

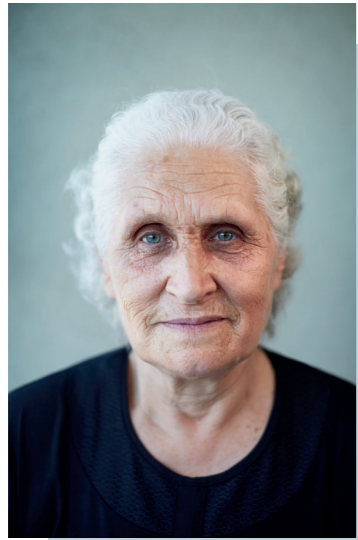
ALLIANCEN MOD  
UNDERERNÆRING



**STOP UNDERERNÆRING**

VIDEN DER VIRKER

# Forebyg og reducer underernæring



Det er Alliancen mod Underernærings mål, at god og ordentlig ernæring for patienter og skrøbelige ældre bliver et prioriteret indsatsområde.

Alliancen mod Underernæring har siden etableringen i december 2014 delt viden om, erfaringer med og holdninger til underernæring i en bred og tværfaglig kreds rundt om de ældre og de ældres mad.

Derigennem har vi opsamlet viden om underernæring blandt ældre og identificeret et klart og tydeligt behov for politisk handling, så vi sikrer, at underernæring blandt ældre bekæmpes og reduceres.

Dén viden er samlet i denne publikation, og sammen med de seks anbefalinger til politikerne, der kan gøre op med underernæring, udgør den grundlaget for

Alliancen mod Underernærings videre arbejde for at forebygge og bekæmpe og dermed reducere omfanget af underernæring i Danmark.

De bedste hilsner og ønsker om en styrket indsats mod underernæring i Danmark

Dansk Selskab for Klinisk Ernæring | Dansk Sygeplejeråd | Danske Fysioterapeuter | Danske Tandplejere | Danske Ældreråd | Ergoterapeutforeningen | FMF | FOA | Fagligt selskab af Kliniske Diætister | Kost og Ernæringsforbundet | Kræftens Bekæmpelse | Landbrug & Fødevarer | Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere | Ældre Sagen | Arla Foods |

Læs mere om Alliancen mod Underernæring og se præsentationerne fra vores arbejde hidtil på: <https://lf.dk/viden-om/sundhed-og-fodevarer/forum-for-underernæring>

## Kort sammenfatning

### Underernæring

Underernæring er særlig udbredt blandt ældre og patienter og er et betydeligt problem for den enkelte.

### Ældre er ikke 'bare' ældre

Mange ældre klarer sig godt, spiser god mad, dyrker fritidsinteresser og socialt samvær og har høj livskvalitet. Underernæring er således ikke udbredt blandt raske og velfungerende ældre.

Andre ældre har mistet appetitten, har svært ved at få købt ind og laver ikke længere mad. Ensomhed, fysisk svækkelse, sygehusindlæggelse, tygge- og synkeproblemer er blandt de vigtigste faktorer, som gør det svært at spise.

Det betyder, at der blandt ældre er flere, som er undervægtige. Tal fra Socialstyrelsen viser, at knap halvdelen af ældre, der bor på plejehjem eller modtager hjemmepleje, oplever uplanlagt vægttab.<sup>1</sup>

### Patienter på sygehus

Ved indlæggelse på et dansk sygehus er ca. 20 pct. af patienter underernærede eller i risiko for at blive det, og blandt de indlagte patienter er knap 40 pct. underernærede eller i risiko.<sup>2</sup>

### Potentiale

Der er potentiale i at forebygge underernæring, så raske borgere vedbliver med at være raske borgere og kan tage hånd om deres eget liv.

Der er ligeledes potentiale i at forebygge, bekæmpe og reducere underernæring hos patienter og ældre, der modtager hjemmepleje eller bor på plejehjem, både i forhold til den enkeltes mulighed for at kunne leve et godt og aktivt liv og i forhold til samfundsøkonomien.

Underernæring har betydning for, hvorvidt man er i stand til at leve et godt liv, hvor man bestemmer og handler, som man ønsker. Underernæring har en række alvorlige konsekvenser for den enkelte, f.eks. øges risikoen for sygdom, indlæggelse, genindlæggelse, længere indlæggelse, flere komplikationer under sygdom og indlæggelse samt tidlig død.

Underernæring har samtidig betydning for om og med hvilken hastighed man bliver rask. Og dermed en direkte sammenhæng med pleje-, service- og sygehusudgifterne.

Der er påvist positive effekter ved systematisk indsamling af data vedr. ældre og patienters ernæringstilstand<sup>3</sup>. Flere danske og udenlandske studier viser<sup>4</sup> endvidere, at en indsats vedr. underernæring giver resultater, både i forhold til vægtøgning, fysisk funktionsevne og livskvalitet.

Hertil kommer besparelser på sundhedsudgifterne bl.a. i form af færre genindlæggelser. En fokuseret, tværfaglig, forebyggende og blivende indsats rettet mod underernæring i DK tyder på besparelser på omkring 1,5 mia. kr. årligt.<sup>5</sup>



“Ældre er ikke bare ældre”

# Nødvendige politiske initiativer

## Alliancen mod Underernæring

Alliancen mod Underernæring har siden etablering i 2014 drøftet og videndelt de mange forskellige aspekter af underernæring blandt ældre og patienter i Danmark med henblik på at pege på en række anbefalinger til forebyggelse og behandling og dermed reduktion af omfanget af underernæring i Danmark.

