



8 ernærings- indsatser, der kan gøre en forskel for patienter og borgere

Konkret forslag til sundhedspersonalet
på hospitaler og kommunale sundhedstilbud

En værdiskabende ernæringsindsats starter i hverdagen – og sundhedspersonalet er nøglen

Underernæring er ikke bare et tal i statistikken – det handler først og fremmest om mennesker.

Ernæring er afgørende for patienter og borgeres helbred, funktionsevne og livskvalitet. Hver dag møder I, som sundhedspersonale, mennesker med funktionstab, som heler langsomt eller som er indlagt i længere tid, fordi de ikke får den ernæring, de har brug for – både før de bliver syge og imens de er det.

I dag er minimum **200.000 danskere underernærede**¹ og omfanget forventes kun at vokse i de kommende år i takt med, at der kommer flere og flere ældre borgere.

Underernæring kan forebygges og behandles ganske effektivt og redskaberne til at opspore, behandle og følge op findes heldigvis allerede i form af Sundhedsstyrelsens vejledning "Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko". Men skal det lykkes, er der brug for **klare rammer, fælles arbejdsgange og en tydelig placering og fordeling af ansvaret** for ernæringsindsatsen.

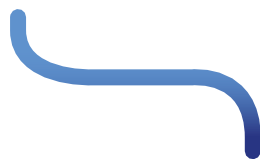
Derfor har Fresenius Kabi udviklet **otte ernæringsindsatser**, der tager afsæt i de eksisterende vejledninger og i jeres virkelighed. De kræver primært, at ernæring bliver sat tydeligere på dagsordenen i dagligdagen.

I dette katalog får I konkrete greb til, hvordan **ansvaret kan placeres**, hvordan **tvivl om næste skridt fjernes**, og **hvordan tværfagligt samarbejde kan styrkes** – både mens patienten er på hospitalet og når forløbet fortsætter i eget hjem.

Som sundhedspersonale har I nøglen til at gøre en mærkbar forskel, da I kender patienterne og ser tegnene på underernæring først. Ved at arbejde systematisk med ernæring kan vi **forebygge komplikationer, reducere genindlæggelser og frigive tid og ressourcer** til det, I er bedst til – nemlig at behandle og støtte patienterne mod bedring.

Vi håber, at I finder inspiration i disse otte dagligdags initiativer, som kan være med til at løfte jeres ernæringsindsats – uden at opfinde den dybe tallerken.

Det handler om at bruge den viden, der allerede er tilgængelig, og gøre det til en naturlig del af den faglige praksis.



Fakta om underernæring i Danmark



203.000 danskere er underernærede i dag^{II}



20–30% af patienter på medicinske og kirurgiske afdelinger er i ernæringsrisiko ved indlæggelse^{III}



60% af ældre på plejehjem og i hjemmeplejen er i ernæringsrisiko ifølge danske og udenlandske undersøgelser^{IV}



38% af ældre, der henvender sig ikke-akut hos deres praktiserende læge, er i ernæringsrisiko^V



Mellem **30–40%** af kræftpatienter er underernærede eller i ernæringsrisiko^{VI}



30–60% af indlagte patienter med KOL er underernærede, mens det gælder **10–45%** ambulante patienter med KOL^{VII}



Sygdomsrelateret underernæring koster samlet set det danske samfund **40 mia. kr.** om året.^{VIII}

^I Samfundsøkonomiske konsekvenser af underernæring i Danmark, Menon Economics, 2024

^{II} Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis. Version 1. Sundhedsstyrelsen 2022. side 15

^{IV} Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis. Version 1. Sundhedsstyrelsen 2022. side 14

^V Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis. Version 1. Sundhedsstyrelsen 2022. side 15

^{VI} Muscaritoli M et al. Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMiO study. Oncotarget. 2017 Aug 10;8(45):79884–79896.

Bozzetti F, et al. The nutritional risk in oncology: a study of 1,453 cancer outpatients. Support Care Cancer. 2012 Aug;20(8):1919–28. doi: 10.1007/s00520-012-1387-x. Erratum in: Support Care Cancer. 2012 Aug;20(8):1929.

