

Til Sundhedsstyrelsen, Enhed for Ældre og Demens

Tak for høringsmuligheden til vejledningen om ernæringsrisiko. Det er et stort og imponerende stykke arbejde, der danner grundlag for vejledningen.

Som brancheforening for faget klinisk tandteknik, bekymrer det os i den grad, at der er så lidt fokus på det vigtigste værktøj i ernæringen – tænderne – eller rettere de manglende tænder. I vejledningen fremhæves dårlig tandstatus og tygge og synkebesvær, som en af de hyppigste risikofaktorer. Men resten af vejledningen tager ikke konkret fat i denne risikofaktor og de udfordringer dårlig tandstatus giver.

LKT har siddet i Fødevarer og Landbrugs forum for Underernæring tilbage i 2015-2016 og har her kraftigt italesat, at en god ernæring først bliver til god næring, når den bliver spist. Og hvis værktøjet til dette – tænderne – ikke fungerer, så bliver den gode ernæring ikke til næring. Så LKT vil kraftigt opfordre til, at der kommer fokus på de manglende tænder og problematiske mundforhold i vejledningen.

LKT har, i Forum for Underernæring, bidraget med fem anbefalinger, se vedhæftede. Disse fem anbefalinger spænder vidt fra igangsætning af tværfaglig indsats allerede på sundhedsuddannelserne til systematisering af eftersyn af risikogruppernes tænder og tandproteser.

Tidligere Ph.d. studerende Jette Lindegård Pedersen har (for en del år siden) lavet en undersøgelse (vedhæftet her), hvordan mund og tandstatus har indvirkning på genindlæggelser og vægttab.

LKT har flere cases, som tydeliggør problematikkerne i balancegangen mellem fokus på ernæring og det manglende fokus på tandsundheden, se vedhæftede cases.

LKT står gerne til rådighed for yderligere informationer.

Mange hilsner fra Bettina

Bettina Louise Barsøe Nielsen
Sekretariatschef



Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere
Søborg Hovedgade 94B, 1. sal
2860 Søborg
Telefon: 3311 2800
www.lkt.dk
bn@lkt.dk

17. juni 2021

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Patientstøtte & Frivillig Indsats
Analyse og Udvikling

Strandboulevarden 49
2100 København Ø

Tlf +45 35 25 75 00

www.cancer.dk

UNDER PROTEKTION AF
HENDES MAJESTÆT DRONNINGEN

Hørings svar vedrørende underernæring

Kræftens Bekæmpelse takker for muligheden for at kommentere på Sundhedsstyrelsens fremsendte udkast til vejledningen om opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko.

Konsekvenserne ved vægttab i forbindelse med en kræftsygdom er træthed, nedsat funktionsniveau og nedsat immunforsvar. Som resultat heraf er der øget risiko for infektioner og nedsat livskvalitet. Desuden har vægttab negative konsekvenser for kemobehandling. Det er derfor vigtigt, at vægten opretholdes, og der ikke sker yderligere vægttab i sygdomsforløbet. Af den grund er det essentielt, at der iværksættes en målrettet indsats allerede, når der er mistanke om kræft ved den første kontakt med den praktiserede læge. Dette er særligt vigtigt, hvis patienten allerede har haft et utilsigtet vægttab. Det er derfor positivt, at vejledningen lægger op til, at der bør iværksættes ernæringsbehandling allerede, når patienten er i ernæringsrisiko og inden egentlig underernæring viser sig. På den måde sikres kræftpatienter så god behandling som muligt og bedst mulig chance for at overleve.

Ligeledes er det vigtigt, at patientens vægt følges systematisk undervejs i sygdomsforløbet, og at der iværksættes relevante ernæringsindsatser ved behov. Det er derfor positivt, at vejledningen lægger op til systematisk og gentagen brug af opsporingsredskaber således, at patienter, som undervejs i sygdomsforløbet er kommet i ernæringsrisiko, identificeres.

Kræftpatienter er i berøring med mange dele af sundhedsvæsenet, og det er positivt, at vejledningen er målrettet alle disse. Kræftens Bekæmpelse vil dog påpege, at vejledningen med fordel kunne omfatte alle borgere i kommunerne, og ikke kun den ældre del af befolkningen. Yngre borgere med kræft kan ligeledes have et behov for en ernæringsmæssig indsats fra kommunens side.

Mad- og drikkerrelaterede problemer forekommer hyppigt hos patienter med hoved-halskræft, hvilket eksempelvis er forårsaget af tand-, tygge og synkeproblemer samt mundtørhed. Dette øger risikoen for vægttab. Det er derfor positivt, at vejledningen fremhæver, at det er nødvendigt at opspore, håndtere og behandle disse problematikker som led i en effektiv ernæringsindsats. Desuden er det positivt, at vejledningen sætter fokus på muligheden for at tilbyde sondeernæring så vægttab undgås.

Kræftens Bekæmpelse mener, at det er vigtigt, at sårbare patienters situation tages i betragtning. Vi ved fra forskellige undersøgelser, at der er social ulighed i adgangen til sundhedsvæsenet, og at sårbare og socialt udsatte borgere kan have sværere ved at efterleve forskellige sundhedsinterventioner. Vi mener derfor, det ville være hensigtsmæssigt med et særligt fokus på disse grupper i ernæringsindsatsen.

Det er glædeligt, at indsatserne omkring opsporing, behandling og opfølgning er tænkt ind alle steder i sundhedsvæsenet, der har berøringsflade med kræftpatienter. Ligeledes ser vi positivt på, at det tværsektorielle samarbejde mellem disse instanser er fremhævet.

Med venlig hilsen



Pernille Slebsager
Afdelingschef



Hørringsvar fra Sundhedscenter Hjørring – modtaget d.21. juni

– via Dorte Melgaard – Regionshospital Nordjylland

Jeg er meget glad for det. Det er dejligt, at det er blevet mere konkret, fremfor tidligere, hvor det var mere løst og op til interpretation. Jeg har ikke mange kommentarer (hvilket jo er dejligt).

I afsnit 4.3.1. står der:

Fokusområder i kommunens overordnede vejledninger for mad og måltider på plejecentre, i hjemmeplejen og i hjemmesygeplejen **kan fx være:**

Jeg kunne godt tænke mig, at det blev en mere "skal" ift. vægtmonitorering. Det bliver også konkretiseret i de efterfølgende afsnit, men af erfaring ved jeg bare, at det ikke bliver gjort, hvis det ikke er en "skal" opgave. Nu er det jo anbefalinger, så det kan jo ikke være "skal", men måske kunne der stå "der bør foretages en månedlig vejning" evt. men henvisning til de efterfølgende afsnit, for at understrege vigtigheden, for der bliver desværre ikke vejet regelmæssigt, systematisk eller for den sags skyld overhovedet ved rigtig mange borgere desværre. Det vil være så dejligt, hvis dette ændres (og det vil vi da kraftigt arbejde på også- og tænker de nye anbefalinger danner rigtig god grundbund for dette arbejde).

Jeg tænkte, om "læsevejledningen" evt. kunne komme lidt tidligere end i slutningen af afsnittet? Det kan hænge sammen med en standardopbygning, jeg ikke har forstand på, men jeg kunne godt have tænkt mig den lidt tidligere, for hurtigere at få overblikket. Ellers faldt jeg over 2 små slåfejl, som jo ikke har stor relevans, men nu skriver jeg dem lige alligevel:

- Afsnit 6.1. På side 65 starter tredje afsnit med " På den anden **sid** skal man ved vurdering af patientens vægtændringer tillige være opmærksom på, at vægttab kan maskeres i tilfælde af væskeophobning hos denne, og at overvægtige borgere også kan have et uplanlagt vægttab". Der mangler bare et "e".

- Afsnit 9.6.1. på side 92 er der et "vægtøgningen" for meget. "Tærsklen for, hvornår vægtøgningen bør betragtes **vægtøgning** som utilstrækkelig, afhænger af, om barnet har andre symptomer eller forhold, der kan medføre en bekymring for, om barnet har det godt." Igen, jeg er rigtig glad for vejledningen og hvor konkret den er og håber den vil blive taget godt imod i plejen. Tak for godt arbejde.

Kan du have en rigtig god dag og somme!

Med
venlig
hilsen
Tania



Sundhedscenter
Hjørring

Telefon: +45 45 93 72 45
Mail: 2010.1013.00@hjoerring.dk
Web: www.hjoerring.dk

Sundhedscenter Hjørring - Borgersundhed
Borupvej 9
9800 Hjørring

Høringsvar fra Ballerup Kommune.

Ballerup Kommune takker for muligheden for at bidrage med høringsvar, og vil indledningsvis kvittere for et flot og gennemarbejdet materiale.

Under afsnittet "2. Målgruppe og populationsanalyse" står følgende sætning: "En undersøgelse fra Ballerup Kommune blandt beboerne på kommunens plejecenter viste, at 99 % var i ernæringsrisiko." Ballerup Kommune vil gerne have, at det fremgår tydeligt af sætningen, at undersøgelsen blev gennemført i 2015.

Med venlig hilsen

Anne Ganner Bech

Leder

Forebyggelsesenheden

Center for Voksne og Sundhed



**BALLERUP
KOMMUNE**

Ballerup Kommune
Gl. Rådhusvej 13
DK-2750 Ballerup



Dato: 24-06-2021

Sagsnr: 29.00.00-G01-122-21

Hørings svar fra Frederiksberg Kommune til Høringsudkast - Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko - Vejledning til kommuner, sygehus og almen praksis.

Frederiksberg Kommune har modtaget høringsudkast fra Sundhedsstyrelsen til Vejledning vedr. Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko - Vejledning til kommuner, sygehus og almen praksis.

Frederiksberg Kommune forholder sig positivt til vejledningen, som danner et godt udgangspunkt for systematisk at opspore, behandle og opfølge borgere og patienter i ernæringsrisiko - fra forebyggelse, samarbejde med de praktiserende læger og til tværfagligt og -sektorielt samarbejde.

Frederiksberg Kommune har mange borgere, som vil profitere af, at vejledningen implementeres i den daglige drift på tværs af sektorerne. Det er borgere på plejcentre, døgnrehabilitering og i hjemmeplejen samt borgere der anvender tilbud i Sundhedscentret, hhv. i Forebyggelsen og i den ambulante genoptræning og rehabilitering. Ved nærmere gennemgang af høringsudkastet blev vi opmærksomme på, at vi skulle have sent høringsudkastet til vores kollegaer i Sundhedsplejen i og med at børn nu også er en målgruppe. Vi beklager.

Generelt

En vejledning på tværs af sektorer giver god mening, men betyder også et meget stort og omfattende dokument, som bliver tungt. Det stiller store krav til opsætning, grafik, oversigter, henvisninger og søgekriterier, som der formodentlig tages højde for i den elektroniske udgave. Tabeller bør "ensrettes", så de fremstår ens i opsætning. Til kommunedelen er der udarbejdet en Quick-guide (bilag XII), som der i øvrigt skal henvises bedre til i kapitel 4. Der bør udarbejdes en tilsvarende Quick-guide for regionsindsatsen bl.a. for

at vi som kommune hurtigt kan orientere os i den regionale indsats, og vide hvad vi kan forvente og efter-spørge.

Fantastisk og utrolig relevant, hvis underernæring bliver "optaget" som diagnosekode i ICD11. Det vil give langt bedre mulighed for at identificere, synliggøre og monitorere problematikken.

Målgruppe

Det er en lidt underlig opdeling af målgrupper for voksne (s.18). Er der en særlig grund til at voksne opdeles i voksne i almen praksis og voksne på hospital? Børn opdeles ikke på den måde.

Det giver god mening at have særligt fokus på ældre.

Vedrørende ældre i kommune

Frederiksberg kommune noterer sig, at der er medtaget et afsnit om evidensen for effekten af ernæringsindsatser til ældre i kommunen dels i 1.6 og i bilag V. Specifikt indholdet i bilag V er anvendeligt og bør flyttes frem til kapitel 1.6, for at sikre, at det læses. En sætning i 1.6 undrer og bør uddybes: 'tiltagende evidens for højdosis omega-3 fedtsyrer' – er dette en generel anbefaling og hvordan skal den omsættes til praksis?

Frederiksberg Kommune er tryk ved, at vejledningen prioriterer den tværfaglige ernæringsindsats til gavn for borgeren, så der fx sikres gode overgange ved indlæggelse og udskrivelse. Men påpeger et opmærksomhedspunkt på et ledelsesmæssigt ansvar.

Frederiksberg Kommune anser det for positivt, at man i denne udgave har medtaget anbefalinger for væske og påpeger betydningen af tilstrækkelig væske (og ikke kun vand) i ernæringsindsatsen.

(s. 33) – tabel, rigtig fin oversigt.

Fint at der relateres til dokumentationspraksis og relateres til hverdagsobservationer.

(s. 34) – skal alle ældre vejes en gang om måneden? Hvad med dem der er friske, raske og rørige. Er det også et mål? Eller burde man alene have fokus på de borgere, der er modtagere af kommunal hjælp eller bliver syge eller indlagte?

(s. 35) – Rigtig fint, at der anbefales at spørge ind til uplanlagt vægttab hos alle, der henvises til et sundhedstilbud/behandling. Det vil nok være mere naturligt for nogle faggrupper end andre.

Vedrørende patienter på sygehus

(s. 46) – figur 5.1; er svær at læse alene. Kan den gøres lidt tydeligere og klarere.

(s. 48) – fint med definition af hvornår AMA skal lave ernæringsvurdering. Det har altid været en udfordring, fordi man jo som udgangspunkt ikke ved, om patienten udskrives eller skal til stamafdeling.

(s. 65) – der mangler et e; På den anden **sid**

Ernæring i praksis

(s. 76 og s.71) – tabel 6.1 og 7.1 er en gentagelse omkring d-vitamin

(s. 72) – burde der stå noget om, at sondeernæring kan være et supplement til kosten, hvis borgeren/patienten ikke selv kan spise tilstrækkeligt?

(s. 76) – der mangler et n; Ernæringstilskud indeholdende protein til patienter **vider** desuden større effekt på ernæringstilstand

Børn

I afsnittet er en del gentagelser.

Bilag V: Kan af hensyn til overskueligheden med fordel fremrykkes til fx kapitel 3

Venlig hilsen

Frederiksberg Kommune

Høringssvar bedes fremsendt elektronisk til Sundhedsstyrelsen, Enhed for Ældre og Demens, på aed@sst.dk **senest mandag d. 5. juli kl 12.00**.

Anfør venligst ”Høringssvar vedr. Vejledning om ernæringsrisiko” i emnefeltet.

Sundhedsstyrelsen
aed@sst.dk

25. juni 2021 • RH

Høringssvar til vejledningen ”Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko”

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar. Ældre Sagen finder det positivt, at vejledningen er opdateret og har øget fokus på måltidssituationen og overgange mellem sektorer. Det er positivt, at vejledningen er målrettet såvel kommune, sygehus som almen praksis. Dette understøtter en sammenhængende tværsektoriel og tværfaglig ernæringsindsats for den enkelte borger og patient.

Det er ligeledes positivt, at vejledningen præciserer, at almen praksis bør inddrages i forløbet, når patienten udskrives fra sygehus med en ernæringsplan.

Ældre Sagen finder det dog beklageligt, at det i vejledningen ikke præciseres, at de mange gode anbefalinger *bør* eller *skal* implementeres, fremfor at man *kan* implementere anbefalingerne, som det er nævnt flere steder i vejledningen.


Under afsnittet ”særskilt fokus” anbefaler Ældre Sagen, at der udarbejdes et særskilt afsnit om dysfasi.

Ligeledes vil Ældre Sagen anbefale, at der i vejledningen kommer et yderligere fokus på bivirkninger af medicin, som er en af de hyppigste risikofaktorer for underernæring.

Derudover bør det være en målsætning og opfordring at monitorere området. Det er afgørende, at der er data for forekomst og udvikling af underernæring.

Der er i vedhæftede bilag en række mere tekstnære kommentarer.

Venlig hilsen


Bjarne Hastrup
Adm. direktør



EFS Dysfagi

Kommentarer til høringsudkast til Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko”

s.8 1.1 Formål og baggrund

Sundhedspersonale; dækker det også over praktiserende læger og speciallæger? Ellers kunne det være en idé at udspecificere hvilke faggrupper og hvilke sektorer der er indeholdt.

s.9 1.2 Vidensgrundlag

Det undrer os at der ikke er lavet en systematisk litteraturgennemgang i forbindelse med udarbejdelse af vejledningen.

s. 10 1.3 Ernæringsrisiko og underernæring

Anorexi står beskrevet som en tilstand med manglende appetit, det virker misvisende. Ligeledes anvender der forskellige termer for sygdommen.

s. 11 Afsnit 1.4. komplikationer ved underernæring

Kognition bør også nævnes som en vigtig markør ift. risikoen for at blive afhængig af hjælp.

Hvad med dehydrering?

s.12 1.4.1. Særlige komplikationer ved underernæring hos børn og unge

Det har ikke kun komplikationer for barnet mentale udvikling, men også den psykomotoriske udvikling.

Vi savner at børn, unge og voksne med svær CP er nævnt. Denne gruppe har store udfordringer ift. underernæring.

s. 12 1.5 Risikofaktorer for ernæringsrisiko og underernæring

Vi savner symptomer nævnt hos borgere/patienter med neurologiske/geriatrike sygdomme.

2.20 2.1.4. Børn og unge i kommunen, på sygehus og i almen praksis

Synes igen der mangler noget omkring CP diagnosen.

s. 25 3.1.1. Redskaber til opsporing

Kan der beskrives mere konkrete eksempler på hvordan vi kan sætte fokus på tidlig opsporing af dehydrering

s. 26 Tabel 3.1 Opsporingsredskaber

Punkt 3: Gælder det også børn og unge med CP f.eks. i en institution?

s.26 Behandling af ernæringsrisiko

Under udredning - gælder det også udredning af f.eks. oralmotoriske færdigheder?

s.30 4. 1. Forebyggelse

Kunne borgerens/patientens spisefærdigheder tænkes ind i forebyggelsen?

”En sund og varieret kost tilpasset den enkeltes alder (og spisefærdigheder) forebygger desuden både overvægt og underernæring”

s.31 4.1.1 Forebyggelsestiltag målrettet ældre generelt

Bør praktiserende læger ikke nævnes som en del af forebyggelsestiltaget.

s. 39 4.4.1. Udredning af risikofaktorer og årsager til vægttab og spisevaner

Ergoterapeuten kan ikke altid rekvirere hjælpemidler, men ergoterapeuten kan vurdere behovet for hjælpemidler og vejlede derefter. Nogle af de hjælpemidler som borgeren/patienten har brug for til at spise skal de f.eks. selv anskaffe. Mere specielle hjælpemidler som f.eks. en spiserobot skal der ansøges om hos den visiterende myndighed.

Ergoterapeuten kan også vejlede ift. støtte til relevant personale omkring borgeren/patienten.

Der bør tilføjes at borgeren kan have dysfagi hvis de hoster under måltidet eller der er rester i munden efter måltidet. Ergoterapeuten undersøger for dysfagi og vurderer derefter behov for ændring af konsistensen.

Der bør nævnes konkrete eksempler på hvordan den praktiserende læge kan behandle nedsat appetit.

s. 40

Træning i daglige ADL færdigheder, f.eks. med en ergoterapeut

s.40 4.4.2. Bestemmelse af energi-, protein- og væskebehov

Afsnittet omkring at BMI ikke anvendes fremstår ambivalent. Det anvendes ikke, men hvis den er lav så.....

Hvem holder øje med om borgeren er i energi- og proteinbalance når de genoptræner?

s.41 4.5. Opfølgning, herunder monitorering og evaluering

Hvornår og med hvem taler man om nasogastrisk sonde eller PEG sonde.

s. 48 5.2. Opsporing under indlæggelse på sygehus

Hvem udfører opsporing med redskabet NRS - 2002?

Hvad med de patienter som ikke kan sidde på en vægt?

Skema s. 51 - hvad betyder ”Som hos raske” ved man det eller bør der stå et tal?

s.54 5.3.1. Udredning

Her kunne man med fordel henvise til NKR Øvre dysfagi mht. opsporing.

s. 58 5.4.2. Afslutning af behandling under indlæggelse på sygehus

Ergoterapifagligt selskab for Dysfagi - efs.dysfagi@gmail.com

Borger kan også henvises til ergoterapeut efter udskrivelse mhp. dysfagi undersøgelse, opfølgning eller tilpasning af måltidsaktiviteter.

s. 63 6. Opsporing, behandling og opfølgning af ernæringsrisiko i almen praksis

Det ser ud som om der mangler noget tekst i slutning af første afsnit.

s.64 6.1. Opsporing

Man kunne bruge termen neurogen dysfagi da det dækker over flere af de nævnte sygdomme.

s.65 Hvad kunne være bedste praksis ift. opsporing af dehydrering? Er det væskeskema som tidligere nævnt?

s. 65 6.2. Behandling

Borgeren kan også henvises til ergoterapeut

s. 69 7.0. Ernæring i praksis

Definitionen i kosthåndbogen er ikke normal kost med umodificeret kost

s.77 8.2 Rammerne om måltidet

Også de kognitive evner spiller ind ift. spiseaktiviteten.

Igen kunne man henvise til NKR dysfagi ift. måltidsassistance.

s. 88 Sondeernæring

Nedenstående sætning giver ikke mening som en kontraindikation - det er jo netop disse borgere der har behov for en sondeernæring.

Risiko for aspiration hos patienter uden reflekser (ingen hosterefleks), som ikke er i respirator, fx neurologiske patienter (apopleksi, hjerneskade mm.) eller bevidstløse patienter

Vi synes generelt at kapitlet omkring børn og unge mangler et afsnit om børn og unge med svær Cerebral Parese og de udfordringer med ernæring de har.

s. 97 10.0 Kompetencer

Bør tanlæger ikke også nævnes.

Ergoterapeuter med specialviden ift. dysfagi (det er ikke en del af vores grunduddannelse)

s.97 10.1 Kompetencer i kommunen

Igen - Ergoterapeuter med specialviden ift. dysfagi (det er ikke en del af vores grunduddannelse)

Ergoterapeuten kan også henvise til videre instrumentel undersøgelse af synkefunktionen FEES eller VFES.

s.99 10.3.3. Fysioterapeuter og ergoterapeuter

Her kunne henvises til Ergoterapeutforeningens kompetenceprofilen for ergoterapeuter ift. dysfagi.

Hvad med tandlægen?

s.100 10.3.7. Kostfagligt personale, herunder økonomaer, ernæringsassistenter m. fl.

Kostfagligt personale har pligt og kompetencer til.....

s. 103 11. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Generelt flyttes flere og flere opaver omkring ernæring fra hospitalerne og ud i kommunerne. Dette stille større krav til den special viden og de kompetencer medarbejderne i kommunen skal have ift. dysfagi og ernæring.

Hørings svar

Baggrundsviden er godt beskrevet i rapporten. Det er også positivt, at man beskriver planen for det videre arbejde når man finder en borger i ernæringsrisiko eller som er underernæret. Ligeledes er det godt at man nu har samlet sygehus, kommunen og almen praksis, det giver et godt helhedsindtryk og en følelse af samarbejde og fællesskab omkring opgaven.

Det er godt at overlæggeren nu også er underernæring uanset alder. Ligeledes er det meget positivt at det bliver beskrevet hvor vigtig det er med en fælles ramme i form af en mad- og måltidspolitikker samt hvor vigtig det er med ledelsesopbakning og en klar ansvarsfordeling hvis vi skal lykkes med opgaven.

Det er meget positivt at man i denne rapport forholder sig til rammen omkring måltidet, måltidsværter mv.

Specifikke kommentar til rapporten:

- *Kapitel 7. Ernæring i praksis* – i dette kapitel er kostformerne beskrevet. Det er ikke sikkert det er generelt for alle kommuner, men i Faaborg-Midtfyn kommune bruges betegnelsen "sygehuskost" ikke, men derimod ældrekost. Kunne det skrives at nogle kommuner bruger en anden betegnelse end sygehuskost (næringsindholdet er det samme).
- *Kapitel 4 stk. 4.4.3 Ernæringsbehandling* - Der ligger op til understøttende materiale. "madønsker", "Luk mig op – køleskab", "Luk mig op – køkkenskab" mv. Dette materiale findes kun som udprint, hvor det tidligere fandtes i brochureform. I hverdagen er det svært at gøre brug af dette materiale, da det ikke fremstår særlig brugervenligt, plus det kræver noget for personalet at få det printet ud. Ligeledes er mange ældre stadigvæk ikke på nettet, og har derfor ikke mulighed for at finde det online.
- *Mangel* – I den gamle vejledning fra 2002, findes et afsnit om "gode råd til afhjælpning af appetitløshed og spiseproblemer". Dette afsnit kunne med fordel være et afsnit der er med i denne rapport, og som er målrettet både sygehus, kommune og almen praksis. Det er godt at bruge i kompetenceudviklingen.

Side 9 under pkt. 1.3 er skrevet, at underernæring defineres som en tilstand, der skyldes manglende eller utilstrækkeligt kostindtag i forhold til behovet” og umiddelbart derefter ”Det medfører vægttab, herunder reduceret muskelmasse”

Høringsvar:

Hvad forstås mon præcist ved ordet behov? Hvis et utilstrækkeligt kostindtag per se medfører et vægttab, læser vi teksten som at der ved ordet behov kun forstås energibehov, hvilket for os at se efterlader dækningen af andre næringsstoffer i et vacuum.

Vi foreslår, at man skriver ”Det kan medføre vægttab.....”, da energitilførslen kan være sufficient mens dækningen af specifikke makro- eller mikronæringsstoffer kan være insufficient.

På side 11 under pkt. 1.3.1 er angivet, at ”Diagnosen underernæring bekræftes, hvis blot én af de tre fænotypiske variable ”uplanlagt vægttab”, ”BMI<20” eller ”lav muskelmasse” eller én af de ætiologiske”.

Høringsvar:

Heraf læser vi, at et uplanlagt vægttab ikke nødvendigvis er eneste kriterium for diagnosen underernæring. Vi mener, at det reelt underbygger vores indvending til formuleringen side 9 om at ”Det (underforstået underernæring) medfører vægttab ...”

Side 40 afsnit 4.4.2: ”BMI indgår ikke i opsporing af ernæringsrisiko.....” - BMI indgår netop på side 11 afsnit 1.3.1. som en variabel?

Hørringssvar modtaget d.29. juni -

Kære Ældrestyrelse

Tak for invitationen til at indgive høringssvar på vejledningen.

Dansk selskab for Fysioterapi har ingen kommentarer til vejledningen og indsender derfor ikke høringssvar.

Med venlig hilsen

Bibi Dige Heiberg

Faglig konsulent

Dansk Selskab for Fysioterapi

Holmbladsgade 70

2300 København S

+45 33414673

bdh@fysio.dk - www.dankselskabforfysioterapi.dk

Vi indhenter og anvender kun personoplysninger for at varetage og fremme foreningens formål. Se vores persondatapolitik.



Til: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Ældre og Demens

Mail: aed@sst.dk

Høringssvar: Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommuner, sygehus og almen praksis

Dato:

29-06-2021

Danske Fysioterapeuter takker for muligheden for at indgive høringssvar på vejledningen om underernæring til kommuner, sygehus og almen praksis.

E-mail:

sto@fysio.dk

Indledningsvist vil Danske Fysioterapeuter kvittere for det tværfaglige og tværsektorielle fokus i opsporingen, behandlingen og opfølgningen af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Den tværfaglige indsats er essentiel for, at patientens individuelle behov kan tilgodeses i forløbet, ligesom klart definerede kompetence- og ansvarsområder mellem faggrupper medvirker til at sikre kvalitet i forløbene på tværs fagligheder og sektorer.

Tlf. direkte:

+45 33 41 46

Opsporingsarbejde blandt fysioterapeuter:

I forbindelse med opsporing af borgere med ernæringsrisiko finder Danske Fysioterapeuter det relevant, at tab af funktionsevne og ændring i hverdagsobservationer eksplicit nævnes som indikatorer for identificering. For fysioterapeuter vil det ofte være observationer i forbindelse med behandling eller træning samt borgerens beskrivelse af hverdagens udfordringer, der kan vække mistanke om ernæringsrisiko.

Fysioterapeuter har opmærksomhed på KRAM-faktorerne, når de behandler patienter, og fysioterapeuter vil altid journalisere evt. røde flag (red flags) ift. en patients almentilstand - herunder også ernæringstilstand. Observationer af røde flag vil desuden blive videregivet til patientens læge. Både privatpraktiserende og offentligt ansatte fysioterapeuter er opmærksomme på at observere ernæringsrisiko blandt patienterne, ligesom deres observationer kan bidrage til arbejdet med tidlig opsporing.

Fysioterapeuters kompetencer: Afsnit 10.3.3.

Uddannelsesbekendtgørelsen for fysioterapi (BEK 503¹) stiller krav om, at den uddannede fysioterapeut har kompetencer til "*selvstændigt (at) identificere borgere med behov for ernæringsindsats samt gennem tværfagligt samarbejde med ernæringsfagligt personale at udarbejde helhedsorienterede rehabiliteringsplaner*".

¹ <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2016/503>

Fysioterapeuter tilegner sig via grunduddannelsen viden om basal ernæringslære og enkle ernæringsinterventioner i forbindelse med genoptræning og rehabilitering. Fysioterapeuter har derfor indsigt i sammenhængen mellem træning og ernæring, hvilket er centralt i planlægningen og gennemførelsen af genoptrænings- og rehabiliteringsforløb samt i de tværfaglige behandlingsindsatser af underernæringsproblematikker. Fysioterapeuter har desuden viden om, hvordan sygdom påvirker ernæringsstatus, samt hvordan problemstillinger relateret til ernæringsrisiko kan identificeres. Denne viden giver fysioterapeuter kompetence til at identificere ernæringsrisiko blandt patienter.

Danske Fysioterapeuter vil med høringssvaret gerne understrege, at fysioterapeuter er vidende om sammenhængen mellem træning og ernæring. En viden som de anvender i deres arbejde både med opsporingen af ernæringsrisiko og i udarbejdelsen og vurderingen af genoptræningsplaner og rehabiliteringsforløb.

Danske Fysioterapeuter står naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af vores høringssvar.

Med venlig hilsen

Sille Frydendal

Afdelingschef, Profession og Karriere

Sundhedsstyrelsen,
Enhed for Ældre og Demens,
Islands Brygge 67
2300 København S

Att. aed@sst.dk

Forvaltningsservice Tværgående Sundhed
Toftevej 43, 9440 Aabybro
Tlf.: 7257 7777 Fax: 7257 8888
www.jammerbugt.dk

Find [selvbetjeningsløsninger](#) og [kontakt-oplysninger](#) på vores hjemmeside

Birgit Holm

24-06-2021
Sagsnr.: 29.00.00-K04-1-21

Høringsvar fra Jammerbugt Kommune til ”Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommuner, sygehus og almen praksis”.

Jammerbugt Kommune har d. 7. juni 2021 modtaget ”Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommuner, sygehus og almen praksis” i høring.

Jammerbugt kommune har nedenstående bemærkninger til høringsversionen.

Overordnede bemærkninger:

Jammerbugt Kommune finder generelt, at det er positivt, at der udarbejdes en vejledning, der beskriver den samlede indsats omkring opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledningen fremstår som et meget grundigt og vel-dokumenteret materiale.

Jammerbugt Kommune ser det som meget positivt og væsentligt, at vejledningen har fokus på den sammenhængende tværsektorielle og tværfaglige ernæringsindsats og at der derfor er lagt vægt på at understøtte samarbejdet.

Vejledningen er meget omfattende og lang. Afsnit 1.7. læsevejledning er derfor positiv. Det kan dog overvejes, om det kunne være en fordel med en sammenfatning som indledning til de enkelte kapitler.

Vejledningen bærer præg af, at den er fagligt meget gennemarbejdet. Dog kunne det ønskes, at borgerinddragelse og borgerinvolvering blev beskrevet meget tydeligt. Borgerinddragelse og borgerinvolvering er essentiel, hvis en indsats skal være succesfuld. Jammerbugt Kommune vil derfor anbefale, at vejledningen gennemskrives, således at borgerinddragelse og borgerinvolvering bliver meget tydelig og at sprogbruget understøtter dette.

Generelt er det vigtigt, at ernæringsfagligt personale bliver inddraget i arbejdet med opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko og at dette bør præciseres yderligere i vejledningen. Det vil være med til at kvalitetssikre arbejdet.

Bemærkninger til specifikke afsnit.