Der er bred enighed om, at det er grundlæggende vigtigt, at den enkelte borger sættes i centrum for en indsats mod underernæring og risiko for underernæring. Der er desuden bred enighed om, at fundamentet for en styrket og blivende indsats mod underernæring er et yderligere samspil mellem de mange forskellige faggrupper, som arbejder de steder, hvor underernæring eller risiko for underernæring kan konstateres, og som skal løses.

Der er endvidere bred enighed om, at der savnes større fokus på en tværgående indsats i forhold til mulighederne for at handle effektivt på forebyggelse og behandling af underernæring, så antallet af underernærede reduceres.

Der er endelig bred enighed om, at en større tværfaglig indsats og fokus på tilpasning til

den enkeltes behov, muligheder og evne til at spise, er helt centralt for en vellykket indsats over for underernæring. Mange forskellige faggrupper skal således bringes i spil i forhold til at afhjælpe underernæring hos den enkelte borger.

De pågældende faggrupper er alle repræsenteret i Alliancen mod Underernæring, og kompetencerne spænder bredt fra madprofessionelle/-kyndige og diætister, over ergo- og fysioterapeuter til plejepersonale og til tandplejere og -teknikere, sygeplejersker og læger.

Herudover har virksomheder, forskningsinstitutioner, organisationer og myndigheder alle en central rolle at spille for at medvirke i forebyggelse, behandling og reduktion af underernæring; det gælder ikke mindst både patient og ældreorganisationer, som repræsenterer målgruppens interesser.

En liste over deltagerne i Alliancen mod Underernæring fremgår bagerst i publikationen. De seks anbefalinger til politikerne om politisk handling i forhold til underernæring, samt de forhold, som Alliancen mod Underernæring har delt viden om og drøftet siden etableringen i 2014, fremgår i det følgende.

## 1. Nationale tal på forekomsten af underernæring – fordi en indsats mod underernæring kræver viden om problemets omfang, så man kan sætte effektivt ind med de rette indsatser og måle på, at indsatsen virker.

### Problem

Vi har i dag ikke tal, som i tilstrækkelig grad beskriver omfang og udvikling af forekomsten af underernæring blandt patienter og ældre på sygehusene, ældre på plejehjem eller i hjemmeplejen og dermed sætte måltrettet ind. Omfanget af uplanlagt vægttab blandt raske ældre, som kan udgøre en risikofaktor ift. underernæring, er heller ikke fastslået.

Det vides ikke, hvor systematisk patienter og ældre på sygehusene, ældre på plejehjem eller i hjemmeplejen screenes for underernæring eller risiko for underernæring. Der foregår heller ikke en systematisk indsamling af

viden og data i Danmark modsat andre lande, f.eks. Holland. I Holland har man iværksat systematiske opgørelser af f.eks. ældre patienters ernæringstilstand og derved påvist en sammenhæng mellem systematiske opgørelser og iværksættelse af handlingsindsatser, hvilket har skabt positive resultater i form af nedbringelse af undervægt.

### Løsning

For at reducere og bekæmpe underernæring effektivt, skal underernæring opdages. Hvis underernæring ikke opdages, det være sig på sygehus eller i forbindelse med den rehabiliterende indsats, bliver der ikke handlet på forholdet. Derfor skal der indsamles mere viden om omfanget af problemet og sættes kvalitetsmål for nedbringelse af undervægt samt iværksættelse af indsatser til forebyggelse og behandling af underernæring i alle led fra almen praksis til hjemmepleje, plejecentre og på sygehuse.

Kvalitetsmålene baseres på den viden, som eksisterer om forekomsten af underernæring i sammenhæng med en screening vha. en simpel metode, som sikrer, at man opsporer dem, der er i risiko. Det er væsentligt, at opsporingen udføres med afsæt i tværfaglige vurderinger tæt på den enkelte og med inddragelse og samarbejde med borgeren/patienten og dennes pårørende.

Det er i øvrigt hensigtsmæssigt, at opsporingen tager afsæt i eksisterende og kommende strukturer og metoder, f.eks. de forebyggende hjemmebesøg, som fra 2016 tilbydes alle ældre over 80 år. De data, der indsamles, indberettes centralt, så det bliver muligt at følge udvikling og effekt af indsats.

Opsporing af underernæring skal følges op med konkret fastlæggelse af årsagen til underernæringen, så der kan handles umiddelbart på forholdet. Der kan være tale om fysisk svækkelse, sygdom, mundtørhed, synkebesvær, dårlige tænder, svamp i munden, ensomhed mv. Derfor kan man f.eks. registrere den enkeltes fysiske mulighed for at spise selv, tygge og synkeproblemer, tand- og mundforhold mv.

Der etableres et Råd mod Underernæring, der følger udviklingen på området og rådgiver sundheds- og ældreministeren om den fremadrettede indsats.



“Halvdelen af ældre, der bor på plejehjem eller modtager hjemmepleje, oplever uplanlagt vægttab”



## 2. Der skal iværksættes en indsats umiddelbart efter underernæring er identificeret – fordi en tidlig og umiddelbar indsats over for den enkelte, som er i risiko for underernæring/ er underernæret, er påkrævet.

### Problem

I dag bliver underernærede patienter og ældre på sygehusene, ældre på plejecenter eller i hjemmeplejen ikke i tilstrækkelig

grad tilbudt indsatser og behandlet for underernæring. Risikoen er derfor, at de pågældende ikke får den fornødne behandling eller en forebyggende indsats ift. risiko for underernæring. To nyere danske undersøgelser blandt ældre patienter i dårlig ernæringsmæssig tilstand viser, at vægttab typisk fortsætter i mindst tre måneder efter udskrivelsen.

