

360 grader rundt om underernæring v/ Forum for Underernæring

Kort sammenfatning

Underernæring

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

Ældre er ikke "bare" ældre

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

Andre ældre har mistet appetitten, har svært ved at få købt ind og laver ikke længere mad. Ensomhed, fysisk svækkelse, sygehusindlæggelse, tygge- og synkeproblemer er blandt de vigtigste faktorer, som gør det svært at spise. Det betyder, at der blandt ældre er flere, som er undervægtige. Tal fra Socialstyrelsen viser, at knap halvdelen af ældre, der bor på plejehjem eller modtager hjemmepleje oplever uplanlagt vægttab.¹

Patienter på sygehus

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

Potentiale

Der er potentiale i at forebygge underernæring, så raske borgere vedbliver med at være raske borgere og kan tage hånd om deres eget liv. Der er potentiale i at forebygge, bekæmpe og reducere underernæring hos patienter og ældre, der modtager hjemmepleje eller bor på plejehjem både i forhold til den enkeltes mulighed for at kunne leve et godt og aktivt liv og i forhold til samfundsøkonomien.

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

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

Der er påvist positive effekter ved systematisk indsamling af data vedr. ældre og patienters ernæringstilstand³. Flere danske og udenlandske studier viser⁴ endvidere, at en indsats vedr. underernæring giver resultater, både i forhold til vægtøgning, fysisk

¹ Socialstyrelsen- faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab, januar 2015

² Kondrup J, Johansen N, Plum LM et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. Clin Nutr 2002;21:461-8 3. og Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M et al. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. Clin Nutr 2004;23:1009-15

³ www.fightmalnutrition.eu (Holland)

⁴ Bl.a. "Cost-effectiveness studie af tværfaglig ernæringsintervention blandt skrøbelige underernærede ældre, Socialstyrelsen 2014"

funktionsevne og livskvalitet.

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

Forum for Underernæring

Forum for Underernæring har gennem 2015 drøftet og videndelt de mange forskellige aspekter af underernæring blandt ældre og patienter i Danmark med henblik på at pege på en række anbefalinger til forebyggelse og behandling og dermed reduktion af omfanget af underernæring i Danmark.

Der er bred enighed om, at det er grundlæggende vigtigt, at den enkelte borger sættes i centrum for en indsats mod underernæring og risiko for underernæring.

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

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

Der er endelig bred enighed om, at en større tværfaglig indsats og fokus på tilpasning til den enkeltes behov, muligheder og evne til at spise, er helt centralt for en vellykket indsats over for underernæring.

Mange forskellige faggrupper skal således bringes i spil i forhold til at afhjælpe underernæring hos den enkelte borger.

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

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

En liste over deltagerne i Forum for Underernæring fremgår af bilaget til dette vidennotat.

De forhold, som Forum for Underernæring har delt viden om og drøftet gennem 2015 fremgår i det følgende.

⁵ Underernæring - Det skjulte samfundsproblem
https://www.kost.dk/sites/default/files/uploads/public/underernaering_publicationsmallpdf.com.pdf

Målgruppe

Størst effekt af en forstærket indsats mod underernæring

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

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

Indsats

Differentierede løsninger

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

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

Indsatsen i forhold til patienter⁷ har umiddelbart et andet udgangspunkt, fordi der er tale om borgere, som, udover at have en diagnose/fejler noget, der skal behandles, også kan være i risiko for eller er underernæret, og de to forhold skal håndteres i en sammenhæng. Nu er borgeren først og fremmest patient og indsatsen sker i regionalt regi og i henhold til retningslinjer mv. udarbejdet i sundheds- og sygehusregi, f.eks. i form af ernæringsterapi, sondemad mv.

Definitioner⁸

Underernæring defineres som mangel på energi, protein og næringsstoffer, der medfører vægttab, en forringelse af kropssammensætningen og reducerede fysiologiske funktioner. *Undervægt* defineres som BMI (Body Mass Index) under 18,5, og *Uplanlagt vægttab* er et vægttab, der ikke er tilsigtet, og hvor borgeren taber sig uden specifikt at ville det.

⁶ Socialstyrelsen – faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab, januar 2015

⁷ Til patienter henregnes også patienter, som er udlagt dvs. tilknyttet et sygehus og/eller i ambulant behandling

⁸ Lochs, H Allison SP, Meier R, et al. Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics Clinical Nutrition (2006); 25, (180).