Afsnit 2. Målgrupper.

Positivt, at målgruppen afgrænses tydeligt. Dog kan det præciseres, at der i kommunerne også er en gruppe af voksne, der ikke er omfattet af begrebet ældre borgere (handicappede voksne på bosteder og i eget hjem), men som kan være i risiko for underernæring.

Afsnit 3.2. Behandling af ernæringsrisiko

Til behandling af ernæringsrisiko bør der altid inddrages en professionsbachelor i ernæring og sundhed eller en klinisk diætist

4.4. behandling af ernæringsrisiko

Ved brug af ESV bør der ved 1. point inddrages professionsbachelor i ernæring og sundhed eller en klinisk diætist, dette bør fremgå nærmere.

4.4.1. Udredning af risikofaktorer og årsager til vægttab og spisevaner

Professionsbachelor i ernæring og sundhed eller en klinisk diætist vil altid kunne hjælpe med kost- og ernæringstilskud. Dette kan også nævnes.

Afsnit 11. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

Afsnittet kan evt. suppleres med et afsnit omhandlende Patientens Team.

Bilag IV. Definitioner og begreber

Positivt med et afsnit, hvor definitioner og begreber beskrives tydeligt.

Venlig hilsen

Hanne Madsen

Direktør

Social- Sundhed- og Beskæftigelsesforvaltningen

Att. Sundhedsstyrelsen, Enhed for Ældre og Demens**Hørings svar til:****Underernæring – opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko.**

Ernæringskomiteen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital vil gerne takke for muligheden for at kommentere udkastet til vejledningen og glæder os til at se den færdige version.

Vejledningen "Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko" er grundig og omfattende. Den inddrager alle elementer af ernæringsplejen fra opsporing, behandling til monitorering. Vejledningen styrkes af kapitel 8 "Yderligere fokusområder i en ernæringsbehandling", kapitel 10 "Kompetencer" samt kapitel 11 "Tværfagligt og Tværsektorielt samarbejde".

Indholdet i vejledningen er generelt og ville sikre en god ernæringspleje, hvis den ikke alene var vejledende. Dette kommer til udtryk ved anvendelse af termer som "om muligt", "bør" og "kan".

En vejledning forpligter ikke de involverede parter til at følge den. Der har tidligere gennem de sidste mange år været adskillige anbefalinger og vejledninger o.l. på ernæringsområdet uden at det har betydet, at der systematisk og kontinuerligt er fokus på at modarbejde underernæring blandt syge og småtspisende patienter. Vejledningen er god som støtte- og arbejdsværktøj, men den får først gennemslagskraft, hvis den bliver en forlængelse af en sundhedslovgivning, der tydeliggør at ernæringsområdet er et område, der *skal* være fokus på i sundhedssektoren. I dag er det et område, der *kan* være fokus på.

I opsporing af om patienten er i ernæringsrisiko samt opfølgning af effekten af ernæringsindsatsen savnes nogle elektroniske redskaber, som gør det mere simpelt at foretage registreringerne. I dag er der eksempler på, hvordan plejepersonalet fortsat må registrere patientens indtag i hånden, og selv tælle døgnmængden sammen for efterfølgende at skrive det ind i den elektroniske patientjournal. Dette er tidskrævende og omstændeligt og nedprioriteres i mængden af øvrige opgaver.

Det kan undre at vejledningen ikke er baseret på en systematisk litteraturgennemgang, omend indholdet understøttes af referencer og kildehenvisninger mange steder. Der kunne med fordel inddrages en mere systematisk gennemgang af den tilgængelige evidens.

Generelt er ernæringsindsatsen i kommunen godt beskrevet ift. ældre borgere, men der kunne ønskes yderligere uddybning af ernæringsindsatsen til kronisk syge borgere i kommunen, jf. afsnit 2.1.1. En del patienter, der ikke har en af de store folkesygdomme, kan gå tabt i ernæringsindsatsen, da der mangler vejledninger på området.

Kapitel 6 er kort, og kunne med fordel indeholde lidt ekstra ift. hvad den praktiserende læge reelt skal gøre, idet det ikke kan forudsættes at en travl praktiserende læge vil læse hele vejledningen.

I kapitel 8 side 76 mangler kilde-henvisning på hvilke danske kilder, der henføres til i teksten i afsnittet nederst på siden.

Kapitel 10 er rigtig godt til at få et overblik over de forskellige kompetencer, der indgår i den tværprofessionelle ernæringsindsats. Der mangler dog en beskrivelse af, hvad cand. scient'er i klinisk ernæring kan bidrage med. Her kunne med fordel hentes information fra DSKE for at få beskrevet kompetencer jf. denne uddannelsesprofil.

På vegne af Ernæringskomitéen, Bispebjerg og Frederiksberg hospital.



Hørings svar fra Høje-Taastrup Kommune vedrørende:

Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommuner, sygehus og almen praksis

Vi er overordnet glade for vejledningen men har nogle tekstnære forslag til ændringer og udbygninger set fra et kommunalt perspektiv. De følger her i punktform:

- **Vi savner fokus på opsporing og behandling af overvægt** (jf. afgrænsning i afsnit 2.1). Efter mange års fokus på underernæring og småtspisende kan vi se, at der i Høje-Taastrup Kommune er flere og flere ældre som unødigt/uplanlagt tager på i vægt, som en konsekvens heraf. Vi savner derfor fokus i vejledningen på at undgå at dette sker, hvilket vi godt vurderer kan være indeholdt til trods for afgrænsningen (afsnit 2.1). Det kunne f.eks. være et opmærksomhedspunkt, der blev beskrevet. Vi oplever en kultur om at der "bare skal fyldes på", så alle tager på, uden fokus på, hvad de tager på (fedt- eller muskelmasse) og det går ud over sundhed, livskvalitet, funktionsniveau og restlevetid. Vi har i Høje-Taastrup Kommune valgt at have fokus på utilsigtede vægtændinger – dvs. både vægttab og vægtøgning, som ikke er tilsigtede. Det kan evt. tilføjes under afsnit 4.3.1 vedr. vejning.
- **Vi savner også fokus på, at en stabil vægt er vigtig i sig selv** og ikke nødvendigvis, at der kræves en øgning, men "blot" fokus på fx at øge funktionsniveau.
- **Vi har brug for et bedre og mere brugbart vurderingsredskab end EVS i kommunerne.** Det kunne også være rart, hvis triagering og tidlig opsporing af begyndende sygdom (TOBS) blev en del af kapitlet til kommunerne, og ikke kun EVS som eneste mulighed for at følge op på et uplanlagt vægttab (afsnit 4.3) + i flowdiagrammet figur 4.1. I afsnit 4.3 beskrives vejning som det vigtigste værktøj. Vi mangler dog, at det også nævnes, at det kræver, at man kender udgangspunktet – borgerens habituelle vægt + ønske til vægt.
Kan risikofaktorerne i EVS være alle NIS faktorerne, alle NIS nævnes i vejledningen (afsnit 1.5)? Ligesom der nævnes andre/flere spørgsmål som eksempel i afsnit 6.2.
- **Generelt savner vi fokus på borgerens habituelle vægt og ønske til vægt** – og dermed også ønske til en ernæringsintervention. Det står kort beskrevet under kapitlet til almen praksis, at det er relevant at kende patientens tidligere vægt. Det kan med fordel også tilføjes i kapitlet henvendt til kommunerne, for her er det også relevant at kende til borgerens tidligere vægt.
- **Det bør fremhæves, at vejning er et tilbud til borgerne**, og at de selvfølgelig har lov til at sige nej tak. Men at det skal tilbydes med fast interval.
- **Vejning af borgere i rehabilitering.** I forhold til vejning (tabel 4.1) undrer vi os over, at borgere tilknyttet rehabilitering ikke anbefales vejning hver uge – men det står angivet som månedligt. Med tanke på det hurtige flow, vil en ændring ikke blive registreret, hvis borgeren kun når at blive vejnet 1-2 gange under rehab-forløbet fremfor 8 gange, hvis det var én gang om ugen, ved ophold/forløb på fx 2 måneder.
- **Præcisering i forhold til lægers vejledning i ernæringsdrikke.** I afsnit 4.1.1 står der skrevet, at lægen kan vejlede i ernæringsdrikke – "og i nogle tilfælde klinisk diætist". Men da lægerne udelukkende står for ordinationen og ikke vejledningen og det er diætister og professionsbachelorere i ernæring og sundhed, der vejleder i dette, vil vi foreslå, at teksten ændres så "i nogle tilfælde" som minimum sløjfes.

- **Tydeligt fokus på træning i kombination med ernæringsindsats.** Vi er meget glade for, at der i afsnit 4.4.1 og 8.1 er fokus på træning i kombination med ernæringsindsats. Men det må meget gerne gøres tydeligere. Vi oplever mange være begejstrede, når de ældre øger i vægt – uden refleksion over, at det måske blot er fedt på maven og ikke muskler i arme og ben, de ekstra kilo har medført.
- **Brug gerne både kJ og kcal.** I afsnit 4.2.2 og 5.3.2 står energibehovet angivet i kcal. Det bør være anført i både kJ og kcal, da alle andre publikationer fra FVST og SST anvender kJ – eks. "anbefalinger for den danske institutionskost".
- **Fokus ved BMI under 18,5.** I afsnit 4.4.2 står, at borgere med BMI under 18,5 skal stræbe efter en vægtøgning. Her ønsker vi ligeledes at der er fokus på borgerens funktionsniveau, habituelle BMI og borgeren ønske til vægt.
- **Kommuner har ikke samme muligheder for registrering som sygehuse.** I afsnit 4.5.3 står at kost- og væskeregistrering kan anvendes. I kommunerne har vi ikke samme mulighed for brugbar kostregistrering som på sygehusene. Det kræver meget af personalet, hvis vi som ernæringskonsulent/diætist skal kunne bruge registreringer til noget andet end et skøn.
- **FSIII.** I afsnit 11.1 står der, at kommuner og sygehuse bør dokumentere vægt, uplanlagt vægttab mm. Samt evt. ernæringsplan. For at kunne sikre, at vigtig viden og kommunikation ikke går tabt mellem sektorovergange, bør det fremgå, at dokumentationen også skal være i FSIII (helbreds- og funktionsevnetilstandene), da det er kommunikationen mellem kommune og sygehus.
- **Vedrørende materialer.** Viden på tværs (vpt.dk) har lavet nogle gode videoer og materiale vedr. den underernærede borger. Disse materialer kan med fordel nævnes i vejledningen. Når materialer fra "god mad – godt liv" nævnes i vejledningen betyder det så, at de bliver mulige at bestille igen? Altså i fysisk udgave til udlevering?
- **Borgeren skal være i centrum.** Det vigtige fokus på, at borgeren skal være i centrum og at indsatsen skal ske i samarbejde med borgeren og med hensyn til borgerens socioøkonomiske status, kultur, sygdom, funktionsniveau og ønsker til vægt står kort beskrevet i afsnit 4.3.3, men kan med fordel fremhæves igennem hele vejledningen.

Notat

30. juni 2021

Administrativt hørings svar til ”Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko - Vejledning til kommuner, sygehus og almen praksis”

Skanderborg Kommune hilser en samlet vejledning om ”Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko” velkommen.

Vejledningen er væsentlig og brugbar og indeholder overordnet set relevante og klare anbefalinger for kommunen i arbejdet med borgere med ernæringsrisiko.

Konkret har administrationen følgende bemærkninger til vejledningen:

- Vejledningen kredser om de ting, der allerede arbejdes med i kommunen (vejning, EVS og tværfagligt samarbejde), men bidrager med en tydeligere rød tråd ift. arbejdet med ernæring og et godt flowdiagram på s. 33.
- Det er godt, at der er tænkt i sektorovergange og at vejledningen viser, at indsætterne, der skal afhjælpe ernæringsrisiko, fordrer tværfaglige indsætter og et samarbejde mellem almen praksis, sygehus og kommune.
- Det er positivt at det der er et afsnit, der går i dybden med forskellige målgrupper. Vi savner dog at borgere med kognitive udfordringer, fx borgere med demenssygdomme, er mere tydelige i vejledningen. Denne målgruppe er i stor risiko for underernæring eller fejlnæring. Hos denne målgruppe kan vi ikke altid anvende de samme indsætter, fx er der borgere der ikke kan samarbejde om vejning. Her kunne vejledningen beskrive alternative metoder til at vurdere borgerens ernæringstilstand.
- Det er værdifuldt, at det i vejledningen er tydeligt, hvilke litteratur referencer der ligger til grund for anbefalingerne, og at der indgår links, så man nemt kan få fat i skemaer og supplerende oplysninger. Den måde referencerne er opsat på i vejledningen kan dog virke forstyrrende for læseren.

Dato

30. juni 2021

Sagsnr.: 29.30.00-A00-4-21

Din reference

Signe Kromann Mølhav

Mobil: 24433271

Sundhed, Omsorg og Handicap
Sundhedsfremme Genoptræning
Skanderborg Fælled 1
8660 Skanderborg

www.skanderborg.dk

- Det kan være hjælpsomt, hvis det i vejledningen beskrives tydeligere, hvilke faggrupper der har hvilke ansvarsområder.
- Alt i alt, et virkelig godt og brugbart materiale, som helt sikkert vil hjælpe med at sikre systematik i arbejdet med ernæring.

Skanderborg Kommune vil gerne opfordre til, at der i den endelige vejledning om underernæring tages højde for ovenstående og står naturligtvis til rådighed for en uddybning af høringssvaret.

Venlig hilsen

Lis Kaastrup
Chef for Sundhed, Omsorg og Handicap

<Afsender område>
<Afsender adresse>
<Afsender postnr.> <Afsender by>



Høringssvar til vejledning om "Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko"

Sundhed og Omsorg i Aarhus Kommune er positive overfor Sundhedsstyrelsens udkast til vejledning til kommune, sygehus og almen praksis om underernæring: opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledningen danner et godt udgangspunkt for en fælles forståelse af praksis på tværs af sektorgrænserne til gavn for samarbejde og med værdi for borgerne.

Vejledningen fremstår dog meget omfattende, hvilket stiller store krav til gennemsigtighed og genkendelighed. I praksis skal vejledningen kunne anvendes af vores medarbejdere, og der kan med fordel arbejdes på at skabe en større ensartethed i opsætning, skemaer, flowdiagrammer mm. netop for at styrke samarbejdet og fordre forståelsen af de respektive sektors praksis.

Nedenfor følger konkrete kommentarer og spørgsmål til vejledningen, som vi har modtaget fra vores personale, der arbejder med ernæring tæt på praksis.

- Side 13, afsnit 1.6: Hvem skal anbefales at tage højdosis omega-3-fedtsyrer? Vi opfordrer til at slette de sidste linjer i afsnittet, da det vil skabe tvivl i praksis om, hvem der skal have tilskud.
- Side 26, tabel 3.1 og afsnit 3.2: I praksis omtales EVS som et udredningsredskab, hvilket også bør fremgå af beskrivelsen af tabellen. Derudover identificeres årsagerne til risikofaktorerne i opsporing, og ikke risikofaktorerne alene, som det fremgår i afsnit 3.2.
- Side 30, kap. 4: Der bør i højere grad henvises løbende til den udarbejdede quick guide, hvis det er den personalet tæt på praksis, skal følge.
- Side 37, afsnit 4.3.2: Andre risikofaktorer (se afsnit 4.4.1) bør nævnes som supplerende i dataindsamlingen og som relevante for at opnå et samlet billede af borgerens risikoprofil.
- Side 66, afsnit 6.2: Henvisning til sundhed.dk ift. mulighederne for inddragelse af diætist er for ukonkret. Der er brug for en udspecificering ift., om det er tilbud i kommune eller region man søger efter. Derudover bør sondeernæring omtales under ernæringspræparater.
- Side 73, tabel 7.2: I praksis anvendes en optrappingsplan ved sondeernæring, men det fremgår ikke her, og teksten kan misforstås.
- Side 125, bilag 6 om BMI: Hvem er de sygesyge? Er det syge ældre? Hvad er BMI-grænserne for syge ældre? Hvornår er man syg? Er diabetes eller forhøjet kolesterol nok til, at man hører til en anden BMI-gruppe? Er kortvarig sygdom med eller er det kronisk sygdom?
- Side 129, bilag 6 om Refeeding: Der står: "Refeeding skyldes for hurtig eller for voluminøs ernæringstilførsel hos underernærede (opernæring)" – skal der ikke stå "ved opernæring hos underernærede...?"
- Side 143, bilag 8: Det bør præciseres, at det er en bestemmelse af ernæringsrisiko for voksne på sygehus.

På vegne af diætister og Ernæringsklyngen i Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune.

Med venlig hilsen

Kristian Dall

Leder af Plejehjemsstaben, Ældre og Omsorg

1. juli 2021

Side 1 af 1

SUNDHED OG OMSORG

Aarhus Kommune

Telefon: 89 40 20 00

www.aarhus.dk

Hørings svar fra Varde Kommune – modtaget d.2. juli

Vi vil gerne rose arbejdsgruppens flotte arbejde. Vi læser en velskrevet og godt underbygget rapport

med mange relevante og aktuelle referencer.

Vi har et par generelle bemærkninger samt et par bemærkninger til konkrete afsnit

Generelt:

- Vi kunne ønske os et screeningsredskab til voksne/kronisk syge, som ikke kun fanger underernæring men også proteinmangel, da netop proteinmangel ved den målgruppe også har stor betydning for opretholdelse af funktionsniveau. Et screeningsredskab som kan anvende både i almen praksis, på sygehus og i kommunerne

- Vi kunne ønske os en etisk stillingtagen til, hvornår den behandlingsansvarlige **ikke** skal sætte

en diætbehandling i gang. En stillingtagen til, hvornår mennesket får lov til at slippe livet. Det kan være i forbindelse med sondeernæring, men det kan også være i forbindelse med naturlig afvikling. Det er dilemmaer, der opleves i praksis, og som med fordel kunne nævnes i rapporten, da det kunne være understøttende for dialog og proces på tværs af sektorer og i samarbejdet med pårørende

- God løsning at opdatere pjecer/materialer, der hænger sammen med rapporten. Det gør det nemmere at gribe indholdet fra rapporten og implementere vejledningen

Konkrete afsnit:

- Afsnit 8.2, s. 77: Vi vil gerne gøre opmærksom på vigtigheden af det ergoterapeutiske faglige

blik på den gode spisesituation som siddestilling, tygge/synke funktion, hjælpemidler.

- Afsnit 11.6: Vi hilser afsnittet om dokumentation velkommen i rapporten, da det understøtter

det gode tværsektorielle samarbejde og sikrer et mere sammenhængende forløb for borgeren

Med venlig hilsen

Jeanette Ryan Elbek

Leder af Center for Sundhedsfremme

Center for Sundhedsfremme

Direkte 79 94 60 64

Mobil 23 81 44 38

Mail jeel@varde.dk

Ringkøbingvej 32, 6800 Varde

www.vardekommune.dk/sundhedsfremme

www.facebook.com/cfsvarde



Til Sundhedsstyrelsen

Dato: 1. juli 2021
Sagsnummer: 29.00.00.K04-2-21
Henv. til: Sine Borg Hjalager
Direkte tlf.: 9611 4102
Afdeling tlf.: 9611 7585
Sine.Borg.Hjalager@holstebro.dk

Holstebro Kommunes svar til høring af vejledning – Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borger og patienter i ernæringsrisiko

Holstebro Kommune har med stor interesse læst vejledningen og vil gerne anerkende og kvittere for et godt udspil, der kommer rundt om et kompliceret fagområde.

Generelt vil vi gerne understrege fire vigtige fokusområder, som vi vurderer, kræver stor opmærksomhed, og også gerne i højere grad end angivet i oplægget:

- 1) Samarbejde med pårørende – især i tilfælde, hvor borgers pårørende er den person i husstanden, der typisk står for madlavningen.
- 2) Fokus på måltidet som social aktivitet – herunder bevågenhed ift. forebyggelse af ensomhed.
- 3) Vi er enige i EVS og systematisk vejning som anbefalede faglige redskaber i opsporing og opfølgingsarbejdet. Vi understreger behov for solide implementeringsprocesser med "håndholdte" læringsforløb, organisatorisk tilpasning ift. at sikre det fortløbende fokus på indsatsen (f.eks. ernæringsfaglige nøglepersoner) og prioritering af området generelt – alt sammen en udfordring ift. prioritering af de tilstedeværende ressourcer. Vi kan lokalt være udfordrede af at praksislæger ikke anbefaler systematisk vejning som en prioriteret indsats i plejeboligregi.
- 4) Refeeding syndrom: Vi er bekymrede for opsporing heraf – og opfølgning på behandlingen heraf, der bl.a. kræver systematisk blodprøvetagning. I en kommunal sundhedsorganisation er der aktuelt ikke fagligt og organisatorisk set-up, der kan varetage denne opgave. Vi ser indsatsen funderet hos den praktiserende læge eller i hospitalsregi.

Derudover vil vi gerne bidrage med følgende tekstnære bemærkninger:

- **Kapitel 1.6: Effekten af ernæringsindsatser:** Til sætningen "*Ud over den generelle anbefaling om tilskud af energi og protein er der tiltagende evidens for højdosis omega-3 fedtsyrer, D-vitamin.....*" skal man være opmærksom på, at der er interaktion mellem høje doser af Omega-3 og antikoagulationsbehandling (blodfortyndende) med Marevan, Warfarin og Marcumar. Det er der en del ældre mennesker der stadig får.

Afsnittet kan evt. uddybes med fokus på det netværk en borger har. De pårørende nævnes først til sidst i materialet på side 78. Det kunne med fordel tænkes ind tidligere i vejledningen.



- **Kapitel 2.1.1:** En lille kommentar i et sundhedsfremme- og forebyggelsesperspektiv er, at man i DTU rapport (Pedersen et al. 2017: Kostvaner, sundhedsadfærd og vægtstatus blandt 55-64-årige og 65-75-årige danskere) anbefalede, at der bør fokuseres på at øge proteinindtagelsen i absolut mængde (g/kg kropsvægt) ved at energiindtagelsen og dermed proteinindtagelsen bliver øget af et øget fysisk aktivitetsniveau blandt de hjemmeboende ældre mellem 55-75 år.
- **Kapitel 3.2 (s.27):** Til beskrivelsen af det primære mål efterlyses benævnelse af livskvalitet, som nævnes andre steder i vejledningen.
- **Kapitel 4.1.3. Forebyggelsestiltag målrettet ældre på plejecentre og i hjemmeplejen (s.31):** Fokus på at aldersbetinget dysfagi kan indvirke på spise/drikke funktionerne og herved bidrage til at borger ikke indtager tilstrækkelig ernæring/væske. Fordre viden om dysfagi og handlemuligheder for at forbedre ernæringssituation. Samarbejde mellem personale på plejecentre/hjemmeplejen og fx. sygeplejerske/ergoterapeuter/diætist. Her kunne også tilføjes et fokus på "det sociale måltid", pårørende, spise sammen mm.
- **Kapitel 4.3. Opsporing (s.34):** Den beskrevne procedure omkring systematisk vejledning kan med fordel uddybes. Det efterlader ikke os som læsere med en klar anvisning af opsporingens "hvordan og hvem". Mange aktører nævnes, men hvem er primær, og er der forslag til handlemuligheder?
- **4.3.2. Ernæringsvurdering (s.37):** EVS præsenteres som et systematisk screeningsredskab til vurdering af risikofaktorer - virker spændende og enkelt at gå til.
- **Kap 4.4.1 (s. 39) Udredning af risikofaktorer og årsager til vægttab og spisevaner:**

Når borgere er i ernæringsmæssig risiko prioriteres dette generelt højere end anden underliggende sygdom, fx diabetes og hjertekarsygdom, med mindre det kan tilgodeses ud fra borgerens præferencer. Dette så længe borgeren er i ernæringsmæssig risiko.

Det kan overvejes at tilføje, at medicin kan give gastrontestinale gener som fx obstipation i denne sætning: "*Brug af medicin kan have betydning for kostindtag, da noget medicin fx giver kvalme og mundtørhed. Almen praktiserende læge kan hjælpe med at justere medicinen.*"

Derudover savnes en opmærksomhed på mad og medicininteraktion generelt. Herunder at noget medicin helst skal tages forskudt for måltider eller ikke kombineres med proteinrige måltider, hvilket er væsentlig at indtænke ved borgere i ernæringsmæssig risiko, hvis de skal opnå sufficient ernæring.

Vedr. valg af kostform og supplement: Vi er generelt enige i kapitlet, men savner, at der står under inddragelse af borgerens præferencer og ønsker.
- **Kapitel 4.4.2: Bestemmelse af energi, protein og væskebehov:** Borgere med stressmetabolisme vil ofte have et yderligere øget energi- og proteinbehov.



- **Kapitel 7.11:** Refeeding syndrom: Uanfægtet at det ikke er en del af denne vejledning vil det være fordelagtigt, hvis I ville forholde jer til, hvordan man i primær sektoren skal forholde sig til borgere i refeeding risiko, hvor rekvirering af daglige blodprøver ikke "bare" kan lade sig gøre.
- **Kapitel 11.1: (s. 104):** Til MedComs indlæggelsesrapport benævnes det, at der i den findes oplysninger om borgerens funktionsevne. Det er også korrekt, men det er vigtigt at huske, at MedCom standarden kun tager 7 funktionsevne tilstande med ud af 25 mulige.

Med venlig hilsen

Winnie Munk Agger

Centerleder

Center for Sundhedsfremme, Forebyggelse og Det Gode Køkken

FOAs hørings svar til Sundhedsstyrelsen vejledning om underernæring

FOA vil gerne sige tak for muligheden for at afgive hørings svar til Sundhedsstyrelsens vejledning "Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko".

Det er positivt, at Sundhedsstyrelsen sætter fokus på ernæringsindsatser og den systematiske brug af tidlig opsporing. En fejlslagen ernæringsindsats kan være medvirkende årsag til, at den specialiserede behandling ikke får den ønskede effekt på patientens sundhedstilstand. Desværre er ernæringsindsatser ikke tilstrækkeligt prioriteret i dag, men det kan vejledningen forhåbentligt bidrage til at ændre på.

FOA ser meget positivt på, at Sundhedsstyrelsen har et bredt fokus på ernæring, herunder både tværfagligt, tværsektorielt og med et bredt syn på ernæring, mad og måltider. FOA har dog også nogle kritikpunkter, idet vi gerne så, at perspektivet blev bredt endnu mere ud. Det drejer sig blandt andet om følgende:

- Fokus på borgernes trivsel samt rammerne omkring måltidet bør i højere grad fremhæves og være gennemgående hele vejen igennem vejledningen.
- Flere fagligheder bør inddrages – særligt er det ærgerligt, at køkkenpersonalet er fraværende i vejledningen.
- Det tværsektorielle skal i langt højere grad være et samarbejde frem for en envejskommunikation fra sygehus til primær sektor.
- Ernæringsindsatser på bosteder er helt fraværende i vejledningen.
- Beskrivelsen af delegation i kommunerne er forkert og sender et meget uheldigt signal.

Ovenstående kritikpunkter peger desuden i retningen af en anden problematik angående vejledningen: Sammensætningen af arbejdsgruppen. Når vi ser igennem listen over arbejdsgruppens medlemmer, har vi svært ved at få øje på, hvem der har et dagligdags kendskab til hverdagen i fx ældreplejen, hvor en stor del af opsporingen af ernæringsrisiko jo skal foregå. Dvs. personer som ikke har ernæring som ekspertise, men som netop er dem, der skal stå for den tidlige opsporing, opfølgning osv. Hvis vejledningen skal virke i praksis, bliver Sundhedsstyrelsen nødt til også at inkludere medarbejdere fra den almindelige hverdag. Ellers er der stor risiko for, at vejledningen ikke får den betydning for ernæringsindsatsen, som ellers er så nødvendig.

FOAs bemærkninger uddybes på de næste sider, og vi vil selvfølgelig gerne indgå i videre dialog jer for at uddybe vores kritikpunkter.

Venlig hilsen



Torben Hollmann
Formand for social- og sundhedssektoren



Pia Heidi Nielsen
Formand for Kost- og Servicesektoren

Bred forståelsen mere ud – sammenhæng mellem ernæring, måltider og trivsel

Det er væsentligt, at synet på "ernæring" ikke er snævert sundhedsfagligt, men har det brede blik på den hele borger – fysisk, psykisk og socialt. Her kommer især betydningen af den gode måltidssituation ind i billedet; hvordan ser maden ud, duften af mad, hvad er rammerne om måltidet osv. Dette er beskrevet i kapitel 8, men bør være en del af fortællingen langt tidligere, især omkring afsnit 4.1.

Det bør desuden fremhæves, at borgernes trivsel ikke kun afhænger af ernæringen, men at ernæringen også afhænger af borgerens trivsel.

Det tværsektorielle kræver mere end blot at blive "informeret" af sygehuset

I kapitel 5 om sygehusene er der på s. 57-58 en lang beskrivelse af, hvordan sygehusene skal informere primær sektor om den videre ernæringsplan. En væsentlig pointe er dog, at det ofte ikke er nok at "informere" ældreplejen. I mange tilfælde vil personalet i ældreplejen allerede kende borgeren, som er indlagt på sygehuset. De ved, hvad der fungerer i borgerens hverdag, og dermed hvordan man kan sikre sig, at ernæringsplanen faktisk kan fungere og blive overholdt. Denne indsigt bør efterspørges fra sygehusenes side. Det er derfor afgørende, at Sundhedsstyrelsen går væk fra ideen om, at det er sygehusene, som er specialister, og som skal "informere" den primære sektor. Derimod skal sygehusene i mange tilfælde tage kontakt til den primære sektor for at lære mere om den pågældende patient. Sygehuspersonalet er måske specialister i den sygdom, som patienten har haft, og dermed i hvilken ernæring der nu er hensigtsmæssig, men det er personalet i ældreplejen, som er specialist i borgeren.

Køkkenpersonalet er væsentlige i ernæringsindsatser

Køkkenpersonalet er en væsentlig aktør i både forebyggelse af ernæringsrisiko samt behandling af underernæring. Desværre er denne gruppe helt fraværende i vejledningen. I fx ældreplejen vil det ofte være plejepersonalet som i samarbejde med køkkenpersonalet laver en plan for den enkelte borger i ernæringsmæssig risiko. Her vil køkkenpersonalet have værdifuld viden i forhold til kost- og ernæringsfaglige indsatser samt i forhold til, hvordan maden præsenteres på en måde, så den ældre lettere kan få den spist. Dertil spiller køkkenpersonalet en væsentlig rolle i forhold til den generelle forebyggelse, idet de er med til at skabe gode rammer om måltidet – får maden til at dufte, smage og se ud på en måde, så de ældre har lyst til at spise.

Ernæringsindsatser på bosteder bør inkluderes i vejledningen

Bosteder nævnes ikke i Sundhedsstyrelsen vejledning. Bostederne er ellers kendetegnet ved, at der bor mange sårbare borgere, som ofte har forskellige både somatiske og psykiatriske sygdomme, samt at personalet ikke har en uddannelse med ernæringsfaglig viden. FOA stiller sig derfor undrende i forhold til, hvorfor bostederne ikke har fået en plads i vejledningen.

Fejl i beskrivelsen af delegationsreglerne

På s. 98 står følgende: "Sygeplejersker kan desuden uddelegere opgaver til social- og sundhedshjælpere og -assistenter". Dette er ikke korrekt. Det er kun sundhedspersoner med et forbeholdt virksomhedsområde, som delegerer opgaver – og det har sygeplejersker ikke. Når Sundhedsstyrelsen anvender denne beskrivelse af delegation, taler det desværre ind i en udbredt misforståelse om, at der er et hierarki, hvor social- og sundhedsassistenter og -hjælpere agerer som assistenter for sygeplejerskerne. Det er meget vigtigt for FOA at bemærke, at dette ikke er korrekt. Delegation i kommunerne fungerer derimod således, at lægen delegerer en opgave "til kommunegrænsen" (eller i princippet til kommunalbestyrelsen), hvorefter opgaven udføres af en person, som er tilstrækkeligt kvalificeret og oplært.

Dertil bør Sundhedsstyrelsen præcisere følgende sætning i afsnit 11.7.2: "Efter aftale kan udfyldelsen af ernæringsvurderingsskemaet (EVS) uddelegeres til en kontaktperson, forløbsansvarlig eller anden sundhedsfaglig medarbejder." Mener Sundhedsstyrelsen her delegation efter sundhedsloven, eller er det en bredere forståelse i form af den almindelige overdragelse af opgaver? Dette bør præciseres.

