



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

Kort udgave af Sundhedsstyrelsens vejledning:

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

**- Med fokus på patienter
og borgere i kommuner**

Juni 2022
Fresenius Kabi

Indholdsfortegnelse

1	Indledning	4
1.1	Om underernæring	6
1.2	At stille diagnosen underernæring	7
1.3	Komplikationer ved underernæring	7
1.4	Risikofaktorer for ernæringsrisiko og underernæring	8
1.5	Effekt på genindlæggelser	9
2	Opsporing af ernæringsrisiko	10
2.1	Flowdiagram for ernæringsindsatsen i kommuner(26)	10
2.2	Opsporing ved brug af vejning	11
3	Ernæringsvurdering og opfølgning af ernæringsrisiko for ældre	13
3.1	Ernæringsvurdering (EVS)	13
3.2	Behandling af ernæringsrisiko	13
3.3	Bestemmelse af energi-, protein- og væskebehov	15
3.4	Opfølgning, monitorering og evaluering	15
4	Ernæringsbehandling	17
5	Bilag 1: Skema til bestemmelse af ernæringsrisiko	18
5	Litteraturliste	22

1. Indledning

Denne folder indeholder uddrag af Sundhedsstyrelsens vejledning til kommune, sygehus og almen praksis: "Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko". Vejledningen er udgivet april 2022 og beskriver indsatsen omkring tidlig opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledningen skal understøtte en sammenhængende, tværsektoriel og tværfaglig ernæringsindsats.

Formålet med vejledningen er at forebygge og behandle underernæring i Danmark, herunder at vurdere risiko for underernæring og at give borgere og patienter i risiko for underernæring en målrettet ernæringsbehandling. Ved tidligt at opspore dem, der har gavn af en ernæringsbehandling, fremmes livskvalitet og helbred hos borgere og patienter i ernæringsrisiko, og det kliniske forløb forbedres.

Denne folder er målrettet personale i kommuner, der arbejder med patienter i ernæringsbehandling eller i ernæringsrisiko. Med 'kommunen' forstås ældre borgere på plejecentre, i plejebolig og borgere, der modtager hjemmepleje, samt de kommunale sundhedsindsatser (forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser).

Folderen er udarbejdet på initiativ af Fresenius Kabi som et supplement til vejledningen; en kort version, der kan understøtte det daglige arbejde med borgere og patienter.

Bemærk, at noget tekst er kopieret fra vejledningen, mens andet af pladshensyn er blevet omformuleret eller udeladt. Prioriteringen af medtaget tekst er på Fresenius Kabis ansvar. For læsbarhedens skyld har vi valgt ikke

at sætte kopieret tekst i kursiv. For et fuldt overblik anbefales det at læse hele Sundhedsstyrelsens vejledning.

Folderen bruger samme termer som vejledningen, hvor man anvender termen 'ernæringsrisiko' og ikke 'ernæringsmæssig risiko', undtagen hvor sidstnævnte anvendes i en konkret reference. Ernæringsrisiko er det samme som 'risiko for underernæring', og dette udtryk anvendes enkelte steder i vejledningen og dermed også i denne folder.

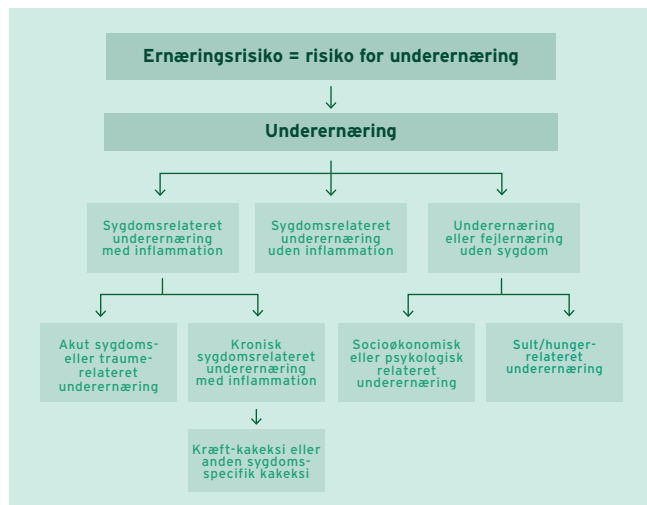
Den komplette vejledning og understøttende materialer kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

1.1 Om underernæring

Underernæring skyldes manglende eller utilstrækkeligt kostindtag i forhold til optagelsen af indtaget næring.