Omfang af underernæring

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

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

Ældre patienter og plejkrævende ældre samt raske ældre

Uplanlagt vægttab og underernæring er særligt udbredt blandt ældre indlagt på sygehus, men også blandt ældre, der modtager hjemmepleje og bor på plejehjem. Tal fra Socialstyrelsen¹⁰ viser, at knap halvdelen af ældre, der bor på plejehjem eller modtager hjemmepleje oplever uplanlagt vægttab.

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

Undersøgelser fra Holland¹¹ viser, at knap 10 pct. af de ældre, der henvender sig til praktiserende læge mhp. influenzavaccination, i løbet af en seks måneders periode har oplevet et uplanlagt vægttab. Der er ikke foretaget lignende undersøgelser i Danmark, men det forventes, at tallet er sammenligneligt med de hollandske forhold¹². Imidlertid ved man, at ca. de 1/3 af ældre, der lever sammen med en ægtefælle/samlever, som lider af en demenssygdom, er i risiko for eller allerede er i en dårlig ernæringstilstand¹³.

Ved indlæggelse på et dansk sygehus er ca. 20 pct. af patienterne underernærede eller i risiko for at blive det. Blandt de indlagte er ca. 40 pct. underernærede eller i risiko for at blive det¹⁴.

Årsager til underernæring

Årsagerne er kendte

⁹ Socialstyrelsen – faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab, januar 2015

¹⁰ Socialstyrelsen – faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab, januar 2015

¹¹ Schilp J, Kruijenga HM, Wijnhoven HA, Leistra E, Evers AM, van Binsbergen JJ, Deeg DJ, Visser M. High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals. *Nutrition* 2012; 28:1151-6

¹² Socialstyrelsen – faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab, januar 2015

¹³ Socialstyrelsen – faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab, januar 2015

¹⁴ Kondrup J, Johansen N, Plum LM et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr* 2002;21:461-8 3. og Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M et al. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clin Nutr* 2004;23:1009-15

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

Blandt de vigtigste risikofaktorer for plejekrævende ældre er tygge- og synkeproblemer, dårlig tandstatus, afhængighed af hjælp til at spise samt akut sygdom/forværring af kronisk sygdom¹⁵.

For patienter på sygehusene er dårlig appetit, svækkelse, kvalme og opkastninger¹⁶ blandt de hyppigste årsager.

Spørger man ind til de ældres egen forklaring på, hvorfor de ikke spiser, peges der bl.a. på manglende appetit, at maden ikke smager, som den plejer, at det er trist at spise alene, at man ikke kan lave mad, og at man er blevet enlig. Der peges tillige på, at det er vanskeligt at tygge maden, at der er proteseproblemer (tænder), og på at de portioner, der serveres er uoverskuelige mv.¹⁷

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

Tænder og mund

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

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

Dysfagi

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

Forekomsten af dysfagi er på 27 pct. blandt selvhjulpne ældre over 70 år i egen bolig samt på over 51 pct. blandt ældre bosiddende på plejehjem¹⁸ For patienter/borgere med apopleksi er sammenhængen umiddelbar og nærmest sammenfaldende, idet forekomsten af underernæring er op til 49 pct. og forekomsten af dysfagi op til knap 53 pct.¹⁹

¹⁵ Socialstyrelsen – faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt væggtab, januar 2015

¹⁶ Sundhedsstyrelsens vejledning til læger, sygeplejersker, social og sundhedsassistenter, sygehjælper og kliniske diætister – screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko, 2008,

¹⁷ FaKD, 2015

¹⁸ Serra-prat et al 2011

¹⁹ Foley et al 2009

Afhængighed af hjælp til at spise

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

Sygdom

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

Redskaber

Mindre papir - mere handling

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

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

Et eksempel på måder at arbejde med en tværfaglig indsats ift. mad og måltider er Måltidsbarometeret²⁰, som er et elektronisk kvalitetsevalueringsredskab, som giver produktionskøkkener, plejecentre og hjemmeplejedistrikter i kommunen en indikation af, hvor gode de er til i fællesskab - inden for samarbejdsrelationen - at levere måltider af høj kvalitet til ældre borgere.

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

Viden om hvad der skal til for at forebygge, behandle og reducere/eliminere underernæring

Det kan gøres!