### Løsning

Straks underernæring eller risiko for underernæring er konstateret, er der pligt til at handle på forholdet. Der udarbejdes en handlingsplan, som skal følges af enten sygehuset, kommunen eller almen praksis.

Det er afgørende for bekæmpelse af underernæring, at der handles målrettet

og umiddelbart. Ernæringsindsatser er i dag i nogen grad beskrevet i eksisterende forløbsprogrammer, genoptræningsplaner og pakkeforløb for bestemte sygdomme, som en væsentlig og betydningsfuld indikator på trivsel og sundhed.

Denne mulighed bør udnyttes yderligere, og det skal sikres, at der tages konkret handling. Ernæringsindsatser kan også i højere grad tænkes ind ved udarbejdelse af alle nationale kliniske retningslinjer.

Der sættes konkrete kvalitetsmål for, i hvor høj grad de underernærede patienter og ældre på sygehusene, ældre på plejehjem og i hjemmeplejen får dækket deres ernæringsbehov. I forbindelse med de forestående drøftelser om en ny

kvalitetsindsats i sundhedsvæsenet vil det være hensigtsmæssigt at inddrage netop dette forhold som en kvalitetsindikator for sundhedsvæsenets performance.

Der er bred enighed blandt eksperter om, hvad der skal til for at imødegå underernæring. Sundhedsstyrelsens vejledning på området og Socialstyrelsens faglige anbefalinger beskriver nogle af de initiativer, som er påkrævet. Herudover er der behov for også at inddrage forhold, som ikke er i fokus i de pågældende vejledninger og anbefalinger. Dette gælder ikke mindst i forhold til tand- og mundforhold og relaterede problemstillinger.

### 3. Lovgivningen skal afspejle, at maden, ernæringen og måltidet er et grundlæggende og centralt element i forebyggelses-, behandlings-, genoptrænings- eller rehabiliteringsforløb – fordi underernæring skal bekæmpes i en koordineret indsats.

#### Problem

Det er lovgivningen, der sætter den grundlæggende ramme for forebyggelse og behandling af underernæring. Desværre er der pt. i de helt centrale love på området hhv. serviceloven og sundhedsloven kun sporadiske henvisninger til mad og ernæring og et fravær af fokus på madens, ernæringens og måltidets forebyggende og rehabiliterende effekt.

#### Løsning

For patienter og ældre på sygehusene, ældre på plejehjem eller i hjemmeplejen, som er underernærede eller i risiko for at blive underernærede, er maden og ernæringen et


væsentligt element for at komme på fode igen. Det skal lovgivningen afspejle ved at sætte fokus på madens kvalitet samt madens, ernæringens og måltidets forebyggende, behandlende og rehabiliterende effekt.

I forhold til sundhedsloven kunne man hensigtsmæssigt skele til ændringen af serviceloven, som pålægger kommunerne at definere en værdighedspolitik, herunder omkring mad og ernæring. Det

fremgår således bl.a. af aftaleteksten, at "Aftaleparterne er derfor enige om, at det er vigtigt både at sikre ernæringsrigtig og velsmagende mad samt at skabe gode og hyggelige rammer for de ældres måltider, som giver de ældre lyst til at spise." Kommunerne er forpligtet til i samarbejde med ældre, medarbejdere og relevante aktører at lave værdighedspolitikker og heri forholde sig til mad og ernæring. Det kan f.eks. være i regi af kommunernes kvalitetsstandarder, hvor maden, måltidsrammerne og borgerens ernæringstilstand også kan være en kvalitetsindikator på kommunernes indsats og performance på området.

Lovgivningsmæssigt fokus i såvel servicelov som sundhedslov medfører bl.a., at maden, ernæringen og måltidet skal tænkes ind som et konkret element både ift. pleje, behandling, genoptræning og rehabilitering.

Der skabes samtidig et helt grundlæggende og nødvendigt ledelsesmæssigt fokus på maden og ernæringsindsatsen og på gennemførelse og opfølgning samt på kompetenceudvikling, så det sikres, at de nødvendige kompetencer er til stede i forhold til en tværfaglig indsats.



“Det er vigtigt både at sikre ernæringsrigtig og velsmagende mad samt at skabe gode og hyggelige rammer for de ældres måltider, som giver de ældre lyst til at spise”





“Underernæring overses ofte i f.eks. sektorovergange mellem sygehuse og primær sektor og kommuner”

#### 4. Økonomiske incitamentsstrukturer skal understøtte en sammenhængende indsats mod underernæring på tværs af sektorer – fordi det fremmer samarbejdet på tværs og medvirker til at styrke indsatsen mod underernæring.

##### Problem

Underernæring og risiko for underernæring bliver ikke i tilstrækkeligt omfang håndteret i sammenhængende forløb med en klar ansvarsfordeling.

Underernæring overses ofte i f.eks. sektorovergange mellem sygehuse og primær sektor og kommuner, dvs. hvor borgere indlægges eller udskrives. Der er evidens for, at patienter og ældre i dårlig ernæringstilstand indlægges og genindlægges hyppigere end ikke underernærede patienter og ældre.



##### Løsning

Der skal indføres økonomiske incitamentsstrukturer, hvor indsatsen mod underernæring honoreres som ét samlet forløb på tværs af sektorer, uanset om problemet opspores i en kommune, i almen praksis eller på sygehus.

I sundhedssektoren eksisterer i dag systemer, som overordnet har til formål at styre økonomien på de offentlige sygehuse. Der anvendes således bl.a. DRG-takster, som et udtryk for, hvad en behandling og pleje for grupper af patienter koster.