Hvordan kommer vejledningen ud at leve?

Ernæringsområdet er meget komplekst. Det går på tværs af servicelov og sundhedslov, på tværs af en lang række faggrupper samt på tværs af sektorer. Samtidig er det i dag et område, hvor der er store både menneskelige og økonomiske potentialer, hvis indsatsen styrkes. Det er derfor helt afgørende, at Sundhedsstyrelsen stiller sig selv spørgsmålet, hvordan vejledningen kommer ud at leve? Hvordan får vi særligt kommunerne til at sikre, at der er tilstrækkeligt fagligt og tværfagligt fokus på og ressourcer til forebyggelse og behandling af underernæring? Hvordan sikrer vi fx, at ernæringsområdet prioriteres i en travl hverdag i ældreplejen?

Øvrige bemærkninger

- **Journalføringsbekendtgørelsen:** I bilaget om lovgivning henvises lige nu til gamle udgaver af journalføringsbekendtgørelsen og vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Disse bør opdateres med den nye bekendtgørelse.
- **Social- og sundhedsassistenter i almen praksis:** På s. 66. skriver Sundhedsstyrelsen følgende: "Konsultationssygeplejersken eller hjemmesygeplejersken kan bistå med behandlingen og opfølgningen (...)". Her bør også social- og sundhedsassistenter nævnes. Der er lige nu ca. 400 social- og sundhedsassistenter i almen praksis, og det tal har været kraftigt stigende de seneste år.
- **I sikre hænder:** Det er positivt, at Sundhedsstyrelsen nævner "I sikre hænder" (s. 107). FOA vil gerne opfordre til, at der fortsat arbejdes med at indsamle og dokumentere erfaringer om kost og ernæring til ældre. Dertil vil vi anbefale, at erfaringerne udbredes til alle kommuner, så de gode erfaringer kan bruges bredere.
- **De nye kostråd:** Der bør være fokus på arbejdsgivernes forpligtigelse til at sikre, at medarbejderne er opkvalificerede til at arbejde med udgangspunkt i kostrådene – specifikt i forhold til at forebygge underernæring. Det gælder både regionalt på sygehusene samt i den kommunale ældrepleje, både hjemmeplejen og på plejecentre.

Dato: 5. juli 2021

Reference:

Journalnr.:

Høringsvar vedr. Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko - Vejledning til kommuner, sygehus og almen praksis

Indledningsvist vil Norddjurs Kommune anerkende det grundige og systematiske materiale. Vi finder det især væsentligt, at vejledningen er målrettet både sygehus, almen praksis og kommuner, således at der kan skabes en sammenhængende tværsektoriel og tværfaglig ernæringsindsats. Ydermere vil vi gerne anerkende, at der er integreret et fokus på ernæring i praksis i vejledningen - herunder fysiske og sociale rammer omkring måltidet samt inddragelse af pårørende.

Norddjurs Kommune har følgende bemærkninger og opmærksomhedspunkter til vejledningen:

Det beskrives blandt andet under afsnit 10 "Kompetencer", at de rette kompetencer og tværfaglige ekspertiser skal være tilstede i forbindelse med opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko - grundet kompleksitet. Norddjurs Kommune bemærker således, at det kræver en stor indsats i forhold til kompetenceudvikling, hvis målsætninger og effekt skal opnås. Vi kan se potentialer i, at de kliniske diætister er centrale aktører i vejledningen, men også til at sikre løbende kompetenceudvikling af de øvrige involverede faggrupper. Det forudsætter dog, at de nødvendige diætistfaglige ressourcer er tilstede. Heri bunder vores bekymring, idet flere kommuner ikke er rustet til at løfte en sådan opgave. Det er derfor et væsentligt opmærksomhedspunkt at sikre de faglige ressourcer og organisatoriske rammer, således at kompetencerne i de enkelte kommuner harmonerer med den ernæringsindsats, der skal varetages.

Har I spørgsmål til ovenstående, kan I kontakte dorb@norddjurs.dk eller tlf: 23227291

Med venlig hilsen

Dorthe Bligaard, Afdelingsleder Sundhed og Træning

Norddjurs kommune

Hørings svar fra Fagligt netværk – ernæring og Sundhed (professionshøjskolerne), uddannelsesledernetværket vedrørende: Vejledning til kommuner, sygehuse og almen praksis om: Underernæring; Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko

Uddannelsesledernetværket for professionsbacheloruddannelsen i ernæring og sundhed bifalder initiativet med denne vejledning. Vi er helt enige i, at der skal mere fokus på opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Og at en forbedring af det kliniske forløb er nødvendigt. Overordnet set mener vi, at der bør være ernæringsfagligt uddannede involverede i alle faser både i primær sektor og på hospitalerne.

Vi har såvel nogle generelle kommentarer som nogle mere specifikke.

Kommentar til punkt 1.6:

Vi undrer os over afsnittet omkring højdosis omega-3 fedtsyrer, D-vitamin og højkvalitetsprotein og at det ikke følges op senere i dokumentet. Skal dette opfattes som en anbefaling om, at der skal tages et tilskud?

Kommentar til punkt 4.5.3

Kan det præciseres hvorvidt det drejer sig om fire sammenhængende dage?

Kommentarer til tabel 5.2

Tilknyttede behov for energi og protein:

Det er uklart om eller hvordan feber skal indregnes som faktor i stressmetabolisme. Derudover er det ikke præciseret om der skal tages forbehold om strategi om vægtøgning eller vægtstabilitet

7 kcal/kg/dag (113 kJ): Værdierne passer ikke med ovenstående ift forholdet mellem kcal og kJ - svarer 27 kcal til 113 kJ eller til 126 kJ

0-30 kcal/kg/dag Start lavt, fx med 20 kcal/kg/dag (85 kJ) den første uge. Herefter 25-30 kcal/kg/dag. Der er behov for en større ensretning ift om der bruges kJ eller kcal. Når den officielle standard er kJ, bør man måske bruge denne.

I hvert fald bør der være stringens gennem dokumentet.

Generel kommentar til kapitel 7: Ernæring i praksis

Kostformer nævnes og interventionsformer fremlægges. Det virker som om mad og måltider ikke er en del af den faglige tænkning. Der foreligger forskning der understøtter, at hvis mad og måltider er individuelt tilrettelagte og serveres for den ældre patient/borger, så opnås ernæringsmæssige mål også (Håkonsen et al., 2020). Der behøves ikke ONS (oral nutrition support), det kan gøres med mad i køleskabet, måltider tilberedt i hjemmet, indkøbs-hjælp mm.

Generel kommentar til kapitel 8: Yderligere fokusområder, punkt 8.3: inddragelse af pårørende

Det er vigtigt at fokusere på inddragelsen af pårørende, og som det fremgår af punktet er der evidens for betydningen for ernæringstilstanden. Men det gør det ekstra væsentligt at fokusere ekstra på de borgere, der ikke har pårørende der kan eller vil indgå i et samarbejde. Hvorfor adresseres problemet med at de ældre ikke kan modtage hjælp til madlavning/indkøb og 6 måltider om dagen, som en del af plejen ikke?

Forskning viser desuden, at selv om der er pårørende der kan inddrages så inddrages de ikke. Det ser ud til at kommunikation der ikke når frem og manglende fokus er forklaringen (Hestevik et al., 2020; Holst and Rasmussen, 2013)

Kommentarer til punkt 10.3.2.

Der kan i dette afsnit med fordel tilføjes, at ernæringsdiagnoser bør stilles med udgangspunkt i terminologi opstillet i The Nutrition Care Process and Terminology (NCPT), som er udviklet af The Academy of Nutrition and Dietetics og oversat til dansk af Faglig sammenslutning af Kliniske Diætister (FaKD).

Kommentarer til punkt 10.3.7.

Forslag til ændring: Overskrift: kostfagligt personale

Brødtekst: Det kostfaglige personale, herunder professionsbachelorere i ernæring især med studieretningen fødevarer og ledelse, økonomaer og ernæringsassistenter

Generelle kommentarer til kapitel 10

Her omtales forskelligt plejepersonales kompetencer og behovet for efteruddannelse. Forfattergruppen opfordres til at huske at personer med andre sundhedsfaglige uddannelser end de ernæringsrettede har andre faglige kerneområder og derfor vil ernæringsspørgsmål og opmærksomheden mod dem, være i konkurrence med andre områder som den sundhedsfaglige beskæftiger sig med. Dvs. hvis at fokus på ernæring kan blive tilfældigt og præget af enkeltpersoners viden/interesse. (Håkonsen et al., 2018, 2020; Ginzburg et al., 2018; Krogh et al., 2018)

Generelle kommentarer til kapitel 11. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Vi anbefaler at anvende termen tværprofessionelt i stedet for tværfagligt

Hvis der menes tværfagligt samarbejde er termen "rekvirere" en klinisk diætist til ernæringsspørgsmål dækkende, for så "indebærer" samarbejdet" jo blot at diætisten afleverer sin viden og sit arbejde og derefter kobles af igen. Her er der ikke tale om tværprofessionelt samarbejde hvor flere sundhedsprofessionelle fagligheder arbejder sammen mod et fælles mål. (Yinusa et al., 2021; Cotton, 1984). Flere undersøgelser viser netop at hvis der er et godt tværprofessionelt samarbejde hvor også den kliniske diætist/ ernæring og sundhedsprofessionelle deltager, så har det en positiv effekt på ernæringstilstanden (Rasmussen et al., 2018)

I litteraturen er der flere steder hvor andre faggrupper er udfordrede når de skal arbejde med ernæringsindsatser og beskrive disse fx i journaler (Håkonsen et al., 2018, 2020).

Yderligere Litteratur:

Cotton, E., 1984. Intregation of disciplines in the treatment and education of children with cerebral palsy. In: *Paediatric Developmental Therapy*, 1. ed. Oxford London: Blackwell Scientific Publications.

Ginzburg, Y., Shmilovitz, I., Monastyrsky, N., Endevelt, R. and Shahar, D.R., 2018. Barriers for nutritional care in the transition from hospital to the community among older patients. *Clinical Nutrition ESPEN*, 25, pp.56–62. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2018.04.004>.

Håkonsen, S.J., Pedersen, P., Bjerrum, M. and Bygholm, A., 2018. The Routines, Knowledge and Attitudes towards Nutrition and Documentation of Nursing Staff in Primary Healthcare: A Cross-Sectional Study. *Journal of Community & Public Health Nursing*, [online] 04(03). <https://doi.org/10.4172/2471-9846.1000220>.

Håkonsen, S.J., Pedersen, P.U., Bygholm, A., Peters, M.D. and Bjerrum, M., 2020. Speaking the same language: Development of a Nutrition Minimum Data Set for healthcare professionals in primary healthcare. *Health Informatics Journal*, 26(1), pp.248–263. <https://doi.org/10.1177/1460458218824707>.

Hestevik, C.H., Molin, M., Debesay, J., Bergland, A. and Bye, A., 2020. Older patients' and their family caregivers' perceptions of food, meals and nutritional care in the transition between hospital and home care: a qualitative study. *BMC Nutrition*, 6(1), p.11. <https://doi.org/10.1186/s40795-020-00335-w>.

Holst, M. and Rasmussen, H.H., 2013. Nutrition Therapy in the Transition between Hospital and Home: An Investigation of Barriers. *Journal of Nutrition and Metabolism*, 2013, pp.1–8. <https://doi.org/10.1155/2013/463751>.

Krogh, L.H., Beck, A.M., Kristensen, N.H. and Hansen, M.W., 2018. Problems of actuality in meal and nutrition care: Nurses' perceptions of transfer of knowledge between different care settings. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(2), pp.103–110. <https://doi.org/10.1177/2057158517716049>.

Rasmussen, N.M., Belqusi, K., Lugnet, K., Nielsen, A.L., Rasmussen, henrk H. and Beck, A.M., 2018. Effectiveness of multidisciplinary nutritional support in older hospitalised patients :A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition ESPEN*, 2018(27), pp.44–52.

Yinusa, G., Scammell, J., Murphy, J., Ford, G. and Baron, S., 2021. Multidisciplinary Provision of Food and Nutritional Care to Hospitalized Adult In-Patients: A Scoping Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Volume 14, pp.459–491. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S255256>.

Kommentar til Bilag IX:

Er der behov for dette skema? - i givet fald skal det forklares bedre ift hvad der fx ligger i de enkelt guidelines.

Kommentar til Bilag XI:

Vi vil anbefale, at anvendelsen af spørgeskemaet uddybes

Kommentar til Bilag XII, 2a:

Mellem 2 og 4 skiver: Så er det i princippet kun 3 skiver? Brug evt ordlyd som nedenfor i 2b

Afdeling: Sundhedsplanlægning
Journal nr.: 21/38239
Dato: 2. juli 2021

Hørings svar fra Region Syddanmark

på

Sundhedsstyrelsens udkast til vejledning

vedr. underernæring; opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko i høring.

Sundhedsstyrelsen har 7. juni 2021 sendt vejledning vedr. underernæring; opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko i høring.

Region Syddanmark har følgende bemærkninger, der primært bygger på bidrag fra regionens sygehusenheder.

Region Syddanmark kan generelt bakke op om anbefalingerne i vejledningen, og finder det vigtigt at sætte fokus på tidlig opsporing af underernæring for at fremme livskvalitet og helbred hos borgere og patienter.

Der er desuden følgende konkrete bemærkninger:

Ad side 19:

Voksne patienter på sygehus

"Vægttab er ofte det initiale symptom ved en række kræftsygdomme som pancreaskræft og andre kræftformer i mavetarmkanalen samt hoved-halskræft (Kubota 2020). På trods af dette er der for nuværende i de nationale kræftpakker ikke krav om, at der skal oplyses om vægttab ved henvisning, eller at patienten initialt skal vejledes omkring sit vægttab."

Bemærkning:

Det fremstår som om, at de to nævnte kræftområder 'mavetarmkanal' og 'hoved-halskræft' er repræsentative for, at de nationale kræftpakker ikke har oplysninger om ernæring, vægttab og initial patientvejledning. Det kan virke misvisende og bør omformuleres, da Sundhedsstyrelsens Kræftpakkeforløb for hoved-og halskræft 2020 samt Sundhedsstyrelsens Opfølgningsprogram for hoved- og halskræft 2015 netop indeholder vejledning til håndtering af problemer relateret til vægttab, både før, under og efter behandling.

Ad side 47 punkt 3)

Opfølgning. Monitorering og evaluering

"Patienten vejes 2 gange ugentligt og kostregistreres dagligt eller minimum hver anden dag, indtil patientens individuelle ernæringsmål er nået (fx vedligeholder sin vægt, øger sin vægt eller indtager tilstrækkeligt per os."

Bemærkning:

Kostregistreringer skal føres dagligt, da næringsstofdækning vejer tungt ved monitorering. Vægt er utilstrækkelig, da der kan være en del usikkerhed forbundet hermed. Endvidere kan vægtændring maskeres i tilfælde af væskeforskydning i kroppen. Betydende vægttab/- øgning kan oftest først afsløres efter længere tids ernæringsindsats. I praksis kan udfordringen med at føre kostregistrering (og på baggrund heraf kunne foretage evaluering af behandlingen), forværres, hvis man kun fører det hver anden dag. Evaluering af ernæringsbehandling undermineres, hvis det ikke føres dagligt i minimum 3-4 dage. Desuden beskrives det i vejledningen senere i afsnit 5.4.1 (side 56): "Generelt anbefales det, at patienten indtager minimum 75% af energi- og proteinindtag på 4.-5. dagen". Det skøn bliver umuliggjort, hvis der kun foreligger kostregistrering hver anden dag.

Ad side 48, afsnit 5.2

Opsporing under indlæggelse på sygehus

"Alle indlagte voksne..., hvor patienter vurderes i akutmodtagelsen (Akut Medicinsk Afdeling, AMA)"

Bemærkning:

Benævnelsen AMA anvendes ikke i Region Syddanmark, hvor benævnes Fælles Akutmodtagelse (FAM) primært anvendes.

Ad side 53, afsnit 5.3.

Behandling under indlæggelse på sygehus

"Følgende elementer kan indgå i en nærmere udredning af ernæringstilstanden:

- Identifikation af risikofaktorer og NIS (bilag XI)
- Biokemi (forslag)
- Kropssammensætning (muskelmasse)
- Funktionsmål (fx håndgribestyrke, rejse sætte-sig.....)

Bemærkning:

Dysfagi-screening bør nævnes som et selvstændigt punkt. Dysfagi-screening er et væsentligt element, som anvendes ofte i udredningen af underernæringstilstande hos især ældre medicinske patienter.

Ad side 55, afsnit 5.3.2

Ernæringsbehandling

"For syge, indlagte ældre fastsættes energibehov til 25-30 Kcal/100 kJ og proteinbehovet til 1,2-1,5 g protein per kg legemsvægt pt døgn hos personer med BMI 18,5-30".

Det er i modstrid med tabel 5.2, hvor der i noten nederst er anført "Ved ernæringsrisiko hos patienter med overvægt (BMI ≥ 25). Fra hvilken BMI værdi, regnes overvægt fra i denne vejledning? For overvægtige efterspørges præcisering af, hvorvidt behov beregnes ud fra aktuel vægt eller om der anvendes en beregnet justeret kropsvægt.

Ad side 97, afsnit 10.2

Kompetencer på sygehus

"På sygehuset er det ofte sundheds- og plejepersonale med direkte patientkontakt, der udfører opsporing og behandling af ernæringsrisiko."

Bemærkning:

Der efterspørges en tydeliggørelse af hvilke patienter, der skal henvises til klinisk diætist. Diætister rekvireres oftest ud fra individuelt skøn uden fastlagte kriterier. Endvidere er regler for opfølgende tilsyn sjældent forekommende.

Ad side 103, afsnit 11.1

MedComs hjemmepleje-sygehusmeddelelser

"Der findes fire former for kommunikation mellem kommune og sygehus: - Indlæggelsesrapport - Plejeforløbsplan - Melding om færdigbehandling - Udskrivningsrapport"

Bemærkning:

Bør genoptræningsplan/GOP også fremgå? Oplysninger i GOP kan være væsentlige ifht. det tværsektorielle samarbejde.

Ad side 106, afsnit 11.7.1

Ansvarsfordeling på sygehuse

Bemærkning:

Der efterspørges præcisering om ansvar i forhold til at sikre, at der er praksisnære tilgængelige digitale systemer, som kan integreres med elektronisk journal, så det er muligt at beregne og dokumentere den enkelte patients ernæringsbehov og kostindtag. Fordi uden det bliver ernæringsindsatsen og – opfølgning ikke muligt. Det opleves som en væsentlig udfordring i det daglige arbejde.

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Ældre og Demens
Islands Brygge 67
2300 København S
aed@sst.dk

Aarhus, 4. juli 2021

Høringssvar

Høringssvar vedrørende vejledning til kommune, sygehus og almen praksis: "Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko", afgivet af Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (DSKE).

Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (DSKE) takker for muligheden for at afgive høringssvar til denne vejledning, som det er anført i høringslisten dateret 1. juni 2021 (sagsnr. 07-0200-50). Nedenfor anføres selskabets kommentarer til det fremsendte høringssudkast.

Generelle bemærkninger

Opdatering og tilpasning af vejledningen om underernæring er tiltrængt, og Sundhedsstyrelsens arbejde med revision af vejledningen hilses velkomment. Det er tydeligt, at der ligger et meget stort og kompetent arbejde bag høringssudkastet. I dette høringssvar peger vi fra DSKE på overordnede og konkrete muligheder for at forbedre vejledningen og navnlig gøre den mere praksisnær, så den kan blive det redskab i det daglige arbejde, som fagprofessionelle i primærsektor og på hospitalerne har brug for.

Vejledningen mangler en fælles struktur og ensartethed i opbygning og sprog og sletning af gentagelser gennem hele vejledningen. Der er ikke læst tilstrækkelig korrektur i høringssudgaven. En overordnet redaktion af vejledningen bør derfor fremtræde tydeligere.

Vejledningen kan med fordel gøres mere praksisnær og operationel for de involverede faggrupper og sektorer: Hvem gør hvad, hvornår? Vejledningen bør suppleres med en handlingsorienteret mini-udgave/vejledning.

Ordet ernæringspleje bør defineres og anvendes i vejledningen, så det bliver muligt at skelne mellem den sygeplejefaglige opgave (ernæringspleje) og den diætetiske opgave (diætbehandling). Dette bør ske gennem hele vejledningen. Ordet ernæringsbehandling kunne være en overordnet term, der omfatter hele området.

Kapitel 1: Indledning

Afsnit 1.3.1. Afsnittet er uklart. For at muliggøre klinisk anvendelse bør skemaet i Bilag VI indsættes direkte i afsnittet. Skemaet kræver yderligere revision for at fremstå læsevenligt. BMI-grænserne er forskellige fra de eksisterende. Er der belæg for denne ændring?

Afsnit 1.5. Risikofaktorer for ernæringsrisiko og underernæring: Nutrition impact symptoms bør oversættes til det danske udtryk, kostbegrænsende faktorer. En definition af udtrykket kan med fordel samles i det fine definitionsafsnit.

Afsnit 1.6. Effekten af ernæringsindsatser: Henvisning til bilag V er relevant, men selve bilag V er mangelfuldt. Særlig er der uforholdsmæssigt fokus på kirurgiske patienter. I stedet foreslås det, at medicinske og kirurgiske patienter beskrives særskilt. Evidens for indsatser bør beskrives med opdaterede referencer. Virksomme behandlinger bør beskrives mere operationelt. Sætningerne bør opbrydes til korte hovedsætninger for at øge læsbarheden.

Referencer er i vid udstrækning til styrelsesrapporter. Der bør refereres til primærlitteratur.

Kapitel 4: Kommune

Om det indledende afsnit: Fokus på de ældre borgere er vigtig, men opsporing af borgere i ernæringsrisiko uanset alder kan ikke undlades. Der efterlyses fokus på botilbud inden for handicapområdet og borgere med kræft der er afsluttet i sygehusregi og skal tilbage til arbejdsmarkedet.

Figur 4.1. Flowdiagram: Cut-off værdier for beslutninger bør anføres. Vurdering af tab af funktionsevne bør indgå.

Afsnit 4.2. Flowdiagram. 2. afsnit: "Medarbejdere" er et vidt begreb, hvem henvender guiden sig til? Under punkt 4.4 opfordres der til udvikling af lokale vejledninger og

instrukser. Det virker selvmodsigende at opfordre til brug af guiden og samtidig opfordre til udvikling af lokale vejledninger og instrukser. Formuleringerne i guiden kan give anledning til at "medarbejderne" udfylder EVS selv, fx: "Hvor mange måltider spiser den ældre dagligt?"

Afsnit 4.4.1, underafsnit om sygdom: Det er uklart, om det beskriver behandling af nedsat appetit, sygdom eller underernæring? Der er behov for at konkretisere.

Afsnit 4.4.1, underafsnit om medicin: Kan det konkretiseres, hvornår lægen bør hjælpe med medicinjustering? Det er ofte svært at rekvirere denne hjælp hos den praktiserende læge. Er almen praksis indstillet på at skulle vurdere kontraindikation med lægeordineret medicin for alle ældre over 70 år? Hvordan skal det foregå i praksis?

Afsnit 4.4.1, underafsnit om valg af kostform og supplement: "Bestilles" erstattes med "anbefales".

Afsnit 4.4.1, underafsnit om Andre problemstillinger: Andre problemstillinger er et meget vidt begreb. Hvordan kan man få defineret, hvad de kliniske diætister kan hjælpe med? Der bør sættes fokus på de ernæringsfaglige kompetencer og hvordan de inddrages tidligt i forløbet.

Afsnit 4.4.2. Bestemmelse af energi-, protein- og væskebehov: Forskellen på væskebehov og anbefalingen for det volumen der skal drikkes bør beskrives. F.eks. indsat formulering om resterende væskebehov dækkes gennem mad.

Afsnit 4.5 Opfølgning, herunder monitorering og evaluering: "Der følges op på den iværksatte behandling ved at vurdere og evaluere effekten af de fastsatte mål i ernæringsplanen." Der må være tale om effekt af ernæringsbehandlingen eller effekt i forhold til de opsatte mål i ernæringsplanen. Det er meningsløst at tale om effekten af målene i sig selv.

Kriterier for, hvornår en klinisk diætist eller den praktiserende læge bør inddrages, er uklare. Det kan med fordel præciseres, hvornår det vil være relevant at kontakte egen læge.

Afsnit 4.5.3. Kost- og væskeregistrering: Angående vejning efter få dage: Det giver næppe en god indikation på om kostindtaget er tilstrækkeligt til at dække behovet efter få dage? Det strider også mod en generel anbefaling om vejning 1 x uge.

Kapitel 5: Sygehus

Afsnit 5.1: Overskriften på afsnittet bør næppe være "Flowdiagram".

Figur 5.1. flowdiagram: Figuren er central for hele vejledningen og bør gøres mere operationel. Når udredning kommer efter behandling, bør det præciseres hvilken udredning der er tale om. Det kunne være vurdering af underernæring (fænotype) og kostbegrænsende faktorer. "Ny opsporing" bør omformuleres til fx "Gentag opsporing." Der bør tilføjes tidsgrænser, navnlig for skift mellem ernæringsmodaliteter. Angivelse af udskrivning fra sygehus mangler.

Punkt 1. Opsporing: Håndtering af patienter, der ved indlæggelse allerede modtager ernæringsterapi, fx sondeernæring, bør præciseres.

Punkt 2. Behandling: Udtrykket *nutrition impact symptoms* bør oversættes til dansk (kostbegrænsende faktorer), beskrives og gøres operationelt. Ernæringsplan kan med fordel defineres ved sine indholdselementer: Målsætning for behandling, fastsættelse af ernæringsbehov, valg af kostform, monitorering (kostindtag/vægtudvikling). Figuren s. 8 fra SST's tidligere udgave er velegnet til inspiration.

Afsnit 5.2. Opsporing under indlæggelse på sygehus: "Opsporing af patienter i ernæringsrisiko sker under indlæggelse ved hjælp af redskabet 'NRS-2002' foreslås omformuleret til "Opsporing af patienter i ernæringsrisiko **skal foretages** under indlæggelse ved hjælp af et valideret screeningsværktøj, fx NRS-2002." Undtagelse fra vurdering af ernæringsrisiko bør formuleres klarere og i henhold til screeningsværktøjet. Fx kan en <70-årig uden "multisygdom" og med håndledsbrud sagtens være i ernæringsrisiko, og hvor det er relevant at opspore. Eksemplet og ordvalget er dårligt valgt.

Tabel 5.2. Skema til NRS-2002 opsporing af ernæringsrisiko og tilknyttede behov for energi og protein: Energi- og proteinbehov "som hos raske" kan med fordel indføres i selve tabellen, fx 25-30 kcal/dag og 0,8-1,0 g protein/kg/dag. Det er en generel udfordring, at der ikke er ensretning ift anvendelse af kcal eller kJ ved energiangivelse.

Afsnit 5.3.1: *Nutrition impact symptoms* bør beskrives på dansk. I listen over elementer, der "kan indgå i en nærmere udredning af ernæringstilstanden" bør omfang af vægttab også være et punkt.

Afsnit 5.3.2: I afsnittet "Valg af kostform" bør ikke blot energitæthed, men også proteintæthed fremhæves, idet syge patienter har en større øgning i proteinbehov end de har øget energibehov.

Overgang fra ITA til stamafdeling bør beskrives.

Afsnit 5.3.1 om udredning: Ved angivelse af blodprøver bør disse anføres ved deres korrekte analysenavne uden forkortelser.

Afsnit 5.4: Der er mange gentagelser, som der med fordel kan luges ud i.

Kapitel 6: almen praksis

I første afsnit mangler tekst (lige over figuren slutter teksten brat med "Indsatsen ...").

Figur 6.1. Bør den ikke inkludere fysisk funktionsvurdering?

Afsnit 6.1: Side 65 står der: "Der findes ikke et valideret redskab til opsporing af dehydrering." Algoritmen angivet i Volkert D et al, Clin Nutr 2019; 38:10-47 bør anføres.

Side 65, afsnit 4 står der: "I forskellige sammenhænge kan det.. ". Det bør anføres i hvilke sammenhænge dette er relevant.

Side 66 står der: "Hvis patienten allerede har tabt sig, kan der med fordel ordineres ernæringspræparater (ernæringsdrikke og/eller parenteral ernæring)". Det bør præciseres, hvad der kan ordineres i almen praksis (fx tilskudsdrikke) og hvad der kræver henvisning til sygehus (fx parenteral ernæring).

Tabel 6.1 Anbefalinger om D-vitamin til udvalgte grupper (FVST Dvit 2021). Dette skema er med et andet sted. Det kan med fordel være et bilag. Vigtigt at skemaet kan læses uden tekst dvs. at disse patientgrupper anbefales dagligt tilskud hele året modsat andre grupper.

Kapitel 7: Ernæring i praksis

Afsnit 7.3: Cremet konsistens **skal** kombineres med sondeernæring, da der er behov for kombination med sondeernæring for at sikre, at borgeren/patienten bliver ernæret og hydreret sufficient.

7.5 Særlige diæter, afsnittet "Borgere og patienter på særlig diæt, fx ved diabetes, hjertekarsygdom, nysesygdom eller cøliaki, kan ligesom andre borgere og patienter være i ernæringsrisiko. I sådanne tilfælde kan det være nødvendigt at fravige de sygdomsspecifikke diætprincipper til fordel for genoprettelsen af en god ernæringstilstand (FaKD T2D, FaKD Nyre)." Man vil ikke afvige fra glutenfri diæt ved cøliaki under ernæringsterapi. Dette bør præciseres. Der mangler reference, der er kun rammeplaner for T2DM og nyre.

Tabel 7.1: Det er en gentagelse af tabel 6.1 fra det forrige kapitel. Evt. lav en henvisning til forrige tabel i stedet for gentagelse.

Afsnit 7.8 om overgang mellem kostformer er centralt for vejledningen og mangler. Der bør i dette afsnit både være operationelle definitioner og tidsrammer for overgang mellem kostformer.

Afsnit 7.9 om sondeernæring: Kriterier for opstart af sondeernæring bør beskrives klarere.

Afsnit 7.9 og 7.10: Det bør beskrives, hvad der kan forventes udført i almen praksis og hvad der bør udføres på sygehus.

Afsnit 7.11 om refeeding er hovedsagelig relevant på sygehus. Der bør beskrives en rettesnor for almen praksis i forhold til, hvornår ernæringsterapi bør påbegyndes på sygehus.

Relevant for kommunerne. Der mangler et screeningsredskab samt en guide til, hvordan almen praksis monitorerer borgere, som ikke vurderes relevant til opstart af ernæringsterapi på sygehuset. Hvordan skal almen praksis forholde sig til borgere der udskrives fra sygehuset med obs refeeding?

Kapitel 9: Børn og unge

Side 81, afsnit 9.1: " Hvis højde eller vægt findes uden for normalområderne i forhold til alder, skal der spørges ind til kostindtag og sammenholde det med eventuel sygdomsdiagnose." Her mangler hurtig ændring på vækstkurven indenfor kort tid, såsom fald på 2SD over kort tid, som er den hyppigst anvendte metode til at diagnosticere underernæring hos børn.

Afsnit 9.2.1 "Er højden alderssvarende? Har barnet/den unge normal vægt, vurderet ved vægt for højde?" Også her mangler hurtigt fald på 2 SD.

Afsnit 9.2: "Hos alle indlagte børn og unge med forventet indlæggelsesvarighed over 24 timer, regnet fra ankomst til stamafdeling, hvis barnet/den unge vurderes til at være indlagt mere end 48 timer, vurderes ernæringstilstanden." Omformuler, sætningen fungerer ikke. "Vægt for højde - Screening score:" Også her mangler score for hurtig ændring af SD (fald på 2 SD = score 3)

Afsnit 9.2, Konklusion og plan: Her mangler mulighed for at "konkludere" behov for ernæringsindsats hos børn som allerede modtager ernæringsterapi (fx sondemad), for at revurdere om behovet stadig passer ift. indlæggelsesårsag).

Afsnit 9.3, Tabel 9.4: Energienhed skal også angives i kcal. Det er jf. tidligere henvendelse til sundhedsstyrelsen og styrelsen for patientsikkerhed vurderet at der er risiko for patientsikkerhed, hvis energienhed angives i kJ.

Tabel 9.5 Udregning af REE: Her skal også fremgå omregningsformel fra kJ til kcal

Afsnit 9.3.2 "ernæringsdrikke": I stedet for: "Vær opmærksom på at mindre børn ikke skal have så proteinrig en kost" kan med fordel tilføjes en sætning, fx "Børns proteinbehov dækkes som regel altid, når energibehovet. Vær derfor opmærksom på at mindre børn ikke skal tilbydes særlig proteinrige drikke, men i stedet tilbydes energitætte drikke."