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

Fødevarestyrelsen har etableret en videnbank "Bedre Måltider" hvor der er inspiration og

²⁰ <http://www.maltidsbarometeret.dk/> Deloitte for Socialstyrelsen og Københavns Madhus, 2010

hjælp at hente i forhold til indsatser²¹.

Der er i flere tilfælde påvist, at en ernæringsintervention på tværs af faggrupper har haft en positiv effekt på svage ældre borgeres fysiske funktionsevne og på deres livskvalitet, herunder at vægtøgning har tæt sammenhæng med øgning i livskvaliteten²². Det tværfaglige samarbejde i det pågældende studie omfattede klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut, og det formaliserede samarbejde viste større effekt end indsatser, der kun var mono-fagligt. Samtidig viste studiet, at indsatsen var omkostningseffektiv med mulighed for gevinst (*udover* funktionsevne, livskvalitet og vægtøgning)

Holland

I Holland har man iværksat systematiske opgørelser af f.eks. ældre patienters ernæringsstilstand og derved påvist en sammenhæng mellem systematiske opgørelser og iværksættelse af handlingsindsatser, hvilket har skabt positive resultater i form af nedbringelse af undervægt. Det gælder for patienter, ældre på sygehuse, på plejehjem eller i hjemmeplejen. I Holland²³ har man gennem en årrække (siden 2004) arbejdet fokuseret med underernæring, og resultaterne har over en kort årrække været bemærkelsesværdige:

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

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

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

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

Screening vha. en enkel metode (SNAQ) medvirker i øvrigt til, at Holland siden 2008 har kunnet præsentere forekomsten af underernæring og bench-marke på indsatsen mellem hospitaler. Implementering af en screeningsmodel har taget to år i Holland og i dag screenes næsten 80 pct. af patienterne på hospitalerne, og ca. halvdelen når deres

²¹ <http://bedremaaltider.dk/>

²² "Cost-effectiveness studie af tværfaglig ernæringsintervention blandt skrøbelige underernærede ældre, Socialstyrelsen 2014"

²³ www.fightmalnutrition.eu

individuelle ernæringsbehov på fjerdedagen af indlæggelsen.

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

Dysfagi

I forhold til dysfagi er det bl.a. fastslået, at træning af synkefunktionen er en effektiv strategi til at øge sikkert indtag og forbedre ernæringstilstanden og i øvrigt reducere tilfælde af lungebetændelse²⁴.

Mund og tænder

Underernæring forårsaget af tyggebesvær (mund og tænder) kan afhjælpes bl.a. ved hjælp af systematisk kontrol af tænder, proteser og slimhinder, idet det gælder om at fastholde så mange som muligt inden for en normalfunktion og forebygge, at man havner i svære problemer. I forbindelse med en undersøgelse på Geriatrisk afdeling, Marselisborg omfattende ældre patienter over 80 år og i risiko for underernæring eller allerede underernærede, kunne det om tandstatus konstateres, at godt 75 pct. havde del- eller helproteser, kun 2 pct. svære problemer ift. mundstatus, og ca. 10 pct. af de pågældende patienter oplevede problemer med at synke.

Ensomhed

Rammerne omkring maden og måltiderne har stor betydning for, om maden bliver spist. 'Spisevenner' er et initiativ, der oprindeligt er startet i Odense som et samarbejde mellem kommunen og Ældre Sagen. Formålet er at skærpe appetitten hos småtspisende ældre ved at tilbyde socialt samvær til måltidet. De foreløbige erfaringer tyder på, at en frivillig spiseeven både hjælper på vægten, humøret og betyder, at ældre i målgruppen klarer sig bedre i hverdagen. I Odense er 79 ældre blevet interviewet ved opstart med en frivillig spiseeven, og 36 blev interviewet et halvt år efter. 15 personer har fået et højere funktionsniveau, og ca. en tredjedel scorer højere point i test, der måler borgerens eget syn på helbredsrelateret livskvalitet.²⁵

Udfordringer i forhold til handling

Fortsat noget at komme efter

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

- Overordnet er indsatsen over for underernæring delt mellem flere myndigheder, hvilket medfører en utydelig defineret ansvarsfordeling og dermed også på klart definerede forpligtelser i planlægning og styring af ernæringsmæssig omsorg.
- Overgange mellem forskellige sektorer medfører usammenhængende forløb. Der er

²⁴ Sura et al 2012

²⁵ <http://bedremaaltider.dk/maaltider/cases-om-maaltider/spisevenner-i-odense/>

typisk tale om overgang fra region (sygehus) til kommune (pleje/eget hjem), men der kan også være tale om, hvilken rolle den praktiserende læge har ift. forebyggelse af underernæring. Der er i dag f.eks. ikke særlig fokus på, hvilken rolle den praktiserende læge (primærsektoren) kan spille i forhold til en forebyggende indsats over for underernæring.