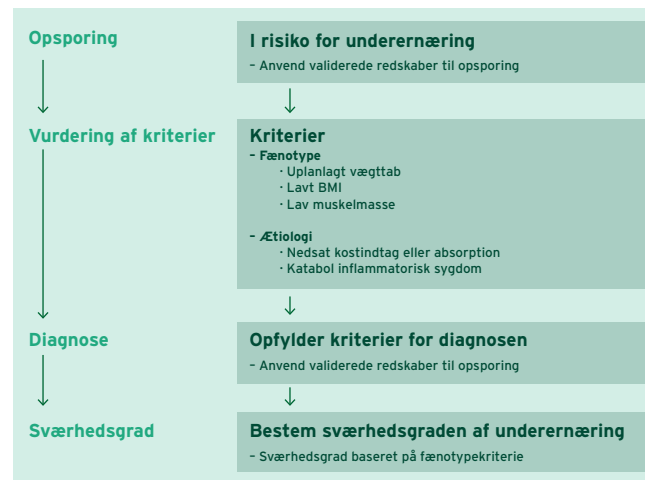
Det kan betragtes som en medicinsk tilstand med en øget risiko for sygelighed og dødelighed, hvor ernæringsbehandling har en effekt. Derfor bør en ernæringsbehandling iværksættes, allerede inden underernæring viser sig.

Figur 1.1 Opdeling af underernæring(1)



1.2 At stille diagnosen underernæring

Figur 1.2 Kriterier for at stille diagnosen underernæring(2)



1.3 Komplikationer ved underernæring

Underernæring hos syge og ældre har negative konsekvenser i form af:

- Nedsat immunforsvar
- Nedsat mobilisering
- Dårligere lungefunktion
- Hjerteinsufficiens
- Øget infektionsrisiko
- Langsommere sårheling

- Forringet livskvalitet
- Negativ indflydelse på personens rehabilitering efter sygdom
- Hyppigere genindlæggelser og øget dødelighed.(3) (4)

Uplanlagt vægttab hos ældre hænger tæt sammen med tab af muskelstyrke og har derfor alvorlige konsekvenser for deres fysiske, psykiske og sociale funktionsevne. Et fald i funktionsevne ses allerede efter et ganske lille vægttab.(5) (6)

Baseret på danske og udenlandske undersøgelser vurderes det, at ca. 60 % af ældre i plejebolig og i hjemmeplejen er i ernæringsrisiko.

1.4 Risikofaktorer for ernæringsrisiko og underernæring

En lang række risikofaktorer bidrager negativt til ernæringstilstanden og bør vurderes i forhold til den enkelte borger og patient. De hyppigste risikofaktorer er:

- Akut sygdom/forværring af kronisk sygdom(7)
- Nedsat appetit(8) (9)
- Nedsat fysisk funktionsevne(10)
- Træthed(11)
- Dårlig tandstatus(12) (13)
- Sygdom, infektion og smerter i mundhulen(14)
- Nedsat spyttproduktion (mundtørhed)(15)
- Medicinforbrug samt bivirkninger heraf(16)
- Tygge- og synkebesvær(17)
- Afhængig af hjælp til at spise(14) (18)
- Nedsat kognitiv funktionsevne, f.eks. ved demens-sygdomme(18) (19)

- Psykiske faktorer(20)
- Sociale og miljømæssige faktorer, fx ensomhed og at spise alene(21)