Afsnit 9.3.2 "sondeernæring": Der bør differentieres mellem nasogastrisk sonde, som udmunder i mavesækken, og nasojejunal sonde, som udmunder i tyndtarmen og derfor kan anvendes ved ventrikelretention med risiko for aspiration.

Afsnit 9.6 "Praktiserende læger skal opspore og behandle ernæringsrisiko, også kaldet dårlig trivsel, hos børn og unge (Modificeret efter Sundhedsstyrelsen 2015). Dårlig trivsel defineres ved utilstrækkelig vægtøgning, der ikke kan forklares med normale variationer." Ift. sætning: "... der ikke kan forklares med normale variationer." Her må gerne suppleres yderligere med "eller intenderet "vægttab ifm. Adipositas".

Afsnit 9.6.1 Vedr. "to basale spørgsmål:" Også her fordelagtigt at spørge hvorvidt der har været stort fald på vægtkurven indenfor kort tid (2 SD), uanset udgangspunkt. Vedr. "Dårlig trivsel kan enten ses som lav vægt-for-alder, lav vægt-for-længde/højde eller lille vægtøgning over tid," må dette gerne omformuleres til: "Dårlig trivsel kan enten ses som lav vægt-for-alder, lav vægt-for-længde/højde eller lavere end forventet vægtøgning over tid."

Tabel 9.10 Forslag til basal udredning i almen praksis for dårlig trivsel hos børn, vedr. "undersøgelse": Også her bør fremgå, hvorvidt vægt-for-længde krydser nedad over to eller flere af de indtegnede percentil-intervaller, uanset udgangspunkt. Generelt: Vægt-for-længde krydser nedad over to eller flere af de indtegnede percentil-intervaller SKAL indgå alle relevante steder i tekst (angivet i div. Punkter ovenover), så det svarer til Figur 9.2!

Kapitel 10: Kompetencer

Afsnit 10.3.2. Kliniske diætister og professionsbachelor i ernæring og sundhed: Dette afsnit bør differentieres, så der skelnes mellem på den ene side kliniske diætister, som kan udøve selvstændig diætbehandling af indlagte patienter samt borgere, og på den anden side professionsbachelorer i ernæring og sundhed, som kan vejlede borgere i livsstilssygdomme og småtspisende borgere.

Kapitel 11: Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

I afsnit 11.7.1. Ansvarsfordeling på sygehuse er udtrykket "i flere dage" (3. afsnit) upræcist og bør defineres klarere, i tråd med fx Figur 5.1 og øvrige steder, hvor det nævnes.

Afsnit 11.7.2. Ansvarsfordeling i kommune: Tredje afsnit om udvikling kan med fordel gøres mere specifik, fx med kort beskrivelse og henvisning til metoder såsom Forbedringsmodellen.

Afsluttende bemærkning

DSKE bidrager gerne i en yderligere dialog om dette vigtige område. Vi er klar over, at en vejledning ikke løser alle udfordringer. Omvendt vil en klar og praksisnær vejledning fra Sundhedsstyrelsen med anvendelse af veldefinerede termer være guld værd i de faglige sammenhænge, hvor den kan finde anvendelse. Vi ønsker Sundhedsstyrelsen alt godt i den videre proces med vejledningen.

Venlig hilsen



Christian Lodberg Hvas

Formand for DSKE

Overlæge, ph.d., klinisk lektor

Lever-, Mave- og Tarmsygdomme, Aarhus Universitetshospital

Palle Juul-Jensens Boulevard 99, 8200 Aarhus N

Email christian.hvas@auh.rm.dk eller dske@dske.dk.



Vanløse, d. 5. juli 2021

Høringssvar vedr. vejledning om ernæringsrisiko

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Ældre og Demens
aed@sst.dk

SUFO takker for muligheden for at afgive høringssvar på det udsendte materiale. Generelt finder vi udkastet grundigt i de mange vinkler, der berøres i forhold til ernæringsrisiko.

De forebyggende hjemmebesøg nævnes specifikt i kapitel 4 som en "opsporings-arena", og i tabel 4.1. anbefales det, at der ved hvert besøg indgår spørgsmål om uplanlagt vægttab og/eller opfordring til selvmonitorering.

SUFO er enig i, at området er meget vigtigt og vi ved, at kost og ernæring er et af de emner som bliver berørt i større eller mindre omfang ved langt de fleste hjemmebesøg afhængigt af, hvilke problematikker der presser sig mest på under besøget.

SUFO anser tilgængelig viden og informationsmateriale som vigtige forebyggelses-tiltag ift. ernæringsrisiko – og foreslår i den sammenhæng, at apoteker og praktiserende læger tilføjes under punkt 4.1.1. Det er steder, som vores målgrupper typisk kommer.

I kapitel 8 om yderligere fokusområder i en ernæringsbehandling nævnes rammer om måltider og madkultur, som er væsentlige emner. SUFO foreslår, at kapitlet udbygges med emner, der relaterer sig til mental sundhed eller mangel på samme, som depression, sorg - og bare det, at spise alene. Det er omstændigheder, som i høj grad kan påvirke ernæringen for den enkelte, fuldt på linje med de mere fysiologiske årsager til vægttab. Appetitten bliver tit bedre, når man "spiser i relationer", - og måske kan det gøres til en del af en etableret behandlingsindsats på linje med "motion på recept"?

SUFO mener, at det kunne være et stort løft for området, hvis borgeren fik mulighed for diætist-vejledning i eget hjem. Vi ved, det er en økonomisk prioritering, men når diætisten på denne måde får indblik i borgerens hverdag og hjem, er der langt bedre mulighed for at skræddersy vejledningen, og dermed større chance for compliance.

På vegne af SUFOs bestyrelse,

Anne Dorthe Prisak
Formand

Høringssvar vedr. Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko

NOTAT

HVIDOVRE KOMMUNE

Høringsudkastet Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko – Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis giver anledning til følgende bemærkninger:

Center for Sundhed og Ældre
Udvikling og Administration
(SOÆ)

Dato: 5. juli 2021

På **side 27 afsnit 2 (linje 3)** bør der ske en justering af sætningen "*Behandling af ernæringsrisiko kan med fordel understøttes af...*". Sætningen bør have følgende ordlyd "*behandling af ernæringsrisiko er ofte afhængig af...*", da behandlingen af svage borgere er afhængig af det tværfaglige arbejde ift. at behandle borgeren, og det dermed ikke kun er en fordel.

På **side 34 afsnit 3. Opfølgning** bør der ske en præcisering af gældende praksis jf. sætningen "*Ved indlæggelse skal den ældres ernæringsplan mv. sendes vi omsorgssystem til sygehuset*". I praksis bliver der ikke sendt hele ernæringsplanen, men der sendes helbredstilstande med en kort opsummering af planen.

Desuden gøres der opmærksom på følgende:

På **side 76 afsnit 8.1. Fysisk funktionsevne og rehabilitering (afsnit 2)** er der en fejlkonstruktion i sætningen "*Ernæringstilskud indeholdende protein til patienter vider desuden større effekt på ernæringstilstand, muskelstyrke og funktionsevne sammenlignet med patienter, der modtager placebo (Van de Bool 2017)*".

På **side 120 linje 11-12** er der en slåfejl i sætningen "*Endelig har et studie peget på, at det er vigtigt at overveje,*", hvor "at" og "overveje" er skrevet sammen.

**Høringssvar vedrørende:****Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko.****Vejledning til kommuner, sygehus og almen praksis****Ergoterapeutforeningen**

Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +45 88 82 62 70
Fax: +45 33 41 47 10
Cvr nr. 19 12 11 19
etf.dk

Den 5.juli 2021

Side 1

Ref.: MBN

E-mail: mbn@etf.dk

Direkte tlf.: 53 36 49 23

Ergoterapeutforeningens høringssvar vedrørende:**Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommuner, sygehus og almen praksis**

Ergoterapeutforeningen takker for invitationen til at være høringsspart vedrørende ovennævnte høring.

Vi vil samtidig kvittere for, at Sundhedsstyrelsen har inddraget to ergoterapifaglige selskaber i høringslisten, Ergoterapifagligt Selskab for Børn og Unge og Ergoterapifagligt Selskab for Geriatri og Gerontologi.

Dysfagi

Udover de to nævnte faglige selskaber, mener vi, at det i denne sammenhæng også vil være relevant at inddrage Ergoterapifagligt Selskab for Dysfagi som høringsspart. Dysfagi er den overordnede betegnelse for problemer med synkefunktionen ([Sundhedsstyrelsen](#)). Borgere med dysfagi og aktivitetsproblemer ved at synke og spise-drikke oplever store begrænsninger i deres hverdag og risiko for underernæring. Dysfagi rammer bredt og ikke kun ældre. Både børn, unge og voksne er i risiko for underernæring. Undersøgelse og behandling af borgere med dysfagi og aktivitetsproblemer ved at synke-spise-drikke er i de seneste årtier blevet et ergoterapeutisk praksis- og specialfelt i Danmark. I lyset af dette har Ergoterapeutforeningen og det faglige selskab udarbejdet en kompetenceprofil/anbefalinger på dysfagiområdet, der kan ses her [anbefalinger_dysfagi_2019.pdf \(etf.dk\)](#).

Ergoterapifagligt Selskab for Dysfagi har derfor indsendt et selvstændigt høringssvar til Sundhedsstyrelsen.

Voksne og ældre

Ergoterapifagligt Selskab for Geriatri og Gerontologi har høringssvar til afsnit vedrørende voksne- og ældre borgere i regionalt og kommunalt regi. Disse bemærkninger er samlet i bilag 1 til dette høringssvar (Bilag 1: Høringssvar fra Ergoterapifagligt Selskab for Geriatri og Gerontologi).

Børn og unge

Ergoterapeutforeningen har samlet input fra ergoterapeuter på børne- og ungeområdet og har bemærkninger til afsnittet om *Opsporing, behandling og opfølgning af børn og unge i ernæringsrisiko*



Ergoterapeutforeningen finder det positivt, at indsatser overfor børn og unge som er i risiko for underernæring behandles særskilt i vejledningen.

Blandt ergoterapeuter, der arbejder på børne- ungeområdet, vil vi gerne påpege, at der er behov for ekstra ernæringsfokus på den gruppe af børn, som har en primær diagnose (eksempelvis autisme, syndrom, Cerebral Parese) og hvor en del af deres udfordringer er oral indtagelse af føde og deraf problemer med nedsat sufficient ernæring. Det ses, at børnenes spiseproblematikker kan blive nedprioriteret i den sundhedsfaglige praksis. I disse tilfælde overlades indsatsen i spisesituationer til forældrene, der ofte kan beskrive store udfordringer med at varetage barnets ernæringsmæssige behov. Her kan der være brug for en specialiseret ergoterapeutisk indsat i form af råd og vejledning om barnets siddestilling, vurdering af relevante hjælpemidler og/eller en screening af om barnet har sansemotoriske udfordringer i mund og svælg. Forhold, der alle kan hæmme eller understøtte barnets lyst og mulighed for at indtage føde. For eksempel viser erfaringer fra H.C. Andersen Børnehospital i Odense at børn, der ikke har været vant til at indtage føde oralt, kan have stor gavn af en specialiseret faglig indsats hvor sanseintegration og leg kombineres. Den metode, der anvendes på H.C. Andersens Børnehospital, forudsætter et tæt tværfagligt samarbejde (https://www.epaper.dk/ergoterapeutforeningen/05_2017/).

Ergoterapeutforeningen vurderer, at indsatser i relation til børn og unge med risiko for underernæring er en vigtig tværfaglig disciplin. Der er behov for yderligere fokus på, hvordan samarbejder på tværs af faggrupper kan optimeres så alle børn i risiko for underernæring tilbydes den rette støtte og hjælp til at opnå en sufficient ernæringstilstand. Insufficient ernæring hæmmer barnets mulighed for at indgå i de daglige aktiviteter og på den lange bane kan det potentielt begrænse barnets mulighed for at indfri sit fulde potentiale.

Ergoterapeutforeningen står naturligvis til rådighed for eventuelle uddybende kommentarer i forhold til høringssvaret, og vi ser frem til at følge det fortsatte arbejde.

Med venlig hilsen

Tina Nør Langager, formand for Ergoterapeutforeningen

Bilag 1

Høringskommentarer fra Ergoterapi Fagligt Selskab for Geriatri og Gerontologi af:

Formand: Anne Sophie Duus, ergoterapeut, MR.

Næstformand: Steffi Olesen, ergoterapeut, afdelingsleder.

Bestyrelsen kan kontaktes på mail: efsgeriatri@gmail.com



EFS Geriatri og Gerontologi

Høringskommentarer til,

Underernæring; opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko – Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis

Generelle kommentarer

Helt overordnet vurderes det godt med ideen om et sammenhængende og tværsektorielt fokus på underernæring til alle borgere, der er underernæret eller i risikogruppe for underernæring. Det er godt at se, at der i materialet er rettet stor opmærksomhed og fokus på den ældre borger i både kommunalt og regionalt regi, da den ældre borger ofte har ernæringsproblemer i forbindelse med aldring, sygdom (kronisk/akut) og i forbindelse med tab af ægtefælle. Det er godt at se, at det ikke kun er den ældre indlagte patient der er rettet opmærksomhed mod, men at der også rettes fokus mod den ældre ambulante patient. Specielt da mange behandlinger i dag er ambulante og ikke kræver indlæggelse som tidligere.

Det er godt, at materialet er udarbejdet og tænkt som vejledning, der med fordel kan indgå i lokale instrukser og retningslinjer på arbejdspladser. Det vil være godt, hvis ernæringsrisiko fremadrettet vil kunne indgå i relevante forløbsprogrammer med henblik på at rette opmærksomhed og fokus på ernæring.

Det er godt med en ny ICD 11 kode på underernæring for at skabe synlighed og opmærksomhed på underernæring og behandling.

Flowdiagrammerne vurderes gode og brugbare. Specielt til nyuddannede og personale der er usikker på ernæringsvurdering.

Afsnit 1.4: Komplikationer ved underernæring:

Her kan man måske tilføje, at nedsat mobilisering samt nedsat fysisk funktions- evne og styrke også øger risikoen for fald.

Afsnit 3.1.1.: Redskaber til opsporing:

Det er positivt, at der er udarbejdet og bruges validerede måleredskaber til brug ved vurdering af opsporing af underernæring og specielt godt, at måleredskaberne er udarbejdet til brug ved en specifik målgruppe. Brugen af validerede måleredskaber øger kvalitet og kontinuitet på tværs af sektorgrænser.

Afsnit 3.3: Opfølgning:

Det er godt og vigtigt, at der også er fokus på at stoppe en ernæringsbehandling, hvis der ikke opnås den ønskede effekt eller det giver mening for den enkelt patient.

Afsnit 4.3.1: Vejledning:

Der vigtigt og godt, at der rettes fokus og opmærksomhed på, at ældre i terminalfasen skal tilbydes ernæring og væske efter lyst og ikke nødes for meget. Ernæring og væskeindtag skal være for at øge livskvalitet og ikke forlænge livet.

Kommentarer fra et kommunalt perspektiv

Materialet er forholdsvis omfattende, så det stiller krav til at nogen oversætter og omsætter til frontpersonalet i en lille pixiudgave eller andet operationelt materiale.

En god mulighed for, at ergoterapeuter deltager i arbejdet med opsporing, behandling og opfølgning på plejehjemmene og hjemmeplejen ift. tværfaglig indsats.

Ergoterapeuterne kan med fordel have delegering af screening og monitorering til frontpersonalet ift. viden og kompetencer. Herefter varetager ergoterapeuterne evt. yderligere udredning ved risikogrupperne ift. træning og hverdagslivet. Ergoterapeuterne kan fint være koordinerende i afdækningen af opmærksomhedspunkterne.

Det er meget fint at få et fælles sprog og definition på underernæring ift. tværfagligt samarbejde. Dette uanset, hvem der løser opgaven for borgerne, om det er en ergoterapeut, diætist, sygeplejerske, læge mv.

Sektorovergange er ikke tydeligt inkluderet i vejledningen. Hvad er forventningen fra sygehus til praktiserende læge, hjemmepleje og plejehjem? og omvendt? Hvis borgeren er kendt med undervægtsproblematik.

Kapitel 4: Opsporing, behandling og opfølgning i kommunen

Relevant og brugbart kapitel for ergoterapeuten, som skal løse opgaven i praksis. For den erfarne giver materialet mulighed for refleksion over egen praksis. For den nyuddannede fremstår materialet let tilgængeligt.

Kapitel 8: Yderligere fokusområder i en ernæringsbehandling

Ergoterapeuten kan byde ind i en koordinerende funktion og understøtte mestring og trivsel ind i hverdagslivet i fint samspil med tværfaglige samarbejdspartnere.

Afsnit 8.1: Fysisk funktionsevne og rehabilitering

Det er vigtigt, at rette fokus på, at fysisk træning ikke kan stå alene, når man vil forbedre borgerens fysiske funktionsevne. Den bedste effekt opnås, når man kombinerer fysisk træning med en god ernæringsindsats. Specielt til skrøbelige patienter og KOL- patienter. Her kunne man overveje at tilbyde en proteindrik efter træning, eller hvis der trænes på et lokalcenter at tilbyde en hjemmelavet ernæringsdrik.

Kapitel 10 - kompetencer

Ergoterapeuter har stærke kompetencer og stor viden inden for områder som miljø, mestring og trivsel, hvilket kan understøtte en helhedsorienteret indsats i forbindelse med ernæringsindsatser. Derudover kan ergoterapeuter bidrage

med specialiserede kompetencer indenfor dysfagi, træning, ergonomi og sanseintegration i løsningen af konkrete ernæringsproblematikker.

Kommentar fra et regionalt perspektiv

Indholdet i kapitel fem afspejler fint kendte indsatserne på en geriatrisk afdeling.

Afsnit 5.4.2 Afslutning af behandling under indlæggelse på sygehus: Her hedder det en udskrivelsesrapport og ikke udskrivelsesbrev. Her beskrives en behandlingsplan for en ernæringsindsats efter udskrivelse fra sygehus. Her beskrives bl.a. madens konsistens, behov for aktiv hjælp til at indtage et måltid mad, behov for ernæringsberiget mad, mellem måltider til småt spisende og behovet energiberiget drikke. Ved evt. behov henvises til en diætist i kommunen. I epikrisen beskriver lægen den videre lægefaglige behandlingsindsats ved egen læge.

Kapitel 7: Ernæring i praksis

Det er vigtigt, at læger, plejepersoner og også ergoterapeuter der kommer i berøring med patienter, der i længere tid har været meget småt spisende og evt. har haft et vægttab i forbindelse med nedsat fødeindtagelse, har fokus på refeeding syndrom. Det er et syndrom, der nemt kan overses, men vigtigt at have fokus på, når patienter indlægges og har været ekstra småt spisende. Disse patienter kan man som ergoterapeut komme i kontakt med i forbindelse med en evt. dysfagiscreening med henblik på at undersøge en mulig dysfagi-problematik, som årsag til det nedsatte fødevareindtag.

Kapitel 10: Kompetencer

Afsnit 10.3.3 Fysioterapeuter og ergoterapeuter:

Her kan suppleres med, at der i komplekse forløb er behov for at informere andre faggrupper om madens konsistens, evt. behov for aktiv hjælp til at indtage et måltid mad, brug af spiseredskaber og evt. vejlede i spisetempo ved patienter, der er dyspnø eller har brug for at tygge og bearbejde maden længe inden den synkes.

Kapitel 11: Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Afsnit 11.1 Med Coms hjemmepleje- sygehusmeddelelser:

Det er en rigtig god ide med tværsektoriel videregivelse af viden mellem sektorer. Desværre opleves der nogle gange manglende opdatering i indlæggelsesrapporten ligesom behandlingstiltag på ernæring kan mangle. I disse tilfælde går viden tabt. Ved en evt. kendt dysfagi-problematik hos en borger fra kommunen, skal dette beskrives under punktet: ”spise” i funktionsevnevurderingen i indlæggelsesrapporten. Hvis punktet er udfyldt, henvises ofte til en handleplan i kommunens dokumentationssystem, som der ikke er adgang til fra regionalt regi. Det foreslås derfor, at der gives mere information til de kommunalt ansatte om, hvordan Med Com fungerer og hvad der er vigtigt at dokumentere. Det vil kunne styrke det tværsektorielle samarbejde og det sammenhængende patientforløb.

Udarbejdet af Ergoterapi Fagligt Selskab for Geriatri og Gerontologi af:

Formand: Anne Sophie Duus, ergoterapeut, MR.

Næstformand: Steffi Olesen, ergoterapeut, afdelingsleder.

Bestyrelsen kan kontaktes på mail: efsgeriatri@gmail.com

1. juli 2021

Høringssvar vedr.

Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommuner, sygehus og almen praksis

Tak for udkastet til vejledning for opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko og mulighed for at give høring.

Vi ser udkastet gennemarbejdet, velskrevet og med høj faglighed, der gør vejledningen anvendelig til ernæringsområdet.

Vi har følgende kommentarer til vejledningen,

- Ifht. skemaet Tabel 1.4 (s. 35): Opsporing ved brug af vejning, kunne vi for områderne genoptræning og vedligeholdelsestræning og Rehabiliteringsforløb (jf. § 83 a Serviceloven) og Forebyggende hjemmebesøg ønske, at metoden udover vejning også inkluderer ”*eller opfordring til selvmonitorering*”
- Vi kunne desuden ønske et håndterbart og overskueligt supplerende materiale til arbejdet i hjemmeplejen. F.eks. en lille guide med de væsentligste elementer og redskaber.

Venlig hilsen

Steffen Brun
Konstitueret Sundhed og
Omsorgschef

Til Sundhedsstyrelsen

Greve Kommunes høringsvar til Sundhedsstyrelsens vejledning til opsporing og behandling af underernærede

Hermed Greve Kommunes høringsvar til Sundhedsstyrelsen vejledning "*Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko*". Høringsvaret beskæftiger sig kun med kapitler, der handler om forløbet for opsporing, behandling og opfølgning i kommunen.

Vejledningen virker generelt gennemarbejdet og giver et godt overblik over de forskellige faser, der omhandler opsporing, behandling og opfølgning i relation til ernæringstilstand hos ældre i kommunen samt hvilke konkrete indsatser, som kan iværksættes, hvis der observeres en ernæringsrisiko. Derudover vil Greve Kommune bemærke følgende:

- Godt eksempel på en konkrete vejledning i kapitel 4 herunder fx flowdiagram figur 4.1 side 33 og 37 vedr. opsporing, behandling og opfølgning.
- Greve Kommune ser frem til at der foreligger en vejledning til systematisk opsporing af dehydrering, da dehydrering er en hyppig årsag til indlæggelse af ældre borgere. Bemærk her, at ernæring og væske gives ofte som én indsats i kommunalt regi. Derfor kan vejledningerne med fordel sammenskrives i afsnittet om kommunale opgaver.
- Fremhævelse af at der også findes en betragtelig del af ældre, som er overvægtige, er væsentlig at adressere, så der ikke kun er fokus på undervægt.

Med venlig hilsen

Greve Kommune



Adresse Greve Kommune
Rådhusolmen 10
DK-2670 Greve

Telefon 43 97 97 97
Hjemmeside www.greve.dk
Digital post www.borger.dk/post

Åbnings- og telefontider
www.greve.dk/kontakt

Tidsbestilling
www.greve.dk/tidsbestilling

Afdeling Sundhed & Stab
Sag 21-007516

EAN 5798 0078 55611
Konto 4316 3191110226
CVR 44 02 39 11



Den 2. juli 2021
Sagsnr. EMN-2021-04410

Høring vedr. vejledningen ”Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko”

Gentofte Kommune har d. 7. juni 2021 modtaget en høring vedr. vejledningen ”Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko”.

Kommunen takker for høringsmaterialet. Udkastet til vejledningen fremstår generelt som en meget grundig og brugbar vejledning til tidlig opsporing, behandling og opfølgning af borgere/patienter i ernæringsrisiko.

Endvidere giver det god mening at samle vejledningerne for de forskellige sektorer i én vejledning. Herved sikres et godt overblik over den brede ernæringsmæssige indsats – tværfagligt og tværsektorielt. Det giver også et overblik over mulige samarbejdspartnere, og det er let at få et indblik i vejledningerne for de andre sektorer.

Vejledningen har fokus på samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer. Man kunne med fordel supplerende i vejledningen nævne kontaktpersoner og møder mellem de tværsektorielle samarbejdspartnere som inspiration til samarbejdet. Kommunens kliniske diætister i primærsektoren oplever, at det er vigtigt med en enkel og let kommunikationsvej til deres nærmeste samarbejdspartnere, som er diætister på hospitalerne. Det gælder i situationer med behov for korrespondance om borgere/patienter, men også ved ikke borger/patient relaterede spørgsmål.

Sundhedsstyrelsen, Enhed for Ældre og Demens
aed@sst.dk

København, den 5. juli 2021

Høringssvar fra DASYS vedr. "Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko - Vejledning til kommuner, sygehus og almen praksis".

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående, og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi har sendt vejledningen til DASYS' medlemmer og vi har følgende kommentarer til vejledningen.

Generelt

Vejledningen er meget grundig og gennemarbejdet, dog er den også lang at det kan være svært at bevare den røde tråd. Der findes en god begrebsafklaring af begrebet ernæringsrisiko samt definition af underernæring i vejledningen.

Læsevejledningen findes på s. 13, hvilket er lidt sent. Generelt er det svært at se hvilket referencesystem, der er anvendt, og det gøres ikke stringent – fx mangler der stringens og årstal i kapitel 1.

Der kunne med fordel være udarbejdet en litteraturliste, da mange af referencerne går igen i alle kapitlerne.

Specifikt

I følgende afsnit vil der blive henvist til specifikke områder i vejledningen.

Indledning s. 10, Fig. 1.1 "Opdeling af underernæring"

Det ville være mere overskueligt, hvis kassen "ernæringsrisiko" var placeret over "underernæring".

Kapitel 4, s.37

Bør tabellen på siden ikke benævnes 4.2?

Kapitel 5, s. 46 Figur 5.1 "Flowdiagram over opsporing, behandling og opfølgning på sygehus"

Opsporingen, behandlingen og opfølgningen af ernæringsrisikoen på sygehuse er nøje beskrevet i vejledningen og er brugbar for sundhedspersonale ansat i sengeafsnit og i ambulatorier. Dog kan det overvejes, om figuren kan gøres mere illustrativ, da den ikke er helt tydelig i sin anvisning.

Kapitel 7, s. 69

Refeeding syndrom er defineret i kapitel 7, men der mangler en beskrivelse af, hvordan man behandler refeeding i de forskellige kontekster, herunder sygehus.

Kapitel 7, Punkt 7.4, s. 70

Kost med modificeret konsistens (Dysfagidiæt)

'Kost og væske med modificeret konsistens' bør tilbydes til borgere/patienter med tygge- og synkeproblemer, som har brug for mad med en blødere og ensartet konsistens. Den rette konsistens af mad og væske er med til at mindske risikoen for lungebetændelse forårsaget af

fejlsynkning (aspirationspneumoni) og andre mulige følger af dysfagi (Steele 2015).
Definitionen af dysfagi fremgår af Bilag VI.

Der kunne tilføjes, at dysfagi kan opspores ved tværfagligt personale og vurderes yderligere ved ergoterapeuter.

“Kost med modificeret konsistens findes i tre konsistenser [...]” s. 70

Der kunne også henvises til den nationale kosthåndbog.

Kapitel 7, s. 72, Punkt 7.9

Sondeernæring (Enteral ernæring)

“Til borgere og patienter, som ikke kan indtage sufficient ernæring og væske per os (gennem munden), kan sondeernæring være en mulighed. Borgere og patienter med dysfagi, patienter indlagt på intensiv afdeling, patienter med kræft.....”

Der kan være tale om patienter med forskellige sygdomme og ikke kun med kræft, for eksempel patienter med apopleksi, KOL, ældre medicinske patienter m.fl.

En mere overordnet beskrivelse kunne være: “patienter med nedsat vågenheds- og energiniveau...)

Kapitel 9, s. 83

Bør skemaet nederst på siden ikke også være en tabel?

Bilag VI, Dysfagi s 126

‘Dysfagi’ er problemer med fødeindtagelse, synkefunktion og/eller vanskeligheder med at spise og drikke. [...] Se desuden 1.5 om risikofaktorer og kapitel 7 Ernæring i praksis.

Hvis referencen er Annette Kjærsgaard, kunne der med fordel bekræftes og henvises til hendes opdaterede bog Ansigt, mund og svælg, 2020.

Afslutningsvist

Der er tale om et meget omfattende samt grundigt og vigtigt stykke arbejde med denne vejledning, som vi ser frem til bliver udgivet.

Formålet med vejledningen bliver indledningsvist beskrevet som at fremme livskvalitet og helbred hos borgere og patienter i ernæringsrisiko ved tidligt at opspore dem, der har gavn af ernæringsbehandling for dermed at forbedre det kliniske forløb. At vejledningen dækker på tværs af sektioner, er en yderligere styrke. I kapitel 10 gennemgås de forskellige involverede faggrupper og deres kompetencer, og der står bl.a. at faggrupperne løbende bør kompetenceudvikles, så deres viden om ernæring er opdateret med henblik på opsporing af ernæringsrisiko samt gennemførelse og opfølgning af behandling af ernæringsrisiko. Her er der dog ikke beskrevet yderligere hvordan og af hvem, dette skal sikres, og hvordan vejledningen generelt skal implementeres i de forskellige instanser for netop at sikre livskvalitet og helbred hos denne gruppe sårbare borgere og patienter.

Skulle høringsvaret give anledning til spørgsmål, står DASYS til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen

For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Pernille Olsbro

Bestyrelsesmedlem



Sundhedsstyrelsen

Enhed for Ældre og Demens

Att.: aed@sst.dk

29. juni 2021

Danske Tandplejere
Rosenborggade 1a
1130 København K

T: 8230 3540

E: info@dansktp.dk

www.dansketandplejere.dk

Høringssvar til "Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommuner, sygehus og almen praksis" af 07. juni 2021

Danske Tandplejere takker for muligheden for at afgive høringssvar på ovennævnte høring.

Det er med stor glæde, at Danske Tandplejere kan konstatere, at Sundhedsstyrelsen i denne vejledning har indtænkt og medtaget tandpleje og tandsundhed.

Generelle betragtninger

Der er en markant og signifikant sammenhæng mellem tandsundhed og underernæring. Dårlige tænder, forstået som tænder, der gør ondt, når borgeren tygger sin mad, er en faktor i forhold til sammenhæng mellem tandsundhed og underernæring. Danske Tandplejere konstaterer, at denne betragtning er tilstede i Sundhedsstyrelsens vejledning. En anden og lige så væsentlig faktor er sammenhængen mellem mundtørhed og synkebesvær. Har borgeren en tør mund og danner denne ikke nok spyt, og så kan det være vanskeligt for borgeren at få maden i en sådan konsistens og form, at vedkommende kan synke maden. Dette kan føre til lavt madindtag og dermed til underernæring. Sidstnævnte udfordring med mundtørhed samt tandplejerens mulighed for at kunne afhjælpe borgeren i en sådan situation, ser Danske Tandplejere ikke afspejlet i Sundhedsstyrelsens vejledning, hvorfor Danske Tandplejere vil opfordre til, at emnet omkring mundtørhed inddrages i vejledningen.

Generelt vil Danske Tandplejere også opfordre til, at der ved kostrådene og ernæringstilbuddene i vejledningen tages højde for, at kosten skal være tandsundhedsvenlig med et minimum af sukker og en kost, som ikke klistrer til tænderne. Madrester, der sidder fast i mund og på tænderne, skaber bakterievækst og danne grundlag for udvikling af caries og parodontitis, hvilket fører til dårlige tænder, infektion og evt. smerter.

Danske Tandplejere vil derudover helt overordnet gøre opmærksom på, at også tandplejere udreder borgere med dysfagi. Behandlingen varetages derefter af ergoterapeuter.

Specifikke og tekstnære bemærkninger

Side 19/159. Andet afsnit.

I den følgende sætning bør der laves en tilføjelse (blå markering), således at sætningen ligeledes omfatter tandområdet:

"I kommunen er der allerede fokus på borgere, herunder ældre, med kroniske sygdomme, hvor der kan være **dårlig mund- og tandstatus** og risiko for underernæring."