Hébuterne X et al. Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2014 Feb;38(2):196–204.

^{VII} Institut for medicin og sundhedsteknologi: Klinisk retningslinje for ernæring til indlagte patienter med KOL

^{VIII} Samfundsøkonomiske konsekvenser af underernæring i Danmark, Menon Economics, 2024

An anatomical model of a human heart, shown in a semi-transparent view to reveal internal structures like the ventricles, valves, and coronary vessels. The model is primarily red and blue, with white internal components. It is positioned diagonally across the frame.

**8 ernærings-
indsatser, der kan
gøre en forskel for
patienter og borgere**

1

Placér ansvaret for ernæring

Alle skal kende deres rolle. Lægen er overordnet ansvarlig for ernæringsbehandling, men tydeliggør hvordan rollerne på hospitalsafdelingerne og i de kommunale sundhedstilbud i praksis udspiller sig, og hvem der har ansvaret for de forskellige opgaver.

Udpeg en ernæringsnøgleperson, som ideelt er diætisten, men også kan være en sygeplejerske dedikeret til området

2

Systematik sikrer klare arbejdsgange

Definer ansvar, opgaver og dokumentation. Når ernæringsindsatsen systematiseres, undgås det, at det bliver op til den enkelte medarbejder, om der lige bliver opsporet den dag, hvad der bliver gjort ved det, og hvem som gør det.

Kort sagt: kom tvivl og tøven til livs med systematik.

3

Giv ernæring en plads ved bordet til de tværfaglige møder

Beslut, at ernæring skal drøftes på lige fod med andre sundhedsfaglige indsatser. Diætist eller ernæringsnøgleperson skal med på møderne, hvor eventuelle problematikker kan tages op og have fast taletid.

Det gør det samtidig nemmere at tage drøftelserne med lægen en-til-en efterfølgende, hvis der er emner, som kræver mere tid at tale om.

4

Sæt et tydeligt mål for den individuelle ernæringsindsats

Målet skal bruges som pejlemærke under hele ernæringsforløbet. Vær tydelig om, hvad en ernæringsindsats skal bidrage med for den enkelte patient og benyt dette mål i evaluering og monitorering af indsatsen.

Understøtter indsatsen ikke længere målet, må I revurdere indsatsen.

5

Flyt beslutningen om eskalering af en ernæringsindsats frem til start

Hvis beslutningen om at ernære er taget, er beslutningen om at eskalere indsatsen efter behov også taget.

Det betyder, at når det er blevet vurderet, at en patient har brug for en ernæringsindsats, så er beslutningen om at dække patientens ernæringsbehov allerede taget og I har forpligtet jer til at følge eskaleringstrappen; hvis behovet ikke dækkes via oral ernæring, trappes op til sondeernæring og derefter parenteral ernæring.

Der skal ikke tages en ny beslutning ved hvert step – har I besluttet at ernære, så ernær!



6

Send patienten godt afsted

Etabler et tværsektorielt samarbejde, der griber patienten efter udskrivelse. Lav procedurer for udskrivelse af patienter i ernæringsrisiko, som er kendt af både hospitaler og kommuner.

Skab rammerne for tværsektorielle fora, der kan evaluere og justere jeres procedurer efter behov, og som gør det nemmere at ringe eller skrive, hvis der er spørgsmål.

7

Tal om ernæring – også når I er uenige!

Faglig dialog skaber udvikling og forbedrer jeres praksis. Benyt de ernæringsfaglige kompetencer der er tilgængelige og vær åben over for ny viden og evidens.



I skal ikke opfinde den dybe tallerken

Alt hvad I skal vide om systematiske indsatser og arbejdsgange omkring ernæring og underernæring findes allerede!

Måske arbejder I allerede efter den, eller har hørt om Sundhedsstyrelsens vejledning om underernæring. Den beskriver i detaljen arbejdsgangene omkring opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko og hvordan I kan organisere jer.

Find vejledningen her