1.5 Effekt på genindlæggelser

Det er vist at være effektivt at gennemføre en ernæringsindsats til borgere og patienter i ernæringsrisiko, og jo tidligere indsatsen opstartes, des bedre effekt. Evidensen for ernæringsindsatser omfatter:

- Ernæringstilskud med højt proteinindhold (medicinske ernæringsdrikke eller andre berigede drikke)
- Sondeernæring, som fuld ernæring eller som supplement til dem, der ikke kan indtage tilstrækkeligt peroralt (gennem munden)
- Samt i særlig grad individuel vejledning ved klinisk diætist

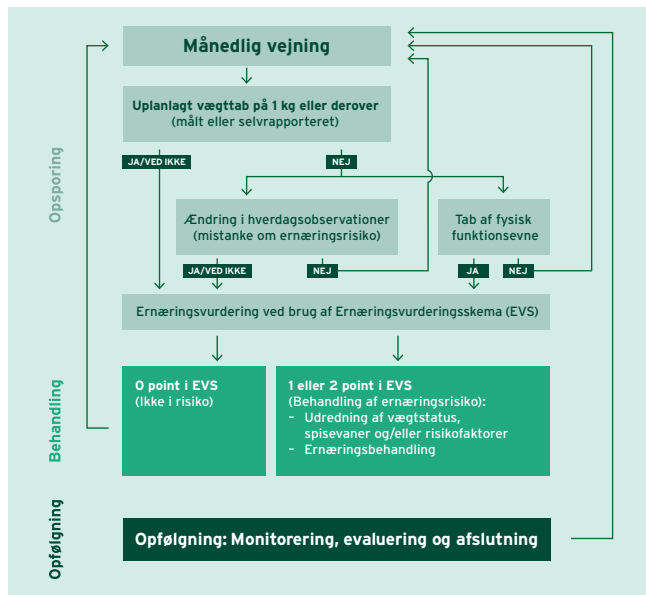
Evidensen peger på betydende kliniske fordele og samfundsøkonomiske gevinster i form af bedre overlevelse, færre komplikationer og færre genindlæggelser.(22) (23) (24)

2. Opsporing af ernæringsrisiko

Baseret på danske og udenlandske undersøgelser vurderes det, at ca. 60 % af ældre i plejebolig og i hjemmeplejen er i ernæringsrisiko.

En dansk undersøgelse har fx vist, at 42 % af ældre i plejebolig i løbet af 6 måneder havde et uplanlagt vægttab, hvilket kan være en risikofaktor for underernæring.(25)

2.1 Flowdiagram for ernæringsindsatsen i kommuner(26)



Flowdiagrammet indeholder hovedelementerne 1-3:

1. Opsporing: Den ældre bliver tilbudt månedlig vejning. Et uplanlagt vægttab på 1 kg eller derover eller flere på hinanden følgende vægttab, der tilsammen overstiger 1 kg, tab af fysisk funktionsevne eller ændring i hverdagsobservationer (mistanke om ernæringsrisiko) betyder, at der skal følges op med en ernæringsvurdering. Det gælder også, hvis borgeren ikke kan eller vil vejes, og der svares "ved ikke" til uplanlagt vægttab. På den baggrund udfyldes et ernæringsvurderingsskema, kaldet EVS.

2. Behandling:

Udredning: På baggrund af resultatet af det udfyldte ernæringsvurderingsskema gennemføres en grundig udredning, hvor årsagen til de aktuelle fund hos den ældre i forhold til vægtstatus, spisevaner og risikofaktorer undersøges.

Ernæringsbehandling: På baggrund af udredningen udarbejdes mål for behandlingen herunder en ernæringsplan, som også tager hensyn til den ældres ernæringsbehov og evt. risikofaktorer. Der kan fx være tale om at tilbyde mad og drikke med højt indhold af både energi og protein.