Side 26/159. Punkt 3.2. Behandling af ernæringsrisiko. Første punkt.

Danske Tandplejere foreslår, at der under punktet (Udredning) tilføjes, at borgeren screenes for problemer med mund- og tandsundheden.

Side 31/159. Punkt 4.1.3. Forebyggelsestiltag i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg

Danske Tandplejere foreslår, at følgende punkt tilføjes listen:

- Screening af mund og tænder

Side 38/159. Afsnittet: Gavn af en tværfaglig ernæringsbehandling.

Tredje pil:

Da "omsorgstandpleje" er et begreb eller et tilbud i kommunerne, hvorimod resten af rækken består af faggrupper, så opfordrer Danske Tandplejere til, at "omsorgstandpleje" udskiftes med benævnelsen "tandplejere".

Derudover skal det bemærkes, at ikke alle ældre borgere er tilknyttet omsorgstandplejen, da det kræver, at borgeren er visiteret dertil samt opkræves en årlig brugerbetaling for tilknytning til omsorgstandplejen. Det betyder, at størstedelen af de ældre med risiko for underernæring ikke opfanges af det kommunale tilbud (omsorgstandplejen).

Femte pil samt til boksen "Fælles Sprog III":

Hvis borgeren eksempelvis ikke kan rede sit hår, så kan borgeren heller ikke stå for sin egenomsorg og dermed håndtere sin daglige tandbørstning med en forværret tandstatus til følge.

Side 39/159. Tygge- og synkebesvær. Første pil.

Danske Tandplejere vil påpege, at der må mangle et "r" efter ordet "tandpleje" i anden sætning "Tandlæge eller tandpleje kan hjælpe...", så sætningen kommer til at lyde: "Tandlæge eller tandplejer kan hjælpe..."

Endvidere bør følgende tilføjes den efterfølgende sætning:

Hvis den ældre har *tygge- og synkeproblemer*, kan almen praktiserende læge og/eller ergoterapeut eller tandplejer kontaktes for at finde årsag til problemet og igangsætte relevant behandling.

Side 48/159. Punkt 5.2 Opsporing under indlægges på sygehus

Danske Tandplejere mener, at screening af mund og tænder bør indgå i det omtalte redskab.

Side 54/159. Punkt 5.3.1. Udredning

Der mangler noget i afsnittet, som går på opfølgning. Eks. en udredning om evt. behov for tandbehandling, hjælp til den daglige tandbørstning under indlæggelse samt en mundplejeplan som sendes med patienten hjem efter endt indlæggelse.

Side 56/159. Valg af kostform. Anden linje.

Ordet "tygge" bør indsættes, så sætningen lyder: "... eller problemer med at spise, tygge, synke..."

Side 58/159. Første afsnit.

Danske Tandplejere foreslår, at sætningen "Og bør desuden indeholde en mundplejeplan." sættes ind mellem nuværende første og anden sætning.

Side 60/159. Punkt 5.7 Opfølgning i ambulant regi.

Efter første sætning bør følgende tilføjes: "Herunder bør borgeren screenes for tand- og mundstatus."



Side 65/159. De fire punkter nederst på siden.

Et femte punkt bør tilføjes nederst: "Ved tygge- og synkebesvær bør borgeren henvises til konsultation på en tandklinik."

Side 66/159. Første afsnit.

I forlængelse af afsnittet bør følgende indsættes: "Se endvidere sundhed.dk for inddragelse af tandsundhedsfaglige"

Side 77/159. Første afsnit.

I forlængelse af afsnittet bør følgende tilføjes "samt understøttes i at genvinde sin evne til at foretage den daglige tandbørstning".

Side 82/159. 9.2.2. Sekundær opsporing

Et fjerde punkt bør sættes ind med teksten: "Mund- og tandstatus"

Side 93/159. Punktet øverst på siden.

I forlængelse af punktet bør følgende sættes ind: "Om barnet kommer i tandplejen og får børstet tænder dagligt".

Side 97/159. Tredje afsnit.

"Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko vil ofte være komplekst, og i mange tilfælde er det nødvendigt med en tværfaglig indsats. Hvilke fagpersoner, der skal inddrages, afhænger af, hvilke udfordringer borgeren og patienten har, ~~og af, i hvilken sektor og kontekst behandlingen gennemføres.~~"

Danske Tandplejere anbefaler, at den sidste del af sætningen (her markeret med rød skrift og overstregning) slettes, da vi mener, at inddragelse af eks. en tandplejer i borgeres forløb udelukkende bør baseres på borgerens/patientens udfordringer og ikke på en sektor eller en kontekst hvori behandlingen foregår.

Side 97/159. 10.1 Kompetencer i kommunen.

Sætningen "Ergoterapeuter udreder og behandler dysfagi, og ved komplekse forløb henvises til speciallæge." bør ændres til "Ergoterapeuter og tandplejere udreder dysfagi. Endvidere behandler ergoterapeuter dysfagi, og ved komplekse forløb henvises til speciallæge."

Side 99/159. 10.3.4. Tandplejere

"Tandplejere har basal viden om sundhedsfremme og forebyggelse (BEK 731). Tandplejeren er vigtige i den tværfaglige ernæringsindsats, da der er tæt sammenhæng mellem både dårlig tandstatus og ringe mundhygiejne og forringet ernæringstilstand (Gondivkar 2019)."

Danske Tandplejere mener ikke, at Bekendtgørelse 731 danner grundlag for, at Sundhedsstyrelsen kan omtale tandplejernes viden om sundhedsfremme og forebyggelse som "basal". De to omtalte områder er tandplejernes kerneområder, og det fremgår klart af BEK 731 §1, at tandplejerne varetager sundhedsfremmende, sygdomsforebyggende og terapeutiske opgaver i overensstemmelse med skiftende samfundsbehov.

Danske Tandplejere mener derfor, at første sætning i afsnittet bør rettes til, så det følger BEK 731 og afsnittet lyder: "Tandplejeren undersøger og diagnosticerer sygdomme i mund og tænder. Derudover varetager tandplejeren sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende opgaver samt behandlinger (BEK 731). Det er tandplejeren, der udarbejder mundplejeplaner for den enkelte borger. Tandplejeren er vigtige i den tværfaglige ernæringsindsats, da der er tæt sammenhæng mellem både dårlig tandstatus og ringe mundhygiejne og forringet ernæringstilstand (Gondivkar 2019)."



Side 103/159. Andet punkt nederst på siden.

Punktet om "Plejeforløbsplaner" bør også omfatte en mundplejeplan, hvorfor punktet bør ændres til "Plejeforløbsplaner ([indeholdende en mundplejeplan](#))"

Side 104/159. 11.2 Epikrise

Epikrisen bør indeholde et afsnit om mund- og tandstatus

Side 105/159. Punkt 11.5 Opfølgende hjemmebesøg

Hjemmebesøgene bør indeholde spørgsmål til borgeren om varetagelse af mund- og tandpleje.

Side 106/159. 11.7.1. Ansvarsfordeling på sygehuse. Tredje afsnit.

Danske Tandplejere støtter op om, at tandplejere nævnes i rækkefølgen af andre relevante faggrupper. Dog vil Danske Tandplejere opfordre til, at det overvejes om ordet "kan" i sætningen "Da årsagerne til utilstrækkeligt protein- og energiindtag er mangecartede, kan støtte fra andre faggrupper inddrages." ændres til enten "bør" eller "skal".

Side 107/159. Punkt 11.7.2. Andet afsnit

Tandplejer bør indsættes i rækkefølgen, så sætningen lyder: "Det er samtidig vigtigt at tage stilling til, hvordan, hvorfra og hvornår tværfaglige samarbejdspartnere som fysioterapeut, ergoterapeut, [tandplejer](#) og klinisk diætist kan rekvireres, eventuelt via omsorgssystemet."

I forlængelse af andet afsnits sidste sætning bør følgende indsættes: "Visitation af borgeren til videre henvisning til tandpleje og -behandling bør forestås af en tandsundhedsprofessionel".

Side 155/159 – BEHANDLING AF ERNÆRINGSRISIKO. BEHANDLING AF ERNÆRINGSRISIKO. 2 point - Gavn af en tværfaglig ernæringsbehandling. Tredje pil.

Danske Tandplejere opfordrer som tidligere til følgende ændring: Da "omsorgstandpleje" er et begreb eller et tilbud i kommunerne, hvorimod resten af rækken består af faggrupper, så opfordrer Danske Tandplejere til, at "omsorgstandpleje" udskiftes med benævnelsen "tandplejere".

BILAG XII

Side 155/159. BEHANDLING AF ERNÆRINGSRISIKO.

"Følgende områder kan indgå i udredning og stillingtagen til hvilke indsatser, der skal indgå i ernæringsbehandling/ernæringsplanen for borgere, der scorer 1 og 2 point: Tygge- og synkebesvær.

Hvis den ældre har *dårlige tænder*, kan det være svært at tygge. Tandlægen eller tandplejeren kan hjælpe med tandstatus og tandprotesen.

Danske Tandplejere vil påpege, at der må være tale om en skrivefejl, da "tandplejen" er et tilbud i kommunen, hvorimod tandplejere er en faggruppe på linje med tandlæger, som står først benævnt. Sætningen bør ifølge Danske Tandplejere lyde: "Tandlægen eller [tandplejere](#) kan hjælpe med tandstatus og tandprotesen". Derudover kan tandplejeren hjælpe patienter, som oplever og lider af mundtørhed, så patienten afhjælpes evt. synkeproblemer.

Med venlig hilsen

Elisabeth Gregersen

Formand

Danske Tandplejere



5. juli 2021

Skive Kommunes hørings svar til Sundhedsstyrelsens vejledning 'Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko'

Skive Kommune har d. 7. juni 2021 modtaget Sundhedsstyrelsen høringsudkast til vejledning: *'Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko'*

Indledningsvist skal det bemærkes, at Skive Kommune generelt finder vejledningen velbeskrevet og vurderer, at vejledningen kan være med til at sikre et godt grundlag for at arbejde med opsporing og behandling af borgere i ernæringsrisiko.

I kapitel 4 mangler der dog beskrivelser af de udfordringer, der kan være i forbindelse med at få borgerne systematisk vejet månedligt. Særligt ift. de borgere som får besøg af hjemmeplejen, og som ikke kan benytte en alm. badevægt, samt ved borgere, som liftes og/eller ikke kan stå på benene.

Der lægges op til, at alle borgere skal tilbydes vejning. I praksis kan dette være en udfordring. Det beskrives, at hvis man ikke kan veje borgeren registreres de som OBS, og der skal følges op med en ernæringsvurdering. Dette vil kræve en del ressourcer, hvis der er tale om alle borgere som modtager personlig og praktisk hjælp og/eller sygepleje. Her kan der også være tale borgere, som kun modtager rengøringshjælp. Måske er disse borgere slet ikke i risiko, og der savnes derfor en uddybende beskrivelse af, hvordan dette konkret skal fungere i praksis.

5. juli 2021

Att. Sundhedsstyrelsen, Enhed for Ældre
og Demens aed@sst.dk

**Høringssvar – Underernæring, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko.
Vejledning til kommuner, sygehus og almen praksis**

Tak for muligheden for at indgive høringssvar til vejledningen.

Sundhedsfremme og forebyggelse blandt ældre er en mærkesag for Danske Ældreråd, og vi bakker op om et forstærket fokus på forebyggelse af underernæring, da konsekvenserne heraf er betydelige – både for det enkelte menneske og for samfundet. Danske Ældreråd mener overordnet, at vejledning virker som et anvendelsesorienteret redskab, som kan understøtte en mere ensartet tilgang til såvel opsporing, behandling og opfølgning i landets 98 kommuner, på sygehus og i almen praksis.

Det glæder Danske Ældreråd, at den kommunale indsats nu er inkluderet i vejledningen, og at der er fokus på, hvordan den kommunale indsats i øvrigt spiller sammen sygehus og almen praksis. Manglende koordinering og samarbejde er til stor ulempe for det enkelte menneske, som ud over underernæring lider af en eller flere andre sygdomme. En nøje tilrettelagt indsats i forhold til den enkelte multisyges hverdagsliv er derfor afgørende for livskvaliteten.

Danske Ældreråd finder det vigtigt og nødvendigt med en klar anbefaling til kommunerne om systematisk opsporing, herunder vejning minimum en gang om måneden for ældre, der modtager hjemmehjælp, hjemmesygepleje eller bor på plejehjem. Vi vil opfordre til, at Sundhedsstyrelsen følger den kommunale praksis tæt på dette område.

Endelig finder Danske Ældreråd, at det som foreslået er en god idé, at der indgås lokale sundhedsaftaler med fokus på opgave- og ansvarsfordelingen på området.

Inger Møller Nielsen
Formand

Trine Toftgaard Lund
Sekretariatschef

5. juli 2021

Til Sundhedsstyrelsen

DSAM's hørings svar vedrørende udkast til "Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko - Vejledning til kommuner, sygehus og almen praksis"

DSAM takker for muligheden for at kommentere på ovenstående udkast.

DSAM har tidligere lavet et grundigt for-hørings svar, som vi henviser til – vedhæftet som bilag 1. Det er ikke muligt at se nøjagtig, hvilke kommentarer der allerede er medtaget, og hvilke rettelser der er lavet siden det forrige udkast, men vi kan se, at flere ting er ændret.

Ved dette hørings svar vil vi koncentrere os om Kapitel 6: "Opsporing, behandling og opfølgning af ernæringsrisiko i almen praksis".

DSAM finder, at vejledningen har et nødvendigt fokus på en problemstilling, som har været mangelfuldt behandlet i hele sundhedsvæsenet, hvor ernæring traditionelt ikke har haft særlig stor plads i de enkelte lægelige specialer. Dette er der ved at blive rettet op på, og også med denne vejledning må håbet være, at vejledning om kost og ernæring fremover indgår som en vigtig del af behandlingen af skrøbelige og kronisk syge patienter. DSAM mener, at det – især når det handler om en ny tilgang til et område – er nødvendigt at fokusere på processen, hvor spørgsmål om kost og mulig underernæring får langt større opmærksomhed såvel hos lægen som hos personalet. DSAM mener således, at det generelle formål, som nævnes et sted i brødteksten, kunne fremhæves: *"der bør være opmærksomhed på uplanlagt vægttab og ernæringsrisiko, og at identificeret ernæringsrisiko bør lede til nærmere udredning af årsagerne til vægttabet."*

Til gengæld mener DSAM, at det er uheldigt, at man primært fokuserer på "opsporing" samt en tilgang, der handler meget om at veje og måle enkeltindivider. Tilgangen i vejledningen bliver flere steder for "algoritmepræget" og flowchart-agtig med udgangspunkt i en specifik vægt (vægttab på mere end 1 kg). Det er vigtigere at fokusere på, hvordan vi generelt kan øge vidensniveauet omkring vigtigheden af sund kost til patienter i risiko for underernæring, hvordan henvisningsmulighederne kan forbedres, og hvordan vi i almen praksis ved en øget opmærksomhed og en personcentreret almenmedicinsk tilgang kan finde de personer, der specielt vil have gavn af en indsats. Det vil vedligeholde lægelig dømmekraft i stedet for at erstatte den med alt for potentielt oversensitive algoritmer.

DSAM finder således flowdiagrammet (figur 6.1.) unyttigt og uklart, fx ved at udredning først nævnes under/efter behandling, og at der udelukkende fokuseres på enkeltindivider. Vi vil anbefale, at man følger sædvanlig klinisk tankegang og i nævnte rækkefølge:

- Øget opmærksomhed i klinikken (læger og personale) på risiko for underernæring i forbindelse med sygdom.
- Øget opmærksomhed og tilrettelæggelse af arbejdet i forhold til forskellige patientgrupper, men også i forhold til ældrepopulationen som sådan.
- Identifikation af enkeltindivider, som har behov for en indsats. Det kan være efter vejning, hvor 1 kg vægttab kan være rettesnor, men også ved at anamnesen peger på risikotilstande /risikosituationer.
- Udredning efter klinisk skøn.
- Behandling i klinikken eller henvisning til klinisk diætist.

Henvisningsmulighederne til klinisk diætist eller kommunale tilbud er afgørende i almen praksis, og dette er kun sporadisk behandlet. Der nævnes fx muligheder for at have klinisk diætist ansat i klinikken, hvilket vi ikke finder realistisk for et stort flertal af praktiserende læger. Samtidig er det i kommuner og regioner oftest (fraset enkelte med bestemte kroniske lidelser) umuligt at henvise til diætist uden egenbetaling. Dette skal løses, for at intentionerne omkring vejledningen kan opfyldes.

Når vejledningen skal implementeres, er sprogbrugen væsentlig. DSAM vil vi gerne kvittere for de mange steder, hvor der benyttes en bred og rummelig tilgang, der beskrives som "der kan med fordel...", "der kan overvejes..." etc., hvilket giver råderum for, at lægen og patienten i fællesskab kan prioritere indsatsen.

Til gengæld kan DSAM ikke billige stive og fastlagte mål om, at alle med "uplanlagt vægttab på 1 kg ... BØR udredes" eller "Patienter i konkret forløb eller behandling SKAL vejledes om, hvordan de undgår vægttab eller yderligere vægttab" (vores fremhævnings). Med faste, målbare grænser for intervention samt en tilgang med "skal" og "bør" åbnes nu op for, at STPS kan give påtaler overfor læger på et meget spinkelt grundlag. Udover et stort potentielt antal "falsk positive" så vil det give næring til defensiv medicin. Sådanne tilgange har vist sig at være en dårlig motivator for indlæring og ændring af vaner og bør undgås, såfremt man ønsker at stimulere en faglig, engageret udvikling af et område.

Der er enkelte steder, hvor teksten ikke er korrekt omkring systematisk tilgang i almen praksis. Fx anføres, at patienten normalt vejes ved "opsøgende hjemmebesøg". Dette er ikke rigtigt (bismervægtten kan ikke rumme dem), men der er opmærksomhed på vægten, hvis dette findes relevant. På samme måde lægger "overblikskonsultation" sig ikke fast på systematiske undersøgelser, men netop på, at læge og patient i fællesskab prioriterer blandt mange relevante indsatser, som kan komme i spil hos personer med mange sygdomme. Der nævnes også, at man i praksis har en systematisk tilgang til "ældre patienter, som vejes og måles og får beregnet BMI en gang årligt" – dette er næppe aktuelt, hvis patienten ikke i forvejen har en kronisk sygdom og får lavet årsstatus (dvs. de er allerede nævnt andetsteds).

Endelig er der tilkommet en kommentar om, at "Dokumentation foretages i patientjournalen jf. journalføringspligt" Alle læger er klar over journalføringspligten, og det er ikke relevant at medtage her. Problemet er, at læger og personale i højere grad skal tænke vægt og ernæring sammen med helbredstilstand, ikke blot fokusere på at huske at skrive vægten i journalen, når man først har taget hul på problemet. I sammenhængen i teksten kan det til og med misforstås, da journalføringspligten nævnes i forhold til, at patienterne selv kan veje sig og følge vægten derhjemme – noget lægerne vel næppe har pligt til at journalføre.

Med venlig hilsen



Anders Beich
Formand, DSAM

Sundhedsstyrelsen

8. marts 2021

DSAM's præ-hørings svar vedrørende "Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis"

Tak for muligheden for at kommentere revisionen af vejledningen.

Opdateringen af vejledningen er en god anledning til at fremme områdets vigtighed i såvel konkrete behandlingssituationer som i et forebyggende perspektiv. Den kan også medvirke til en generel forståelse for, hvor vigtigt det er at inkludere rådgivning om ernæring alle steder i sundhedsvæsenet, herunder almen praksis.

Ikke mindst i en aldrende demografi bliver det i et generelt forebyggende perspektiv vigtigt at fokusere på tilbud om god og tilpasset mad. Almen praksis ser ældrebefolkningen regelmæssigt, blandt andet i forbindelse med opfølgning og behandling af kroniske sygdomme og tilstande. For denne gruppe vil det være oplagt at indarbejde faste rutiner til belysning af patientens indtag af mad og drikke og ernæringsstatus, og hvor vejning med fordel kan indgå.

Vi finder det ikke desto mindre nødvendigt at kommentere på sprogbrug og tankegang i vejledningen, som kan være uhensigtsmæssig i en almenmedicinsk sammenhæng, og som kan give problemer, når man vil implementere de ellers gode tanker og hensigter. Her tænkes især på ord som "opsporing", der måske er naturligt set fra et gruppe-/folkesundhedsperspektiv, men bare ikke rimer på en personcentreret tilgang på individniveau, og samtidig indikerer, at noget "skal" gøres systematisk.

Vi mener i DSAM, at det handler om en nødvendig proces, hvor praktiserende læger og deres personale i højere grad får øget opmærksomhed på underernæring som sådan, og at de rettidigt finder og hjælper de patienter, der har størst behov, og hvor egen læges indsats kan gøre en forskel.

Ord som "case-finding" og "identifikation" dækker bedre end "opsporing" eller "screening", da opsporing lægger op til, at vi i almen praksis skal finde alle med utilsigtet vægttab ved en slags monitorering og skal starte udredning, fx ved utilsigtet vægttab på 1 kg.

Det bliver en uforholdsmæssig stor opgave i forhold til, at det samme eller bedre outcome formentlig kan fås ved en situationsbestemt omsorg for den enkelte, som inkluderer ernæring som emne, når det passer ind i sammenhængen ([jf. opfølgning af kroniske sygdomme og tilstande](#)).

Stockholmsgade 55
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Der er meget forskellige og upræcise tal for, hvor stor opgave det handler om i almen praksis, og de tal, der forekommer, virker ikke rimelige at lægge til grund for, hvad alle læger bør eller skal gøre systematisk. "I almen praksis er 5-30 % af patienterne i ernæringsrisiko (Jensen 2018, Mastronuzzi). En undersøgelse viser, at 38 % af de ældre, der henvender sig ikke-akut hos deres praktiserende læge, er i ernæringsrisiko (Beck 2001). En anden undersøgelse i almen praksis viser, at 17,5 % af patienter over 70 år, der henvender sig i almen praksis, har et uplanlagt vægttab på over 2 kg (Jensen 2018)."

Der er derfor behov for en betydelig bedre afgrænsning af, hvilke personer og anledninger almen praksis ISÆR bør koncentrere sig om. Her vil det være relevant at indarbejde et begreb som skrøbelighed yderligere, da der i de senere år er kommet fokus på, at intervention over for tidlige tegn på skrøbelighed afføder et potentiale for reversibilitet i eller i det mindste en afbødning i en nedadgående udvikling funktionsmæssigt.

Foruden fysisk rehabilitering og medicingennemgang indgår fokus på ernæring som et centralt element. I forbindelse med beskrivelsen af 'skrøbelighed' bør nok nævnes, at der er tale om en fortløbende proces. Tidlige tegn på begyndende skrøbelighed, som ofte kan komme snigende, vil derfor være hensigtsmæssig at opdage i forbindelse med status- og overblikskonsultationer for kroniske sygdomme og tilstande. Fast vejning og en procedure for at kontrollere, om vægten falder yderligere, er oplagt at anbefale.

Vi vil gerne henvise til Region Nord's sundhedsfaglige informationsmateriale: '[Udredning og behandling af underernæring i almen praksis](#)', som sidst er opdateret i oktober 2019. Det nordjyske materiale anbefaler hvornår og hvordan, der kan være ekstra fokus på området.

De anbefaler 2 kg og ikke som denne vejledning 1 kg som en grænse for intervention. En mere nuanceret tilgang til praksispopulationens vægtændringer vil være hensigtsmæssig. En opblødning som i det nordjyske materiale som fx 'Lægen kan udrede, evt. behandle eller henvise alt efter årsag' vil falde bedre i tråd med, hvordan arbejdet i almen praksis fungerer og formentlig give meget større mulighed for optagelse og anvendelse i daglig praksis.

Endelig finder vi det uhensigtsmæssigt, at man har slået en tidligere vejledning for børneområdet sammen med vejledningen for voksne/ældre, hvilket udover at være to helt forskellige problemstillinger også medfører helt forskellig sprogbrug og flere steder med unødvendig redundans.

Vi står i DSAM gerne til rådighed i forhold til yderligere samarbejde – primært gennem vores udpegede almenmedicinske ældrespecialist Mikkel Vass.

Med venlig hilsen



Anders Beich
Formand, DSAM



Mikkel Vass
Speciallæge i almen medicin, dr.med.



Til Sundhedsstyrelsen
Enhed for Ældre og Demens

Høringssvar til SST: Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko.

5. juli 2021

Sagsnummer
2021-0186147

Dokumentnummer
2021-0186147-1

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune (SUF) takker for at få lov til at kommentere og har med stor interesse læst Sundhedsstyrelsens vejledning: Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis.

SUF finder det meget positivt, at vejledningen understøtter en sammenhængende tværsektoriel og tværfaglig ernæringsindsats og specielt positivt bemærkes forebyggelsesaspektet i forhold til opsporing, hvor alle relevante faggrupper er repræsenteret. Vejledningen favner bredt, men formår stadig at være nuanceret og nå rundt om alle aspekter i forhold til opsporing, behandling og opfølgning af borgere i ernæringsrisiko.

Der er dog enkelte steder, hvor SUF vurderer, at det vil være fordelagtigt med en præcisering og SUF har endvidere nogle specifikke kommentarer.

Flowdiagram over opsporing, behandling og opfølgning i kommunen

Flowdiagrammet over opsporing, behandling og opfølgning i kommunen (Figur 4.1, side 33) er meget informativt, overskueligt og brugbart. Det er positivt at ”tab af fysisk funktionsevne” er indeholdt som en parameter til opsporing, samt at det konkrete måleredskab ”Rejse-Sætte-Sig-testen” angives.

BMI

BMI bliver berørt flere steder i vejledningen. Det vil være en fordel at være tydeligere omkring brugen af BMI i forhold til EVS.

Center for Omsorg og
Rehabilitering
Afdeling for Myndighed
Sjællandsgade 40
2200 København N

EAN-nummer
5798009290403

www.kk.dk

På side 40 i afsnit 4.4.1. ”*Udredning af risikofaktorer og årsager til vægttab og spisevaner: BMI indgår ikke i opsporing af ernæringsrisiko. Hos ældre borgere med BMI under 18,5, er det dog en god ide at stræbe efter vægtøgning ved fastsættelse af mål for ernæringsplan (Inst.kost)*”.

Dette betyder i praksis, at måling af BMI er nødvendig i forbindelse med EVS. Erfaringsmæssigt er måling af BMI også relevant, da det kan give en indikation af, hvor udsat borgeren er ernæringsmæssigt.

I afsnittet Bilag VI: Definitioner og begreber side 125 angives: ”*For raske ældre (65 år og derover) gælder de samme BMI-grænser som for andre voksne (FPK OV). For sygesyge gælder andre BMI-grænser (Kondrup 2003)*”. Der skal muligvis blot stå ”syge”.

Det kunne ønskes, at begrebet ”sygesyge/syge” var præciseret yderligere i vejledningen, da mange plejekrævende ældre har forskellige sygdomme og det kan derfor have betydning for praksis i kommunerne.

I det indledende afsnit 1.3.1. Opsporing af underernæring fremgår det, at der er ”global konsensus” om, at ældre over 70 år med BMI < 22 er i ernæringsrisiko, og at dette forventes at indgå i en ny definition af underernæring, samt blive optaget som ny diagnosekode i ICD. SUF ser frem til denne afklaring.

EVS - Vurdering af spisevaner

Erfaringerne fra SUF er, at kostspørgsmålene indeholdt i EVS (side 37) kan give unøjagtige svar til trods for, at de er validerede. Flere sygeplejersker, der varetager EVS i SUF, har gjort opmærksom på, at spørgsmålene forudsætter et traditionelt måltidsmønster, og at de virker forældede i forhold til danskernes nutidige spisevaner.

I 2019 fik SUF foretaget en undersøgelse af ernæringstilstanden blandt 260 hjemmeboende, ældre borgere > 65 år tilknyttet hjemme-sygeplejen/hjemmeplejen. Konsulentfirmaet BDO varetog ernæringsvurderingen hos borgerne og gjorde forvaltningen opmærksom på, at de vurderede, at spørgsmålene var unuancerede i forhold til afdækning af borgernes appetit.

Kostformer

På side 69 er kostformerne Normalkost, Sygehuskost og Kost til Småtspisende beskrevet. Under Normalkost står: ”*Normalkosten er baseret på De Officielle Kostråd med en anbefaling om at spise planterigt, varieret og ikke for meget (Instkost 2015, Kostråd 2021). Kostrådene suppleres af særlige kostråd til børn og til ældre over 65 år*”.

De nye kostråd fra 2021 er således indeholdt i Normalkosten. SUF foreslår, at det præciseres, hvorvidt Sundhedsstyrelsen vurderer, at

planterig kost også indeholdes i de to andre kostformer: ”Sygehus-kost” og ”Kost til Småtpisende”.

Målgruppe og Populationsanalyse - Ældre borgere i kommunen
SUF ønsker at gøre opmærksom på, at der kan være en fejl i afsnit 2 ”Målgruppe og Populationsanalyse”. Der står *”En undersøgelse fra Ballerup Kommune blandt beboerne på kommunens plejecenter viste, at 99 % var i ernæringsrisiko”*. Dette virker usandsynligt, medmindre der er tale om en gruppe beboere, der er særlig ernæringsmæssigt udsatte.

Venlig hilsen
Cecilie Aarestrup
Chefkonsulent



Att. Sundhedsstyrelsen, Enhed for Ældre og Demens

"Høringssvar vedr. Vejledning om ernæringsrisiko"

Viborg Kommunes høringssvar vedrørende Vejledning om ernæringsrisiko

Dato: 5. juli 2021

Indledning

Hermed fremsendes Viborg Kommunes høringssvar til "Vejledning om ernæringsrisiko".

Sagsbehandler: vpbrkr

Direkte tlf.: 87 87 60 55

Det er Viborg Kommunes vurdering, at vejledningen indeholder gode og relevante beskrivelser af indsatserne overfor borgere, som er i ernæringsrisiko samt at indsatserne vil bidrage til at mindske risikoen for underernæring og uplanlagt vægttab.

Høringssvaret er udarbejdet på baggrund af kommentarer fra Madservice og den kommunale hjemmepleje.

Vejning

Sundhedsstyrelsen anbefaler vejning én gang om måneden på plejecentre og i hjemmeplejen. Dette er en fortsættelse af det tilbud, som Viborg Kommune tilbyder borgerne på plejecentre i dag. I hjemmeplejen tilbydes borgerne vejning hver 3. måned. Vejning hver måned vil derfor medføre ændrede arbejdsgange og øgede udgifter i forbindelse med opgavevaretagelsen.

Skema til ernæringsudredning (EVS)

Vejledningen anbefaler, at EVS bruges som eneste screeningsværktøj til borgerne, som er på rehabiliteringsophold.

Det er Viborg Kommunes vurdering, at NRS 2002 første del om ernæringstilstand med fordel kan benyttes som supplerende værktøj. Derved tages der højde for eventuelt uplanlagt vægttab og nedsat kostindtag før ophold på et rehabiliteringscenter. Disse oplysninger kan dermed indgå i ernæringsplanen.

Det vil derfor være hensigtsmæssigt, at når en borger overgår fra hospital til det kommunale sundhedsvæsen, så medsendes NRS 2002 som standard fra hospitalet til kommunen.

Hvis indholdet i høringssvaret giver anledning til spørgsmål, er I velkommen til at kontakte Viborg Kommune.

Med venlig hilsen

Maila Tandrup
Omsorgschef

FAKD HØRINGSSVAR

Til Sundhedsstyrelsen vedr.

Underernæring: Opsporing, behandling og
opfølgning af borgere og patienter i
ernæringsrisiko

Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis

22. september 2021



FAGLIGT SELSKAB AF KLINISKE DIÆTISTER

Hørings svar

Fagligt selskab af Kliniske Diætister (FaKD) takker for muligheden for at bidrage med hørings svar til:

Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko.

Vi håber at denne vejledning imødekommes positivt. Det vil løfte ernæringsbehandlingen, hvis tværfagligheden imødekommes. Det vil frigøre tid hos plejepersonalet, så de bedre kan løse deres kerneopgaver, hvilket sikrer bedre arbejdsvilkår for alle. Som følge af den afledte samfundsøkonomisk gevinst er vi selv håbefulde for forandringerne.

Indledningsvist ønsker vi at påpege, at der er stor forskel på normering af kliniske diætister i regioner og kommuner, men at vi håber denne vejledning vil gøre det synligt hvor stor evidens der er for at anvende de rette fagligheder til de ernæringsrelaterede opgaver.