Fremadrettet bør indsatser mod underernæring i langt højere grad i stedet for honoreres med udgangspunkt i en samlet betaling for hele forløbet og i tråd med principper for værdibaseret styring. Det vil fremme samarbejde og effektiv ressourceudnyttelse på tværs af sektorer og organisatoriske enheder.

En sund ernæringstilstand samt adgang til god mad og ernæring kan således f.eks. ses som en kvalitetsindikator i pleje- og behandlingsforløbet og kan anvendes/indgå i en mere værdibaseret styring af omkostningerne til pleje og behandling.



## 5. Sæt borgeren i centrum for maden og måltidet – fordi maden, måltiderne og rammerne omkring måltidet skal prioriteres endnu højere end i dag.

### Problem

Underernærede patienter og ældre på sygehusene, ældre i hjemmeplejen eller på plejehjem får i flere tilfælde ikke mad og måltider, som er tilpasset netop deres individuelle situation og behov. Det betyder, at maden ikke bliver spist og dermed ikke gør den gavn, som den skal.

Det er afgørende, at de pågældende får en kost, der dækker deres behov og øger vægten og giver de bedste muligheder for at komme på fode igen. Det kræver i endnu højere grad end i dag et fokus på gode råvarer, god mad som frister, smager og dufter godt og en måltidssituation, som giver appetit.

### Løsning

Det skal sikres, at den enkelte sættes i stand til at spise maden, og at alle relevante faggrupper rundt om patienter og ældre på sygehusene, blandt ældre på plejehjem og hjemmeboende ældre bidrager med deres faglighed til, at maden og måltidet bliver spist.

Der er gode eksempler rundt omkring i landet på, at kendskabet til den enkelte borgers behov samt valgfrihed og fleksibilitet i forhold til maden og rammerne omkring måltidet prioriteres højt. De gode erfaringer skal udbredes til andre områder i landet, hvor indsatsen er mangelfuld eller ikke eksisterende. Med fokus på egne måltidsoplevelser og præferencer og fysiske og psykiske formåen skal den enkelte inddrages og tages med på råd om egen mad.



“En indsats mod underernæring giver resultater.”

Faggrupperne omkring den pågældende bringes i spil for at skabe de bedste rammer for udvikling af madens kvalitet og måltidets funktion, som også handler om råvarer, nydelse, selskab, ro og socialt samvær. Det samme gør sig gældende for faggruppernes mulighed for at kunne vejlede om ernæringsterapi, når mad og måltider er utilstrækkelig, og yderligere behandling og indsats er nødvendig.

Også eksterne aktører/civilsamfundet skal inddrages f.eks. i forhold til at udvikle nye og optimerede fødevarer til borgere med særlige ernæringsmæssige behov, måltidsløsninger og måltidskomponenter, som gør det nemt for f.eks. raske ældre at opretholde muligheden for selv at lave maden.

Mulighederne for, at civilsamfundet inkl. virksomheder indgår i offentligt/ privat partnerskab om mad og måltider, skal understøttes og udnyttes.

## 6. Gennemførelse af en oplysningskampagne – fordi den enkelte, den enkeltes familie og pårørende skal gøres opmærksom på, at der kan handles på underernæring.

### Problem

Underernæring er for mange danskere helt ukendt, og dermed er mange danskere typisk ikke bekendte med, hvad man selv skal være opmærksom på, og selv kan gøre for at undgå risiko for underernæring, eller hvordan man bedst hjælper en underernæret bedstefar, onkel eller mor eller andre nærtstående i risiko for at blive underernæret.

### Løsning

Der iværksættes en oplysningskampagne om underernæring, der målrettes den enkelte og nærtstående. Formålet er at være opmærksom på underernæring og kende til, hvad man skal gøre for at undgå at blive underernæret. En sådan kampagne kan også bidrage til at give familie og pårørende en central rolle at spille i relation til at imødegå underernæring hos deres nærmeste.

Fødevarestyrelsen og DTU står for den almindelige og generelle ernæringsoplysning rettet mod raske borgere. Som ældre og småtspisende er det imidlertid vigtigt, at man får en god og ernæringstæt kost, ikke mindst når appetitten ikke er den samme som tidligere.

Derfor kan der være behov for at se på mulighederne for at supplere de officielle kostråd, så de svarer direkte ind i behovet for ældre i risiko for underernæring – måske skal de endda vendes om på hovedet, da der skal spises oftere og mere ernæringstæt i en underernæringssituation.



# Målgruppe

## Størst effekt af en forstærket indsats mod underernæring

Den foreliggende viden om omfanget af underernæring i DK beror på enkeltstående forsknings- og udviklingsprojekter og myndighedernes skøn. Heraf fremgår det, at underernæring er særligt udbredt blandt ældre og blandt patienter.<sup>6</sup> Derfor er en indsats over for disse grupper særlig vigtig.

Alliancen mod Underernæring sætter fokus på underernæring og risiko for underernæring alle relevante steder/i alle relevante sammenhænge. Derfor spænder den indsats, som Alliancen mod Underernæring peger på skal til, fra ældre borgere, som er raske, og som kan have gavn af en forebyggende indsats mod underernæring, over plejkrævende ældre, som modtager hjælp efter serviceloven eller bor på plejehjem, til patienter, hvor underernæring er en del af en sundhedsfaglig problemstilling og behandling.

## Differentierede løsninger

Underernæring er en kompleks udfordring, og derfor er der behov for differentierede løsninger helt afhængigt af, hvad underernæringen skyldes, og hvor den konstateres i "systemet."