3. Opfølgning: Vægtudvikling samt kost- og væskeindtag skal følges, og efter behov justeres der på indsatser og behandling. Til det formål kan bl.a. kostregistrering anvendes. Hvis plan og indsatser resulterer i, at målet er nået (vægtstabilitet eller vægtøgning), kan indsatsen enten tilpasses eller afsluttes. Den ældre overgår herefter igen til den forebyggende månedlige vejning. Ved indlæggelse skal en opsummering af den ældres ernæringsplan sendes via omsorgssystem til sygehuset.

2.2 Opsporing ved brug af vejning

Systematisk vejning er et vigtigt redskab til at identificere ældre med uplanlagt vægttab. I hvilke sammenhænge den ældre bør vejes, hvor tit og med hvilken metode fremgår af tabel 4.1. Vejningen og omstændighederne

omkring vejningen bør altid afstemmes med den ældre, herunder hvilken type vægt der er bedst egnet, fx ståvægt, stolevægt, platformsvægt eller liftvægt.(10) (27).

Tabel 4.1 Opsporing ved brug af vejning

Kontakt til den ældre via	Hypighed	Metode/Redskab
Hjemmepleje og hjemmesygepleje	Ved visitation og minimum én gang pr. måned, hyppigere efter sygdom	Vejning
Plejebolig, midlertidig/akut plads	Ved indflytning og minimum én gang pr. måned, hyppigere ved/efter sygdom og i forbindelse med akut plads	Vejning
Genoptræning og vedligeholdelsestræning	Ved opstart og minimum én gang pr. måned, hyppigere efter sygdom	Vejning
Rehabiliteringsforløb (jf. § 83a Serviceloven)	Ved opstart og minimum én gang pr. måned, hyppigere efter sygdom	Vejning
Forebyggende hjemmebesøg	Ved hvert besøg	Spørgsmål om uplanlagt vægttab/Opfordring til selvmonitorering
Fysioterapi, ergoterapi, omsorgstandpleje osv.	Ved visitation	Spørgsmål om uplanlagt vægttab, hvis muligt suppleret med journaloplysninger om vægt
Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom	Ved henvisning	Vejning eller spørgsmål om uplanlagt vægttab

Hvis der har været et uplanlagt vægttab på 1 kg eller derover, eller flere på hinanden følgende vægttab, der tilsammen overstiger 1 kg, følges op med ernæringsvurdering ved hjælp af EVS. Se afsnit 3.1.

Hvis den ældre ikke kan vejes, og der svares "ved ikke" til uplanlagt vægttab, eller den ældre har tabt fysisk funktionsevne, eller der er sket ændringer i hverdagsobservationer ('mistanke om ernæringsrisiko') siden sidste vejning, følges der også op med en ernæringsvurdering.

3. Ernæringsvurdering og opfølgning af ernæringsrisiko for ældre

3.1 Ernæringsvurdering (EVS)

Ved vurdering af den ældres ernæringstilstand skal der bruges følgende:

- **Vægtstatus** til vurdering af uplanlagt vægttab
- **Spisevaner** til vurdering af indtag af mad og drikke samt appetit
- **Risikofaktorer**, der kan påvirke evnen til at spise og drikke tilstrækkeligt

Quickguide til EVS kan findes som bilag i denne folder.

Tabel 3.1 Beregning af total pointscore i EVS(26)

Summen af point udgør den samlede score for den ældres ernæringstilstand og udregnes som vist i tabellen nedenfor.

Vurdering af vægtstatus og spisevaner			Vurdering af risikofaktorer		
0 point	Ingen OBS i vægtstatus eller spisevaner		0 point	Ingen risikofaktorer	
1 point	Én eller flere OBS i vægtstatus og spisevaner eller hvis vægttab og spisevaner ikke kan vurderes	+	1 point	Én eller flere risikofaktorer eller hvis risikofaktorer ikke kan vurderes	= point-score

3.2 Behandling af ernæringsrisiko

Ældre opsporet ved hjælp af EVS som værende i ernæringsrisiko skal udredes med henblik på igangsætning af ernæringsbehandling. Omfanget af ernæringsbehandlingen tager udgangspunkt i den opnåede pointscore i EVS.