FaKD har følgende kommentarer til høringsudkastet:

Side 13, 1. linje:

”oplever NIS” omformuleres til: er påvirket af risikofaktorerne NIS.

Side 13, afsnit 1.6. Effekten af ernæringsindsatser, linje 3-6:

Følgende ændringer anbefales: der anvendes generelt ”per os” i dokumentet; der udføres behandling ved klinisk diætist (ændringer markeret med fed):

Evidensen for ernæringsindsatser omfatter ernæringstilskud med højt proteinindhold (medicinske ernæringspræparater eller andre berigede drikke), sondeernæring, som fuld ernæring eller som supplement til dem, der ikke kan indtage tilstrækkeligt **per os** (gennem munden), samt i særlig grad individuel **behandling** ved klinisk diætist.

Linje 9:

Den tiltagende evidens for omega 3 m.m bør ikke tydeliggøres her. Det kan blive misforstået som en anbefaling, og det er ikke angivet præcist her til hvem, hvor meget eller hvor det er kontraindiceret. Må være op til den individuelle behandling, om det iværksættes.

Obs: foran protein, angiv animalsk protein af høj kvalitet.

Side 14, 3. linje

...de faggrupper, der *oftest* er tilstede ...(tilføj *ofte* for ikke at ekskludere nogle, der ikke er nævnt)

Side 18, afsnit 2.1. Målgrupper linje 13.

...opsporing og *elementer af* behandlingen af uplanlagt vægttab hos borgere og pt. med overvægt.

Tilføj elementer af, da ernæringsterapi ved overvægt/bariatrike pt. er mere komplekst og ikke omfattet her. Energibehovet udregnes efter andre formler, fokus på andre vitaminer/ mineraler, pickwick syndrom m.m. og det kræver de rette kompetencer og faggrupper (kl. diætister) er involveret i denne indsats.

Side 19, linje 5.

Tilføj demens efter neurologiske sygdomme.

Side 19, sidste linje:

Tilføj: ... at patienten initialt skal vejledes til handling og hjælp ift. sit vægttab og den optimale ernæring.

Side 20, sidste afsnit før referencer:

Tilføj: I Danmark anses dette som en utilsigtet hændelse for patienten.

Side 25, afsnit 3. 1. linje 3:

Detaljerede ernæringsindsats og *behandling*...

Side 26, første afsnit:

... se desuden kapitel 10 og 11 (tilføj kap 10)

Side 26, afsnit 3.2. behandling af ernæringsrisiko:

Ernæringsbehandling som består af udarbejdelse af ernæringsplan (kostform og risikofaktorer) , (*tilføj*) administration af ernæringsplan (indgift og udførelse), individuel ernæringsbehandling (*tilføj*) herunder diætbehandling.

Side 27, afsnit 3.3. Opfølgning.

Tilføj efter 1. afsnit at vægten som måleredskab ikke viser muskelmassen eller væskeophobning/ ødemer, og at måleredskabets resultater kræver faglig indsigt.

Side 27, afsnit 3.3. Opfølgning 2. afsnit:

... eller ikke giver mening...

Omformuleres til: fravælges af borgere eller patient. Fravælgelsen af ernæringsterapi/ behandling dokumenteres, og tvang kan blive nødvendig ud fra et fagligt dømm.

Side 31, afsnit 4.1.3. punktliste, 5. punkt:

Begrebet ”ernæringsrigtig” er kun anvendt denne ene gang i hele dokumentet. Det anbefales at udskifte begrebet med fx ”velsmagende og energitæt” mad.

Side 32, afsnit 4. 1. afsnit:

... dermed ikke kun vand og saft.

Behov for faglig uddybning: Saftevand tilbydes mange steder for hyppigt, hvilket ikke er positivt for tandsundheden eller for ernæringsbehandlingen, da det bidrager med ”tomme kalorier” og kan tage pladsen og appetitten for andre næringsrige drikke.

Forslag til supplerende tekst:

Soft indeholder oftest meget sukker og sure, hvilket er dårligt for tandsundheden og tandhygiejnen. Den søde smag påvirker de ældres smagssans så maden smager anderledes, hvilket kan give en falsk mæthedsfornemmelse samt påvirke deres appetit negativt.

Ældre på plejecenter anbefales kalorierholdige drikke med flere næringsstoffer og kalorier.

Kilder: Socialstyrelsen. National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen. Socialstyrelsen; 2013.

Bellisle F, Drewnowski A, Anderson GH, Westerterp-Plantenga M, Martin CK. Sweetness, Satiety, and Satiety. J Nutr. 1. juni 2012;142(6):1149S-1154S.

Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, m.fl. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. juni 2018

Side 33, figur:

I kassen med Ernæringsbehandling/ ernæringsplan/ *tilføj diætbehandling*

Side 34, afsnit 1. opsporing

Den ældre bliver tilbudt vejning... (dvs de kan fravælge det) Uddyb fx: Såfremt det fravælges trods kyndig professionel vejledning ved en ernæringsfaglig, føres det til dokumentation og den behandlingsansvarlige orienteres omkring fravalget.

Side 36, afsnit 4.3.1. tekst før sidste tekstboks i afsnittet:

Ældre i terminalfasen...

Tilføj: henvises til palliative indsatser efter behov og tilbydes mad og drikke, efter lyst og evne.

Vejning og ernæringsbehandling anbefales ikke ift. klinisk funktion eller af etiske årsager, men ønskes fuld ernæring kan det fortsat gives, efter eget ønske.

Tilføj evt. afsnit vedr. information omkring terminaltilskud?

Side 40, punktliste, 5. punkt:

Ændre begrebet "ernæringsdrikke" til ernæringspræparater, jf. begreb anvendt af Lægemiddelstyrelsen og i VEJ nr. 115. af 8. december 2006 om tilskud til lægeordinerede ernæringspræparater (der er ligeledes omfattet, is, buddinger, desserter mv.)

Desuden anbefales ændring af formulering i sidste sætning til:

Almen praktiserende læge samt klinisk diætist kan hjælpe og vejlede i valg af ernæringsprodukt. Ved sygdomsbetinget væggtab eller alvorlig svækkelse jf. VEJ nr. 115. af 8. december 2006, kan almen praktiserende læge og i nogle tilfælde klinisk diætist udarbejde ernæringsordination, som berettiger til offentligt tilskud.

Reference: VEJ nr. 115. af 8. december 2006 om tilskud til lægeordinerede ernæringspræparater

Side 46, hele kapitel 5.

Vurderes til at være for bredt for modtageren at læse og handle efter kapitlet, når det omfatter både indlagte, dagsbehandling og ambulante.

Side 47, flowdiagrammet 1-3

Præciser om det bruges point eller score.

Side 47, afsnit 2. Behandling a, Udredning: ...gennemføres en grundig ”undersøgelse”. Vores faggruppe anser dette som et led i den grundige ernæringsvurdering og en opg. KD har kompetencer til og følger efter vores arbejdsmetode med NCP modellen. Der kan være tvivl ved modtageren, hvad denne grundige undersøgelse er og fx om der er adgang til at vurderer pt's kropssammensætning, og hvis ikke om undersøgelsen så er grundig nok.

Side 47, afsnit 3. Opfølgning

...IT-systemer kan (tilføj: ESTIMERE) udregning af behovet for energi og protein...beregne lyder for præcist og der kræves altid en faglig vurdering også, da der kan være indsat forkerte tal m.m.

Side 47, Afslutning

Indfør at ernæringsoplysninger skal fremgå i udskrivelses/overflytningsepikrisen.

Side 48, afsnit 5.2. Opsporing under indlæggelse på sygehus

I afsnittet om patienter på intensivafsnit, ønsker vi at rette opmærksomhed på, at de afd. der modtager pt. fra intensivafsnit, skal være særlig fokuserede på den ernærings-kløft (nutrition gab) der er dokumenteret ved disse overflytninger. Det anbefales, at disse pt. tilses af en KD mhp. den videre ernæringsplan, så den intensive ernæringsterapi og indsats ikke går til spilde i overgangen ml. afdelingerne.

Side 48, Fremgangsmåde:

Patienten vejes og måles...

Ad vejning: kan det være korrekt at vægtens angives afrundet i hele kilo? Dette må være en fejlformulering. Vægten skal angives korrekt, dvs. ikke afrundet, da den er grundlag for beregninger og vurderinger, hvor den korrekte angivelse er essentiel for korrekt behandling.

ad måling af højden:

I praksis tages der ofte udgangspunkt i oplyst højde. Skal det med om det er i orden?

Side 55 ved punktliste vedr. blodprøver, punkt 2:

Tilføj blodprøver som zink, fæcescalprotectin ift. malaborbtion/ andre sygdomme.

Side 57, 3. afsnit ift. kostregistrering:

Sygeplejerske og plejepersonale = det er det samme. Skriv: Plejepersonalet eller andre.

Kan nemlig også være andre, fx diætister som udfører kostreg. Såfremt de er ansat og organiseret i afd. og har dette som arbejdsområde.

Side 58, andet afsnit.

G = skriv gram.

Side 59 behandling i ambulant regi:

Der kunne med fordel angives, hvem der udfører hvilke opgaver.

Side 70, afsnit 7.4. 1. linje:

.. bør tilbydes borgere og patienter (fjerne skråstreg)

Side 70, afsnit 7.5. særlige diæter, linje 6-8 samt rettes på side 156:

Vi anbefaler følgende ændrede formulering:

Ældre i ernæringsrisiko bør generelt ikke anbefales en diæt uden tæt samarbejde med en læge eller klinisk diætist. Da ernæringsindsatsen ofte er en kompleks diætetisk opgave, kan der være behov for at inddrage en klinisk diætist, som også kan opstarte en diætbehandling.

Side 70, afsnit 7.4. afsnit vedr. væske, efter punktliste:

Følgende tilføjelse anbefales:

... der kan bevilges som hjælpemiddel (jf. Serviceloven § 112), hvis det vurderes, at dysfagi er en varig tilstand.

Følgende ændring anbefales:

I det omfang hvor det er muligt, bør der anvendes drikkevarer, som har naturligt fortykkede konsistenser, som fx **ernæringsdrikke, koldskål, kærnemælk, kakao**, idet brugen af fortykkelsesmiddel påvirker livskvaliteten nega-tivt og kan medføre dehydrering og underernæring

Der kan ikke anvendes eksempler (drikkeyoghurt og smoothie), hvor der er risiko for klumper i produktet samt hvor næringsindholdet kan være tvivlsomt ift. hvad der anbefales til mennesker med dysfagi.

Side 71, afsnit 7. medicinske ernæringspræparater:

Det anbefales at der tilføjes et kort afsnit vedr. andre ernæringsdrikke, som ikke er tilskudsberettigede, hvor forskellen på disse præciseres. Dette findes nødvendigt, da det opleves at nogle regioner forsøger at reducere anvendelsen af ernæringsdrikke med tilskud.

Side 71, 7.7. tilskud af D-vitamin:

Angiv at der på de kommunale osteoporoseskoler og på endokrinologiske afd. skærpes opmærksomheden på D-vit og kalk og det anbefales at have fokus på opsporing for vægttab hos borgerer/ patienter med osteoporose...

OBS! Vedr. behov for lægeordination.

Det anbefales at der sker afklaring med Styrelsen for Patientsikkerhed vedr. lægeordinerede vitamin- og mineraltilskud. Jf. STPS ”Al den medicin, som patienten får, skal skrives på en lokal medicinliste. Medicinlisten skal både omfatte receptpligtig medicin og naturlægemidler, kosttilskud og håndkøbsmedicin. Det gælder både dosisdispenseret medicin og medicin dispenseret af personalet samt medicin, som patienten selv eller pårørende administrerer”

Reference: <https://stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/vejledning/haandtering-af-medicin/korrekt-haandtering-af-medicin-uden-for-sygehusene/ordination-af-medicin-og-dokumentation/#>

Se endvidere:

<https://www.laeger.dk/nyhed/PLO-spoergsmaal-og-svar-om-fmk#kosttilskud>

Og vedr. regler for administration:

<https://stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/vejledning/haandtering-af-medicin/korrekt-haandtering-af-medicin-uden-for-sygehusene/haandkoebsmedicin,-naturlaegemidler-eller-kosttilskud/>

Side 72, 7.9. Sondeernæring, 1. linje:

Det anbefales at formuleringen præciseres:

Til borgere og patienter, som ikke kan synke eller optage sufficient ernæring og væske per os (gennem munden), kan der være behov for sondeernæring. Til borgere og patienter hvor lægen vurderer at indtag af ernæring og væske per os (gennem munden) er insufficient for at dække næringsstofbehovet, er sondeernæring indiceret, jf. VEJ 115.

Reference: VEJ nr. 115. af 8. december 2006 om tilskud til lægeordinerede ernæringspræparater.

Side 73, tabel 7.2 RFS

Vi retter opmærksomhed på, at risikoen for RFS ikke må stå i vejen/blokere for eller forsinke sufficient ernæring for de indlagte. Sættes de rette kompetencer i brug, forekommer RRS sjældent, men nogle afdelinger kan blive usikre på monitoreringen og kan tilbageholde ernæringen af unødvendige årsager. Det er væsentligt at patienterne ernæres forsvarligt og sufficient, fx efter sikre optitreringsskemaer eller ved at inddrage en klinisk diætist ved højrisiko patienter. Desuden at der handles på de blodprøver som tages- uanset om det er weekend eller helligdage, eller på sygehus eller i primær sektor.

Generelle kommentarer til side 81-95

- Generelt savnes mulighed for at vurdere (risiko for) underernæring hos børn (uanset udgangspunkt) ved hurtig nedadgående vægt for højde fald (2 sd).
- Alle indlagte børn som får ernæringsterapi, burde automatisk screenes positiv i ernæringscreening, så ernæringsplanen kan tilpasses evt. ændringer i sygdomsbehov.
- Energibetegnelse hos børn, burde også angives i kcal. Kcal er den enhed de fleste mennesker og sundhedspersoner kender til. Dette for at minimere risiko for fejl.
- Mindre fokus på protein hos børn, da proteinbehov nemmere opnås ved opnåelse af energibehov, medmindre der er tale om catch-up growth
- Ift. sondeernæring – kontraindikationer tager ikke højde for hvorvidt der er tale om gastro- eller jejunomsonde. Her bør præciseres for dette.

Side 97, kompetencer, linje 14:

...ernæringsassistenter og køkken/kostfagligt personale.

Side 99, afsnit 10.3.2. kliniske diætister. Nederste afsnit, linje 8:

Kliniske diætister bør inddrages ved behov for særlige diæter, ernæringspræparater og konsistenstilpasning. De specifikke borger- og patientgrupper vil typisk være kritisk syge og borgere og patienter med multisygdom, kronisk sygdom, fejl- og underernæring (**BEK 880**).

Side 101, referencer:

Følgende reference bedes tilføjet:

BEK 880: Sundheds- og Ældreministeriet. BEK nr 880 af 30/09/1996. Bekendtgørelse om virksomhed som klinisk diætist. København: Sundhedsstyrelsen; 1996. www.retsinformation.dk

s. 152, bilag XII, første afsnit vedr. standardisering af vejning, punktliste, punkt 4:

Det er relevant at tilføje vægt for kørestol, benstøtter, sejl, mv. da dette er en hyppig fejlkilde i praksis. Forslag til formulering:

- notere resultat, dato og påklædning samt vægt for kørestol, benstøtter, sejl mv. (hvis relevant) i relevant omsorgssystem

Side 156, nederste tekstboks, tygge- og synkebesvær, punktliste, sidste punkt:

Ernæringsassistenter og køkken/kostfagligt personale kan hjælpe med tilretning af madens konsistens, eller der kan visiteres til anden kostform gennem madservice.

Generelle bemærkninger og kommentarer:

- Generelt hos alle indlagte på sygehus, bør alle som allerede modtager ernæringsterapi score positiv på ernæringsscreening – for at tilgodeses at ændringer i sygdomsbehov (stressmetabolisme) tilgodeses.
- Nutrition impact symptoms (NIS) burde erstattes af en dansk betegnelse
- Flot at GLIM kriterierne inkluderes i vejledningen.

På vegne af FaKDs bestyrelse

Formand Mette Theil, klinisk diætist

Luise Persson Kopp, MHS, klinisk diætist

Randi Tobberup, ph.d., MSc., klinisk diætist

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Reference: MNSL
Sendt til: aed@sst.dk

5. juli 2021

Hørings svar vedr. vejledning om ernæringsrisiko

BrancheForeningen FMF – Fødevarer til Medicinske Formål har modtaget ”Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko” i høring, og vil gerne fremføre følgende bemærkninger til vejledningen.

Generelle bemærkninger

BrancheForeningen FMF, som er brancheforening for producenter og leverandører af fødevarer til særlige medicinske formål i Danmark, vil gerne kvittere for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstyrelsen nye vejledning om ernæringsrisiko. Det er generelt et rigtig godt udført arbejde og et vigtigt skridt i den rigtige retning med henblik på at forbedre det kliniske forløb og sikre en tidligere opsporing af borgere og patienter, der er i risiko for underernæring.

Udover at fremme livskvaliteten og helbredet hos borgere og patienter i ernæringsrisiko vil en mere sammenhængende og tidligere indsats også mindske presset på sundhedsvæsenet, da en korrekt og rettidig ernæringsbehandling mindsker genoptræningsbehov og risiko for genindlæggelse samt dødelighed signifikant.

En undersøgelse om vægt og ernæring blandt patienter med kræft eller KOL foretaget i 2019 af YouGov for FMF viste, at hver fjerde (24 pct.) kræft- og KOL-patient, der har tabt sig, oplevede, at der ikke blev taget hånd om deres vægttab. Derudover svarede fire ud af ti (40 pct.) alvorligt syge patienter desuden, at de ikke blev vejet i deres sygdomsforløb. Dette underbygges eksempelvis af, at der for nuværende i de nationale kræftpakker ikke er krav om, at der skal oplyses om vægttab ved henvisning, eller

at patienten initialt skal vejledes omkring sit vægttab. Det er derfor vigtigt, at den nye vejledning kommer ud og leve i praksis, så alle borgere og patienter får en god og lige adgang til ernæringsfaglig behandling af underernæring eller risiko herfor.

Generelt er det vigtigt, at der i vejledningen tydeligt skelnes mellem ”medicinske ernæringspræparater / medicinske ernæringsdrikke” og andre proteinberigede fødevarer. Medicinske ernæringsdrikke følger eksempelvis dansk og europæisk gældende lovgivning om fødevarer til særlige medicinske formål, hvilket ikke er tilfældet for proteinberigede fødevarer, som kan købes i dagligvarebutikker mv. Dette er særligt vigtigt i forhold til fuldgyltige medicinske ernæringsdrikke, hvor evidensgrundlaget og tilskudsmulighederne kun gælder for fødevarer til særlige medicinske formål på grøn recept.

Derfor bør sprogbrugen i vejledningen og de enkelte afsnit være konsistent i brugen af disse begreber. Eksempelvis bør der generelt skrives sondeernæring og ikke en vekslen mellem enteral ernæring og sondeernæring. Det samme gør sig gældende for så vidt angår medicinske ernæringsdrikke og drikke beriget med protein. Eksempelvis nævnes hjemmelavede ernæringsdrikke på side 88, hvilket medfører en begrebsforvirring og sammenkobling af to ikke sammenlignelige produkter.

Det fremgår ikke af vejledningen, hvordan man kan sikre god og tilstrækkelig kommunikation mellem sekundær og primær sektor ved udskrivelse eller ved indlæggelse. Dette er et centralt problem at forbedre det kliniske forløb for patienter, der er i risiko for underernæring eller underernæring. FMF efterlyser derfor, at konkrete bud på løsninger udførligt er beskrevet i vejledningen. Det samme gør sig gældende i forhold til ansvarsplaceringen ved udførsel af diverse opgaver og tiltag, herunder særligt i sektorovergange og kommunale opgaver på plejehjem og i hjemmepleje. Eksempelvis nævnes MEDCom, som et anvendeligt system til kommunikation ved udskrivelse, jf. side 103. Det bør undersøges og beskrives nærmere, herunder om det er muligt at indskrive ernæringsplan i MEDCom og i forhold til anvendelse af diagnosekoder.

Specifikke bemærkninger

I afsnit 1.5. Risikofaktorer for ernæringsrisiko og underernæring, jf. side 12, bør det overvejes at tilføje smerter som et selvstændigt punkt, da dette også er en risikofaktor, som bidrager negativt til ernæringstilstanden og bør vurderes i forhold til den enkelte borger og patient.

I afsnit 1.6. Effekten af ernæringsindsatser, jf. side 13, fremgår det, at evidensen for ernæringsindsatser både omfatter medicinske ernæringsdrikke eller andre berigede drikke. Disse er skrevet sammen som ”ernæringstilskud med højt proteinindhold”. Såfremt studier er baseret på medicinske ernæringsdrikke eller andre berigede drikke bør det fremgå tydeligt, hvad der er tale om, eftersom der er stor

forskel herpå. Endelig bør ”protein af høj kvalitet” uddybes yderligere. Det samme gør sig gældende i afsnit 8.1.

I tabel 3.1. Opsporingsredskaber, jf. side 26, nævnes vejning i almen praksis. Det bør fremgå, hvor vejningen bør finde sted, og hvordan den dokumenteres.

I punkt 2. Behandling, jf. side 34, bør ordination af medicinske ernæringsdrikke indgå som en mulig ernæringsbehandling eller som minimum en mulighed, der vurderes løbende. Dette kan også tilføjes til pointsystemet i afsnit 4.4. Behandling af ernæringsrisiko, jf. side 38.

Det fremgår endvidere af afsnit 4.4. Behandling af ernæringsrisiko, jf. side 38, at kommunen med fordel kan udarbejde lokale vejledninger og instrukser, der beskriver den lokale organisering af behandling af ernæringsrisiko, og at kommunen kan lade sig inspirere af anbefalinger til god praksis, som er beskrevet i konkrete cases. Det kan med fordel præciseres i disse cases, hvem der i kommunen har det reelle ansvar for, at dette bliver gjort.

I afsnit 4.4.1. Udredning af risikofaktorer og årsager til vægttab og spisevaner fremgår det, at der kan ordineres ernæringspræparat, hvis patienten har tabt sig, jf. side 40. I vejledningen om tilskud er det dog imidlertid ikke nødvendigt, at man har tabt sig. Da det er u hensigtsmæssigt at patienten i behandlingsformålet først taber sig for at kunne komme i betragtning til behandlingen. Selve risikoen for et vægttab på 10 pct. over 3-6 måneder kan udløse recept. Det bør specificeres, så den praktiserende læge ikke venter på, at patienten taber sig før recepten gives. Dette nævnes også på side 66.

I afsnit 4.5.3. Kost- og væskeregistrering, jf. side 42, står det beskrevet, at der ved vedvarende manglende opfyldelse af målsætningen inddrages klinisk diætist, og der tages kontakt til den praktiserende læge med henblik på indikation for sondeernæring. Her bør ordination af medicinske ernæringsdrikke tilføjes som en mulig behandling inden sondeernæring. Dette gør sig også gældende i afsnit 9.3.2. Kostform, jf. side 87.

I afsnit 5.4.2. Afslutning af behandling under indlæggelse på sygehus fremgår det, at der bør være evidensbaserede instrukser eller standarder, der gør det nemt og tydeligt at sikre en god overlevering af patienten/borgeren på tværs af sektorerne, jf. side 58. Her bør dysfagikost, fortykningsmidler og medicinske ernæringsdrikke tilføjes til listen.

I afsnit 6.2, jf. side 66, bør parenteral ernæring ændres til sondeernæring idet praktiserende læge ikke bør ordinere parenteral ernæring (IV ernæring).

I afsnit 7.6. Medicinske ernæringspræparater bør der også henvises til fødevarer til særlige medicinske formål, og hvad dette konkret betyder, herunder egen lovgivning, mulighed for tilskud på 60 pct. via den grønne recept mv.

I tabel 9.3. Diagnosevurdering, jf. side 83, bør psykiatrisk behandling og nedsat appetit som følge af medicinsk behandling tilføjes til tabellen som en risikofaktor.

I afsnit 10.3.2. Kliniske diætister og professionsbachelor i ernæring og sundhed, jf. side 99, fremgår det, at kliniske diætister har kompetencer til selvstændigt at påtage sig ansvaret for håndtering af komplekse diætetiske problemstillinger i et tværprofessionelt samarbejde i forhold til specifikke patientgrupper og selvstændigt at understøtte sammenhængende diætetiske forløb for borgere og patienter, både i det primære og i det sekundære sundhedsvæsen. Her bør det tilføjes, at kliniske diætister også har den delegerede ordinationsret til medicinske ernæringsdrikke.

FMF står naturligvis til rådighed, såfremt Sundhedsstyrelsen har spørgsmål til ovenstående bemærkninger. Derudover vil FMF gerne anmode om, at brancheforeningens hovedpostkasse info@fmfnet.dk fremadrettet kommer på høringslister i Sundhedsstyrelsen.

Med venlig hilsen

Jeppe Rønnebæk Kongsbak

Sekretariatschef

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Ældre og Demens
aed@sst.dk

Hørings svar vedr. Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko.

Tak for muligheden for at bidrage til udarbejdelsen af vejledningen samt opdateringen af de supplerende materialer. Og tak for muligheden for at kommentere høringsudkastet.

Det har været en stor fornøjelse at arbejde sammen med sagsbehandlere fra alle tre involverede enheder i Sundhedsstyrelsen.

Underernæring er, som det også fremgår af vejledningen, fortsat et underprioriteret og til tider overset problem i det samlede danske sundhedsvæsen. Det er vores store håb, at vejledningen og dens udvidelse til også at omfatte almen praksis vil gøre en forskel for de mange danskere i ernæringsrisiko.

Kost og Ernæringsforbundets medlemmer er uddannet til at opspore, behandle – gennem professionel vejledning, tilrettelagt og tilberedt mad og måltider - samt at følge op på ernæringsrisiko og underernæring, og vi takker for inddragelsen i processen. De medlemmer, som har bidraget, skal ligeledes have stor ros og anerkendelse for det kæmpe arbejde de sammen med Sundhedsstyrelsen og de øvrige i arbejdsgruppen har lagt i at fusionere to gamle vejledninger, trække viden og erfaring ind fra praksis, søge litteratur samt at få to sektors sprog og praksis til at hænge sammen.

At der stadig er brug for at arbejde med et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor patienten og borgeren er i centrum, skinner særligt igennem i denne vejledning. De mange timers tovtrækkeri om formuleringer mellem regional og kommunal praksis viser, at der på dette område er brug for yderligere ensretning, nemmere arbejdsgange, adgang til data for de sundhedspersoner, der løfter opgaverne, en platform til systematisk indsamling af data, samt en tydeliggørelse,

7. juli 2021

Kost og Ernæringsforbundet

Holmbladsgade 70
2300 København S

Dir. 31636607
mla@kost.dk

www.kost.dk
facebook.com/forbundet

inddragelse og anerkendelse af de kompetencer, som uddannes specifikt til at løse denne problematik.

Den gennemgående brug af "bør" på trods af evidens for "skal" i vejledningen viser også, at ernæring fortsat ikke er prioriteret højt nok, selvom rettidig ernæringsbehandling er samfunds- og sundhedsøkonomisk rentabelt, ligesom god ernæringstilstand giver god livskvalitet.

Lovgivningen på området er fortsat vagt formuleret, og det er vores håb, at også Sundhedsstyrelsen efter udarbejdelsen af denne vejledning vil arbejde for, at ernæringsbehandling bliver tydelig i lovgivningen og integreret i landets sundhedsdata.

Det er i processen og målgruppebeskrivelsen tydeliggjort, at de voksne danskere, som får hjælp under fx sociallovgivning er ringere stillet ift. tidlig opsporing, udredning, behandling og opfølgning af ernæringsrisiko, og vi mener, det er problematisk, at disse danskere ikke har samme muligheder og adgang til behandling af deres ernæringsproblematikker. Det er et ønske herfra, at også denne gruppe danskere i fremtiden kan inddrages i en vejledning og dermed få den hjælp, de behøver.

Kost og Ernæringsforbundet er en del af Forum for Underernæring, som står bag en række anbefalinger for fremtidens ernæringsbehandling. Her tydeliggøres det af parterne, at der er brug for nationale data for underernæring, hvilket også problematiseres flere gange i løbet af høringsudkastet. Det er fortsat vores overbevisning og håb, at systematisk registrering af sundhedsdata omkring uplanlagt vægttab, forekomst af underernæring og behandling bliver en realitet, så det bliver muligt for relevante borgere og patienter at få rettidig behandling på tværs af sektorer. Derfor bør ernæringsbehandling også indgå i de nationale kvalitetsmål.

En anden problematik, som er blevet tydelig i processen, omhandler, hvilke kompetencer der uddannes til at bidrage til det tværfaglige samarbejde omkring rettidig opsporing, behandling og opfølgning af ernæringsrisiko. Særligt de Professionsbachelorere i ernæring og sundhed, som uddannes til at opspore ernæringsrisiko og selvstændigt igangsætte og varetage ernæringsbehandling i det samlede sundhedsvæsen, men som ikke autoriseres, har været svære at indarbejde i vejledningen, på grund af fraværende af en beskyttet titel. Vi håber Sundhedsstyrelsen vil bakke op om behovet for en autorisation af professionsbachelorere i ernæring og sundhed.

Det er vores ønsker og ambition, at Kost og Ernæringsforbundets medlemmer – de ernæringsprofessionelle, går forrest for at sikre

implementering af vejledningen i praksis, samle data og forske, og dermed sikre fortsat udvikling på området. Vi håber, at deres bidrag til indsamling af sundhedsdata vil sikre, at næste revision af vejledningen vil tage afsæt i en systematisk litteraturgennemgang med inddragelse af flere danske data.

Vi glæder os til at se effekten af vejledningen og stiller os fortsat til rådighed i kampen mod underernæring i Danmark.

Med venlig hilsen



Ghita Parry
Formand

Og



Mie Lauwersen
Sundhedspolitisk konsulent



NOTAT

05-07-2021

EMN-2021-00935

1455073

Ann Vilhelmsen

Danske Regioners høringssvar om vejledningen ”Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko”

Sundhedsstyrelsen har den 7. juni 2021 sendt vejledningen ”Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko” i offentlig høring. Danske Regioner har med bidrag fra regionerne lavet ét samlet høringssvar. Herunder følger først Danske Regioners overordnede bemærkninger og dernæst de mere tekstnære bemærkninger.

Overordnede bemærkninger

Det er positivt, at vejledningen fra 2008 er revideret, at kommuner og almen praksis er inkluderet i målgruppen, og at der er fokus på fælles redskaber, som kan lette oplæring og samarbejde på tværs. Det er tydeligt, at der er lagt mange kræfter i revisionsarbejdet, men det nuværende omfang og format kan dog få afgørende betydning for brugervenligheden. Generelt kan Danske Regioner frygte, hvorvidt vejledningen er til at forstå og handle ud fra, særligt blandt ikke-ernæringsfagligt uddannet personale.

Danske Regioner vil opfordre Sundhedsstyrelsen til, at anbefalinger for hver sektor bliver kogt ned til det væsentligste – gerne i enkle tabeller og oversigter, og at uddybende beskrivelser, referencer mv. fremgår sidst i vejledningen. Det kan her overvejes at samle de konkrete anbefalinger i ét kapitel eller først i hvert kapitel.

Det er desuden Danske Regioners indtryk, at vejledningen ikke er tilstrækkeligt gennembearbejdet. Der mangler korrekturlæsning, og der er flere uoverensstemmelser i dokumentet – særligt i forhold til struktur, detaljegrad, gentagelser og sprogbrug. Hertil kommer, at der endnu er afsnit i vejledningen, hvor der mangler tekst, hvorfor disse heller ikke har været mulige at kommentere på. Det samme gør sig gældende for nogle af tabellerne. Og for bilagene er der også manglende beskrivelser af enkelte dele.

Som eksempler på ovenstående kan nævnes, at energi og protein er forskelligt angivet. Nogle steder står det kun anført i kcal, mens det andre steder står i både kcal og kJ. Ligeledes anvender vejledningen forskellige begreber for det samme, fx "kost til småtspisende" ét sted og "energi- og proteinberiget kost" et andet sted. På samme vis er der divergens mellem brug af betegnelsen "point" og "score". Ligeledes er anvendelsen af danske og engelske udtryk ikke ensartet. Det anbefales, at terminologien ensrettes for ikke at skabe forvirring.