Som eksempler kan nævnes, at den forebyggende indsats typisk retter sig mod ældre, som i høj grad klarer sig selv i hverdagen, men som samtidig har en større risiko for underernæring og uplanlagt vægttab. Det kan f.eks. være ældre, som har mistet en samlever eller ægtefælle, eller ældre, der har en alvorligt syg samlever/ægtefælle, ældre der udskrives fra sygehus eller afslutter et rehabiliteringsforløb. Her er borgeren først og fremmest netop borger, og indsatsen kan f.eks. bestå i forebyggende hjemmebesøg, visitering af mad efter serviceloven eller i et samarbejde mellem kommune og frivillige foreninger om at spise sammen med andre. Den forebyggende indsats foregår typisk i kommunalt regi.

Indsatsen i forhold til patienter<sup>7</sup> har umiddelbart et andet udgangspunkt, fordi der er tale om borgere, som, udover at have en diagnose/fejler noget, der skal behandles, også kan være i risiko for eller er underernæret, og de to forhold skal håndteres i en sammenhæng. Nu er borgeren først og fremmest patient, og indsatsen sker i regionalt regi og i henhold til retningslinjer mv. udarbejdet i sundheds- og sygehusregi, f.eks. i form af ernæringsterapi, sondemad mv.



“Uplanlagt vægttab og underernæring er særligt udbredt blandt ældre indlagt på sygehus”

# Omfang af underernæring

Der er i dag ikke tal, som i tilstrækkelig grad beskriver omfanget og udviklingen af forekomsten af underernæring blandt patienter og ældre på sygehusene, ældre på plejehjem eller i hjemmeplejen, og dermed sætte målet ind.

Den foreliggende viden om omfanget af underernæring i DK beror på enkeltstående forsknings- og udviklingsprojekter og myndighedernes skøn, jf. nedenfor. Heraf fremgår det, at underernæring er særligt udbredt blandt ældre og blandt patienter.<sup>9</sup> Derfor er en indsats over for disse grupper særlig vigtig.

## Ældre patienter og plejkrævende ældre samt raske ældre

Uplanlagt vægttab og underernæring er særligt udbredt blandt ældre indlagt på sygehus, men også blandt ældre, der modtager hjemmepleje og bor på plejehjem. Tal fra Socialstyrelsen<sup>10</sup> viser, at knap halvdelen af ældre, der bor på plejehjem eller modtager hjemmepleje, oplever uplanlagt vægttab.

Ældre, som indlægges på sygehus, er ofte i dårlig ernæringstilstand allerede ved indlæggelse på sygehus og vil tabe sig

yderligere under indlæggelsen. Tal fra den landsdækkende database for Geriatri (2012) viser, at knap 43 pct. af ældre undergår et vægttab under indlæggelsen på sygehus, og studier fra 2014 viser, at vægttabet typisk fortsætter i mindst tre måneder efter udskrivelsen (Beck, 2013 og 2014). Stort set alle ældre patienter vil dermed fortsat have behov for en ernæringsindsats ved udskrivelsen til eget hjem/plejehjem.

Undersøgelser fra Holland<sup>11</sup> viser, at knap 10 pct. af de ældre, der henvender sig til praktiserende læge mhp. influenzavaccination, i løbet af en seks måneders periode har oplevet et uplanlagt vægttab. Der er ikke foretaget lignende undersøgelser i Danmark, men det forventes, at tallet er sammenligneligt med de hollandske forhold<sup>12</sup>.

Imidlertid ved man, at de ca. 1/3 af ældre, der lever sammen med en ægtefælle/samlever, som lider af en demenssygdom, er i risiko for eller allerede er i en dårlig ernæringstilstand<sup>13</sup>.

Ved indlæggelse på et dansk sygehus er ca. 20 pct. af patienterne underernærede eller i risiko for at blive det. Blandt de indlagte er ca. 40 pct. underernærede eller i risiko for at blive det<sup>14</sup>.





“Dårlig appetit, svækkelse, kvalme og opkastninger er hyggpigeste årsager”

#### Årsagerne er kendte

Der er enighed blandt eksperter om de hyppigste/vigtigste årsager til underernæring.

Blandt de vigtigste risikofaktorer for plejekrævende ældre er tygge- og synkeproblemer, dårlige tand- og mundforhold, afhængighed af hjælp til at spise samt akut sygdom/forværring af kronisk sygdom<sup>15</sup>.

For patienter på sygehusene er dårlig appetit, svækkelse, kvalme og opkastninger<sup>16</sup> blandt de hyppigste årsager. Spørger man ind til patienternes egen forklaring på, hvorfor de ikke spiser, peges der bl.a. på manglende appetit, at maden ikke smager, som den plejer, at det er trist at spise alene, at man ikke kan lave mad, og at man er blevet enlig. Der peges tillige på, at det er vanskeligt at tygge maden, at der er proteseproblemer (tænder), og på, at de portioner der serveres, er uoverskuelige mv.<sup>17</sup>

Der er således en lang række faktorer, som er medbestemmende for, om den enkelte risikerer at blive/er underernæret.

# Årsager til underernæring

#### Tænder og mund

Tand- og mundforhold har stor betydning for det at kunne spise. Tandsygdomme som huller i tænderne, betændelse i tandkødet og paradentose har en direkte betydning for, om maden kan tygges. Hertil kommer, at mundtørhed kan forværre tandsygdomme og i sig selv medvirke til, at det bliver vanskeligt at tygge, synke og fordøje maden.

Dermed bliver gode tand- og mundforhold en vigtig faktor ift. at forebygge, behandle og reducere forekomsten af underernæring. Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, om borgeren selv kan børste sine tænder? Kan borgeren ikke løfte en ske eller rede sit hår, så kan borgeren heller ikke børste tænder; om borgeren kommer til tandlæge eller til tandplejer, eller om der serveres mad, som både tager højde for manglende spyt og for en ændret smagsoplevelse.