I ernæringsrisiko - 1 point

- Udred og identificer årsagen til enten risikofaktorer eller vægttab/spisevaner.
- Igangsæt relevant ernæringsbehandling.
- Kostform: Kost til småtspisende, energitætte mellemmåltider og drikkevarer.
- Opfølgning på iværksat ernæringsbehandling.
- Vejning mindst én gang om måneden samt efter sygdom/indlæggelse.

Gavn af en tværfaglig ernæringsbehandling - 2 point

- Udred og identificer årsagen til enten risikofaktorer eller vægttab/spisevaner.
- Igangsæt relevant tværfaglig ernæringsbehandling.
- Inddragelse af relevante samarbejdspartnere: Ergoterapeut, klinisk diætist, fysioterapeut, omsorgstandpleje, læge.
- Kostform: Kost til småtspisende, eventuelt med modificeret konsistens.
- Fysisk aktivitet: Træn færdigheder og styrk funktionsevne.
- Opfølgning, monitorering og evaluering på iværksat tværfaglig ernæringsbehandling i forhold til fastsatte mål.
- Vejning hver uge.

Valg af kostform og supplement

- Kost til småtspisende til ældre, der scorer 1 eller 2 point i EVS, og som ikke har brug for en særlig konsistens.

Tilbyd energi- og proteinrige mellemmåltider og drikkevarer.

- Kost til småtspisende med modificeret konsistens til ældre, der scorer 1 eller 2 point i EVS, og som har svært ved at synke eller tygge.

Tilbyd energi- og proteinrige mellemmåltider og drikkevarer i tilsvarende konsistens.

- For at få dækket behov for vitaminer og mineraler tilbydes småtspisende ældre en daglig multivitamin-tablet.
- Alle ældre over 70 år samt beboere på plejecentre anbefales et dagligt tilskud af 20 µg D-vitamin samt 800-1.000 mg calcium.
- Det gælder, uanset om den ældre spiser/drikker mælkeprodukter eller ej.
- Medicinske ernæringsdrikke kan med fordel anvendes til småtspisende ældre, der taber sig i vægt, hvis den tilbudte kost ikke er tilstrækkelig til at dække energi- og proteinbehov.
- Såfremt vægttabet er sygdomsbetinget, kan alment praktiserende læge og i nogle tilfælde en klinisk diætist hjælpe med valg af ernæringsdrik og tilskud til disse.

3.3 Bestemmelse af energi-, protein- og væskebehov

Energibehovet hos ældre skønnes at være:

- 30 kcal/kg legemsvægt, og proteinbehovet mindst 1 g/kg legemsvægt.(28)

Det gennemsnitlige væskebehov er under normale omstændigheder 30-40 ml/kg legemsvægt/dag.(29) I daglig praksis, og såfremt der ikke er særlige hensyn, anbefales ældre kvinder at drikke 1,6 l væske om dagen, mens ældre mænd anbefales at drikke 2,0 l væske om dagen.(28) Det resterende væskebehov dækkes gennem maden.

3.4 Opfølgning, monitorering og evaluering

I kommunen fortsætter behandlingen, indtil de opsatte mål i ernæringsplanen gennem en evaluering vurderes at være opfyldt, fx at der er sket vægtøgning eller -stabilisering. Hvis opfølgningen viser, at vægten fortsat falder, og/eller at kostindtaget fortsat er nedsat, undersøges årsagen hertil, og ernæringsplanen justeres, så målet kan nås.

Ældre borgere med 1 point i ernæringsvurdering

- Der foretages opfølgning på igangsat behandling, hvad enten det er på grund af uplanlagt vægttab, nedsat kostindtag, nedsat fysisk funktionsevne eller risikofaktorer.
- Den ældre vejes mindst én gang om måneden.