Der er generelt behov for, at vejledningen bliver mere praktisk anvendelig og mindre omfangsrig. Her kan der evt. være inspiration at hente i det norske helsedirektorats "Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring". En mulighed er også at oprette ankerlinks i læsevejledningen, så læseren har mulighed for at gå direkte til det kapitel, der har relevans for vedkommende.

Hvert kapitel slutter med en omfattende referenceliste, som bidrager til vejledningens længde, men også en afbrudt læserytme. Et forslag kunne være at sætte referencelister for hvert kapitel ind som bilag sidst i vejledningen, evt. kombineret med et link til referencelisten i slutningen af hvert kapitel.

Danske Regioner savner et større fokus på borgere med psykisk sygdom, som årsag til underernæring. Anbefalingerne vedrørende ernæringscreening er fx primært målrettet patienter med somatisk sygdom. Det overrasker også, at alle patienter bliver skåret over én kam i forhold til ernæringsvurdering af alle indlagte over 24 timer uden at skele til erfaringerne med 2008 udgaven.

Det undrer Danske Regioner, at Sundhedsstyrelsen ikke har foretaget en systematisk litteratur gennemgang – særligt taget i betragtning, at den seneste vejledning fra Sundhedsstyrelsen er fra 2008. Flere af referencerne i vejledningen er noget tvivlsomme i forhold til deres evidensniveau. Det gælder fx "Den Nationale Kosthåndbog" og "Den Danske Institutionskost fra 2015". I stedet kunne Sundhedsstyrelsen evt. henvise til guidelines og instrukser på sygehusene eller til Dansk Selskab for Klinisk Ernæring. I forhold til tilskudsdrikke og sondeernæring kunne der henvises til fx Lægemedelstyrelsens hjemmeside for ernæringspræparater, hvor indholdet opdateres fire gange årligt og med gennemgang af alle præparater og tilskudsmuligheder: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/tilskud/ernaeringspraeparater-med-tilskud/>.

Danske Regioner bemærker desuden, at vejledningen anvender kcal i stedet for kJ, som der i mange år har været tradition for i Danmark. I den sammenhæng bør det præciseres, hvilken vægt der skal anvendes i forhold til anbefalinger for antal kcal/kg samt g protein/kg. Og er der tale om idealvægt, justeret vægt eller aktuel vægt?

Det bør også overvejes, at der udover den meget generelle anbefaling på henholdsvis 27 kcal og 30 kcal/kg kan suppleres med et skema over anbefalinger for energi- og proteinbehov relateret til forskellige diagnoser og alder. På den måde vil vejledningen blive mere målrettet individuel ernæringsbehandling.

Danske Regioner er enig i afskaffelsen af den primære screening – i overensstemmelse med den oprindelige intention bag NRS2002. Imidlertid vil det være relevant, hvis vejledningen kunne undtage specifikke målgrupper/afdelinger for ernæringscreening. Det er ligeledes et ønske, at der også er mulighed for at undlade NRS2002 ved patienter i behandlingsforløb, hvor ernæringsrisiko stort set altid er uundgåelig. Samtidig er Danske Regioner ikke enig i anbefalingen om at foretage ernæringscreening i forbindelse med udskrivelse. Det bliver vanskeligt at implementere i praksis.

NIS er angivet flere steder i vejledningen. Det foreslås i stedet at anvende den danske betegnelse: Kostbegrænsende faktorer. Alle risikofaktorer kan med fordel samles under det danske udtryk og defineres som ernæringsbegrænsende faktorer (i stedet for risikofaktorer). Det er uklart, hvad der er forskellen på NIS og andre risikofaktorer. Ligeledes er det uklart, hvad der menes med "fuld ernæring".

GLIM kriterierne nævnes flere steder i referencerne. De er dog på nuværende tidspunkt ikke godkendt til at udløse en diagnose, hvorfor det vurderes uhensigtsmæssigt at inkludere dem i vejledningen.

Tekstnære bemærkninger

Region Hovedstadens tekstnære bemærkninger er vedlagt som bilag, idet de i sig selv udgør 18 sider. De øvrige regioners tekstnære bemærkninger er samlet i skemaet herunder. Alle regioners tekstnære bemærkninger er dog at betragte som en del af dette høringssvar.

Kapitel / afsnit	Bemærkning
1	Det foreslås, at begrebet "Ernæringsrisiko" udgår af publikationen og konsekvent erstattes med "Underernæring" eller "Risiko for underernæring". Dette skal ses i lyset af, at begrebet "Ernæringsrisiko" er uklart. Samt at ernæringsrisiko (nutritional risk) er det samme som risiko for fejlnæring (malnutrition), som definitions-mæssigt (WHO) indeholder andre ernæringsrelaterede sygdomme end underernæring (bl.a. overvægt og fedme).

	I den sammenhæng kan sætningen "Nogle borgere og patienter i ernæringsrisiko vil være underernærede..." oversættes til "Nogle borgere og patienter i risiko for underernæring vil være underernærede...". Sætningen er unødvendig. Det er givet, at nogle af de patienter eller borgere, som screenes for underernæring, vil være underernærede.
1.1	Formålet synes uklart. Det kan evt. præciseres i stil med følgende: "Formålet er at forebygge og behandle underernæring i Danmark, herunder at vurdere risiko for underernæring og give borgere og patienter i risiko for underernæring målrettet ernæringsbehandling."
1.3	Det kan overvejes at lave et definitionsafsnit, evt. i tabel.
1.5	Det foreslås at ændre titlen til "Risikofaktorer for underernæring". Samtidig kan der med fordel fokuseres på de kostbegrænsende faktorer og anvende den term.
1.5	Begrebet "nedsat appetit" anvendes som en risikofaktor, der bidrager negativt til ernæringstilstanden. Nedsat appetit er en anelse ukonkret. For hvorfor er der nedsat appetit? Skyldes det cytokiner, kvalme, mundsvamp, psykiske bekymringer, smerter eller andet?
1.6 (+ bilag V)	I sætningen "... samt i særlig grad individuel vejledning ved klinisk diætist" bør termen ernæringsbehandling anvendes i stedet. Det er ikke hensigtsmæssigt, at det i første afsnit beskrives, at der er "stigende evidens for brug af omega 3, D vitamin etc.". Det bør slettes, da målgruppen ikke er nævnt, og der ikke er dokumentation for brug af særlige tilskud af omega 3 til den almindelige borger eller patienter i behandling. Det undrer, at EFFORT studiet (Schuetz 2019 et al) ikke er nævnt i afsnit eller bilag. Fokus på kirurgiske patienter synes desuden for stor i bilaget.
3, 4 og 5	Det er ikke læsevenligt, at kapitel 3-5 har stort set samme overskrift. Der bør differentieres mere klart i overskrifterne – eller lade fx "Sygehus" eller "Kommune" stå først i de ellers lange titler.
4	Kapitlet synes uklart. Begreber som "sunde mad- og måltidsvaner" bør forklares. Det samme bør "sund og varieret kost".
4.1	"... og det er vigtigt at forebygge ernæringsrisiko så tidligt som muligt. Forebyggelse af ernæringsrisiko bidrager til at sikre..." foreslås omskrevet til "Det er vigtigt at forebygge underernæring, da det bidrager til...".

4.1.3	<p>Linje 9-10: Det er uklart, hvad der menes med: "Afdækning af den ældres ernæringsbehov – og ønsker samt tilpasning af madens ernæringsindhold hertil". Menes der: Afdækning af den ældres behov for mikro- og makronæringsstoffer og den ældres ønsker til den mad, der serveres?</p> <p>Linje 12: Det er uklart, hvad der menes med ernæringsrigtig og spisemiljø.</p> <p>Side 32, linje 1-5: Det er uklart, hvad der menes med rimelige mængder.</p> <p>Linje 3: Anbefalinger bør erstattes med genstandsgrænser.</p>
4.3	<p>Side 36, 4. afsnit: "Ældre i terminalfasen, som er meget småtspisende, tilbydes mad og drikke efter lyst og evne frem for målrettet vejning og ernæringsbehandling".</p> <p>Dette bør uddybes og forklares, herunder hvilke faktorer der har betydning for, hvornår terminale patienter ikke skal tilbydes ernæringsbehandling.</p>
4.4.1	<p>Side 40, linje 11: "Almen praktiserende læge og i nogle tilfælde en klinisk diætist..." foreslås omskrevet til: "Speciallæge i almen medicin eller en klinisk diætist kan...".</p>
4.5.3	<p>Det er uklart, hvorfor der skal være kostregistrering i fire dage. Der mangler evt. en reference. Alternativt kan det præciseres, at hvis man kan træffe beslutning om ændring i ernæringsbehandling, inden der er gået fire dage, kan det iværksættes. Ofte kan man opnå tilstrækkeligt beslutningsgrundlag efter to døgn kostregistrering.</p>
5	<p>Kapitlet virker ikke tilstrækkeligt gennemarbejdet. Der mangler konkret handleanvisning, beskrivelse af forskellige faggruppers indsats, ensretning af terminologi og afstemning med øvrige kapitler.</p>
5.1	<p>Patienter skal gennemgås med NRS 2002 indenfor de første 24 timer. I figur 5.1. står > 24 timer. Formuleringen i teksten kan med fordel ændres til at patienter, der er indlagt \geq 24 timer i akutmodtagelsen, skal gennemgås.</p> <p>Figuren bør være mere praksisnær, fx angive tidsintervaller for skift mellem ernæringsmodaliteter. Timing af disse skift er i sig selv vigtig, og det vil være godt hvis vejledningen kommer med en anbefaling. Det vil også være en hjælp med forslag til tidsramme for opfølgning/evaluering, fx en uge efter iværksat ernæringsbehandling.</p> <p>For patienter, der ikke er i ernæringsrisiko, skal der foretages ny opsporing "< 1 uge". Menes der ikke efter en uge? Grafikken kunne lade sig inspirere af det væsentligste studie for algoritmen (Figure 1), Schuetz P et al, Lancet 2019.</p>

	Boksen "Diagnosen: Underernæring?" misvisende, da der ikke er tale om en boks i flowdiagrammet, men om en diagnostisk overvejelse, der indgår i udredningen. Kategorier for de enkelte bokse bør følges mere konsistent.
5.2	<p>Det anbefales i vejledningen, at patientens vægt angives afrundet i hele kilo. Hvilken baggrund er der for denne anbefaling? Vægtdecimaler har stor betydning, hvis der er tale om svært undervægtige patienter. Desuden er der stor forskel på vægten (udregning af energi og proteinbehov), hvis der er tale om fx en vægt på 60,1 kg eller 60,9 kg.</p> <p>Hvilket argument er der for, at patienter vejes på en kalibreret vægt, når vægten alligevel ikke angives med mindst én decimal?</p>
5.2	<p>Side 48: Er det realistisk, at akutafdelingen foretager opsporing? Patienterne er per definition indlagt mindre end 24 timer. Akutafdelinger vil typisk undtages fra krav om opsporing af ernæringsrisiko, alternativt kan man bede om dokumentation af patienthøjde og kropsvægt.</p> <p>Vedr. patienter, der er terminale, som skal vurderes individuelt: Det bør konkretiseres, hvorledes dette forstås. Ofte vurderes de fleste forløb individuelt. Det handler nok mere om arten af vurderingen, fx at patienter i terminalt sygdomsforløb undtages fra opsporing af ernæringsrisiko, eller at ernæringsplanen justeres, så målet ikke er, at patienten opnår sit energi- og proteinbehov.</p> <p>Vedr. fremgangsmåde, er det realistisk at måle højde og vægt, når der ikke findes vægte alle steder? Det kan præciseres, at den enkelte institution fastlægger standarder for, hvor der forefindes vægte, hvordan kalibrering af vægte udføres etc.</p> <p>Side 53: Der ses en divergens i forhold til: Ernæring til kritisk syge (2019, DASAIM/DSIT), hvor der anbefales < 0,9/ g protein/ kg på dag 1-2. Stigende til > 1,3 g/ kg på dag 7+.</p> <p>Den svære akutte fase er defineret af katabol tilstand og metabolisk ustabilitet, som gør, at kroppen ikke kan udnytte energitilførsel optimalt. Der er dog stadig behov for et højt proteintilskud på grund af den store muskelnedbrydning (I skemaet s. 52 anbefales: Start med 1.3 g protein/ kg /dag den første uge. Herefter 1.5 g/kg/dag). Energi behovet kan gradvist øges, når den akutte tilstand aftager.</p>
5.2	Det er uklart, om patienten skal ernæringsscreenes 24 timer efter indlæggelse eller først 24 timer efter ankomst til

	<p>stamafsnit. Sidstnævnte er mest realistisk i praksis. Det kan evt. præciseres med et eksempel.</p>
5.2	<p>Tabel 5.2: Der lader til at være sket fejl i kcal/kJ. Under let=1, her er angivet 27 kcal og 126 kJ.</p> <p>Tabellen er umiddelbart ikke særlig anvendelig i praksis. Særligt personer uden ernæringsfaglig baggrund vil få udfordringer med at bruge den. Måske der skal være en kolonne, som angiver samlet point/score?</p> <p>Under kolonnerne "behov relateret til stressmetabolisme" står der ved score 0/0 point "som hos raske". Kun ernæringsfagligt uddannede vil kunne gennemskue, hvad dette betyder.</p>
5.3.2	<p>Sætningen "I udgangspunktet er patienters behov for energi og protein under indlæggelse henholdsvis 25 kcal..." bør udelades, da det skaber forvirring, eftersom der i tabel 5.2 står andre behov?</p>
5.4.1	<p>Der anbefales tydelig dokumentation af ernæringsplaner og monitorering af sygeplejersker og plejepersonalet. Der kan med fordel anbefales et nationalt redskab, der forenkler registreringspraksis og forhindrer dobbeltdokumentation og muliggør at både patient, borger og personale kan dokumentere den indtagede ernæring.</p> <p>Side 57, 1. afsnit vedr. enteral ernæring, hvor mål nås indenfor 48 timer: Det bør anføres, at planen kan justeres i forhold til risiko for refeeding, og at der skal monitoreres for udvikling af refeeding syndrom med henvisning til beskrivelse i relevant kapitel.</p> <p>2. afsnit vedr. gentagelse af NRS-2002. Det er næppe relevant med ny opsporing i forbindelse med udskrivning, der bør i stedet gøres status og lægges plan for ernæringsbehandling efter udskrivning.</p>
5.4.2	<p>Hvad indebærer "evidensbaseret instrukser" fx til borgere, der selv skal lave mad (side 58)?</p>
5.4.2	<p>Vedr. plan ved udskrivelse; hjemmeplejen skal informeres i god tid. Med fordel kan det omformuleres, også i lyset af erkendelsen af at patienter udskrives hurtigere og hurtigere, og det ikke bør være en sondreernæring, der forlænger indlæggelsen, jf. kap 11.</p>
5.5	<p>På side 59 benyttes 1 kg væggtab som udtryk for underernæring. I skema 5.2 skal der 5 procent væggtab til at udløse 1 point. I ambulanseregisteret ses mange kronikere. Hvis de skal udredes for underernæring, hver gang de har tabt et kilo, er det meget tidskrævende og formentlig unødvendigt.</p>

	<p>Hos indlagte patienter er hydreringsstatus ofte meget svingende, hvorfor vægttab på 1 kg formentlig giver begrænset information om underernæring. Patienter afvandes ofte efter ophold på intensiv og kirurgiske indgreb. Vægttab kan derfor oftest ikke benyttes til vurdering af underernæring inden for disse patientkategorier. Dette bør præciseres i vejledning.</p> <p>Det foreslås, at underernæring generelt defineres som mindst 5 procent vægttab.</p>
5.6	MedComs system benyttes ikke i hele landet. Enten bør det udgå. Og ellers bør alle regioners systemer nævnes.
5.6	Der henvises på side 59 til kommunalt ernæringstilbud. Men det er uklart, om der eksisterer dette i alle kommuner, og hvorvidt det er brugbart i alle sammenhænge til kritisk syge patienter eller komplicerede forløb uden mulighed for sparring med læge/diætist på sygehuset.
6	Det er relevant, at der er en beskrivelse af ernæringsbehandling i almen praksis. Godt med henvisning til diætist, men eksisterer tilbuddet?
6.2	På side 66 beskrives anbefalinger af specifikke blodprøver. Der burde være en kort faglig begrundelse for hver eneste blodprøve. Hvorfor skal den tages, og hvad belyser den med relation til ernæring? Alt for mange prøver tages for uspecifikt, uden at man bliver klogere.
7.4	Det kan overvejes at angive, at patienter bør henvises til ergoterapeuter ved observation af dysfagi, som kan vurdere behovet for de forskellige modificerede kostformer. De er vigtige samarbejdspartnere på hospitaler og formentlig også i kommuner.
7.5	Ordlyden i afsnittet kan opfattes således, at borgeren/patienten godt kan spise gluten trods cøliaki for at opnå bedre ernæringstilstand, hvilket kan have uheldige konsekvenser for den enkelte patient eller borger. Der foreslås i stedet følgende passus i linje 2: "I sådanne tilfælde kan det være nødvendigt at fravige eventuelle sygdomsspecifikke anbefalinger for energiprocentfordeling til fordel for genopretelse af en god ernæringstilstand. Ved diæter som for eksempel cøliaki skal principper for diæten i forhold til specifikke (nærings)stoffer – her gluten – fortsat overholdes".
7.9	"Enteral sondeernæring" er en pleonasme. Der kan blot skrives "Sondeernæring".

7.11	<p>Refeeding Syndrom: Det anbefales kun at anvende enten elektrolytter eller mineraler. Der mangler en konkret beskrivelse af, hvordan der handles på/behandles for risiko for refeeding.</p> <p>Tabel 7.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lille eller ingen bør hedde Lavt eller intet • Præparatnavne er engelske, uklare eller stavet forkert • Det bør hedde lav risiko og ikke lille risiko, svarende til det modsatte af høj risiko. I tabellen menes nok i virkeligheden let øget risiko og ikke lav risiko. Dette bør formuleres mere præcist.
8	<p>Stor anerkendelse af underafsnittet om inddragelse af pårørende i kapitel 8. Det kunne også overvejes at tilføje patientens perspektiv i dette kapitel.</p>
9.2.2	<p>Tabel 9.3 skaber undring. Der skelnes ikke mellem, om det er et kronisk eller akut sygt barn; fx scores der 0 ved et barn med cøliaki og 2 ved et barn med diabetes.</p>
10	<p>Risiko for underernæring og underernæring hos syge er særdeles komplekse problemstillinger, hvorfor alle patienter der er i risiko for underernæring, bør henvises til en klinisk diætist.</p>
10.3.1	<p>Her kan begrebet ernæringspleje med fordel anvendes. Ernæringspleje kan anvendes til at skelne mellem de sygeplejefaglige opgaver og de diætetiske opgaver (diætbehandling/ernæringsbehandling). Ernæringspleje er det generelle tilbud om mad og drikke, enteral/og eller parenteral ernæring, som alle bør have (ordforklaring, Kosthåndbogen.dk)</p> <p>Side 98, sidste linje: Slet "...samt gennemførelse og opfølgning af behandling af ernæringsrisiko".</p>
10.3.7	<p>Det foreslås at skrive "Professionsbachelorer med studieretningen Fødevarer og ledelse", da økonoma ikke længere er en uddannelse.</p>
11.2	<p>På side 104 beskrives den klassiske epikrise (før, under og efter). Det, sygehusene nu bliver anbefalet, er i stedet "den omvendte epikrise": Start med det vigtigste først, resten bliver alligevel ikke læst. I dette tilfælde skal ernæringsstillingen og behandlingsplan altså stå først. Man bør også nævne trafiklysordningen. Hvor alvorlig betragter man underernæringen: rød, gul eller grøn?</p>

11.3	Under omtalen af "Udgående Sygehusfunktion" kan man med fordel nævne frivillige. Region Syddanmark har fx ansat frivillighedskoordinatorene på alle sygehuse og vedtaget en Frivillighedspolitik.
11.7	1. afsnit, linje 1-2: "... at alle patienter orienteres om sygehusets mad – og måltidspolitik". Umiddelbart bør det ikke være hospitalets opgave at orientere patienterne om en politik. Ligesom en politik ikke synes aktuell her. En mad- og måltidspolitik har ingen juridisk betydning og er alene en tekst, som beskriver, hvad en række parter er blevet enige om. Der er nærmere behov for en klinisk retningslinje, der er ledelsesforankret, og som beskriver opsporing og behandling af underernæring lokalt.
11.8	Det kunne overvejes at nævne ulighed i sundhed, da det netop viser sig i ernæringstilstanden.
Bilag VI	Tabellen er en sammenblanding af NRS-2002 og andre kriterier, fx kostindtag <50% i en uge, delvist i modstrid med den mere regelrette beskrivelse af NRS-2002 (bilag VIII). Det giver forvirring og uklarhed. Det bør være klart, hvad der anbefales. Side 146: De tre forbehold under tabellen er uklare.
Bilag VI	Sarkopeni indgår også som et af kriterierne for sarkopenisk dysfagi, der er kompleks. Men der refereres ikke til det eksisterende vidensgrundlag for denne alvorlige tilstand. Vi foreslår derfor at diagnosen "sarkopenisk dysfagi" indgår i vejledningen.
Bilag IX	Det anbefales i vejledningen, at der ved overvægt (BMI>30) gives 85 kJ/kg. Hvad er evidensen for dette? Og er det 85 kJ pr. aktuel-, justeret- eller ideelvægt? Behovsestimering vedr. overvægt/adipositas bør præciseres og evt. med udgangspunkt i den beregningsmetode, der anvendes i DSAM vejledning vedr. ernæring til kritisk syge.
Bilag IX	Det foreslås, at tabellen præciseres med referencer og diagnoser mv., så den netop kan anvendes vejledende til estimering af individuelt målrettet ernæringsbehov. Eftersom der ikke skelnes mellem køn og alder, og da aktivitetsfaktor og vægtøgning/vægtvedligeholdelsesfaktor reelt set udgår, bliver behovsanbefalingen meget generel med risiko for at under- og overestimere ernæringsbehovet.
Bilag XI	Det foreslås, at der evt. udarbejdes et nyt skema til vejledningen, som ikke er et patientrettet spørgeskema (uden formuleringer som "jeg/min"). Der er behov for uddybende

	<p>forklaring til farverne grøn- gul- rød. Hvornår og hvordan skal kliniker, plejepersonale handle på en NIS-faktor?</p> <p>Der er behov for uddybning af NIS-faktorer, og gerne ét samlet sted i vejledningen</p>
--	--

HØRINGSSVAR TIL

UNDERERNÆRING, OPSPORING, OPFØLGNING OG BEHANDLING AF BORGERE OG PATIENTER I ERNÆRINGSRISIKO

Bilag: Region Hovedstadens tekstnære bemærkninger til udvalgte afsnit, tabeller og figurer i.

Kapitel 1

Figur 1.1 "Opdeling af underernæring" side 10

Figuren kan gøres mere overskuelig, ved at tilføje en kasse ovenover "Underernæring", der hedder "Ernæringsrisiko".

Afsnit 1.3.1 Opsporing af underernæring

"Der er global konsensus om, hvordan diagnosen underernæring stilles, og at dette altid forudgås af en identificering af patienter i ernæringsrisiko (opsporing). I opsporingen forholder man sig dels til en variabel for den fysiske tilstand (fænotypisk variabel), dels til en variabel for årsager til underernæring (ætiologisk variabel). Diagnosen underernæring bekræftes, hvis blot én af de tre fænotypiske variable 'uplanlagt vægttab', 'BMI<20 (BMI<22 for personer over 70 år)' eller 'lav muskelmasse' **eller-og** én af de to ætiologiske variable 'nedsat kostindtag eller absorption' eller 'katabol inflammatorisk sygdom' (fx kræft eller KOL) opfyldes (se udførlig tabel i Bilag VI under 'Underernæring')."

Ovenstående afsnit er meget uklart. For klinisk anvendelse kræves at skema i Bilag VI fremgår under afsnittet. Skemaet kræver desuden yderligere gennemarbejdelse for at fremstå læsevenligt.

Afsnit 1.5 Risikofaktorer for ernæringsrisiko og underernæring

De hyppigste risikofaktorer er:

- Akut sygdom/forværring af kronisk sygdom (Bock 2016)*
- Dårlig tandstatus (Kamden 2017, Gondivkar 2019) ..."*

I opremsningen af NIS/ernæringsbegrænsende faktorer bør også stå:

- **dyspnø**

- smerter
- kvalme, madlede, tidlig mæthed, opkastning
- forstoppelse
- smags- og lugtforandringer
- gener fra mund og svælg, fx mundsvamp, stråleskader

Afsnit 1.6 Effekten af ernæringsindsatser

Der står: "For en grundigere gennemgang af effekter af ernæringsindsatser blandt voksne patienter på sygehus og blandt ældre borgere i kommunen henvises til Bilag V".

- Bilag V er mangelfuldt. Der mangler blandt andet referencer, og de nyeste referencer bør angives.
- Afsnittet bør uddybes mere, og det skal være tydeligere, hvad der er evidens for der virker f.eks. mad, ONS, diætistvejledning mv.
- Der er stort fokus på kirurgiske patienter. Det bør deles op i kirurgiske og medicinske.
- EFFORT Trial er ikke nævnt.

Tekst: ".der er tiltagende evidens for højdosis omega 3 fedtsyrer, D-vitamin og protein af høj kvalitet.

Der er ikke lavet litteratursøgning, og det ovenfor står ikke skrevet andre steder i vejledningen. Anbefalingerne omkring proteinkvalitet og omega 3 fedtsyrer skal være brugbare.

Referencer til kap. 1

- *LBK 903: Sundheds- og Ældreministeriet. LBK nr. 903 af 26/08/2019. Bekendtgørelse af sundhedsloven (Sundhedsloven). København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2019. www.retsinformation.dk*
- *SOC Nat hp: Socialstyrelsen. National handleplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen. Odense: Socialstyrelsen; 2013.*
- *SOC Fagl anb 2015: Socialstyrelsen. Faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab. Odense: Socialstyrelsen; 2015.*

Ovenstående typer af referencer bruges i relativ høj grad igennem vejledningen. Det kunne ønskes at der blev henvist til nogle nyere eksisterende primære kilder bag disse referencer, som er mere videnskabelige.

Kapitel 3

Det fremgår ikke, hvad der er hensigten med kapitel 3. Der er mange gentagelser.

3.1 Opsporing

Det kunne overvejes, hvor relevant at inkludere ernæringsbegrænsende faktorer i opsporingen af ernæringsrisiko.

3.2 Behandling af ernæringsrisiko

Vedr. dot 1 om udredning:

Det ville være ideelt med et redskab til brug for afklaring/screening af ernæringsbegrænsende faktorer, evt. modificeret version af bilag XI.

Tekst: *"... behandlingen justeres løbende på baggrund af ernæringstilstanden. Det primære mål med behandling af ernæringsrisiko er at optimere borgernes/patienternes ernæringstilstand, livskvalitet og funktionsevne."*

Det er ikke klart hvordan/hvornår/hvor hyppigt der bør foretages ændringer/justeringer. Det fremgår delvist af 5.3.2, men det er ikke tilstrækkeligt overbliksgivende til at understøtte klinikken.

3.3 Opfølgning

Tekst: *"Under indlæggelse på sygehus gælder, at behandlingen fortsætter, indtil patienter indtager minimum 75% af sit energi- og proteinbehov."*

Det fremgår implicit, at kostregistrering kan seponeres, og fra tidligere vejledning at der ugentligt skal rescreenes. Det er uklart, hvorvidt, hvornår og hvordan genopsporing af ernæringsrisiko skal finde sted hos en patient, der får seponeret sin ernærings-terapi.

75% af patientens behov svarer i den nye udgave af vejledningen til 1013 kcal og 45 g protein, svt. 20 kcal/kg og 0,9 g protein/kg. Fagligt kan vi ikke acceptere dette som sufficient ernæring pr definition. I den gamle version af vejledningen, ville patienten pr definition skulle have 1250 kcal og 56 g protein for at være sufficient ernæret, svarende til 25 kcal/kg og 1,12 g protein/kg, hvilket vel som minimum skal fastholdes.

Kapitel 4

Figur 4.1

Det underer os, at man skal observere for uplanlagt vægttab flere gange, og der skal også vurderes for tab af fysisk funktionsevne.

Hvilke cut-off værdier skal benyttes? F.eks. rejse/sætte-sig?. Det skal gøres mere praksisnært, og jo flere anbefalinger der skal følges desto ringere bliver implementeringen.

Kapitel 5

Kapitlet kan ikke læses selvstændigt, idet dette især bygger på kapitel 3, men også kapitel 1.

5.1 Flowdiagram

Det vil være hensigtsmæssigt, hvis flowdiagrammet kan stå alene og overordnet forklare handlinger. Som det er nu, forvirrer det mere, end den gavner.

Der ses flere uklarheder, beskrevet nærmere herunder:

- Der er angivet ">24 timer" som tidsgrænse.
Vi foreslår at denne præciseres til "**ved forventet indlæggelse ≥ 48 timer skal ernæringscreening finde sted indenfor 24 timer**".
Desuden skal denne fremgå ovenover "opsporing", da dette forhold er afgørende for, hvorvidt der overhovedet skal screenes.
- Tidligere var anbefalingen, hvis en pt. ikke var i ernæringsrisiko, at der skulle foretages rescreening efter 1 uge.
Nu fremgår "Ny opsporing < 1 uge NRS 2002".

Der ønskes et mere præcist mål for anbefalet rescreenings hyppighed.
- Diagrammet skal opsættes mere logisk.
Det giver ikke mening, at der først kommer en bjælke "behandling" og siden hen en bjælke med udredning. Udredning bør gå forud for behandling.
- Ved "2.Behandling" bør der stå Ernæringsbehandling.
- Det er uklart, hvordan udredningen skal foregå, og hvad den består af.
- I bjælken "Diagnosen: underernæring? – hvad skal foretages her? Vurdering af GLIM kriterier, men hvis disse så bekræftes, hvad så? Diagnosekode tilknyttes journal, eller?
- I bjælken "Ernæringsplan" fremgår ikke, hvad denne består i.

Ernæringsplanen bør indeholde:

- o Målsætning for behandling
- o Fastsættelse af ernæringsbehov
- o Valg af kostform
- o Monitorering (kostindtag/vægtudvikling).

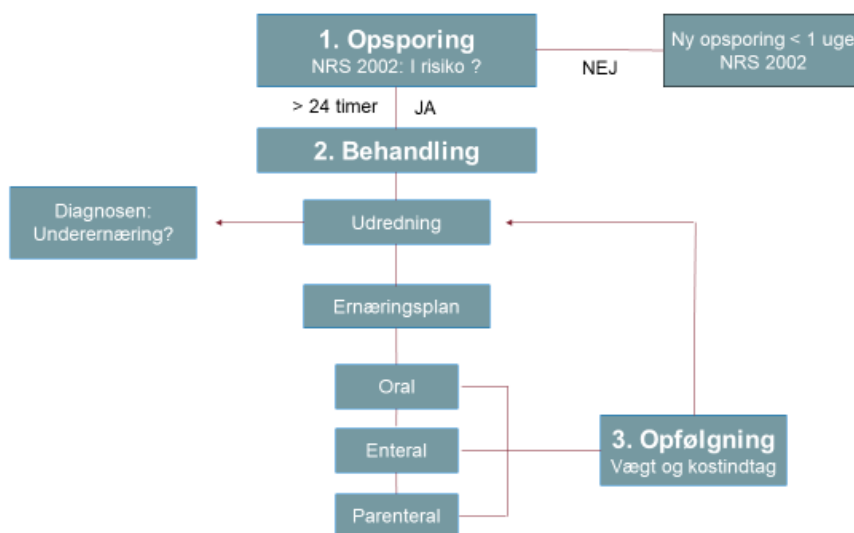
Se figur s. 8 fra SST's tidligere udgave til inspiration.

Det er desuden ikke relevant at have de forskellige ernæringsveje med i figuren, da dette skal fremgå af ernæringsplanen.

- Enteral (bør følges af "sonde" idet oral ernæring også er enteral).

Ifht. punkt "3. Opfølgning".

Ønskes der en skitsering tilsvarende flowdiagram på s. 8 i vejledningen fra 2008, således at der løbende kan svares ja, nej og handlingsvej anvises. Der vil naturligvis skulle fjernes sekundær/primær screening.



"Udredning" bør deles op i 2 kasser:

1. Vurdering af diagnosen Underernæring v. hhv. fænotypisk variable/kriterie/type (alle ordvalg indgår i vejledningen) og ætiologisk kriterie
2. Kostbegrænsende faktorer

NB: Delen omkring udskrivning mangler i diagrammet.