#### Dysfagi

Dysfagi er enhver form for synkebesvær, som forhindrer mad og væske i at passere sikkert fra munden til maven – og to typiske komplikationer er lungebetændelse og underernæring: Risiko for dysfagi har tæt sammenhæng med underernæring og udgør en risikofaktor blandt hjemmeboende ældre, ældre, der bor på plejehjem eller institution samt patienter på sygehus.

Forekomsten af dysfagi er på 27 pct. blandt selvhjulpne ældre over 70 år i egen bolig samt på over 51 pct. blandt ældre bosiddende på plejehjem<sup>18</sup> For patienter/borgere med apopleksi er sammenhængen umiddelbar og nærmest sammenfaldende, idet forekomsten af underernæring er op til 49 pct. og forekomsten af dysfagi op til knap 53 pct.<sup>19</sup>

#### Afhængighed af hjælp til at spise

Det siger sig selv, at såfremt man ikke kan løfte skeen til munden, må man have hjælp til at spise. Forebyggende og rehabiliterende muskeltræning er vigtig for at understøtte, at patienter og ældre får mulighed for at sidde selv (eller med hjælp) og spise maden.

#### Sygdom

Ifølge tal fra Kræftens Bekæmpelse oplever 15 pct. af kræftpatienterne vægttab som følge af kræftsygdom. Knap 44 pct. udviser symptomer på appetitløshed og andre ændret smagssans og tandproblemer. I den forbindelse svarer knap 31 pct. af kræftpatienterne, at de oplever utilstrækkelig hjælp fra sundhedsvæsenet, herunder på sygehuset ift. ernæring. Den manglende hjælp kan bestå i, at der trods konstaterede spiseproblemer ikke kobles en diætist, fysio-, eller ergoterapeut eller tandplejer til den pågældende patient, så der kan gives en individuel vejledning eller behandling for underernæring og/eller synke-træning og muskeltræning mv.



# Redskaber

## Mindre papir mere handling

I praksis kan det konstateres at mad først bliver til er næring, når maden er spist.

Der er i dag udarbejdet en lang række værktøjer, som kan anvendes i forbindelse med forebyggelse og behandling af risiko for underernæring og underernæring. Der eksisterer redskaber til gennemførelse af ernæringscreening, der er handleplaner, faglige anbefalinger, måltidspolitikker,

forebyggelsespakker, evalueringsværktøjer samt implementeringspolitikker.

Et eksempel på måder at arbejde med en tværfaglig indsats ift. mad og måltider er Måltidsbarometeret<sup>20</sup>, som er et elektronisk kvalitetsevalueringsredskab, som giver produktionskøkkener, plejecentre og hjemmeplejedistrikter i kommunen en indikation af, hvor gode de er til i fællesskab inden for samarbejdsrelationen at levere måltider af høj kvalitet til ældre borgere.

Måltidsbarometeret er baseret på lederes og udvalgte medarbejderes besvarelser af en række spørgsmål inden for fem principper, der samlet set definerer en god måltidssituation f.eks. måltidets sociale og fysiske rammer samt kulinarisk og råvarekvalitet. Der genereres en rapport på baggrund af besvarelserne, der omfatter målrettede anvisninger til, på hvilke områder der med fordel kan skabes øget fokus, og hvor der kan igangsættes en indsats for at sikre bedre måltider til ældre borgere.

Viden om hvad der skal til for at forebygge, behandle og reducere/eliminere underernæring. Det kan gøres!

Der arbejdes flere steder konkret på at forebygge og reducere underernæringen

blandt ældre og patienter. Der er således flere gode både udenlandske og nationale/regionale/kommunale indsatser, der kan trækkes på i forhold til at styrke ernæringstilstanden blandt ældre og patienter, som er i risiko for eller er underernærede.

Fødevarestyrelsen har etableret en videnbank 'Bedre Måltider' hvor der er inspiration og hjælp at hente i forhold til indsatser<sup>21</sup>.

Det er i flere tilfælde påvist, at en ernæringsintervention på tværs af faggrupper har haft en positiv effekt på svage ældre borgers fysiske funktionsevne og på deres livskvalitet, herunder at vægtøgning har tæt sammenhæng med øgning i livskvaliteten<sup>22</sup>. Det tværfaglige samarbejde i det pågældende studie omfattede klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut, og det formaliserede samarbejde viste større effekt end indsatser, der kun var mono-fagligt. Samtidig viste studiet, at indsatsen var omkostningseffektiv med mulighed for gevinst (udover funktionsevne, livskvalitet og vægtøgning).

## Holland

I Holland har man iværksat systematiske opgørelser af f.eks. ældre patienters ernæringstilstand og derved påvist en sammenhæng mellem systematiske opgørelser og iværksættelse af handlingsindsatser, hvilket har skabt positive resultater i form af nedbringelse af undervægt. Det gælder for patienter, ældre på sygehuse, på plejehjem eller i hjemmeplejen. I Holland<sup>23</sup> har man gennem en årrække (siden 2004) arbejdet fokuseret med underernæring, og resultaterne har over en kort årrække været bemærkelsesværdige:

- Der er sket et fald i forekomsten af underernæring i alle såkaldte 'health care settings' dvs. på sygehuse, på plejehjem og i hjemmeplejen;
- Underernæring er anerkendt som en central udfordring ift. sundhed;
- Underernæring er siden 2007 en primær kvalitetsindikator inden for det hollandske sundhedsvæsen.