Ældre borgere med 2 point i ernæringsvurdering

- Alle tværfaglige samarbejdspartnere inddrages i opfølgningen på den igangsatte ernæringsbehandling ud fra de fastsatte mål og på baggrund af årsagerne til borgerens forringede ernæringstilstand.
- Den ældres kost- og væskeindtag kan monitoreres ved at føre daglig kost- og væskeregistrering i mindst fire dage. Dette anbefales på plejecentre, akutpladser og rehabiliteringsophold, mens der hos borgere tilknyttet hjemmeplejen kan foretages kostregistrering hvis muligt. Alternativt kan spørgsmål om vurdering af spisevaner anvendes.(30)
- Den ældre vejes en gang om ugen.

Ved vedvarende manglende opfyldelse af målsætningen inddrages klinisk diætist, og der tages kontakt til den praktiserende læge med henblik på indikation for sondeernæring.

Såfremt den ældre bliver indlagt eller udskrevet fra sygehus, er det væsentligt, at den aftalte ernæringsplan medsendes på tværs af kommunen og sygehus via MedCom.

4. Ernæringsbehandling

En ernæringsplan baseres på en individuel vurdering af ernæringstilstand og forekomst af risikofaktorer. Det gælder fx borgerens appetit, smagspræferencer og eventuelle problemer med at spise, synke eller fordøje maden.

Nedenfor anvises forskellige kostformer:

- **Normalkost**
- **Sygehuskost**
- **Kost til småtspisende**
- **Kost med modificeret konsistens (dysfagidiæt)**
- **Særlige diæter**
- **Medicinske ernæringspræparater**
- **Tilskud af D-vitamin og calcium**
- **Sondeernæring (enteral ernæring).**

Borgere kan få et tilskud til medicinske ernæringspræparater, hvis der er indikation for en ernæringsordination (kaldet Grøn recept).

Ernæringspræparater kan købes på apoteker eller via private grossister.

5. Bilag 1: Skema til bestemmelse af ernæringsrisiko

Ernæringsvurdering med EVS

Følgende trin indgår i ernæringsvurderingsskemaet (EVS)

- Vurdering af vægtstatus og spisevaner
- Vurdering af risikofaktorer
- Pointscore

Vægtstatus

Har den ældre haft et uplanlagt vægttab på 1 kg eller derover, eller flere påmhinanden følgende vægttab, der tilsammen overstiger 1 kg?

Ja (OBS)

Nej

Ved ikke (OBS)

Spisevaner (med bemærkninger)

Spørgsmålene besvares sammen med den ældre borger.

Hovedmåltider:

- giver indblik i den ældres indtag af energi fra hoved- måltider i løbet af dagen. Det er kun hovedmåltider, der tæller med i vurderingen og ikke mellemmåltider. Den ældre skal helst spise minimum tre hovedmåltider om dagen.

1 Hvor mange måltider spiser den ældre dagligt?

3 eller flere

2 eller færre (OBS)

Mad:

- giver indblik i den ældres indtag af energi fra basisfødevarer - her omtales det daglige indtag af brød og kartofler. Hvis den ældre normalt plejer at spise fire skiver brød eller mere dagligt, spørges der ikke ind til indtaget af kartofler (2b).

En halv skive rugbrød, en halv bolle eller en skive franskbrød tæller som 1 skive brød uanset tykkelse og størrelse.

'Kartofler' kan også være i form af kartoffelmos, ris, pasta eller andre stivelsesprodukter som bulgur og spelt. Det vurderes, hvor meget disse fødevarer fylder på tallerkenen sammenlignet med kartofler.

