele døgnet, herunder fokus på protein- og energirige retter.

Vedrørende valg af redskaber til løbende monitorering af borgerens/patientens ernæringsmæssige tilstand vil det være optimalt, at redskabet kan følge borgeren/patienten på tværs af sektorer. Dette opmærksomhedspunkt er især problematisk i forhold til ambulante patienter, der kun opholder sig kort tid på sygehuset. Derudover er det vigtigt at inkludere de fagprofessionelles kompetencer i forhold til brugen af monitoreringsredskaber.

- **Systematisk dokumentation, evaluering og opfølgning**

I Danmark foretages der ikke systematisk registrering af forekomst og udvikling af underernæring og uplanlagt vægttab på sygehus, i plejebolig eller i hjemmeplejen. Derudover er der ikke data for, hvor mange borgere/patienter der får en ernæringsplan, herunder gennemførelse af ernæringsplanen. Hvis indsamlingen af data, fx omkring borgerens kostindtag, ikke

forekommer, vil opfølgning og evaluering på ernæringsplanen ikke være mulig. Det samme er gældende for vurdering af ernæringsindsatsens effekt.

Nogle sygehusafdelinger udarbejder løbende audits eller punktprævalensundersøgelser, som kan give en indikation af omfanget af ernæringsindsatser mv, men der mangler nationale data og nationale kvalitetsmål på området.

Fælles succeskriterier i forhold til ernæringsindsatsen henholdsvis på sygehus og i kommune er vigtigt, så det for den enkelte sektor kan vurderes, hvordan man opfylder dem. Et succeskriterie på sygehuset kan fx være, at 80 % af alle patienter minimum får dækket 75 % af deres energi- og proteinbehov på fjerde indlæggelsesdag. I kommunen kan et succeskriterie fx være løbende at monitorere vægtstatus på borgere i kommunalt regi (hjemmepleje, plejebolig, genoptræningsforløb).

Tema 4: Tværsektorielle overgange

Borgere/patienter i ernæringsmæssig risiko, oftest ældre, kan have mange kontakter til sygehus, almen praksis og kommune, og ofte er flere faggrupper fra forskellige sektorer 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 med klar rolle- og opgavefordeling og et klart placeret opfølgningsansvar. Fælles for de eksisterende vejledninger og værktøjer er, at de ikke i tilstrækkelig grad har fokus på, at ernæringsindsatser ofte foregår på tværs af sektorer. Det betyder, at sammenhængende forløb på tværs af sektorer ikke understøttes i tilstrækkeligt omfang.

Fokus for dette tema var derfor at uddybe og inkludere det tværsektorielle aspekt af ernæringsindsatser.

- **Prioriteret ernæringsindsats på tværs af sektorer**

Genoptræning efter Sundhedsloven indebærer, at borgere, der på udskrivningstidspunktet har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, udskrives med en genoptræningsplan i kommunalt regi. Mange borgere kan imidlertid ikke starte på eller gennemføre genoptræningsplaner, alene fordi de ikke er sufficient ernærede. Derfor er den generelle oplevelse, at der i mange tilfælde ikke er gode resultater af de lovpligtige genoptræningsplaner.

Der bør være større opmærksomhed på at udskrive patienter med en ernæringsplan, hvis patienter ved udskrivelse fra sygehuset er i ernæringsmæssig risiko. Et sådant tiltag forventes at kunne øge opmærksomheden omkring borgerens ernæringsmæssige tilstand på tværs af sektorer og dermed i højere grad sikre prioritering af ernæringsindsatser i kommunalt regi.

- **Muligheder i de tværsektorielle overgange**

Flere tiltag kan bidrage til at sikre en lettere opfølgning af borgerne/patienterne inden for en sektor samt på tværs af sektorer. Det gælder fx kommunale rejsehold eller følge-hjem-teams, hvor eksempelvis kliniske diætister, ergoterapeuter og tandplejere følger patienten hjem efter udskrivelse fra sygehus og opstarter eller viderefører indsatser i en allerede beskrevet ernæringsplan.

Andre lande, som fx England og Belgien, har god erfaring med såkaldte ernæringsteams, også kaldet ekspertteams. Ernæringsteams kan bidrage med deres tværfaglige kompetencer i en ernæringsindsats både for de ernæringsmæssigt komplicerede patienter, som er udskrevet fra sygehus og har behov for en målrettet og mere specialiseret ernæringsindsats, og for borgere, der er henvist fra egen praktiserende læge.