“En frivillig spiseven både hjælper på vægten og på humøret”





Hertil kommer, at den indsats, som er iværksat ift. screening, inddragelse af ernæringsfaglig ekspertise, introduktion af mellemmåltider mv. på sygehusene, viser sig at være cost-effektiv.

En af de afgørende styrker i den hidtidige indsats har været, at der løbende og på baggrund af obligatoriske screeninger kan gives opdaterede prævalensdata om underernæring på sygehuse, på plejehjem og i hjemmeplejen. Der er nedsat en styregruppe med repræsentanter for myndigheder, universiteter og praktikere, som følger udviklingen nøje.

Underernæring indgår tillige som en kvalitetsindikator blandt ca. 20 i målingen af de hollandske sygehuse, hvilket gør ernæringsindsatsen til et helt centralt fokus og målepunkt i den samlede sundhedsindsats i Holland.

Screening vha. en enkel metode (SNAQ) medvirker i øvrigt til, at Holland siden 2008 har kunnet præsentere forekomsten af underernæring og benchmarke på indsatsen mellem sygehuse. Implementering af en screeningsmodel har taget to år i Holland, og i dag screenes næsten 80 pct. af patienterne på sygehusene, og ca. halvdelen når deres individuelle ernæringsbehov på fjerdedagen af indlæggelsen.

I Holland arbejdes der med at sætte nye kvalitetsmål i forhold til underernæring, som omhandler et optimalt proteinindtag, således at der konkret måles på procentandelen af underernærede patienter, der når et optimalt indtag af protein på fjerdedagen af indlæggelsen.

#### Dysfagi

I forhold til dysfagi er det bl.a. fastslået, at træning af synkefunktionen er en effektiv strategi til at øge sikkert indtag og forbedre ernæringstilstanden og i øvrigt reducere tilfælde af lungebetændelse<sup>24</sup>.

#### Mund og tænder

Underernæring forårsaget af tyggesvær (tand- og mundforhold) kan afhjælpes bl.a.

ved hjælp af systematisk kontrol af tænder, proteser og slimhinder, idet det gælder om at fastholde så mange som muligt inden for en normalfunktion, og forebygge at man havner i svære problemer. I forbindelse med en undersøgelse på Geriatrisk afdeling, Marselisborg omfattende ældre patienter over 80 år og i risiko for underernæring eller allerede underernærede, kunne det om tandforhold konstateres, at godt 75 pct. havde dele eller helproteser, kun 2 pct. svære problemer ift. mundforhold, og ca. 10 pct. af de pågældende patienter oplevede problemer med at synke.

#### Ensomhed

Rammerne omkring maden og måltiderne har stor betydning for, om maden bliver spist. 'Spisevenner' er et initiativ, der oprindeligt er startet i Odense som et samarbejde mellem kommunen og Ældre Sagen. Formålet er at skærpe appetitten hos småtspisende ældre ved at tilbyde socialt samvær til måltidet. De foreløbige erfaringer tyder på, at en frivillig spiseven både hjælper på vægten og på humøret og betyder, at ældre i målgruppen klarer sig bedre i hverdagen.

I Odense er 79 ældre blevet interviewet ved opstart med en frivillig spiseven, og 36 blev interviewet et halvt år efter. 15 personer har fået et højere funktionsniveau, og ca. en tredjedel scorer højere point i test, der måler borgerens eget syn på helbredsrelateret livskvalitet.<sup>25</sup>



# Udfordringer

#### Fortsat noget at komme efter

Flere årsager, herunder strukturelle forhold er medbestemmende for, om der handles på risiko for underernæring og konstateret underernæring. Det vil sige, at de pågældende forhold kan udgøre en reel barriere for iværksættelse af initiativer rettet mod forebyggelse, behandling og reduktion af underernæring. Nedenfor er listet en række vigtige forhold, idet der gøres opmærksom på, at listen ikke er udtømmende.

- Overordnet er indsatsen over for underernæring delt mellem flere myndigheder, hvilket medfører en utydelig defineret ansvarsfordeling og dermed også på klart definerede forpligtelser i planlægning og styring af ernæringsmæssig omsorg.
- Overgange mellem forskellige sektorer medfører usammenhængende forløb. Der er typisk tale om overgang fra region (sygehus) til kommune (pleje/ eget hjem), men der kan også være tale om, hvilken rolle den praktiserende læge har ift. forebyggelse af underernæring. Der er i dag f.eks. ikke særlig fokus på, hvilken rolle den praktiserende læge (primærsektoren) kan spille i forhold til en forebyggende indsats over for underernæring.
- Ernæring, mad og måltider integreres ikke tilstrækkeligt i kommunernes eller regionernes kerneopgaver, og sammenhængen mellem gevinster og omkostninger ved en god ældrebespisning er uklare. Der stilles generelt ikke krav til kvaliteten (og smagen) af mad og måltider i forbindelse med gennemførelse af udbud i den offentlige bespisning og madservice.
- Ernæring, mad og måltider anvendes ikke systematisk i rehabiliterings- og genoptræningsindsats og ses ikke i sammenhæng med behandling og pleje; dermed er madens og måltidernes forebyggende og rehabiliterende effekt ikke i fokus. Der kan være meget langt fra køkken til mave. I en nyligt udført rundspørge blandt ældrechefer i kommunerne, svarer hele 64 pct. "ja" til, at der er behov for tiltag, for at mad, måltider og ernæringsindsatsen i kommunen kan blive forbedret, og at et af de store forbedringspotentialer ligger i muligheder for samvær under spisningen<sup>26</sup>
- Fravær af et klart ledelsesmæssigt fokus og en klar ledelsesmæssig prioritering medfører, at forebyggelse og reduktion af underernæring ikke iværksættes i tilstrækkeligt omfang, og det medfører igen, at opgaven 'underernæring' ikke efterspørges løst og forlades uløst i forhold til den enkelte.
- Forebyggelse og behandling af underernæring er en opgave, som er delt mellem kommunerne og regionerne. Kommunerne skal i dag betale en vis andel af regionernes sundhedsudgifter og har på den baggrund et incitament til at forebygge (og behandle) underernæring, så man undgår at borgeren indlægges og (gen)indlægges). Økonomiske incitamentsstrukturer kan således hjælpe en indsats på vej. Med måltal om max. indlæggelsestid på sygehusenes akutmodtagelser på 18 timer og dermed færre patienter, som havner på sygehusafdelingerne, men sendes hjem, bliver sammenhænge mellem de forskellige pengekasser og indsatsen mod underernæring i kommunerne og regionerne yderligere aktualiseret.