2a Hvor mange skiver brød plejer den ældre at spise i døgnet? (1 skive = ½ skive rugbrød, 1 skive franskbrød, ½ bolle)

4 skiver eller flere (hvis ja, gå videre til 3a)

Mellem 2 og 4 skiver

2 skiver eller færre (OBS)

2b Hvor mange kartofler (eller kartoffelmos, ris, pasta etc. i tilsvarende mængder) spiser den ældre dagligt til den varme mad?

Mere end 2

2 eller færre (OBS)

Mejeriprodukter:

Spørgsmål 3a og 3b vedrører mængden af energi, som den ældre normalt plejer at få fra mejeriprodukter. Portionsstørrelsen er underordnet, så det er ikke afgørende, hvorvidt det er store eller små glas, tykke eller tynde skiver ost.

3a Hvor mange glas mælk drikker den ældre dagligt (inkl. kakaomælk)?

Mere end 1 glas (hvis ja, gå videre til 4)

1 glas eller mindre

fortsat næste side....

fortsat fra forrige side...

3b Hvor mange portioner/skiver spiser den ældre dagligt af syrnede mælkeprodukter eller ost?

2 portioner/skiver eller mere

Mindre end 2 portioner/skiver (OBS)

Appetit:

Spørgsmålet vurderer den ældres aktuelle appetit. Det observeres, om den ældre pludselig er begyndt at levne større mængder (typisk mere end 25 %) på tallerkenen inden for den sidste uge.

4 Har den ældre levnet mad på tallerkenen den sidste uge?

Nej

Ja (OBS)

Risikofaktorer

Har den ældre haft én eller flere af følgende risikofaktorer?

- Tygge-/synkebesvær
- Behov for hjælp til at spise eller akut sygdom
- Akut forværring af kronisk sygdom

Ja

Nej

Ved ikke (OBS)

Samlet pointscore i EVS

Summen af point udgør den samlede score for den ældres ernæringstilstand:

Vurdering af vægtstatus og spisevaner		+	Vurdering af risikofaktorer		= point-score
0 point	Ingen OBS i vægtstatus eller spisevaner		0 point	Ingen risikofaktorer	
1 point	Én eller flere OBS i vægtstatus og spisevaner eller hvis vægttab og spisevaner ikke kan vurderes	1 point	Én eller flere risikofaktorer eller hvis risikofaktorer ikke kan vurderes		

Der kan kun gives samlet 2 point i EVS. Henholdsvis maks 1 point i kategorien "Vurdering af vægtstatus og spisevaner", og maks 1 point i kategorien "Vurdering af risikofaktorer".

- **0 point:** Den ældre er ikke i risiko
- **1 point:** Den ældre er i ernæringsrisiko
- **2 point:** Den ældre har gavn af en tværfaglig ernæringsbehandling