Bemærkninger til flowdiagrammets elementer 1 + 2a + 2b.

Der anbefales udredning af årsagen til ernæringsrisiko, men det fremgår ikke, at der anbefales behandling af de ernæringsbegrænsende faktorer (symptomer).

Det skal fremstå tydeligt at eventuelt identificerede ernæringsbegrænsende faktorer skal behandles/reduceres.

Specifikt for 2.a

Der ligger i anbefalingen, at alle patienter skal udredes via dexta/ct/bioimpedans, samt i forhold til funktionstest, såsom timed up and go m.fl.

Her ønskes præcisering af handlingsanvisning.

Tekstændringer: *Indledningsvis gennemføres en grundig undersøgelse, hvor man udreder årsagen til patientens ernæringsrisiko (risikofaktorer: **Nutrition Impact Symptoms**; kostbegrænsende faktorer jf. afsnit 1.5 og Bilag XI). For at stille diagnosen underernæring kan GLIM kriterierne benyttes (bilag VI s.7). ~~Patientens kropssammen-~~*

~~sætning og funktionsniveau samt eventuelle blodprøver. Derefter vurderes ernæringsbehovet samt målsætningen for behandlingen (vægtøgning eller vægtvedligeholdelse).~~

Vejledningen angiver specifikt i kapitel 2 (Målgruppe og populationsanalyse), at den ikke omfatter spiseforstyrrelser. Det vurderes at være meget relevant, at der i højere grad er fokus på udvikling af spiseforstyrrelser som differentialdiagnose ved vægttab.

Flowdiagrammets element

3) Opfølgning

Monitorering og evaluering

Under opfølgning bør vel kun ligge evaluering?

Tekstændringer: ~~"Overveje skift mellem behandlingsmodaliteter"~~ **Overveje skift mellem type af ernæringsveje (oral, sonde, parenteral)"**

Tekst: *"Patienten vejes 2 gange ugentligt og kostregistreres dagligt eller minimum hver anden dag, indtil patientens individuelle ernæringsmål er nået (fx vedligeholder sin vægt, øger sin vægt eller indtager tilstrækkeligt pr os)".*

- I. Det er ikke anvist i flowdiagrammet, at der skal fastsættes ernæringsmål. Dette bør angives under punkt 2b vedr. ernæringsplan.
- II. Der er ikke, i forhold til behovsberegning, opsat guidelines for mål for vægtudvikling. Vi forstår at vægtvedligeholdelse er målsætningen for de anbefalede behovsberegninger – hvorledes skal behov beregnes, hvis der sættes mål omkring vægtøgning?
- III. Kostregistreringshyppighed fremgår både som daglig eller minimum hver anden dag. Det skal være enten det ene eller andet.
- IV. Det er uklart, hvor længe kostregistrering skal pågå. I princippet kan 1 dag med et kostindtag på 76% af behov jf vejledningen, udløse seponering af kostregistrering og ernæringsterapi på baggrund af formuleringen. Tilsvarende for de øvrige parametre – tidshorisont og handlingsanvisning i forhold til varighed af kostregistreringspraksis ønskes præciseret konkret og handlingsanvisende.
- V. Det er uklart, hvad der følger efter seponering af kostregistrering? Skal patienten rescreenes svarende til svaret "nej" ved bjælke "1. opsporing" i flowdiagrammet, eller? Det fremgår på et tidspunkt, at patienter i ernæringsrisiko bør screenes ifbm udskrivelse, hvis dette er vejledningen, bør dette også fremgå af flowdiagrammet.

- VI. Handling i forhold til evt. udskrivelse kunne med fordel få egen bjælke i flowdiagrammet, således at praksis for videre kommunikation med primær sektor understøttes herigennem.

5.2. Opsporing under indlæggelse på sygehus

"Patienter indlagt på intensivafsnit forudsættes altid at være i ernæringsrisiko, hvorfor alle disse patienter skal i ernæringsbehandling jf. Flowdiagram figur 5.1 og der bør altid gennemføres en grundig vurdering af disse med inklusion af faktorerne omkring ernæringsindtag, BMI og vægttab."

I tillæg til anvendelse af NRS2002 i opsporingen af ernæringsrisiko på sygehus ønsker vi, at patienter, der bedømmes i ernæringsrisiko ved NRS-2002 kunne det overvejes om disse endvidere kunne screenes i forhold til ernæringsbegrænsende faktorer med henblik på behandling heraf, hvorved ernæringsterapien bedst muligt kan understøttes.

Det er uklart, hvorfor vægtudvikling på 1 kg (jf. afsnit 5.5) skal udløse særlig opmærksomhed, samtidigt med at vejninger skal rundes af til hele kg. Personvægte angiver i praksis oftest vægt med 1 decimal, og vi finder det forstyrrende at bede klinikere om at ændre praksis på dette område. Kvarte og halve kilo har i praksis stor betydning.

Det er uklart, hvorvidt det er valgfrit at anvende BMI, nyligt vægttab eller nedsat kostindtag, når A-scoren vurderes. Det bør fremgå tydeligt, at alle 3 parametre skal bedømmes.

Der står, at enkelte patientgrupper er undtaget vurderingen, men det er ikke defineret, hvem disse patientgrupper er, og hvem der skal foretage vurderingen af hvilke patientgrupper, der kan undtages.

Det angives, at alle patienter på ITA vurderes til at være i ernæringsrisiko. Det kunne også gøre sig gældende for andre afdelinger som ikke er nævnt f.eks apopleksiafsnit og traumatisk hjerneskade.

I praksis er det vanskeligt at vurdere nedsat kostindtag. En understøttende vejledning i forhold til, hvordan vurdering af nedsat kostindtag kan foretages i praksis, ville være hjælpsomt. Det kan være udfordrende for de kirurgiske afdelingers vedkommende at identificere en passende sygdomsscore. Det vil være mest hensigtsmæssigt at adressere, hvordan, patienter indlagt med henblik på større kirurgi, skal scores.

Sengeliggende/oppegående som parameter bliver mindre relevant, idet patienter mobiliseres tidligere og mere intensivt.

5.2, Tabel 1 skema til udregning af vægttab

Bør udvides således at minimum op til 120 kg og gerne 150 kg indgår. Hvis det der er i vejledningen, ender med at blive anvendt både 2 og 5% skal skema for begge fremgå.

Tabel 5.2. Skema til NRS-2002 opsporing af ernæringsrisiko og tilknyttede behov for energi og protein

Skemaet bør fremgå af første side, med henblik på at give et samlet overblik.

Skemaet som bygger på bilag IX anbefales at blive revideret, så det fremgår mere forenklet. Hvis man har en patient, som scorer 1 - 3 i ernæringstilstand og 0 i stressmetabolisme skal patienten ifølge skemaet have energi og protein som raske, hvilket ikke er defineret.

For bilag IX bør det også fremgå tydeligt, hvilke guidelines der henvises til.

Det er ikke hensigtsmæssigt at koble behovsberegningen ind i screeningsskemaet. Det kan ikke ses at det er sygdomsscoren og ikke også ernæringstilstanden, der spiller ind. Desuden er det ikke tydeligt at behovsberegningerne kun angår patienter med BMI i normalgruppen.

Tilsvarende har vi svært ved at se, hvornår/hvordan patienter skal have revideret ernæringsbehovet. Det understøttes ikke ved den skitserede model.

Bekymring ifht. sygdomsscore 3. Er der et interval, vil der i praksis oftest anvendes gennemsnit. Vi anbefaler, at der foreslås en optrapning. I så fald skal der være en hjælp til afdelingerne ifht. hvordan de skal handle. Ønskes mere klart beskrevet.

Der er manglende overensstemmelse i oversættelsen af kcal. Ved sygdomsscore 1 er angivet 126 kJ som ækvivalent for 27 kcal, mens der ved sygdomsscore 2 er angivet 113 kJ som ækvivalent for 113 kJ.

Vedr. alderskorrigerende score:

Scoren er opsætningsmæssig meget nem at overse. Den alderskorrigerende score skal være placeret som en score A, der hvor der nu er angivet ernæringsbehov med lyserød. Der er brug for en mere ensartet struktur i skemaet.

Først afdækker man parameter A: Ernæringstilstand, dernæst B: Sygdomsscore og slutteligt C: Aldersscore. A+B+C på række ville hjælpe med at give klarhed.

Bemærkninger til note 2 for tabel 5.2

Vi er ikke enige i, at patienter allerede ved BMI ≥ 25 kg/m² skal beregnes i henhold til en adipositas anbefaling.

Der fremgår en anbefaling om, *"at der for patienter, der i forvejen er undervægtige (BMI < 18,5 kg/m²) lægges en individuel ernæringsplan af klinisk diætist med fokus på*

refeeding syndrom”, mens der videre står, at anbefalingen gælder ved BMI < 16 kg/m².

Formuleringen er ikke entydig. Vejledningen bør understøtte fokus på risiko for re-feeding syndrom, også for patienter, der ikke er undervægtige.

Tekst: *”Ved ernæringsrisiko hos patienter med overvægt (BMI≥25): Energi: 20kcal/kg/dg (85 kJ/kg/dag) og protein: >1 g/kg/dag”.*

Der mangler en reference i forhold til den formel, der er anvendt. Ligeledes mangler der en definition af, hvilken vægt, der skal anvendes til beregningen. I klinikken differentieres der mellem aktuel vægt, ernæringsvægt og justeret vægt.

Bemærkninger til note 3 for tabel 5.2

Behovsberegning for patienter med BMI < 16 eller ≥ 30

Der lægges op til, at ernæringsbehov skal beregnes individuelt for patienter med ovenstående BMI-intervaller. Der er ingen handlingsanvisninger eller hjælp til refleksion i forhold til anbefalingen. Der er behov for, at vejledningen understøtter behovsberegning for et bredere BMI-interval. Det fremgår ikke, hvem der skal foretage vurderingen og på hvilket grundlag.

Det bør være tydeligere, at anbefalingen i de lyserøde felter kun gælder ved normalt BMI.

s. 54

Tekst: *”Hvis de nødvendige informationer om ernæringstilstand og sværhedsgrad af sygdom ikke kan indhentes, gives en total score på 3. Hermed antages det, at patienten er i ernæringsrisiko, indtil det eventuelt er konstateret, at patienten spiser tilstrækkeligt ved egen hjælp jf. opsporingen”.*

- Hvorfor anbefales det ikke at disse sættes i forebyggende ernæringsterapi?

5.3.1 Udredning

1. *Identifikation af risikofaktorer og (ernæringsbegrænsende faktorer) (se Bilag XI)”*

Opsporing af ernæringsrisiko på indlagte patienter, skal også indeholde en systematisk screening for ernæringsbegrænsende faktorer, og dette som PRO-data (patient-rapporteret outcome), f.eks. som svarende til bilag XI.

Det ville være relevant med et bilag med en skitsering af en instruks med henblik på behandling af ernæringsbegrænsende faktorer og monitoreringen heraf.

Vi opfordrer til at angive relevante diagnosekoder – og en fortegnelse herover.

5.3.2 Ernæringsbehandling

Valg af energi-, protein, og væskebehov

Det forvirrer, at der anvises et standardernæringsbehov for energi og protein under indlæggelse, som ikke flugter vejledningen i tabel 5.2.

Der er ikke overensstemmelse i forhold til:

- at der angives to forskellige behov for hhv. patienter og for syge, ældre. Gælder tabel 5.2 ikke for ældre patienter?
- Interval 25-30 ~~kcal~~ kcal/kg/dag kan ikke oversættes til 100 ~~kJ~~ kJ/kg/dag.
- Energibehov, angives her 25 ~~kcal~~ kcal/kg/dag, mens der i skema afhængig af sygdom angives interval fra 20-30 kcal/kg/dag.
- Proteinbehovet varierer i forhold til tabel 5.2
- I 5.2 er øvre cut-off BMI 25, men i dette afsnit nævnes 30.

Valg af kostform:

Angivelse af ernæringstrappe ville være godt, mhp overblik.

Passus omkring anvendelse af algoritme, observationsperiode og skift af ernæringsbehandling er ikke tilstrækkeligt handleanvisende og konkret.

Endvidere er den logiske slutning, at patienter på 4-5. dagen af indlæggelse således bør være sufficient ernæret (> 75%) forvirrende, idet det indirekte fremgår, at dette er målsætningen.

Se i øvrigt kommentarer til kapitel 7 i forhold til kostformer.

En patient er per definition i en optrapning sufficient ernæret, hvis optrapningsplanen følges. Målsætningen er, at patienten ernæres fuldt i denne kontekst fra start.

Ønskes der fastsat et tidsinterval for, hvornår endeligt ernæringsbehov bør være nået, bør dette forklares et andet sted i vejledningen.

s.55

"Følgende blodprøver kan være relevante ved specifik udredning af ernæringsrisiko og dehydrering:

Ernæringsrelaterede: Hgb, leukocytter, CRP, K, NA, alb. Ca, Mg, albumin, kreatinin, karbamid, phosphat, ALP, INR, ALAT, D-vit (25-OHD3-vitamin), PTH.

Supplerende efter behov: Anæmi: B12, folinsyre, jern (Fe), ferritin, tranferin og jernmætning

Andre sygdomme: TSH-screening, IgA-anti-transglutaminase, total serum IgA"

Hvis blodprøverne skal stå her, skal det forklares hvad de skal bruges til.

Bestemmelse af energi-, protein- og væskebehov

Tekstændringer: *"I udgangspunktet er patienters behov for energi og protein under indlæggelse henholdsvis **25 kcal** og **1,1-1,5 g protein pr. kg legemsvægt dagligt**. Se behov for energi- og protein tilknyttet de forskellige grader af stressmetabolisme i tabel 5.2.*

For syge, indlagte ældre fastsættes energibehovet til 25-30 kcal/400 kJ kg og proteinbehovet til 1,2-1,5 g protein pr. kg legemsvægt pr. døgn hos personer med BMI 18,5-30 (se Bilag IX om ernæringsbehov i forskellige kliniske situationer). I de fleste sygehuses IT-systemer udregnes energi- og proteinbehovet automatisk ved indtastning af patientens ~~højde og~~ vægt samt type af patient.. Se den højre kolonne i tabel 5.2."

Hvorfor skrive ovenstående, når der gerne skulle være et skema til vurdering af behov?

5.4.1. Monitorering og evaluering

Tekst: *"Når patienten indtager over 75% af sit energi- og proteinbehov, og vægten er stabil, foretages kostregistreringen efter individuel vurdering. Har patienten været i ernæringsrisiko under indlæggelsen, anbefales det at gentage NRS-2002 ved udskrivelsen".*

Det fremgår ikke af flowdiagram eller beskrivelsen af flowdiagrammets element 3 vedrørende kostregistreringspraksis, at der skal foretages kostregistrering efter individuel vurdering, når ernæringsmål opfyldes. Der bør være overensstemmelse i anbefalingerne hele vejen igennem dokumentet.

Vi kan ikke tilslutte os anbefalingen om at foretage ernæringssscreene ifbm udskrivelsen- hvad er formålet?

s. 57 tekstændringer: *Ved indtag under 75% af energi- og proteinbehovet videregives information til læge og **eventuelt** klinisk diætist.*

5.4.2 Afslutning af behandling under indlæggelse på sygehus

Der fremgår meget specifik anbefaling for minimum 2 vejledningssamtaler efter udskrivelse i kommune – hvad hvis pt. allerede følges i hospitalsregi?

Hvorfor er der en så specifik anbefaling her, når de øvrige anbefalinger er noget mere uspecifikke?

5.5 Opsporing i ambulant regi, herunder dagbehandling

1 kg vægtændring som udløsende faktor for nærmere udredning vil kunne føre til udrednings- og opmærksomheds fatigue og vi vil i stedet opfordre til en anbefaling om en væggtabsgrænse eller et procentuelt væggtab, eks. ned til 2-5 %.

Vedr. betegnelsen "Uplanlagt væggtab". Det bør udtrykkeligt angives, at pt. skal spørges til vægtudvikling og indsats i forhold til vægtudvikling.

Der ønskes en mere konkret anvisning ifht. hvornår – og hvor ofte, samt hvordan.

Det angives, at kun stamafsnit har ansvar for at foretage opsporing, hvordan koordineres dette i praksis?

5.7 Opfølgning i ambulant regi

Dette bør opfanges af et flowdiagram som viser en rute for ernæringscreening og behandling, samt opfølgning.

Kapitel 6 Opsporing, behandling og opfølgning af ernæringsrisiko i almen praksis

Der mangler tekst s.63. Følgende sætning stopper brat: *Det omfatter hele processen for god ernæringspraksis til voksne patienter med sygdomsrelateret underernæring i almen praksis. **Indsatsen...**?*

Figur 6.1 bør inkludere fysisk funktionsvurdering.

Bemærkninger til s. 65

Tekst: *“Der findes ikke et valideret redskab til opsporing af dehydrering”*

Det gør der. Det ser ud til at man alligevel skal tage en række blodprøver, så kan man lige så godt bruge algoritmen fra Volkert 2019?

Tekst: *“ I forskellige sammenhænge kan det...”*

Hvilke sammenhænge henvises der til?

Tekst: *“Følgende spørgsmål til patienten kan bidrage til dette:
Har patienten:*

- Ændret appetit og kost- og væskeindtag?*
- Tygge-/synkebesvær?*
- ...”*

Det kunne måske overvejes om man kunne bruge et valideret redskab som f.eks. SNAQ?

Bemærkninger til s. 66

Det virker urealistisk at skulle tage alle disse blodprøver v. egen læge som angivet på s. 66. Samtidig står der: *“Hvis patienten allerede har tabt sig, kan der med fordel ordineres ernæringspræparater (ernæringsdrikke og/eller parenteral ernæring)”*.

Er det egen læge der skal starte PN op?

Tabel 6.1 Anbefalinger om D-vitamin til udvalgte grupper (FVST Dvit 2021)

Dette skema er med et andet sted, og det kan derfor med fordel indsættes som et bilag. Skemaet skal kunne læses uden beskrivende tekst.

Kapitel 7 Ernæring i praksis

Afsnittet kan med fordel opdeles i primær og sekundær sektor.

Afsnittet om refeeding skal gøres mere handlingsorienteret. Det er defineret i kapitlet, men der mangler en beskrivelse af, hvordan man behandler Reefeding i de forskellige kontekster, herunder på hospital

*Tekstændringer: "Ernæring har afgørende betydning for trivsel og helbred. En ernæringsplan baseres på **udfaldet af udredningen (se figur 5.1 s. 46)**. ~~en individuel vurdering af ernæringsstilstand og forekomst af risikofaktorer. Det gælder fx borgerens eller patientens appetit, smagspræferencer og eventuelle problemer med at spise, synke eller fordøje maden, se afsnit 1.5~~". 'Kost til småtspisende' er **beregnet til udviklet til borgere/patienter, der er i ernæringsrisiko og har nedsat appetit som har bevaret spiseevnen, men som på grund af kvalme, fysiske eller psykiske lidelser er ude af stand til at indtage tilstrækkeligt til at dække næringsbehovet (Instkost 2015)**"*

*Kostformen er karakteriseret ved **høj energi- og proteintæthed og derved et lavere indhold af** ~~omfatter en kost med stor energitæthed som følge af et højt indhold af fedt og protein, og dermed lavere indhold af kulhydrater og kostfibre end Normalkosten.~~"*

Et bilag med en oversigt over fordeling af makronæringsstofferne kunne give et overblik.

Tabel 7.1 lader til at være en gentagelse af tabel 6.1.

Kommentarer til afsnit 7.1 + 7.2 + 7.3

I somatisk regi er der udprægede udfordringer i forhold til vægtøgning hos indlagte patienter, og vi opfordrer derfor til at der reduceres til en differentiering mellem normal-kost (til pt. med normal/forøget appetit) og næringstæt kost (til pt. med reduceret appetit/spisekapacitet).

Det er lettere tilgængeligt, enklere og mere operationelt at håndtere 2 kostformer fremfor 3, og det er langt nemmere i klinisk praksis at fortynde en kostform end at fortætte, ligesom normalkosten vil være et tilbud til patienter med god spisekapacitet.

7.4 Kost med modificeret konsistens

Beskrivelsen af konsistenser, skal præciseres. Den nuværende beskrivelse giver ikke mening for sundhedsprofessionelle uden forudgående kendskab til kost med modificeret konsistens.

Tekst: "Kost og væske med modificeret konsistens' bør tilbydes til borgere/patienter med tygge- og synkeproblemer, som har brug for mad med en blødere og ensartet konsistens. Den rette konsistens af mad og væske er med til at mindske risikoen for lungebetændelse forårsaget af fejlsynkning (aspirationspneumoni) og andre mulige følger af dysfagi (Steele 2015). Definitionen af dysfagi fremgår af Bilag VI".

Tekst: "*Kost med modificeret konsistenser findes i tre konsistenser [...] – Her kunne der også henvises til den nationale kosthåndbog*

7.5 Særlige diæter

Tekst: "*det kan være nødvendigt at fravige de sygdomsspecifikke diætprincipper til fordel for genoprettelsen af god ernæringstilstand.*"

Det er uklart hvad der menes med sætningen, og det bør udfoldes evt. i et hierarki, så sufficiens sættes over evt. sygdomsspecifik begrænsning.

Vi forstår heller ikke hvad der menes med sætningen vedrørende ældre og specifikke diæter?

7.7 Tilskud af D-vitamin og calcium

Der er ikke overensstemmelse mellem anbefalingerne i teksten og den tilhørende tabel 7.1.

Desuden vurderes tabel 7.1 at være en gentagelse.

7.9 Sondeernæring (enteral ernæring)

Lighedstegnet mellem sondeernæring og begrebet enteral ernæring bør forklares. Oral ernæring er også enteral ernæring.

Det er forkert at anvende frasen "enteral sondeernæring", idet sondeernæring kun kan gives enteralt.

Tekst: "*Til borgere og patienter, som ikke kan indtage sufficient ernæring og væske per os (gennem munden), kan sondeernæring være en mulighed. Borgere og patienter med dysfagi, patienter indlagt på intensiv afdeling, patienter med kræft samt borgere og patienter, som har mistet lysten til at spise og drikke på grund af gener fra sygdom eller behandling, vil ofte i en periode kunne hjælpes med en ernæringssonde (Instkost 2015).*" [...]

Det kan være patienter med forskellige sygdomme og ikke kun kræft. Ingen sygdomme nævnt, ingen glemt. F.eks. Apopleksi, KOL, medicinske, ældre patienter. En mere overordnet beskrivelse kunne være noget i retning af patienter med nedsat vågenheds- og energiniveau, udtalt kvalme eller smerter.

7.10 parenteral ernæring

Der nævnes kun at der kan anvendes forskellige infusionsmetoder, men bør også nævnes i forhold til sondeernæring.

7.11 Refeeding syndrom

Det er forvirrende at der i afsnittes indledning beskrives elektrolytforstyrrelser. Senere i afsnittet tales både om mineraler og elektrolytter. Hvis der menes elektrolytter alle steder, bør dette afsnit rettes til herefter.

Tekst: "... som har spist meget lidt i en længere periode". Teksten er uklar. Det skal udfoldes, så læseren ved hvordan dette kunne defineres.

Tekst: "... har et lavt BMI...". Er det BMI <18,5?

Tabel 7.2 er ikke læsevenlig. Tabellen forstås ikke intuitivt, og der mangler handlingsanvisning under de forskellige risikograder. Anbefales at der tilføjes en note om at følge sygehusets/regionens vejledninger.

Anbefalinger for Thiamin og B-combin forud for opstart af ernæring bør fremgå. Det ville være fint med en begrundelse for hvorfor det er vigtigt før opstart af ernæring.

Kulhydrat som drives af insulinrespons og opmærksomheden herpå i optrapningen kunne også være en fordel at inkludere.

Sætningskonstruktionen i den følgende sætning gør, at man tror, det er det intracellulære rum, der reduceres under faste og ikke elektrolytkoncentrationen. "*Det skyldes, at disse mineraler primært findes i det intracellulære rum, der reduceres under faste. Fald i elektrolytter opstår...*"

Det forslås at der oprettes et nyt punkt

7.12 Kakeksi

Forslag til tekst:

"Hos den kakektiske patient er det vigtigt at skelne mellem de bagvedliggende metaboliske forandringer, der driver en del af vægttabet (en katabol metabolisme), og så de sekundære ernæringsbegrænsende faktorer. Begge dele kan bidrage til et uønsket vægttab. Som nævnt i afsnit 5 skal der screenes systematisk for ernæringsbegrænsende faktorer, da de ofte kan lindres/afhjælpes, f.eks. smerter, mundsvamp, kvalme, lufthunger mv. Afhjælpning af disse kan i sig selv være med til at bremse et uønsket vægttab og øge QoL.

I valg af indsatser og evt. ernæringsterapi bør det løbende vurderes, om patienten er i en tilstand hvor ernæringsterapi (oral, enteral eller parenteral) samlet vil gavne tilstanden og øge QoL. Hos en patient med refraktær kakeksi og en meget begrænset restlevetid har ernæringsterapi i udgangspunktet ikke en plads. I disse situationer må fokus være på tværfaglig lindring af symptomer og komfort for den svært syge og kakektiske patient samt på pårørendestøtte".

Kapitel. 9

Det savnes generelt, at der lægges mere vægt på psykiske lidelser som årsag til nedsat kostindtag og underernæring blandt børn og unge. Nedsat appetit kan også være en bivirkning til farmakologiske behandling.

9.1 Opsporing og opfølgning i kommune:

"Børn og unge i alderen fra 5-18 år vejes og måles af den kommunale skolesundheds-tjeneste".

Der er ikke nævnt noget omkring børn < 5 år?

9.3.2 Kostform

Parenteral ernæring

Tekst: *"Ved klinisk sepsis pauseres med lipid-tilførsel i 2-3 dage."*

Denne linje bør begrundes- holder det stadig?

Kapitel 10

10.3.2 Kliniske diætister og professionsbachelor i ernæring og sundhed

Hvorfor inddrages NCP og ernæringsdiagnose i beskrivelsen?

Hvor indtænkes cand.scient. i klinisk ernæring og cand.scient. i human ernæring?

10.3.5 Lægen på sygehuset

Forslag til rettelse af tekst:

*"Lægen har det overordnede ansvar for behandlingen. Lægen har ordinationsretten og kompetencer til at sikre ernæringsbehandlingen. **Tilrettelæggelse af indsatsen sker ved inddragelse af nødvendige faglige specialer og gennem en tværfaglig vurdering af patientens samlede situation. og rekvirering af relevante faggrupper.** Ordination af sonde- eller parenteral ernæring foretages af lægen i samarbejde med plejepersonalet og eventuelt klinisk diætist. Kostform og på hvilken måde denne gives, særligt sondeernæring og parenteral ernæring, noteres i journalen ligesom opfølgning af ernæringsbehandlingen.*

10.3.2. Kliniske diætister og professionsbachelor i ernæring og sundhed

Afsnittet er forvirrende. Der bør være en differencering i hvem der er de kliniske diætister, der udøver diætbehandling og hvem der er professionsbachelor som kan vejlede.

Der er ikke skrevet noget om de kliniske diætister med kandidatgrad.

Kapitel 11

11.7.1. Ansvarsfordeling på sygehuse

Tekst: "Hvis patienten **i flere dage** ikke indtager minimum 75 % af sit protein- og energibehov, eller hvis patienten taber sig mere end 1 kg på en uge, udreder lægen årsagen hertil og justerer ernæringsplanen i overensstemmelse hermed (SST 2003)."

Mangler specifik angivelse af hvor mange dage, da flere dage (gul markering) er upræcist.

Bilag IV og VI

Vi undrer os over, hvorfor screening ændres til opsporing?

Ændringen af terminologi fra ernæringsterapi til ernæringsbehandling giver ikke mening. Ernæringsterapi præciserer intentionen og fokus på underernæring, under individuel ernæringsbehandling frem for individuel diætbehandling, sondeernæring og parenteral ernæring. Her anvendes diætbehandling for ernæringsterapi og vel ikke som diætbehandling? Det forvirrer også i kontekst af bilag VI og definitionen af diætbehandling. Vi ser meget gerne at begrebet ernæringsterapi blive taget med igen.

Vedr. underernæring og tabel s. 131+132. Hvordan skal diagnosen anvendes?

Vedr. uplanlagt vægttab s. 134. Det ønskes præciseret at uplanlagt og ønsket vægttab **ikke** er det samme.

Dysfagi s 126

"Dysfagi' er problemer med fødeindtagelse, synkefunktion og/eller vanskeligheder med at spise og drikke. [...] Se desuden 1.5 om risikofaktorer og kapitel 7 Ernæring i praksis."

Referencen er Annette Kjærsgaard? Det kunne med fordel bekræftes fra hendes opdaterede bog ansigt, mund og svælg, 2020.

Bilag IX

Det er angivet, at der er anvendt 12 guidelines – hvilke er der tale om? Generelt mangler der kildehenvisning på tallene. Enkelte dele i bilaget stemmer ikke overens med det der står i afsnittet, som henviser til bilaget.

Der er manglende overensstemmelse mellem tabel 5.2 og Bilag IX.

For tabel 5.2 beskrives nærmere for sygdomsscore 1 og 2. Det savnes at der også foreligger beskrivelser for sygdomsscore 3.

Uoverensstemmelse: Hvordan kan 27 kcal/kg/dag accepteres og være arbejdsgruppens konklusion på baggrund af guideline 3, der angiver 35-40 kcal/kg/dag?

Det fremgår under skema, at refeeding skal indtænkes særligt ved BMI <16. Det bør beskrives for alle, inkl. for alle BMI-klasser.

Det forklares ikke, hvorledes ernæringsbehov tænkes revideret, når behovsberegnin-
gen kobles op på sygdomsscoren, som udelukkende vurderes ved indlæggelse?

Bilag VIII

Vi anbefaler overskriften **NRS 2002**.

Dansk Selskab for Patientsikkerheds kommentarer til vejledning om ”Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis”

Til Sundhedsstyrelsen

I Dansk Selskab for Patientsikkerhed vil vi gerne takke for muligheden for at kunne give vores bemærkninger til vejledning om ”Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis”.

Vi har tidligere været i dialog med Sundhedsstyrelsen om vejledningen og vores kommentarer er i forlængelse af denne dialog.

Vores kommentarer til vejledningen tager udgangspunkt i vores erfaringer med ernæringsprojektet i I sikre hænder og i vores kompetencer med at drive forbedringsprojekter. Vi har særligt forholdt os til afsnittet for kommunerne, idet det er der vi har den største erfaring.

Overordnede kommentarer:

Det er i vejledningen nævnt, at den evidensbaserede del og de anbefalede redskaber kan indgå i en lokal instruks eller retningslinje, der er målrettet bl.a. medarbejdere i ældreplejen, der arbejder med og omkring borgere i ernæringsrisiko. I en travl hverdag kan det for mange medarbejdere i ældreplejen virke uoverskueligt at skulle danne sig et overblik over fagfaglige anbefalinger i en teksttung vejledning. Vel og mærke i en hverdag, hvor der også forventes at have overblik og indsigt i en lang række andre faglige anbefalinger. Det er vores erfaring, at den viden, der ofte er behov for hos frontpersonalet, for at de kan implementere evidens og udføre de rette opgaver, skal være tilgængeligt på en sådan måde, at det hurtigt kan omsættes i praksis.

PS! vil anbefale at der i tillæg til vejledningen også overvejes om kan udarbejdes en forenkling af anbefalingerne i et mere håndterbart format for især frontpersonale i kommunerne. Det kunne være, at der kan arbejdes med illustrationer eller beskrivelser af hvordan andre aktører med succes har arbejdet systematisk med ernæring. Eller det kunne være at der udarbejdes lomme-kort eller Pixi-udgaver af vejledningen.

Hvis der er spørgsmål eller kommentarer, så stiller selskabet sig til rådighed.

På vegne af Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Bodil Andersen
Chefkonsulent
Dansk Selskab for Patientsikkerhed



Dansk Selskab for Patientsikkerhed

2. juli, 2021

Høringssvar modtaget 2. juli

Kære Sundhedsstyrelse

Vejledningen har været i høring ved de relevante parter i Region Nordjylland. Region Nordjylland har ikke kommentarer til materialet.

Med venlig hilsen
Jesper Torp Nielsen
Konsulent
2512 1792
E-mail: jeton@rn.dk

Region Nordjylland
Patientforløb og Økonomi - Sundhedsplanlægning
Regionshuset
Niels Bohrs Vej 30,
9220 Aalborg Ø
www.rn.dk