## Referenceramme

### Vidensgrundlag

Alliancen mod Underernæring har foruden viden opsamlet, delt og drøftet på Forums møder gennem 2015 i øvrigt stået oven på/taget afsæt i allerede eksisterende viden om underernæring, som primært fremgår af:

- Socialstyrelsens faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab, januar 2015,
- Sundhedsstyrelsens vejledning til læger, sygeplejersker, social og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister – screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko, 2008,
- Sundhedsstyrelsens håndbog til kommunerne om forebyggelse på ældreområdet, oktober 2015,
- Underernæring, det skjulte samfundsproblem v/ Kost & Ernæringsforbundet og Arla Foods, 2014,
- Hvidbogen SMAG fra Københavns Universitet og Madkulturen om Skønne Måltider til Alle Gamle, 2015,
- Socialstyrelsen: National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen, 2013.

## Medlemmer af Alliancen mod Underernæring

Arla Foods | Dansk Selskab for Klinisk Ernæring | Dansk Sygeplejeråd | Danske Fysioterapeuter | Danske Tandplejere | Danske Ældreråd | DTU | Ergoterapeutforeningen | FMF | FOA | Fagligt selskab af Kliniske Diætister | Fødevarestyrelsen | Kost og Ernæringsforbundet | Kræftens Bekæmpelse | Landbrug & Fødevarer | Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere | Madkulturen | Sundhedsstyrelsen | Ældre Sagen



■ Det skal understreges, at myndighedsrepræsentanterne fra Fødevarestyrelsen, Sundhedsstyrelsen og Madkulturen har deltaget som observatører i Alliancen mod Underernæring. Myndighedsrepræsentanternes deltagelse i Alliancen mod Underernæring har således alene en faglig og ikke politisk karakter, og myndighedsrepræsentanterne er ikke medafsendere på anbefalingerne.

## Kilder

1. Socialstyrelsens faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab, januar 2015
2. Kondrup J, Johansen N, Plum LM et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. Clin Nutr 2002;21:461-8 3. og Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M et al. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. Clin Nutr 2004;23:1009-15
3. www.fightmalnutrition.eu (Holland)
4. Bl.a. "Cost-effectiveness studie af tværfaglig ernæringsintervention blandt skrøbelige underernærede ældre, Socialstyrelsen 2014"
5. Underernæring Det skjulte samfundsproblem [https://www.kost.dk/sites/default/files/uploads/public/underernaering\\_publicationsmallpdf.com.pdf](https://www.kost.dk/sites/default/files/uploads/public/underernaering_publicationsmallpdf.com.pdf)
6. Socialstyrelsen – faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab, januar 2015
7. Til patienter henregnes også patienter, som er udlagt dvs. tilknyttet et sygehus og/eller i ambulans behandling
8. Lochs, H Allison SP, Meier R, et al. Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics Clinical Nutrition (2006); 25, (180).
9. Socialstyrelsen – faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab, januar 2015
10. Socialstyrelsen – faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab, januar 2015
11. Schilp J, Kruijenga HM, Wijnhoven HA, Leistra E, Evers AM, van Binsbergen JJ, Deeg DJ, Visser M. High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals. Nutrition 2012; 28:1151-6
12. Socialstyrelsen – faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab, januar 2015
13. Socialstyrelsen – faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab, januar 2015
14. Kondrup J, Johansen N, Plum LM et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. Clin Nutr 2002;21:461-8 3. og Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M et al. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. Clin Nutr 2004;23:1009-15
15. Socialstyrelsen – faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab, januar 2015
16. Sundhedsstyrelsens vejledning til læger, sygeplejersker, social og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister – screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko, 2008,
17. FaKD, 2015
18. Serra-prat et al 2011
19. Foley et al 2009
20. <http://www.maltidsbarometeret.dk/> Deloitte for Socialstyrelsen og Københavns Madhus, 2010
21. <http://bedremaaltider.dk/>
22. "Cost-effectiveness studie af tværfaglig ernæringsintervention blandt skrøbelige underernærede ældre, Socialstyrelsen 2014"
23. www.fightmalnutrition.eu
24. Sura et al 2012
25. <http://bedremaaltider.dk/maaltider/cases-om-maaltider/spisevenner-i-odense/>
26. Megafon for Ældresagen Undersøgelse blandt kommunale ældrechefer, 2015 Undersøgelsen er gennemført som telefoniske interview i perioden fra den 15. april til den 7. maj 2015. 81 ældrechefer har svaret.



# ALLIANCEN MOD UNDERERNÆRING