- Ernæring, mad og måltider integreres ikke tilstrækkeligt i kommunernes eller regionernes kerneopgaver, og sammenhængen mellem gevinster og omkostninger ved en god ældrebespisning er uklare. Der stilles generelt ikke krav til kvaliteten (og smagen) af mad og måltider i forbindelse med gennemførelse af udbud i den offentlige bespisning og madservice.
- Ernæring, mad og måltider anvendes ikke systematisk i rehabiliterings- og genoptræningsindsats og ses ikke i sammenhæng med behandling og pleje; dermed er madens og måltidernes forebyggende og rehabiliterende effekt ikke i fokus. Der kan være meget langt fra køkken til mave. I en nyligt udført rundspørge blandt ældrechefer i kommunerne, svarer hele 64 pct. "ja" til, at der er behov for tiltag, for at mad, måltider og ernæringsindsatsen i kommunen kan blive forbedret, og at et af de store forbedringspotentialer ligger i muligheder for samvær under spisningen²⁶
- Fravær af et klart ledelsesmæssigt fokus og en klar ledelsesmæssig prioritering medfører, at forebyggelse og reducere af underernæring ikke iværksættes i tilstrækkeligt omfang, og det medfører igen, at opgaven "underernæring" ikke efterspørges løst og forlades uløst i forhold til den enkelte.
- Forebyggelse og behandling af underernæring er en opgave, som er delt mellem kommunerne og regionerne. Kommunerne skal i dag betale en vis andel af regionernes sundhedsudgifter og har på den baggrund et incitament til at forebygge (og behandle) underernæring, så man undgår at borgeren indlægges og (genindlægges). Økonomiske incitamentsstrukturer kan således hjælpe en indsats på vej. Med måltal om max. indlæggelsestid på sygehusenes akutmodtagelser på 18 timer og dermed færre patienter, som havner på sygehusafdelingerne, men sendes hjem, bliver sammenhænge mellem de forskellige pengekasser og indsatsen mod underernæring i kommunerne og regionerne yderligere aktualiseret.

Referenceramme

Videngrundlag

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

- *Socialstyrelsens* faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt væggtab, januar 2015,
- *Sundhedsstyrelsens* vejledning til læger, sygeplejersker, social og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister – screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko, 2008,
- *Sundhedsstyrelsens* håndbog til kommunerne om forebyggelse på ældreområdet,

²⁶ Megafon for Ældresagen Undersøgelse blandt kommunale ældrechefer, 2015 Undersøgelsen er gennemført som telefoniske interview i perioden fra d. 15. april til den 7. maj 2015. 81 ældrechefer har svaret.

oktober 2015

- Underernæring, det skjulte samfundsproblem v/ *Kost og Ernæringsforbundet og Arla Foods*, 2014.
- Hvidbogen SMAG fra *Københavns Universitet og Madkulturen* om Skønne Måltider til Alle Gamle, 2015
- Socialstyrelsen: National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen, 2013

Medlemmer af Forum for Underernæring

Arla Foods

Danish Crown-DC Ingredients

Dansk Selskab for Klinisk Ernæring

Dansk Sygeplejeråd

Danske Fysioterapeuter

Danske Tandplejere

DTU

Ergoterapeutforeningen

FMF

FOA

Foreningen af Kliniske Diætister

Fødevarestyrelsen

Kost & Ernæringsforbundet

Kræftens Bekæmpelse

Københavns Madhus

Landbrug & Fødevarer

Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere

Madkulturen

Metropol

Sundhedsstyrelsen

Ældre Sagen

Det skal understreges, at myndighedsrepræsentanterne fra Fødevarestyrelsen, Sundhedsstyrelsen, Madkulturen og DTU ikke er medafsendere af anbefalingerne, idet et sådant politisk arbejde naturligvis falder helt uden for, hvad myndighederne skal beskæftige sig med. Myndighedsrepræsentanternes deltagelse i Forum for Underernæring har således alene *en faglig* og ikke politisk karakter.