6. Litteraturliste

1. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr.* 2017 Feb;36(1):49-64.
2. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2019 Feb;10(1):207-17.
3. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr.* 2008 Feb;27(1):5-15.
4. Meyer F, Valentini L. Disease-Related Malnutrition and Sarcopenia as Determinants of Clinical Outcome. *Visc Med.* 2019;35(5):282-91.
5. LeBlanc ES, Rizzo JH, Pedula KL, Yaffe K, Ensrud KE, Cauley JA, et al. Long Term Weight Trajectory and Risk of Hip Fracture, Falls, Impaired Physical Function, and Death. *J Am Geriatr Soc.* 2018 Oct;66(10):1972-9.
6. Paddon-Jones D, Leidy H. Dietary protein and muscle in older persons: *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2014 Jan;17(1):5-11.
7. Bech AM. Notat til anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til patienter med kroniske sygdomme i forhold til en ernæringsindsats. Professionshøjskolen Metropol. København; 2015.
8. Københavns Universitet og Madkulturen. SMAG - Skønne måltider til alle gamle - Hvidbog om nærende måltider med kulinarisk kvalitet til ældre. København: Københavns Universitet; 2015.
9. Knudsen AW. Nutrition Impact Symptoms - NIS. *Diætisten.* 2018;156:11-3.
10. Sundhedsstyrelsen. Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring - sammenfatning af anbefalinger. Sundhedsstyrelsen. 2013;
11. Pedersen JL, Pederen PU, Damsgaard EM. Patient-Reported Fatigue Is Associated with Poor Energy Intake and Readmission to Hospital. *Health (N Y).* 2020;12(03):253-69.
12. Kamdem B, Seematter-Bagnoud L, Botrugno F, Santos-Eggimann B. Relationship between oral health and Fried's frailty criteria in community-dwelling older persons. *BMC Geriatr.* 2017 Dec;17(1):174.
13. Gondivkar SM, Gadbill AR, Gondivkar RS, Sarode SC, Sarode GS et al. Nutrition and oral health. *Dis Mon.* 2019;65(6):147-54.
14. Turner B. Underernæring på sygehuse kan forebygges. *Sygeplejersken.* 2003;20-3.
15. Pedersen AML, Dynesen AW. Mundtørhed og fødeindtagelse. *Tandlægebladet.* 120th ed. 2016;870-6.
16. White R, Ashworth A. How drug therapy can affect, threaten and compromise nutritional status. *J Hum Nutr Diet.* 2000 Apr;13(2):119-29.
17. Rofes L, Arreola V, Almirall J, Cabré M, Campins L, García-Peris P, et al. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia and Its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly. *Gastroenterol Res Pract.* 2011;2011:1-13.
18. Fagligt Selskab af Kliniske Diætister. Rammeplan. Ernæringsterapi til borgere med geriatriske problemstillinger. Fagligt Selskab af Kliniske Diætister. 2019;
19. Nationalt Videncenter for Demens. Ernæring og demens. 2021 Oct 18; Available from: <https://videnscenterfordemens.dk/da/ernaering-og-demens>
20. Morley JE. Anorexia of aging: physiologic and pathologic. *Am J Clin Nutr.* 1997 Oct 1;66(4):760-73.
21. Nieuwenhuizen WF, Weenen H, Rigby P, Hetherington MM. Older adults and patients in need of nutritional support: Review of current treatment options and factors influencing nutritional intake. *Clin Nutr.* 2010 Apr;29(2):160-9.
22. Gomes F, Baumgartner A, Bounoure L, Bally M, Deutz NE, Greenwald JL, et al. Association of Nutritional Support With Clinical Outcomes Among Medical Inpatients Who Are Malnourished or at Nutritional Risk: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2019 Nov 20;2(11):e1915138.
23. Cawood AL, Elia M, Stratton RJ. Systematic review and meta-analysis of the effects of high protein oral nutritional supplements. *Ageing Res Rev.* 2012 Apr;11(2):278-96.
24. Rinninella E, Cintoni M, Raoul P, Pozzo C, Strippoli A, Bria E, et al. Effects of nutritional interventions on nutritional status in patients with gastric cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Nutr ESPEN.* 2020 Aug;38:28-42.
25. Beck M, Damkjær K, Simmons S. The relationship between weight status and the need for health care assistance in nursing home residents. *J Aging Res Clin Pr.* 2012;173-8.
26. Socialstyrelsen. Ernæringsvurdering Odense. Socialstyrelsen. 2013;
27. Sundhedsstyrelsen. Tidlig opsporing af forringet helbredsstatus og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker. Anbefalinger til arbejdsangang og anvendelse af redskaber. Sundhedsstyrelsen. 2017;
28. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr.* 2019 Feb;38(1):10-47.
29. Fødevarestyrelsen, Sundhedsstyrelsen og DTU Fødevarestitutet. Anbefalinger for den danske institutionskost. Fødevarestyrelsen. 2015;
30. Socialstyrelsen. Faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab. Socialstyrelsen. 2015;

Her finder du sundhedsstyrelsens vejledning:

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

<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Underernaering/Underernaering-opsporing-behandling-og-opfoelgning.ashx>

KN_0008/juni 2022