- **Korte indlæggelsestider**

Den gennemsnitlige indlæggelsestid er over en årrække faldet, hvilket har medført, at der på sygehuset ikke er tilstrækkeligt fokus på ernæringsindsatser. En faldende gennemsnitlig indlæggelsestid bør imidlertid ikke medføre manglende fokus på ernæringsindsatser, da der stadig er mange patienter med en længere indlæggelsestid end gennemsnittet, som potentielt kan have gavn af en ernæringsindsats. Derudover kan patienter med kort indlæggelsestid stadig have brug for en ernæringsindsats på sygehuset, hvilket kræver større fokus på tværsæktorielt samarbejde.

Den faldende gennemsnitlige indlæggelsestid medfører, at kommuner i større grad kan modtage borgere fra sygehuset, der er meget plejekrævende. Det vil være fordelagtigt, hvis større samarbejde på tværs af sektorer prioriteres for på den måde at skabe bedre borger-/patientforløb og samtidig forebygge genindlæggelser.

- **Alment praktiserende læge**

Der er et generelt ønske om i højere grad at inkludere den alment praktiserende læge i ernæringsindsatsen. Den alment praktiserende læge har en gatekeeper funktion, hvilket gør det muligt, at borgere uden kontinuerlig kontakt til sygehuset og hjemmeplejen, fx borgere med kronisk sygdom, kan få udført vægtmåling i forbindelse med deres årlige kontrol hos den praktiserende læge. Der kan således løbende opnås viden om, hvorvidt borgeren er vægtstabil. Vægtstatus er en vigtig indikator ved opsporing af borgere med forringet ernæringsmæssig tilstand. Ved fx et uplanlagt vægttab bør den praktiserende læge let kunne henvise til en klinisk diætist i kommunen.

De alment praktiserende læger bør i højere grad inkluderes i forløbet, når borgeren udskrives fra sygehus, fx med en ernæringsplan. Derfor kan der i vejledningen med fordel være et større fokus på at beskrive den praktiserende læges rolle i forbindelse med udskrivelse til eget hjem eller plejecenter.

- **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 hjælp efter udskrivelsen. Hjemmepleje-sygehusmeddelelser er implementeret i alle regioner og kommuner som en del af sundhedsaftalerne. Der er imidlertid store forskelle på, i hvor høj grad relevante informationer om borgerens/patientens ernæringsmæssige tilstand videregives mellem kommune, sygehus og almen praksis. Hvis viden om borgerens ernæringsmæssige tilstand ikke overleveres, medfører det, at screeninger, status på ernæringsplaner mv. må udføres på ny.

I MedComs indlæggelsesrapport, plejeforløbsplan og udskrivningsrapport under sygeplejefaglige problemområder skal der anføres oplysninger om borgerens ernæringsmæssige tilstand, herunder krav om udarbejdelse af en eventuel ernæringsplan. Der er desuden behov for en mere systematisk tilgang til udveksling af oplysninger om borgeres/patienters ernæringsmæssige tilstande på tværs af sektorer, herunder om borgerens ernæringsplan i epikrisen til praktiserende læge. Region Nordjylland blev nævnt som et godt eksempel, hvor ernæringsplaner systematisk sendes til kommunen efter udskrivelse fra sygehus.

Der er behov for klarhed om, hvilke informationer om borgeren/patienten, der må udveksles på tværs af sektorer, det vil sige ved indlæggelse og udskrivelse.

Øvelse med materialer fra projekt God mad – godt liv

Som en del af projekt ”God mad – godt liv” udgav Socialstyrelsen i 2013 redskabet ”Ernæringsvurdering” (EVS) og den tilhørende ”Vejledning til ernæringsvurdering af ældre”. Derudover blev der udviklet en række supplerende redskaber og materialer, der skal understøtte arbejdet med at sikre, at mad og måltider for ældre tilrettelægges med afsæt i individuelle ønsker og behov, og at maden er af god ernæringsmæssig og oplevet kvalitet.

I workshopens øvelse blev der fokuseret på kendskabet til udvalgt materiale fra projekt ”God mad – godt liv”. Det drejer sig om følgende materiale:

- Den lille kloge
- Madønsker
- Luk mig op - køleskab
- Luk mig op - køkkenskab
- Når du skal tage på

I gennemsnit angav knap en tredjedel af deltagerne til workshoppen, at de kender og anvender det udvalgte materiale. Resten af deltagerne kender ikke materialet. Dette kan blandt andet hænge sammen med, at materialet er udviklet til brug i den kommunale praksis, hvorfor repræsentanter fra sygehuse med stor sandsynlighed ikke kender materialet.

I forbindelse med øvelsen blev det nævnt, at billederne i publikationerne ”Luk mig op – køleskab” og ”Luk mig op – køkkenskab” indeholder sukkerholdige og klistrede madvarer, som der bør være ekstra opmærksomhed på ift. tandstatus og mundhule.